

Jürgen Hardt  
Wetzlar

Vortrag für die ASG Bundeskonferenz am 28. Februar 2015  
Berlin, Willy Brandt Haus

## **Wirkungen und Nebenwirkungen der Digitalisierung des Gesundheitswesens**

Meine Damen und Herren,

ich werde keine bunten Bilder von gesunden, alten und vernetzten Menschen zeigen oder von einem lächelnden Chirurgen, der elektronisch voll informiert, vertrauensvoll und zuversichtlich über das Mundtuch hinweg schaut; nicht einmal bunte Diagramme werden Sie zu sehen bekommen. Ich verspreche keine gesunde Zukunft, die so ist wie früher. Ich weiß, dass Krankheit zum Leben gehört, auch in Zeiten digitaler Unwirklichkeit, Verunwirklichung des Lebens (Derealisation, G. Vattimo). Individuelles Leid gehört unvermeidlich zum Leben und kann, wenn es die Fähigkeiten des Einzelnen übersteigt, in gemeinschaftlicher Anstrengung behandelt werden. Dabei ist jedes Werkzeug, das die gemeinsame Aufgabe solidarischer Krankenbehandlung bewältigen hilft, willkommen.

Sie merken: Mein Medium ist der verschriftete Gedanke und das gelesene Wort. Der Stil meines Vortrages ist eher nachdenklich und steht im schroffen Gegensatz zu den lauten Tönen der potenten Player auf dem Gesundheitsmarkt bei ihren Werbetouren für die E-Health. Ich hoffe, Sie zu einer Denkpause anzuhalten, zu was in der allgemeinen Reform- und Modernisierungshektik keine Zeit bleibt.

Aber es wird schwer sein, uns zu verständigen. Wenn man die Verhandlungen um die eGK an sich vorbei ziehen lässt, ist zu erwarten, dass bei den kommenden Auseinandersetzungen um die Durchsetzung der E-Health mithilfe der „sicheren Telematikstruktur“ sich das gleiche Missverstehen ausbreiten wird. Man kann von einer Sprachverwirrung reden, die sich in den Auseinandersetzungen zwischen Gesundheitsverwaltung, Gesundheitspolitik und denen, die Krankenbehandlungen durchführen, ergeben hat. Als Präsident einer Heilberufekammer musste ich mühsam den Jargon des Gesundheitswesens lernen und ich kann ermessen, wie schwer es ist, einem therapeutisch engagierten Kollegen verständlich zu machen, worum es bei der Deckelung von Leistungen geht, was der Vorteil des ICD 10 oder 11 für die Praxis ist oder worum es sich bei MorbiRSA handelt.

Diese Schwierigkeit ist aber nicht böser Wille der Beteiligten, obwohl das oft polemisch unterstellt wird. Sie hängt damit zusammen, dass sich die „Parteien“ in unterschiedlichen gesellschaftlichen „Systemen“ bewegen, die einer unterschiedlichen Logik folgen und deswegen unterschiedliche Sprachen sprechen. Die „Funktionäre“ der Heilberufe müssen die Sprache der Verwaltung, des Rechts und der Politik mühsam lernen und verzweifeln oft daran, dass sie, was sie beschäftigt und bewegt, nicht in der dominanten Sprache des entscheidungsmächtigen Systems ausdrücken können. Die oft beklagte Entfremdung zwischen den in der Krankenbehandlung Tätigen und den „Berufsfunktionären“ hängt damit zusammen, dass sich die beiden „Bereiche“ so weit voneinander entfernt haben, eine Distanz wie zwischen zwei fremden Sternen. Viele Ärzte und Psychotherapeuten zucken nur noch mit

den Schultern, verachten ihre Funktionäre und haben es aufgegeben, ihre Sache zu vertreten.

Zugespielt könnte man sagen: die Diskussion um die E-Health ist schon jetzt vergiftet. Die Polemik gegen die Belange einer effektiven Verwaltung spitzt sich im Vorwurf der Ahnungslosigkeit vom Leben zu. Die finanziell potenten Player -betIT4bethealth - wenden ungeheure Werbemittel auf, um die Gegenargumente von therapeutischer Seite zu entkräften und sparen ihrerseits nicht mit kräftigen Worten. Sie tun so, als seien die Kritiker unbelehrbare Modernisierungsverweigerer oder überalterte digital immigrants, die keine Ahnung davon haben, über was sie schwafeln. Oder gar Verweigerer von gesellschaftlicher Transparenz, die im Dunkeln ihre Geschäfte machen und sich deswegen jeder Kontrolle entziehen.

Dieser Widerstreit – um ein Konzept des französischen Philosophen Jean-Francois Lyotard zu verwenden, auf den ich noch zurück kommen werde – kann fachlich nicht gelöst werden, weil die Sprachen der Kontrahenten völlig unterschiedlich sind. Die mit der umfassenden Digitalisierung verbundenen gesellschaftlichen Fragen bedürfen einer Antwort, die der Gesellschaft im Ganzen verpflichtet ist, denn hier geht es um die zukünftige Entwicklung unserer Gesellschaft. Deswegen müssen die politischen Institutionen entscheiden. Dabei ist die solidarische Krankenbehandlung paradigmatisch, vielleicht sogar zentral, weil die gemeinschaftliche Sorge um Krankheit und Tod ein grundlegendes Motiv jeder Gesellschaftsbildung ist.

