

Patientenperspektiven 2018

Qualitative Studie zur Digitalisierung im
Gesundheitswesen aus Sicht von Patientinnen
und Patienten in Deutschland

Berlin, August 2018

Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler
Patientenprojekte GmbH

Für die



Kassenärztliche
Bundes**v**ereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts



© Patientenprojekte GmbH
Laerstr. 55 | 33775 Versmold
Tel.: 0800 / 5678 123
E-Mail: schmidt-kaehler@patientenprojekte.de
www.patientenprojekte.de

August 2018

**Für die
Kassenärztliche Bundesvereinigung**

Schmidt-Kaehler, S. (2018): Patientenperspektiven.
Qualitative Studie zur Digitalisierung im Gesundheitswesen
aus Sicht von Patientinnen und Patienten in Deutschland.
Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.

In aller Kürze

Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über die Ergebnisse einer qualitativen Studie zur Digitalisierung im Gesundheitswesen aus Sicht von Patientinnen und Patienten in Deutschland. Gegenstand von vier Gruppendiskussionen waren Informationen aus dem Internet, Gesundheits-Apps, Videosprechstunde, die elektronische Patientenakte und künstliche Intelligenz in der Medizin.

Um Bedürfnisse, Motive und Handlungsmuster aus der Patienten- bzw. Versichertenperspektive zu erschließen, wurden **Fokusgruppen in Hamburg, Münster, Stuttgart und Leipzig** durchgeführt. Die Gruppendiskussionen wurden mittels eines Leitfadens im Sinne eines teilstandardisierten Interviews strukturiert, aufgezeichnet, transkribiert und mittels einer deskriptiv-reduktiven Inhaltsanalyse ausgewertet.

Die **Teilnehmerinnen und Teilnehmer** wurden über Testpersonen-Panel regionaler Marktforschungsinstitute rekrutiert und unterschieden sich in zentralen Merkmalen wie Alter, Wohnort, Geschlecht, aber auch in Hinblick auf das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Alle hatten schon mindestens ein Mal nach gesundheitsrelevanten Informationen im Internet gesucht.

Digitalisierung willkommen

Die Beiträge aus den diesjährigen Gruppendiskussionen machen deutlich, dass die Digitalisierung bei den Patientinnen und Patienten angekommen ist. ‚Dr. Google‘ ist weit verbreitete Realität und auch mobile Gesundheitsanwendungen sind vielfach im Einsatz. Patientinnen und Patienten **rüs-ten sich mit Informationen auf, vermessen sich selbst, überprüfen, kontrollieren und hinterfragen.**

Insgesamt zeigten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gegenüber der Digitalisierung im Gesundheitswesen sehr aufgeschlossen: Sie nutzten das Internet regelmäßig für Gesundheitsfragen, wünschten sich Gesundheits-Apps auf Rezept,

sprachen sich für digitale Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus und konnten sich häufig auch eine Nutzung von Videosprechstunden vorstellen. Mehr noch: Einige forderten die Einführung einer digitalen Patientenakte offensiv ein und wünschten sich, dass Ärztinnen und Ärzte künstliche Intelligenz in ihre Entscheidungen einbeziehen würden.

Niemals sicher

Getrübt wurde der Optimismus von kritischen Stimmen, deren größte **Sorge sich auf die Sicherheit und den Schutz personenbezogener Gesundheitsdaten** richtete. Derartige Bedenken lagen wie ein ‚Damokles-Schwert‘ über den unterschiedlichen Themengebieten. Im Spannungsfeld zwischen den Potentialen digitaler Technologien und einer möglichen Gefährdung der informationellen Selbstbestimmung entwickelten sich ange-regte Diskussionen, deren Ambivalenz auch im Gesprächsverlauf nicht aufzulösen war.

‚Dr. Google‘ hat das letzte Wort

In Bezug auf die Informationsrecherche im Netz stützen die Beiträge aus den Fokusgruppen die Hypothese, dass Patientinnen und Patienten auf der Basis von Gesundheitsinformationen aus dem Netz auch **Therapien abbrechen oder verordnete Arzneimittel nicht einnehmen.** Trifft diese Hypothese zu, bleibt das Arzt-Patienten-Verhältnis von den Informationen aus dem Netz keinesfalls unberührt. Nichtsdestotrotz wurde in den Fokusgruppen immer wieder betont, dass Gesundheitsinformationen aus dem Netz das Vertrauensverhältnis eher stärken, da sie eine Rückversicherung ermöglichen.

