

Deutsches Ärzteblatt print

Groß, Christiane

Gesundheitstelematik: Folgen für die Arzt-Patient-Beziehung

*Deutsches Ärzteblatt 103, Ausgabe 51-52 vom 25.12.2006, Seite A-3469 / B-3019 / C-2895
THEMEN DER ZEIT*

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte könnte dazu führen, dass die Wertigkeit der zwischenmenschlichen Begegnung von Arzt und Patient gegenüber der voranschreitenden Technisierung weiter ins Hintertreffen gerät.



Foto: Bundesministerium für Gesundheit/Kartengrafik: Gematik GmbH

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Ausbau der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen sollen einen gesamtwirtschaftlichen Nutzen bringen – so die Projektidee der Bundesregierung („Informationsgesellschaft Deutschland 2006“ aus dem Jahr 1999). Sieht man von den gesamtwirtschaftlichen Konzepten und den ungeklärten Kosten-Nutzen-Analysen ab, fällt der Blick auf die Beziehung zwischen Hilfe suchenden Patienten und behandelnden Ärzten. Patienten erwarten vom Arzt neben fachlicher Hilfe auch Zuwendung. Ob bei Nutzung der eGK diese Bedürfnisse ausreichend befriedigt werden können, ist fraglich. Entsprechend der politischen Zielsetzung wird der Begriff „elektronische Gesundheitskarte“ nicht nur für die elektronische Ausweiskarte, sondern als Synonym für das Ziel einer flächendeckenden Telematikinfrastruktur mit Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) verwendet.

Der Zugang zur eigenen elektronischen Krankheitsakte soll das Patientenempowerment stärken und den Schlüssel darstellen zum gesamtgesellschaftlichen Streben nach Prävention, individueller Eigenvorsorge und Risikominimierung. Der Patient kann zusätzlich zu den eGK-Pflichtanwendungen (wie Patientenstammdatenermittlung, eRezept) freiwillig die Anwendung der ePA nutzen, weil die Datenhoheit ihm das Recht auf Besitz, Speichern oder Löschen von Daten künftig überträgt. Die ärztliche Seite entbehrt jeglicher Freiwilligkeit, da die notwendigen computertechnischen Ausstattungen für die Pflicht- und freiwilligen Anwendungen vorgehalten werden müssen.

Asymmetrie

Zwischen dem medizinischen Wissen eines Hilfe suchenden Patienten und dem seines Arztes besteht ein asymmetrisches Gefälle. Aus der bedrängten Lage des Patienten gesehen, besitzt der Arzt „die Macht, zu bestimmen, was Krankheit ist oder auch nicht“ (6). Zur Minimierung dieser Wissensasymmetrie muss der Arzt den Patienten und seine Erkrankung verstehen, patienteneigenes Selbstbestimmungsrecht achten, gebotene Fürsorge walten lassen und

ärztliches Fachwissen dem Patienten erklären und übersetzen.

Die Empathie ermöglicht dem Arzt, vom Patienten mehr zu begreifen, als dieser allein durch Worte auszudrücken vermag. Sie lässt die häufig verschlüsselt formulierten Patientenanliegen erfassen (9). Die Abschätzung psychischer Gründe oder somatischer Ursachen, die Bewertung des sekundären Krankheitsgewinnes, das instinktive Erfassen unbewusster Wünsche, Forderungen oder Ängste sind ohne diese Eigenschaft kaum möglich. Ärztliche Empathie setzt aber auch ein Mindestmaß an emotionaler Ausgeglichenheit beim Arzt voraus.

Durch den wachsenden Zeitdruck im ärztlichen Arbeitsumfeld geht die Sensibilität für nonverbale Kommunikation – eine weitere Grundlage für eine gute Arzt-Patient-Beziehung – zunehmend verloren, „technische“ Untersuchungen erhalten Priorität. Die Tendenz zu messbaren Ergebnissen zeigt das Dilemma, in dem sich Arzt und Patient befinden, weil der Effekt des ärztlichen Gespräches gegenüber der Bewertung diagnostisch-technischer Befunde schlecht darstellbar ist.