Der Widerstreit, den manche einen Dissens nennen, ist Folge der begrüßenswerten Entwicklung moderner Gesellschaften, wie Jürgen Habermas in der Tradition von Max Weber ausgeführt hat. Die moderne Gesellschaft ist arbeitsteilig und gliedert sich in relativ autonome Bereiche, um ihrer Aufgabe, das Leben zu sichern, besser bewältigen zu können. Dabei werden die Bereiche Verwaltung und Wirtschaft wegen ihres Erfolges immer mächtiger, sie treten der „Lebenswelt“ entgegen, lösen sich von ihr ab, um sie schließlich unter ihr Gesetz zu zwingen. Habermas fasste Wirtschaft, Verwaltung und Rechtsprechung als „System“ zusammen und prognostizierte für die weitere Entwicklung, dass das mächtige „System“ mit seiner Effizienz- und Effektivitätslogik die Lebenswelt kolonialisieren und ausbeuten werde. Wobei er daran festhielt, dass es gesellschaftlich möglich ist, den Dissens in zwanglosem Diskurs zu entschärfen und so zu einer einvernehmlichen Lösung zu kommen. Lyotard betonte in der gleichen Zeit des aufkommenden Neoliberalismus mit seinem New Public Management und der beginnenden Computerisierung, dass der Widerstreit der Parteien nur mit Macht, das heißt politisch, entscheidbar ist.

Worum geht es bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens, das zu einer Gesundheitswirtschaft geworden ist, in der Gesundheit verwaltet, produziert und gehandelt wird? Geht es um Gesundheit oder um effektiven Mitteleinsatz und Gewinne. Ich denke nicht, dass es um Gesundheit geht, genauso wenig wie beim sogenannten GMG, dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz, das die Finanzierung der solidarischen Krankenbehandlung neu organisierte. Auch der Titel Modernisierung, den die Regierung Kohl zur Durchsetzung ihrer neoliberalen Projekte oft verwendete, ist historisch gesehen, falsch oder eine bewusste Verschleierung; denn die sogenannten Modernisierungen waren in erster Linie der Abbau moderner Errungenschaften, zu denen es angeblich keine Alternative gab und gibt.

Sie merken, auch ich spare nicht mit kräftigen Worten, obwohl ich mich um Mäßigung bemühe. Dabei bin ich kein Stockkonservativer, der die Furcht verbreiten will, mit der Digitalisierung drohe die allgemeine Verblödung und der Untergang des Abendlandes. Ich möchte auf die Nebenwirkungen hinweisen, die eine Digitalisierung zentraler Lebensbereiche mit sich bringt. Meiner Einschätzung nach ist die Digitalisierung eng mit dem neoliberalen Konzept des New Public Management verknüpft, sie betreibt eine entsolidarisierende Vermarktlichung der Gesellschaft. Deutlich zu erkennen ist das in den Bereichen der gemeinschaftlichen Krankenversorgung und der Bildung, die zum Gesundheitsmarkt und zum Bildungsmarkt geworden sind.

Wenn man die Ankündigungstexte, die Präambel und die Begründungen des neuen E-Health-Gesetzes liest, kann man sich verwundert fragen, warum irgendjemand dagegen sein kann. Das Gesetz verspricht unbezweifelbar und selbstgewiss Fortschritt. Dabei trägt das mit Spannung erwartete Gesetz auch noch einen bescheidenen Titel. Es liegt bisher als Referentenentwurf eines Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen vor.

Wenn man sich den Text genau ansieht, könnte man sagen, es ist ein Digitalisierungsbeschleunigungsgesetz oder ein Umsetzungsgesetz der elektronischen Gesundheitskarte gegen Widerstände. Dabei wird die Einführung der eGK als eine Erfolgsgeschichte beschrieben, die einfach nur weiter geführt werden soll. Getragen ist das Gesetz von einem ungebrochenen Willen zum Fortschritt. Es verspricht die Lösung vieler Probleme und will zum Vorteil aller kranken Menschen wirken. Dabei wird manchmal dick aufgetragen und unbestimmt versprochen, ohne genau zu sagen, wie das erreicht werden soll.

Wichtig ist aber, dass alles schnell gehen soll, die Fristen sind kurz. Zur Einhaltung der Fristen gibt es finanzielle Anreize und Sanktionen. Wobei nicht bedacht und nicht diskutiert wird, dass die bisherige Verzögerung wegen mangelnder Überzeugungsarbeit bei den Akteuren, besonders den sogenannten Leistungserbringern, hervorgegangen ist. Die Widerstände, die bisher gegen die Umsetzung der eGK aufgekommen sind, werden nicht diskutiert, als seien sie erledigt. Kurze Fristen, finanzielle Anreize sowie Sanktionen sollen den Umsetzungsprozess beschleunigen. Als könne man den Diskurs über wesentlich Entscheidungen mit ökonomischen Mitteln beenden; das heißt, oft ethisch begründete Überzeugungen mit Strafe belegen und abkaufen.

Ich werde die unbezweifelbaren Vorteile, die eine schnelle und sichere Kommunikation zwischen Behandlern und Behandlungsinstitutionen bewirken kann, nicht in Frage stellen, aber auch nicht im Einzelnen aufzählen, denn die Vorteile sind lange bekannt und oft werbewirksam breitgetreten, meines Erachtens dabei oft maßlos überzeichnet.