Bei der Bewertung von Gesundheitsinformationen zeigten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen eher selbstbewusst und trauten sich meist zu, die Qualität dieser Informationen einzuordnen. Auf die Frage nach den dahinterliegenden Bewertungsstrategien spielten **Studien**

und die methodische Güte der Informationen jedoch keine Rolle. Stattdessen reichten eine ärztliche Qualifikation des Herausgebers, eine bekannte Marke oder der Abgleich mehrerer Quellen, um das Vertrauen zu gewinnen. Die Pläne für ein Nationales Gesundheitsportal wurden in diesem Zusammenhang sehr begrüßt.

Digitale Interaktion mit dem Arzt

Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen glaubten, dass es der behandelnden Ärztin oder **dem Arzt nicht recht** ist, wenn Patientinnen und Patienten sich im Netz informieren oder Gesundheits-Apps nutzen. Gleichzeitig äußerten sie aber den **Wunsch, digitale Informationen und Anwendungen in die Arzt-Patienten-Interaktion stärker einzubinden**: So wünschten sie sich von ihren Ärztinnen und Ärzten zum Beispiel Empfehlungen qualitätsgeprüfter Websites und Gesundheits-Apps.

Viele konnten sich auch vorstellen, die auf dem Smartphone gesammelten Gesundheitsdaten mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt zu teilen und auf diese Weise professionell bewerten zu lassen. In diesem Zusammenhang war es vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte sich mit digitalen Anwendungen und Informationsangeboten vertraut machen und auf verlässliche Qualitätsinformationen zurückgreifen können.

Wer hat die Macht?

Die insgesamt hohe Akzeptanz gegenüber digitalen Anwendungen traf in den Gruppendiskussionen immer dann an ihre Grenzen, wenn die Teilnehmerinnen und Teilnehmer fürchteten, die **Kontrolle über Datenflüsse zu verlieren oder in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt zu werden**.

Vielen war es beispielsweise sehr wichtig, anstelle einer Videosprechstunde immer auch ein persönliches Gespräch von Angesicht zu Angesicht führen zu können. Die Diskussionen zur elektronischen Patientenakte sprechen dafür, dass ein einrich-

tungsübergreifender Informationsaustausch keinesfalls immer erwünscht ist. So dürfte die Akzeptanz digitaler Anwendungen nicht zuletzt auch von dem Ausmaß abhängen, in dem Patientinnen und Patienten die **Prozesse, Inhalte und den Zugang zu diesen Inhalten beeinflussen und kontrollieren** können.

Verlust menschlicher Zuwendung

Bei aller Offenheit und auch Begeisterung, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen für das Thema Digitalisierung mitbrachten, waren die Diskussionen auch von vielen Ängsten und der Befürchtung geprägt, digitale Technologien könnten **den Zugang zu menschlicher Zuwendung erschweren und den Menschen langfristig verdrängen**. Hier bestand in allen vier Gruppen Einigkeit darüber, dass Mensch und Maschine als Team zusammenarbeiten sollten, ein Computer aber niemals allein die Regie übernehmen darf.

Ärztinnen und Ärzte spielten in den Beiträgen eine wichtige Rolle als **Bewertungsinstanz**, die nach Möglichkeit auch in Zukunft die **Verantwortung** für die medizinische Behandlung tragen sollte. So wandten sich viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer gegen eine mögliche Automatisierung ärztlicher Tätigkeiten, gegen computergestützte Diagnosen auf dem Smartphone und gegen eine Verlagerung der Gesundheitsversorgung in den privatwirtschaftlichen IT-Sektor.

Viele Diskussionen über die fortschreitende Digitalisierung mündeten in **engagierte Plädoyers für den Faktor Mensch und eine zuwendungsbezogene Medizin**. Sie machten deutlich, dass ärztliches Handeln keineswegs nur aus Diagnostik sowie der Auswahl und Durchführung geeigneter Therapien besteht. Stattdessen richteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Aufmerksamkeit auf Aspekte wie **Empathie, Trost oder die Vermittlung von Zuversicht**:

"Der persönliche Kontakt ist das A und O. Der Arzt nimmt den Patienten ja auch die Angst. Das schafft keine Maschine. [...] Die streichelt Dir nicht über die Hand und sagt: Das kriegen wir schon hin."