Beim Erstgespräch und bei der Anamnese kann der Arzt weitere Informationen über Verhalten, Auftreten, Gestik, Mimik und Sprache des Patienten sammeln und dessen Affekte wahrnehmen. Diese Gesamtbewertung verringert die Gefahr, dass der Arzt nur diejenige Erkrankung betrachtet, die der Patient präsentiert (1); sie ermöglicht differenzialdiagnostische Erwägungen und dient einer gezielten körperlichen Untersuchung als Grundlage. Die Kommunikation vermindert die gegenseitige Fremdheit und bereitet den Patienten auf körperliche Untersuchungen vor. Nach der Behandlung schützt die seit der Antike (5) als besonders wichtig angesehene ärztliche Schweigepflicht die Begegnung.

Mögliche Auswirkungen

Statt nur auf die dem Patienten gerade präsenten oder während seiner akuten Erkrankung wichtig erscheinenden Informationen zurückzugreifen, ermöglicht die eGK Einsicht in sämtliche gespeicherte Daten. Im Gefühl des Patienten könnten diese zusätzlichen Informationen den Arzt leicht zum „Allwissenden-über-mich“ machen und ein neues Gefühl des „Sich-ausgeliefert-Fühlens“ produzieren. Unter ständig wachsendem Zeitdruck und monetärer Entwertung ärztlicher Gespräche wächst die Versuchung, Anamnesedaten aus der ePA zu übernehmen. Hieraus kann sich eine Diskrepanz zwischen der „subjektiv erlebten Gesprächswirklichkeit“ (2) von Patient und Arzt entwickeln. Statt „die Nutzererwartung des Gesprächspartners“ (des Patienten) „in den Mittelpunkt zu stellen“ (7), kann sich durch die Nutzung des Datenspeichers eGK ein Frage-und-Antwort-Spiel entwickeln, welches lediglich dazu dient zu überprüfen, ob die Daten in der Akte vollständig sind und welche Daten neu hinzugefügt werden müssen. Der Arzt muss sich vergewissern, ob und welche Daten in einer ePA gelöscht oder nicht dokumentiert wurden (zum Beispiel Diagnosen wie Aids, psychische und sexualmedizinische Erkrankungen, Suchterkrankungen – Themen, die gerne verdrängt oder vermieden werden). Der Wunsch des Patienten hinsichtlich der ärztlichen ePA-Moderation insbesondere unter Zeitdruck könnte den Arzt verärgern und so seine Empathie mindern.

Die Nutzung der eGK scheint das notwendige Bestreben, dem ärztlichen Gespräch durch ausreichend Zeit seine Wertigkeit zurückzugeben, nicht zu unterstützen, sondern die Gesprächszeit zugunsten der Beschäftigung mit elektronisch verfügbaren Daten zu unterlaufen. Zwar führt die Menge der im elektronischen Netz zur Verfügung stehenden Patientendaten zu höherer Informationstransparenz, doch könnte sie ebenso dazu verführen, über die Fülle der Daten zu vergessen, mit dem Patienten angemessen zu sprechen. Tatsächlich verkümmert die Kommunikation, weil der Arzt, während er sich mit Daten des Patienten auf dem Computer beschäftigt, nur verkürzte Antworten gibt oder diese auf später verschiebt (6), sie damit aus dem Zusammenhang reißt oder möglicherweise vergisst. Weil sich der Arzt mit seinem



Das ärztliche Gespräch steht unter wachsendem Zeitdruck aufgrund ökonomischer Zwänge. Die Einführung der Gesundheitskarte sollte dazu genutzt werden, die ärztliche Gesprächszeit wieder aufzuwerten. Foto: Barbara Krobath

Computer beschäftigt, wird dem Patienten das Gefühl von Nebensächlichkeit vermittelt. Computervermittelte Kommunikation kann so als Entsinnlichung gewertet werden (6). Die Nutzung der ePA würde so eine Entmenschlichung in der Begegnung vorantreiben und könnte als Fortführung der unglücklichen, immer noch verbreiteten Entpersonalisierung des Patienten („Die Galle von Zimmer X“) gelten.