Wenn man zur Behandlung der „Krankheit des Gesundheitswesens“, wie das Walter Krämer schon vor vielen Jahren nannte, eine wirksame Behandlung wie die Digitalisierung verordnet, dann muss man nicht nur überlegen, welche Wirkungen, sondern auch welche Nebenwirkungen damit verbunden sein werden und ob die Nebenwirkungen einfach hingenommen werden müssen oder ob ihnen gegengewirkt werden muss. Denn es ist eine unbezweifelbare Gewissheit in der Heilkunde, dass mit jeder wirksamen Therapie immer auch Nebenwirkungen verbunden sind.

In der Befürwortungsliteratur zur Digitalisierung im Gesundheitswesen ist von Nebenwirkungen keine Rede. Ich kenne nur eine wichtige Ausnahme. Jüngst hat Peter Bröckerhoff, Chefredakteur der Internetzeitschrift E-Health, wohl unter dem Eindruck der öffentlichen Empörung über Gefahren und Missbrauch gespeicherter Daten (Snowden-Effekt), zu einer produktiven Skepsis gegenüber der totalen Digitalisierung im Gesundheitswesen aufgerufen und sich bereit erklärt, die skeptischen Einwänden zu würdigen. Seine Überlegungen als Spezialist der elektronischen Gesundheit beziehen sich allerdings in erster Linie auf Fragen der Datensicherheit und weniger auf das, was uns hier beschäftigen sollte, nämlich der Deformation von Behandlungsbeziehung und den Behandlungsverlauf unter dem Einfluss der Datenherrschaft. Die oben genannte Sprachverwirrung zeigt sich darin, dass Bröckerhoff von der Sorge um Datensicherheit bewegt ist, während es den Therapeuten um Diskretion und Vertraulichkeit geht und das sind mehr als nur verschiedene Worte für die gleiche Sache.

Die Medialisierung, d.h. Digitalisierung oder Datifizierung, im Gesundheitswesen wird nur unter dem Gesichtspunkt der Einführung eines neuen Instrumentes der Kommunikation, also in ihrem Werkzeugcharakter bedacht. Weitere Überlegungen finden keinen Raum. Als sei die Digitalisierung ein bloßes Instrument. Mit dieser nüchtern berechnenden Argumentation wird aber Wesentliches verfehlt.

Denn ein Medium ist aber immer mehr als ein bloßes Werkzeug. Jedes Medium hat Auswirkungen auf die Inhalte, die in ihm oder mit ihm transportiert oder wie wir es heute sagen, kommuniziert werden. Jedes Medium wirkt auf den zurück, der davon Gebrauch macht und zwar auf das Verständnis von dem, was kommuniziert wird, und schließlich auf das Verständnis von sich selbst. Darüberhinaus wirkt jedes Medium als Leitmedium auf die Gesellschaft ein, in der es zur Anwendung kommt.

- Hier ist allerdings gegen die apokalyptischen Visionen von Manfred Spitzer u.a. einzuschränken - ich folge dabei einem Gedanken der amerikanischen Medienwissenschaftlerin Nancy Baym -, dass die Wirkung eines neuen Mediums nicht einseitig ist. Gesellschaftsprozesse und Medien stehen im Verhältnis des Zusammenwirkens, der gegenseitigen Verstärkung und Zubilligung. D.h. ein Medium tritt in einen gesellschaftlichen Prozess ein, verstärkt diesen und wird dann vom Gesellschaftsprozess zur Transformation verwendet und verstärkt möglicherweise dessen Wirkung.

Wenn die Digitalisierung des Gesundheitswesens eine Therapie ist, die möglicherweise Nebenwirkungen hat, wird man, wie das bei jedem Gesetzesvorhaben verlangt wird, die zu erwartenden Kosten berücksichtigen müssen. Und dazu gibt es im Referentenentwurf wie üblich und wie es sich gehört, eine Aufstellung der zu erwartenden Kosten. Das sind allerdings nur finanzielle Kosten, ganz im Denken der Gesundheitsökonomie. Dass man aber weiter überlegen muss, welche Kosten im Sinne von gesellschaftlichen oder kulturellen Kosten entstehen, wird nirgendwo bedacht. Wobei längst bekannt ist, dass neue Medien immer mit gesellschaftlichen Folgen verbunden sind, deren zukünftige Entwicklungen kaum vorhersehbar sind.

Wenn wir uns in der Geschichte der Medienentwicklung umschaun, sehen wir, dass Einführung und Nutzung von neuen Medien großen kulturellen Einfluss hatten und so ist anzunehmen, dass das weiterhin so ist. Das ist keine neue Einsicht. Das ist schon seit 2 ½ tausend

Jahren bekannt. Allerdings findet man die Konsequenz und den Niederschlag dieses Wissens nicht, wenn es um die Einführung neuer Medien in die Heilkunde geht.

Wichtig ist, festzuhalten: jedes neue Medium hat seine eigenen Chancen, es verdrängt mehr oder weniger seine Vorgänger, ohne zur Gänze deren Leistung zu ersetzen. Jedes Medium hat zugleich seine Nachteile den Vorgängern gegenüber, was sich darin zeigt, was es nicht mitteilen kann. Die Schrift hat die Sprache als Leitmedium abgelöst und trotzdem sprechen die Menschen alltäglich miteinander. Die Maschinenschrift hat die Lesbarkeit erhöht und zugleich die höchstpersönliche Note der handschriftlichen Mitteilung gelöscht. Die Schrift ist objektiver und es fällt ihr schwer, emotionale Wirklichkeit unmittelbar zu vermitteln...