Inhalt

01 Zu diesem Bericht	6
02 Methodik	7
02.1 Fokusgruppen	7
02.2 Inhalte	7
02.3 Auswertung und Ergebnisdokumentation	8
03 Teilnehmerinnen und Teilnehmer	10
04 Ergebnisse	12
04.1 Digitale Patienteninformationen	12
04.1.1 Informationsrecherche	12
04.1.2 Arzt-Patienten-Beziehung	16
04.2 Gesundheits-Apps	21
04.3 Videosprechstunde	26
04.4 Elektronische Patientenakte	31
04.5 Künstliche Intelligenz	35
05 Literatur	39

01

Zu diesem Bericht

Um die Gesundheitsversorgung patientenorientiert weiterentwickeln zu können, ist es notwendig, die Perspektive der Patientinnen und Patienten zu kennen und deren Wünsche, Befürchtungen und Erfahrungen zu berücksichtigen. Ergänzend zur regelmäßig stattfindenden repräsentativen Versichertenbefragung führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung daher schon seit einigen Jahren auch qualitative Untersuchungen durch, um die Sichtweisen und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten zu erkunden. Der Bericht ‚Patientenperspektiven 2018‘ fasst die Ergebnisse der diesjährigen Untersuchung zusammen.

Im Rahmen der qualitativen Untersuchung wurden in vier deutschen Städten Fokusgruppen durchgeführt. Inhaltlich ging es dabei um unterschiedliche Aspekte der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Ziel der Untersuchung war es hierzu, Erfahrungen, Einstellungen, Befürchtungen und Argumente von (potenziellen) Nutzerinnen und Nutzern der gesundheitlichen Versorgung zu sammeln und zu analysieren. Nach einer Beschreibung der methodischen Vorgehensweise und des Teilnehmerkreises werden die Ergebnisse im vorliegenden Bericht differenziert vorgestellt.

Schon zum dritten Mal in Folge hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Patientenprojekte GmbH mit der Durchführung der qualitativen Studie beauftragt, so dass das Berichtswesen schon bereits auf eine kleine Tradition zurückblickt (vgl. Schmidt-Kaehler 2016, Schmidt-Kaehler 2017). In diesem Jahr wurden einige Anpassungen vorgenommen, etwa bei der Visualisierung der Aussagen und Argumente.

Im Unterschied zu den Berichten der Vorjahre setzt der diesjährige Bericht ‚Patientenperspektiven 2018‘ außerdem einen thematischen Schwerpunkt und konzentriert sich ganz auf die Digitalisierung

im Gesundheitswesen: Im Mittelpunkt standen dabei weniger die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Anwendungen als vielmehr die damit einhergehenden Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Die Patientenprojekte GmbH dankt allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppen, die mehrere Stunden ihrer Zeit eingesetzt haben, um ihre Erfahrungen mit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland zu teilen. Ihre Schilderungen leisten einen Beitrag zur Gewinnung neuen Wissens und helfen den professionellen Akteuren des Gesundheitssystems, die Versorgung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten auszurichten.

HINWEIS

Bezüglich der hier vorgestellten qualitativen Aussagen und Befunde wird keine Repräsentativität für die Bevölkerung in Deutschland beansprucht. Ziel qualitativer Untersuchungen ist nicht die Generierung bevölkerungsrepräsentativer Aussagen, sondern die Gewinnung von Informationen zur Ableitung explorativer Hypothesen, Erklärungsmuster und Interpretationsansätze. Um Argumentationslinien, Meinungsbilder und Einstellungen möglichst umfassend und vollständig beschreiben zu können, werden auch die Positionen und Ansichten einzelner Teilnehmerinnen und Teilnehmer berücksichtigt.

02 Methodik

02.1 Fokusgruppen

Um mittels qualitativer Verfahren vertiefende Informationen zu ausgewählten Themenkomplexen zu ermitteln, wurden für diese Studie Fokusgruppen (Stewart & Shamdasani 1990, Bortz & Döring 2005) eingesetzt. Diese Methode eignet sich gut, um Erfahrungen und Bedürfnisse, Motive, Einstellungen und Handlungsmuster von (potenziellen) Nutzerinnen und Nutzern der gesundheitlichen Versorgung zu erschließen.

Die gegenseitige Stimulation von Antworten durch die Teilnehmenden weckt Erinnerungen und produziert unterschiedliche Sichtweisen auf ein Thema. Zudem erweitert sich im kommunikativen Austausch der Reflexionsrahmen, so dass sich im Ergebnis ein breites Meinungsspektrum herausarbeiten lässt.

Anders als bei quantitativen Verfahren lassen sich auf diesem Wege keine für die Bevölkerung bzw. die Patientinnen und Patienten in Deutschland repräsentativen Aussagen ableiten. Stattdessen schafft der offene Charakter der Fokusgruppe aber Transparenz über die Gedanken- und Erlebniswelt der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und erlaubt die Ableitung explorativer Hypothesen, Erklärungsmuster und Interpretationsansätze. Die Untersuchung ist somit als komplementäres Element der in diesem Jahr durchgeführten, quantitativen Versichertenbefragung zu verstehen.