Trotz des propagierten sicheren Datenschutzes ist mit hohem Gefährdungspotenzial durch großzügige Freistellung von Daten und unsachgemäßer Dokumentation zu rechnen. Die serverzentrierte Datenspeicherung wird weiterhin kritisch bewertet (12). Allein die Versichertenstammdatenabfrage bei jedem Arztbesuch ermöglicht durch Zugangsdatendokumentation nach dem Telekommunikationsgesetz das Erstellen von Patienten- und Arztprofilen. Auf Patientenseite birgt die Datenfreigabe (etwa im Hinblick auf Prämien und Bonusprogramme von Krankenkassen und Versicherungen) Missbrauchspotenzial, weil individuelle Profile erstellt und Risiken bewertet werden können. Auch besteht unter der Prämisse des höheren (gesamtgesellschaftlichen) Rechts die Gefahr einer später veränderten Gesetzgebung, die weitgehende Zugriffe auf die Daten der eGK erlauben könnte. Ein Beispiel hierfür ist die veränderte Rechtslage in der Finanzgesetzgebung, durch die das als unantastbar geltende, deutsche Bankgeheimnis teilweise aufgehoben wurde.

Bewertung

Bei dem bestehenden ökonomischen Druck in Gesundheitseinrichtungen und der schlechten Honorierung ärztlicher Gesprächszeit besteht keine Hoffnung, die Nutzung der eGK könne an dieser Situation etwas ändern. Im Gegenteil: Es könnte reizvoll sein, an schnelle Informationen über den Patienten zu gelangen, um Zeit zu sparen. Da die Dauer des ärztlichen Gesprächs als Hinweis auf die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung gewertet werden kann (3), ist zu befürchten, dass die eGK die Qualität der ärztlichen Leistung weiter reduziert.

Die Erkenntnis, dass „der Patient nicht mehr ausschließlich als Krankheitsträger gesehen wird, der Arzt nicht lediglich Wissensträger sein kann“ (10), ließe sich bezüglich diagnoseabhängiger Honorierung ergänzen: „Wird der Patient zum Träger potenzieller Vergütungsgrundlagen, verwechselt der Arzt seine Berufung mit der Beliebigkeit eines Jobs.“ Noch ist Arztsein für viele Ärzte eine Berufung. Unterstützt die eGK aber die Ausweitung von diagnoseabhängigen Vergütungssystemen, besteht die Gefahr, dass Ärzte noch mehr als heute in ökonomisch bedingte Identitätskrisen kommen. Ökonomie und Rationierung machen Ärzte zu „Instrumenten des Systems“ (8). Vor dem Hintergrund, dass schon heute keine ausreichende Zeit mehr für befriedigende, ganzheitliche Begegnungen mit Patienten zur Verfügung steht, erscheint es beinahe widersinnig, dass die eGK als Werkzeug zur Durchsetzung der Ganzheitlichkeit in Betracht kommt.

In der Krankheitssituation erscheint es kontraproduktiv, vom Patienten Entscheidungen zu verlangen, wer wann wo seine Daten lesen darf. Im Vordergrund steht das patienteneigene Bedürfnis, das störende Geschehen im Körper zu verstehen und zu bewältigen. Während einer Krankheit tritt die Datensammlung in den Hintergrund, muss diese nur im Sinne des Behandlungsprozesses funktionieren. Nach der Gesundung kann die Beschäftigung mit den vergangenen Krankheiten für den Gesunden auch unwichtig oder lästig erscheinen.

In neuer Verantwortung muss sich der Patient zusätzlich mit der Brisanz der Datenspeicherung auseinandersetzen. Der Arzt, der bisher die Datendokumentation vertrauensvoll führte, steht nur noch beratend zur Seite. Statt die von Politik und Krankenkassen versprochene organisatorische Entlastung des Arztes wahrzunehmen, erfährt der Patient, dass die eGK im Praxisalltag organisatorische Mühen macht und die Kommunikation verändert. Die Zeit für das Gespräch mit dem Arzt wird noch kürzer, weil der Arzt sich EDV-technisch mit der eGK befassen muss. Technische Voraussetzungen, das Aufrufen der Verbindungen, das Lesen der Daten und die gemeinsame Pflege der ePA benötigen Zeit. Ein weiterer Teil der knappen Zeitressource wird aufgebraucht, indem diskutiert werden muss, welche Daten für welchen Arzt in welchem elektronischen Fach deponiert werden sollen. Die ungewohnte ärztliche Aufklärung, bestimmte Diagnosen nicht in der ePA zu führen oder sich verlockenden finanziellen Angeboten zu widersetzen, die eine Datenfreigabe begünstigen, jedoch den persönlichen Datenschutz lockern, wird sich auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirken.