In einem der Dialoge des Platon, dem Phaidros, beschäftigt sich Sokrates mit den Auswirkungen der damals neuen alphabetischen Schrift auf das Denken, auf das Wissen und das Verhältnis von Lehrer und Schüler. Sokrates, der sich ganz in der dialogischen Vermittlung von Wissen beheimatet fühlte und dort große Kunst entwickelte, sieht die Schrift äußerst skeptisch. Er lässt ihre positive Wirkung gelten, wenn es darum geht, einzelne Dinge zu erhalten, weil das Geschriebene nicht flüchtig ist wie das gesprochene Wort. Allerdings hat er auch einen sofortigen Einwand, denn das geschriebene Wort löst sich von dem Schreiber ab und ist somit willkürlicher Interpretation zugänglich. Die Schrift kann keine Auskunft geben, sie ist ein totes Wort. Sie ist nicht dialogisch und deswegen dem Missverstehen hilflos ausgesetzt. Sie überdauert den Moment und entzieht sich sogleich der sofortigen Korrektur, der unmittelbaren Vergewisserung, ob etwas richtig verstanden worden ist oder nicht. So meint Sokrates, das Lehrer-Schüler-Verhältnis verändere sich mit der Schrift. Das aufgeschriebene Wissen hat keine Garantie mehr in dem, der es verbreitet. Damit wird das Wissen unverbindlicher und öffnet das Tor zu Halbwissen und Unwissen.

Außerdem greift es das Gedächtnis an. Das Wissen muss nicht mehr erinnert, das heißt, angeeignet werden; es liegt objektiv vor, so dass man es getrost nachhause tragen kann, wie es in Goethes Faust spöttisch heißt. Die Erinnerung hält das Wissen lebendig, aber sie verändert es auch.

Die Schrift hatte eine enorme kulturelle Auswirkung. Sie hat das systematische Denken und die Wissenschaft erst möglich gemacht und das mythologische Denken verdrängt, das heißt, in den Hintergrund oder Untergrund gedrängt, in dem es weiter existiert.

Schriften wurden in kostbaren Manuskripten tradiert, immer wieder neu aufgeschrieben und weitergegeben. In diesem Prozess des Abschreibens und Weitergebens gab es allerdings immer wieder fahrlässige und tendenziöse Veränderungen. Die Manuskripte waren ein kostbares Gut und waren nur wenigen zugänglich.

Die Verbreitung des aufgeschriebenen Wissens änderte sich mit der Erfindung des Mainzer Johannes Gutenberg, dessen Typoskript im Gegensatz zum kostbaren Manuskript in großer Stückzahl billiger herzustellen war und größere Verbreitung gewann. Allerdings setzte sich Gutenbergs Erfindung nicht einfach durch. Bei der Entwicklung und Verbreitung des neuen Mediums spielte Geld und Macht eine große Rolle. Gutenberg musste, um seine Erfindung umsetzen zu können, Darlehen aufnehmen. Er kam im Weiteren wegen dieser Darlehen in Rückzahlungsverzug und wurde wegen möglicher Manipulation des Darlehnsvertrages fast um das Patent an seiner Erfindung gebracht. Andere, geschäftlich Klügere bedienten sich

der neuen lukrativen Erfindung. In Folge bauten sich wirtschaftliche Strukturen auf, um Typskripte zu verbreiten.

Diese Erfindung hatte eine enorme gesellschaftliche und kulturelle Auswirkung. Ohne die Erfindung Gutenbergs sind Aufklärung und Bildung einer bürgerlichen Gesellschaft undenkbar. Auch die Reformation und das Aufblühen der Wissenschaft waren ohne gedruckte Bücher nicht möglich. Ein erster Schritt der Demokratisierung des Wissens war getan. Das beunruhigte die Kirche, deren Monopol des Schreibens und Lesens und die damit verbundene Macht der Interpretation gefährdet waren. Hellsichtig versuchte der Vatikan Druckereien zu verbieten und schließlich unter seine Kontrolle zu bringen.

Dieses Medium behielt über 4 Jahrhunderte mit kleinen Veränderungen eine dominante Stellung. Schließlich kam es mit der Erfindung der Massenpresse zu einem weiteren entscheidenden Medienwandel. Der englische Philosoph John Stuart Mill hat Mitte des vorletzten Jahrhunderts die Wirkung der Massenpresse geschildert. Der Massendruck bietet zwar eine schnelle Information, aber von allem und jedem mit billigen Mitteln. Er befördert von daher einerseits die Demokratisierung, andererseits führt die Masse der Publikationen zur Flüchtigkeit des Lesens und damit zu einer Verflachung des Wissens. Mill schildert das eindrucksvoll, indem er darauf hinwies, dass niemand mehr ein mühsam geschriebenes Buch mehrfach liest und so den Anstrengungen des Schreibers, seine Gedanken zu ordnen und zu formulieren den gehörigen Respekt entgegenbringt. In Zeiten des Massendrucks kann sich jeder Leser im flüchtigen Überlesen dem Schreiber überlegen fühlen.