Die Durchführung der insgesamt vier Fokusgruppen erfolgte im Mai 2018 in den Städten Hamburg, Münster, Leipzig und Stuttgart. Insgesamt beteiligten sich 32 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Diskussionen, die mittels eines Leitfadens im Sinne eines teilstandardisierten Interviews strukturiert wurden.

Die Moderation der jeweils achtköpfigen Gruppen erfolgte in allen Fällen durch eine Moderatorin und einen Co-Moderator. Ihre Aufgabe war es, das Gespräch mittels Moderations- und Gesprächsführungstechnik auf ein vorgegebenes Thema zu fokussieren und auf die (individuellen) Erfahrungen und Sichtweisen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu richten. Die dabei zur Anwendung kommende Methodik folgte den für Fokusgruppen typischen Regeln nach Flick (2006) und Bohnsack (2005), das heißt, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gebeten, ihre Sichtweisen und Erfahrungen zu den vorgegebenen Themenbereichen darzulegen und miteinander zu diskutieren.

Die jeweils 90-minütigen Fokusgruppen wurden mit Einverständnis aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf Video aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

02.2 Inhalte

Die Inhalte der Gruppendiskussionen orientierten sich an einem einheitlichen Gesprächsleitfaden mit vorgegebenen Themen. Innerhalb dieser Themenblöcke hatten die Moderatoren die Möglichkeit, den Diskussionsverlauf flexibel zu gestalten. Die Festlegung der Themen erfolgte im Vorfeld der Teilnehmerrekrutierung in Abstimmung mit der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung.

Konkret wurden fünf Themenblöcke vorgegeben, die unterschiedliche Bereiche der Digitalisierung im Gesundheitswesen betreffen:

- Digitale Patienteninformationen
- Gesundheits-Apps
- Videosprechstunde
- Elektronische Patientenakte
- Künstliche Intelligenz

Jede Fokusgruppe begann mit der Begrüßung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie mit einer Einführung in den organisatorischen Rahmen und den Hintergrund der Untersuchung. Nach einer Aufklärung über Datenschutz und Videoaufzeichnung wurden Diskussionsregeln vorgestellt, die sich vor allem auf einen vertraulichen und respektvollen Umgang der Gruppenmitglieder untereinander bezogen. Zum Einstieg wurden alle gebeten, Anwendungsbeispiele zur Internetnutzung im Kontext der eigenen Gesundheit zu beschreiben. Im Anschluss wurden die einzelnen Themenblöcke diskutiert.

02.3 Auswertung und Ergebnisdokumentation

Die vier Fokusgruppen wurden auf Basis der Videoaufzeichnungen vollständig transkribiert. Dabei kam das vereinfachte Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2013) zur Anwendung. Um hohen Ansprüchen an Datenschutz und Datensparsamkeit gerecht zu werden, wurden die Videoaufnahmen im Anschluss an die Transkription gelöscht. Die Auswertung der pseudonymisierten Transkripte erfolgte anschließend gemäß der themenspezifischen Analyse nach Krueger und Casey (2009). Die hierzu erstellte, deskriptiv-reduktive Inhaltsanalyse reduziert die Fülle des Datenmaterials und führt so zum Informationsgewinn.

Im Rahmen der Analyse wurden die geäußerten Positionen, Argumente und Meinungen systematisch herausgearbeitet, verdichtet und miteinander in Beziehung gesetzt. Im Interesse einer möglichst multiperspektivischen Analyse wurde die vom Co-Moderator durchgeführte Auswertung in einem Review-Verfahren durch eine weitere Person überprüft.

Im Rahmen der Analyse wurden insgesamt 81 Aussagen, Argumente und Positionen identifiziert. Sie wurden den Themenblöcken inhaltlich zugeordnet, in ein hierarchisches Ordnungssystem gebracht

und kodiert. Dabei kam eine Kombination aus induktiver und deduktiver Kodierung zum Einsatz. Das Ergebnis wurde im nächsten Schritt anhand sogenannter Diskussionskarten visualisiert.

Vorbild für die Visualisierung bildete die aus dem angelsächsischen Bildungssystem entlehene Methode des ‚Argument Mapping‘ (Harrel 2010) zur grafischen Abbildung von Debatten und Offenlegung von Argumentationslinien. Die geäußerten Argumente werden dabei ähnlich den Hierarchien eines Organigramms mit farbigen Kästen und Verbindungslinien grafisch dargestellt.