Die gezielten Informationen in Massenmedien zu allen auf einer eGK dokumentierten Diagnosen kann die Compliance verbessern, aber auch dazu verleiten, die Kompetenz des Arztes infrage zu stellen, um im Sinne einer Non-Compliance den Anweisungen des Arztes nicht zu folgen.

Dennoch muss trotz Nutzung der dem Patienten zur Verfügung stehenden Informationsmöglichkeiten eine asymmetrische Wissenslage bezüglich medizinischer Zusammenhänge und notwendiger Maßnahmen bestehen und auch im Sinne einer guten

Compliance erhalten bleiben, damit ärztliche Fürsorgepflicht und patienteneigene Selbstbeteiligung im Gleichgewicht bleiben.

Fazit

Die Akzeptanz der eGK bedingt zwar auch die Frage nach entsprechender Honorierung zusätzlicher Leistungen, jedoch insbesondere die nach Veränderungen in der Arzt-Patient-Beziehung. Die Sicherstellung der ärztlichen Schweigepflicht und – daraus folgend – auch die Sicherung der ärztlichen Profession als freier Beruf gehen Hand in Hand mit der Sorge um die Patienten, die durchsichtiger, planbarer, immer mehr zum „Objekt der Verdattung“ (11) werden. Offensichtlich nimmt man von politischer Seite billigend in Kauf, dass sich durch die eGK „ . . . das Arzt-Patienten-Verhältnis in nicht mehr rücknehmbarer Weise massiv verändert“ (12), und hofft, dass damit auch „die Rolle des Arztes als Halbgott in Weiß sich vermindert“ (12). Neben dieser politischen Sicht auf das gestärkte Selbstbestimmungsrecht des Patienten steht dessen Wunsch, in erster Linie mit dem Arzt sprechen zu können und von ihm Hilfe zu erhalten. Die Wahrscheinlichkeit einer Verschlechterung des Arzt-Patienten-Verhältnisses ist hoch, weil unverhältnismäßig viel der schon jetzt knappen Zeit bei der Nutzung der eGK verloren geht und auch die ärztliche Schweigepflicht untergraben werden könnte. Die Gefahr, dass mit zunehmender Technisierung Kommunikation nur noch als seelenlose Datenübermittlung in der ärztlichen Sprechstunde stattfindet, ist nicht gebannt.

Bezogen auf die Zeitproblematik, wäre es notwendig, die Einführung der eGK zu nutzen, um die ärztliche Gesprächszeit grundsätzlich wieder aufzuwerten durch eine adäquate Vergütung. Befürchtungen, dies alleine reiche nicht aus, sind allerdings angebracht, denn nach Gottschlich (4) ist das Dilemma der modernen naturwissenschaftlich-technischen Medizin, dass diese „ . . . die krank machenden Kommunikationsdefizite der Gesellschaft, . . . nicht auszugleichen“ vermag, „weil sie selbst an quälendem Kommunikationsverlust leidet“. Entsprechend der Definition Geislers (3) „Arzt sein ist ein sprechender Beruf“ muss dem ärztlichen Gespräch wieder mehr Raum zur Verfügung stehen. Mit gelungenen Gesprächen und daraus sich entwickelnden guten Arzt-Patienten-Beziehungen wäre die Medizin auf einem guten Weg, Technik zu nutzen, um eine auch vom ärztlichen Standpunkt vernünftige Qualitätssicherung zu betreiben und für Arzt und Patient die Zufriedenheit zu fördern.

zZitierweise dieses Beitrags:

Dtsch Arztebl 2006; 103(51–52): A 3469-71

Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Christiane Groß M. A.

Platzhoffstraße 23

42115 Wuppertal

E-Mail: praxis@cgross.de

Literatur im Internet:

www.aerzteblatt.de/lit5106

© Deutscher Ärzte-Verlag