Ich überspringe jetzt die Einführung der elektrischen Verständigungsmittel, über die viel geschrieben worden ist und gehe auf den jüngsten Medienwechsel ein, der von Jean Francois Lyotard, 1980, in aller Schärfe gesehen wurde. Lyotard war von der Universität Quebec dazu aufgefordert worden, eine Stellungnahme abzugeben, wie sich Wissen und Bildungseinrichtungen unter dem Einfluss der beginnenden Computerisierung - heute würden wir sagen Digitalisierung - verändern werden. In einer Skizze stellte er heraus, dass die Computerisierung enorme Auswirkung haben wird, denn es wird sich eine Datokratie entwickeln, in der die maschinelle Verarbeitung von Informationen die sinnvolle Entwicklung von Wissen und Bildung ersetzen wird. Dies wird zu einer Ökonomisierung der Gesellschaft und des Wissens führen. Überspitzt formulierte er: Sinn und Wahrheit als Ziel von Bildung werden als gesellschaftliches Ziele aufgegeben, stattdessen werden sich Effektivität und Effizienz durchsetzen. Somit, so Lyotards weitere Voraussage, werden die großen Vorhaben von Demokratisierung und Aufklärung der Gesellschaft gefährdet, schließlich aufgegeben und einem freien Markt des Datenverkehrs weichen, auf dem nur noch ökonomische Gesetze gelten.

- Das meinte Lyotard mit dem Ende der großen Erzählungen, die keinen Glauben mehr finden. Was er nicht bedachte war, dass an Stelle der Emanzipation und des Demokratisierungsprozesses mithilfe von Bildung eine neue Heilslehre treten wird: die neoliberale Version des Ökonomismus, die nicht nur die Gesellschaft, sondern auch das Denken beherrscht, so dass es keine Alternative zu geben scheint. Das ist der entscheidende Beleg für den ideologischen Charakter dieses Denkens, das sich gegen jede andere Meinung immunisiert.

In den kritischen Stimmen zur Telekratie oder Mediokratie, die in den letzten Jahren in der Diskussion um die Digitalisierung erhoben worden sind, wird die Sorge um den Fortbestand der Demokratie in Zeiten der totalen Mediatisierung immer wieder ausgedrückt.

Dazu kommt aber – und das ist für den Einzug der neuen Medien in die Kultur der Krankenbehandlung wesentlich -, dass sich nicht nur das Wissen, sondern auch die Beziehungen zwischen den Menschen verändert. Um das zu verstehen, muss ich zu der Geschichte der Medien etwas ergänzen, was für die Psychotherapie aber auch die gesamte Heilkunde eine entscheidende Bedeutung hat. Wir alle durchlaufen mehrere Medienwechsel in unserer Erziehung und die Medien haben einen entscheidenden Einfluss auf uns: Schreiben und Lesen macht uns mündig und erwachsen. Sie eröffnen eine Welt des Wissens; die neuen Medien bieten eine Fülle von Informationen in vorher unvorstellbarer Weise. Wir können uns über alles informieren. Wir können mit Allen und Jedem in Verbindung sein, auch über größte Entfernungen hinweg. Wir können uns in der Virtualität amüsieren. Die Schriftgenauigkeit verliert aber ihre Bedeutung. Und die Fülle der Angebote verführt zur Flüchtigkeit. Konnektivität ersetzt Beziehung und Information Wissen.

Dabei sind wir geneigt zu vergessen, dass das Erlernen der Schrift nicht der erste Medienwechsel war, den wir durchlaufen mussten. Der erste war der Spracherwerb und das ist ein komplizierter mehrstufiger Vorgang, der eine enge zwischenmenschliche Beziehung voraussetzt. Diese Beziehung besteht nicht zwischen zwei voneinander isolierten Subjekten, die sich Informationen übermitteln; sondern sie stehen in einem zwischenleiblichen Verhältnis zueinander, wie es der französische Philosoph und Pädagoge Maurice Merleau-Ponty nannte. Das Kind lernt Sprechen im Kontakt der Pflege, dort erwirbt es seine Intonation, die in Spuren immer erhalten bleibt und nur schwer abzutrainieren ist. Diese erste Sprache ist gefühlsbeladen und leibnah und nur im unmittelbaren Zusammensein verständlich. In ihr kommt das Kind langsam zu sich. Erst in einem zweiten Schritt wird die kindliche Privatsprache in eine Sprache verwandelt, die für Außenstehende verständlich ist. Wir nennen das die triangulierte Sprache, die die enge Beziehung zwischen zwei Partnern überschreiten hilft. Aber der Prozess des Spracherwerbs ist damit nicht abgeschlossen: die noch mundartliche Sprache wird durch eine Hochsprache mehr oder weniger ersetzt, verliert dabei aber ihre emotionale Eindringlichkeit.

Die leibnahe Gefühlssprache bleibt immer erhalten, worauf schon Herder hingewiesen hat. In ihr sind die leibnahen Erlebnisse zu vermitteln, um sie zu „hören“ bedarf es aber der unmittelbaren Begegnung.

Wenn man sich die obige kurze Skizze der Mediengeschichte ansieht, kann man erkennen, dass die gesellschaftsverändernde, d.h. politische Kraft der Medien immer mehr in den Mittelpunkt rückt. Das hängt damit zusammen, dass der Kapitalbedarf zur Bereitstellung der neuen, leistungsfähigen Medien immer größer wird und mit größeren Gewinnchancen verbunden ist. Das führt schließlich zu einer Vermarktlichung, die in das Medium selbst eindringt. Die Digitalisierung ist das Geschäft der Gegenwart, wie man an den Jahresabschlüssen der großen Player unschwer erkennen kann.

In diesen ökonomischen Prozess tritt die Digitalisierung des Gesundheitswesens ein. Die sogenannte Gesundheitsversorgung, das ist das, was man früher die lebensweltliche gemeinschaftliche Einrichtung der solidarische Krankenbehandlung nannte, wird in einem um-

fassenden Prozess der Datifizierung umgeformt. Damit wird die Entwicklung marktwirtschaftlicher Steuerungsprinzipien in der Krankenbehandlung Vorschub geleistet. Die ökonomistische Transformation wird durch die Digitalisierung weiter geführt, vollendet.

Was ich so abstrakt beschrieben habe, möchte ich Ihnen an zwei kleinen Beispielen verdeutlichen. An ihnen zeigt sich, dass die neuen Medien zwar an Altes anschließen und weiterführen, aber auch ganz neue Probleme mit sich bringen.

Erstens: Der von Fragen geleitete diagnostische Weg und die datengeleitete statistische Zuordnung.

Schon heute klagen erfahrene Kliniker oft über die Kopflosigkeit der jüngeren KollegInnen, die vor lauter Daten die PatientInnen übersehen. Dass alle Behandlungsdaten vorliegen, kann ein Vorteil sein, wenn der Behandler die richtige Frage zu stellen weiß. In der Vision der Telematik kommt der Patient in eine Datenwolke eingehüllt, Befunde, Therapien, Diagnosen aus unterschiedlichstem Kontext und von unterschiedlichster Güte. Es ist ein unbestreitbarer Vorteil, wenn alle Behandlungen als Vorgeschichte zugänglich sind. Aber wie sind sie zu bewerten? Bloße Daten sind keine Befunde, diese ergeben sich erst in einem Zusammenhang des Fragens nach dem Sinn dessen, was das Datum bedeutet. Es besteht die Gefahr, dass vor lauter Daten, das Fragen vergessen wird und dann gibt es auch keine Antworten.

Die traditionelle Begegnung mit dem Arzt war von der Frage geleitet, wie etwas zu verstehen ist, was vorliegt. PatientInnen trugen ihr Leiden vor, daraus bildete der Diagnostiker eine Frage, die er / sie mit dem Einsatz eines diagnostischen Instrumentes zu beantworten suchte: das begann mit der Prüfung des Eindrucks beim Berichten der Beschwerden, dann wurde der Puls gefühlt, der Blutdruck gemessen, vielleicht der Blutzucker bestimmt; immer waren es Maßnahmen, die auf die Frage Antwort geben sollten, warum ist das so, was zeigt es an? So entwickelte sich der diagnostische Weg quasi dialogisch mit dem Ziel eine Ätiologie aufzuklären. Die diagnostizierte Krankheit sollte das Entstehen der Symptome erklären.

Heute wird oft von vorliegenden, möglichst kompletten Datensätzen ausgegangen, die Antworten sollen sich aus Mustern ergeben. Diagnose wird damit zu einer Zuordnung von Wahrscheinlichkeiten. Dirk Helbing, einer der führenden Big Data Spezialisten hat vor der Gefahr gewarnt, angesichts einer Überfülle von Daten blind zu werden: Nach ihm haben Daten ohne Sinnzusammenhang keinen Aussagewert. Er stellt die Frage: „welche Art von Daten brauchen wir überhaupt? Man sollte nicht einfach sammeln, was man kriegen kann, und dann fragen, was man damit anfangen kann.“ Am Anfang muss die Frage stehen, betont er. „Welche Daten man zur Beantwortung der Frage braucht“, entscheidet darüber, wie man sie verwerten kann.

- Auch andere Autoren (wie Z.B. Birger Priddat) warnen vor dem „infoglut“ oder dem „informational overload“ und verweisen darauf, dass in die Gestaltung der Algorithmen oft sehr einfache und dürftige „Theorien“ eingehen. Die sich jeder Prüfung entziehen. Das heißt, die bloße Verrechnung der großen Datenmengen zur Mustererkennung bedient oft simple allgemein plausible Theorien.



Wenn Patienten über ihre Daten völlig zureichend abgebildet sind und die leibhaftige Beziehung keine Rolle mehr spielt, entsteht eine therapeutische Zwischenmenschlichkeit wie in facebook. Es gibt dann virtuelle Freundschaften und virtuelle Behandlungsbeziehungen, nach Belieben festgelegt.

Es wird schon jetzt darüber geklagt, dass Ärzte im alltäglichen Betrieb oft auf den Bildschirm schauen, während sie eine Anamnese erheben – nachdem sie vorher alle Befunde auf dem Schirm haben. Bei den weiteren Schritten kehren sie schnell zum Computer zurück, um Aufzeichnungen einzutippen. Der Patient sitzt bei der Anamnese neben dem Bildschirm, und wird oft nicht angeschaut, was einer berufsethischen Sünde gleichkommt. Er wird zum bloßen Informations- oder Datenlieferant. Man kann auch sagen, der Patient wird neben dem Bildschirm vom lutherschen Madensack zu einem Datensack. Zur schnellen Diagnose sollen alle Daten vorliegen und mithilfe von Abweichungen und Normen ausgewertet werden. Das ist heute schon oft übliche Praxis.

Mit der Einführung von Speicherung und Übermittlung aller „Gesundheitsdaten“ auf der eGK, die jedem Behandler mit dem notwendigen Schlüssel zugänglich sein sollen, wird sich der diagnostische Prozess noch mehr in diese Richtung ändern. Es wird kein individueller Weg der Erhellung einer Ätiologie mehr sein, sondern eine statistische Zuordnung zum Ziel haben.

Dem, über was heute schon geklagt wird, wird mit der Digitalisierung weiter Vorschub geleistet. Es wird zum Standardverfahren der Diagnostik werden. Solange die Behandlung in einer zwischenmenschlichen Beziehung geschah, der leidende Mensch zu einem behandelnden Arzt Kontakt wegen seines Leidens aufnahm und in seiner Sprache sein Leiden formulierte, setzte der verantwortliche Arzt diagnostische Verfahren ein, um seinen Eindruck, den er zuerst gewonnen hat, zu präzisieren. Er ging Fragen, die aufgekomen waren, nach, um sinnvolle Antworten zu finden. Es ergab sich ein diagnostischer Pfad, der Weg eines Individuums in der Begegnung mit einem Anderen. Das traf schon bei der Erörterung der Vorgeschichte zu. Der aufmerksame Arzt hörte dem Patienten zu, wie er über seine Geschichte und sein Leiden redete und neben den Informationen, wann er wo, was gehabt hat, hörte er zugleich, wie der Mensch, der leidet, darüber spricht, was ihm wichtig ist, was er erinnert, möglicherweise vergisst, was er sich zugestehen möchte oder lieber verheimlichen möchte, usw., usw.. So entwickelte sich ein vertrauliches zwischenmenschliches Gespräch, in dem die Krankheit als subjektives Ereignis und zugleich als objektive Wirklichkeit gemeinsam entdeckt wurde.

- Dass es hier um ein ideales Bild handelt, das unter dem Druck der ökonomistischen Transformation der Krankenbehandlung, wie ich es genannt habe, oft schon heute verfehlt wird, spricht nicht dagegen, dass damit eine „kunstgerechte“ Praxis beschrieben wird, die ethisch und fachlich gefordert ist. Durch die Digitalisierung werden schon beobachtbare Tendenzen aber verstärkt und selbstverständliche Praxis.

Die datifizierte, telematische Medizin dagegen wird dem Arzt ins Behandlungszimmer zugleich mit dem Patienten eine Fülle von Informationen übermitteln. Mehr noch wie heute, wo erfahrene Ärzte darüber klagen, dass junge Assistenzärzte zuerst eine Fülle von diagnostischen Daten erheben, bevor sie den Patienten zum ersten Mal sehen. Jeder Patient ist in eine Datenwolke eingehüllt. Daten, die aber, um zu Befunden zu werden, geordnet und sinn-

voll miteinander verbunden werden müssen. Diese Arbeit kann nur höchstpersönlich und jeweils individuell geleistet werden.

Big Data verspricht auch hier eine digitale Lösung, man wird Muster maschinell finden und mit diesen Mustern wird man statistische Zuordnungen und Gruppierungen erstellen. Das Individuum wird als Fall erkannt. Das heißt, der diagnostische Weg beginnt nicht mehr beim Individuum und behält das Individuum im Auge, um das Verständnis über die Auffassung, es sei ein Fall, einzukreisen. Der diagnostische Weg wird ein anderer sein. Leidende Menschen kommen mit einer Fülle von unausgelesenen Daten in die Behandlung und diese Datenfülle verlangt statistische Zuordnung. Das führt schließlich dazu, dass auch die Indikation für die weitere Behandlung nach einem Schema folgen wird. Die im individuellen diagnostischen Weg erarbeitete individuelle Indikation wird durch eine statistische Zuordnung zu einer Leidensgruppe, wie z.B. im ICD-10, ersetzt. Die Zuordnung zu statistisch gesicherten Behandlungen kann von Algorithmen übernommen werden.

So wird einer falsch verstandenen Evidenz Basierten Medizin Genüge getan. Einer Vorstellung von produzierter, bewirtschafteter und verwalteter Gesundheit kommt dieses Vorgehen entgegen, mit der Behandlung von individuellem Leiden hat das weniger zu tun.

Zweitens: Derealisation der Behandlungsbeziehung am Beispiel der Telepsychotherapie.

Die telematische Umformung des Gesundheitswesens hat aber auch zum Ziel, telemedizinische Verfahren zu befördern. Ein Beispiel mit dem ich mich auskenne ist die sogenannte Internettherapie, d.h. die Ferntherapie in einem sicheren Kommunikationsnetz. Hier stellt sich verschärft das Thema von Datenschutz und Datensicherheit. Jeder Psychotherapeut, wie übrigens jeder Arzt, versichert dem Patienten, dass das, was er ihm anvertraut, bei ihm sicher aufgehoben ist und dass niemand, selbst über den Tod hinaus - der Tod des Therapeuten als auch der des Patienten - je erfahren wird, was der Patient seinem Therapeuten anvertraut hat. Das ist in allen Berufsordnungen eindeutig festgelegt und beinhaltet die Verpflichtung über den eigenen Tod hinaus Vorsorge für die absolute Diskretion zu leisten.

Für mich als Psychoanalytiker ist dieses absolute Diskretionsversprechen eine unhintergehbare Verpflichtung gegenüber dem Patienten. (Deswegen habe ich Beschwerde gegen das BKA Gesetz eingelegt, ein Verfahren das sich hinzieht und noch nicht entschieden ist.) In der Behandlung erwarte ich ja nicht nur, dass der Patient alle seine Geheimnisse offenbart, das ist das wenigste. Sondern es geht darum, mit ihm gemeinsam zu entdecken, was er von sich selbst nicht zu wissen wagt. Wir versuchen die Wahrnehmung von sich selbst gegen alle Widerstände zu erweitern. Das ist damit gemeint, dass wir Unbewusstes bewusst machen. Um ein Bild aus der Medizin zu verwenden, es ist so als würde das Innerste des Patienten geöffnet, seine innersten Gedanken, Gefühle, Phantasien werden vernehmbar und zu einem zwischenmenschlichen Ereignis, als würde man das Privateste eines Menschen „öffentlich“ machen. Und das bedarf absoluter Diskretion, völliger Vertraulichkeit.

Eine solche Diskretion, die hier fachlich und ethisch verlangt ist, kann in keiner telematischen Struktur gewährleistet werden, denn die Datensicherheit kann nur dem jeweiligen Stand entsprechend garantiert werden. Was später wird, kann niemand mit Sicherheit sagen. Ob es irgendwann Möglichkeiten geben wird, in die Datenbank einzudringen, ist derzeit vielleicht unwahrscheinlich, aber prinzipiell nicht auszuschließen. Medienwissenschaftler sprechen

von einer prinzipiellen Datenunsicherheit. Ob gängiger „Datenschutz“ für ausreichend gefunden wird, hängt davon ab, was und wem man glauben will, was aber nicht entscheidend für die ethischen Fragen sein kann, die sich stellen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es eine grundsätzliche Sicherheit digitalisierter Daten nicht gibt. Zu dieser grundsätzlichen Sicherheit sind aber Therapeuten durch ihre Berufsethik verpflichtet.

- Dass es immer schon Indiskretion gegeben hat, ist kein Gegenargument. Indiskretion ist berufsethisch verwerflich und kann / muss verfolgt werden, weil es dem jeweiligen Behandler als Übertretung zu Last gelegt werden kann und muss; hier handelt es sich um eine systemische Indiskretion.

Wenn schon das ein grundsätzlicher Angriff auf die Vertraulichkeit und Diskretion heilkundlicher Behandlungen ist, so kommt noch weiteres hinzu, was schon in diagnostischen Prozessen zu bemerken war, wo aufgrund der großen Datenmenge, wenn der individuelle Weg der Diagnostik verlassen ist, nur einer Diagnose durch Mustererkennung, die besser von Algorithmen geleistet werden kann, erstellt werden kann. D.h. die individuelle ätiologische Diagnostik wird durch eine schematisierte Diagnostik ersetzt.

- In der Internettherapie gibt es jetzt eine neue teletherapeutische Entwicklung, die besorgniserregend ist. War in der zwischenmenschlichen Therapie, die man heute face to face Therapie nennt, der persönliche Faktor des Therapeuten unhintergebar und notwendig, um den Patienten dazu zu verhelfen, zu einer höchstpersönlichen Lösung seines Leidens zu kommen, besteht hier die Tendenz, Algorithmen als Therapeutenersatz einzusetzen. Zusätzlich zur Schematisierung der Diagnostik kommt es damit zu einer Schematisierung der Behandlung eines individuellen Leidens: eine quasi-industriellen Fertigung seelischer Gesundheit. Das mag Kosten senken, wird aber zu einem Qualitätsverlust der Behandlungen führen, die nur in Diskretion und Jeweiligkeit, d.h. als individuelles Unternehmen geschehen kann und darin geschützt werden muss.

Ein letzter Gedanke bezüglich der Behandlungsbeziehungen. Wenn Behandlungsprozesse unter dem Gesichtspunkt des Gewinns und der Anwendung von Daten als schematisiertes Handlungswissen (Leitlinien oder gar Manual) verstanden werden, wird der Gesichtspunkt von Effizienz und Effektivität alleine entscheiden und jegliche individuelle Wahrheit in den Hintergrund drängen.

Etwas Wichtiges für den diagnostischen Prozess wird verloren gehen. Vor dem ersten Medienwechsel, den jeder einzelne vollziehen muss leben wir in einer vorsprachlichen, zwischenleiblichen Kommunikation, d.h. in leibnahem Austausch - Zuwendung und miteinander Umgehen - wie zwischen Mutter und Kind. In dieser emotionalen Welt wird sprachliche Kommunikation erworben. Basale Gefühle bleiben aber auf dieser Stufe. Hauptsächlich im Leiden greifen wir auf die Ausdrucksformen der frühen Entwicklung zurück, was jeder wissen kann, die / der sich aufmerksam beobachtet. Die wenigsten Menschen fluchen in der antrainierten Hochsprache und, wie schon Hegel bemerkte, in den Wehen ruft auch die gebildete Frau in der Sprache ihrer Mutter.

Dieser erste Medienwechsel vom sympathetischen Austausch zur Sprache ist detailliert beschrieben worden. Seine Gewinne und seine Verlusten sind aufgelistet. Es zeigt sich, dass

affektiver Austausch, d.h. der Austausch von Gefühlen und gefühlsmäßigen Inhalten in der offiziellen Erwachsenensprache nur schwer gelingt und dass wir, um den anderen wirklich zu verstehen, die zwischenleibliche Begegnung brauchen. D.h. nicht, dass wir den Anderen anfassen müssen, um mitzubekommen, wie er / sie fühlt. Wir sehen, wie jemand steht, geht, redet, sich hält und wir reagieren darauf. Dadurch bekommen wir die Qualität des Leidens eines Anderen mit. Das ist das, was man Empathie, d.h. eine besondere Form des Mitleidens nennt. Wahre Diagnose braucht immer mehr als bloße Daten, sie braucht eine zwischenleibliche Begegnung von Angesicht zu Angesicht.

Wenn die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung voran getrieben wird, sollte man wissen, was dabei gewonnen wird und was dabei verloren geht. Man muss neben den erhofften Wirkungen auf die Nebenwirkungen achten und die Chancen und Gewinne einer solchen Therapie der solidarischen Krankenbehandlung gegen die Risiken und Verluste aufwiegen.