Wie in Abbildung 1 auf der folgenden Seite illustriert, bildet jeweils ein Thema bzw. eine Kategorie (schwarz) den Kern jeder Diskussionskarte. Jede einzelne Kategorie der Gruppendiskussionen wurde in alphabetischer Reihenfolge mit einem Buchstaben (A–Z) kodiert. Jeder Kategorie wurden dann die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern getroffenen Aussagen zugeordnet, die wiederum einen Code erhielten, der sich aus dem Buchstaben der Kategorie und der laufenden Nummerierung der Aussage zusammensetzt (X.1, X.2, X.3).

Neben den eigentlichen Aussagen (1. Ordnung) wurden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern weitere Aspekte ins Feld geführt, die auf die ursprünglich vorgetragene Aussage Bezug nehmen. Diese Argumente und Aussagen der 2. Ordnung wurden den Hauptaussagen wie in einem Organigramm nachgeordnet und entsprechend durchnummeriert (X.1.1, X.1.2, X.1.3). Zum Teil wurden auch Argumente der 3. Ordnung identifiziert und entsprechend kodiert (X.1.1.1).

Mittels dieses Verfahrens wurde jedes Argument mit einem Code versehen, über den es sich später eindeutig identifizieren lässt. Der Code gibt außerdem Aufschluss zur Einordnung des Arguments innerhalb einer Argumentationslinie und gibt an, auf welches Thema sich ein Argument bezieht. Mit den Diskussionskarten entsteht zudem ein visuelles Abbild von Inhalt und Struktur der Gruppendiskussionen.



Abbildung 1: Schematische Darstellung einer Diskussionskarte

Um den Informationsgehalt der Diskussionskarten noch zu steigern, wurden die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern getroffenen Aussagen durch den Autor inhaltlich qualifiziert, unterschiedlichen Typen zugeordnet und farblich gekennzeichnet:

-  Zustimmung, Wertschätzung, positive Aussagen (grün)
-  Ablehnung, Widerspruch, negative Aussage (rot)
-  Bedingung, Forderung, wichtiger Hinweis (gelb)
-  Information, Auskunft, neutrale Aussage (blau)

ZUR INTERPRETATION DER DISKUSSIONSKARTEN

Die Diskussionskarten dienen der Illustration und Visualisierung von Argumentationssträngen zu einem Thema. Sie schaffen einen schnellen Überblick über die Inhalte und die im Diskussionsverlauf vorgebrachten Argumente.

Im Interesse einer möglichst breiten Abbildung der unterschiedlichen Positionen und Einstellungen finden auch die Positionen kleiner Gruppen Berücksichtigung in den Diskussionskarten. Die Anzahl von Argumenten für oder gegen ein Thema lässt daher keine Rückschlüsse auf die Mehrheitsverhältnisse innerhalb der Fokusgruppen zu.

03

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Um möglichst viele unterschiedliche Meinungen und Einstellungen ermitteln zu können, wurden die Diskussionsgruppen mittels ‚deviant sampling‘ zusammengestellt: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten sich in zentralen Merkmalen wie Alter, Wohnort, Geschlecht, aber auch in Hinblick auf das Vorliegen einer chronischen Erkrankung unterscheiden. Dabei wurde berücksichtigt, dass Erfahrungen und Bedürfnisse in Abhängigkeit von diesen Merkmalen stark variieren können.

Auf dem Wege vorab definierter Unterscheidungskriterien konnten durch die so herbeigeführte Heterogenität der Gruppen Meinungsbilder breit erfasst werden. Die Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden über Testpersonen-Panels regionaler Marktforschungsinstitute rekrutiert. Die vorgelagerte Abfrage zentraler Hintergrundvariablen ermöglichte dabei die gezielte Zusammenstellung der Gruppen nach vorgegebenen Merkmalen (vgl. Abb. 2 auf der folgenden Seite).

Namen und Kontaktdaten verblieben beim Testlabor und wurden dem Studienteam im Interesse des Datenschutzes nicht bekannt gegeben. Um einer spezifischen Selbstselektion entgegenzuwirken, wurden die Mitglieder der Diskussionsgruppen über das Gesprächsthema vorab nicht informiert. Über die regionalen Testinstitute erhielten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 45 Euro (Stadt) bzw. 65 Euro (Land).

Alter und Wohnort

Eine ausgewogene Zusammenstellung in Hinblick auf Geschlecht, Alter, Wohnort (Stadt vs. Land) und Gesundheitsstatus wurde in allen vier Gruppen sichergestellt. Aus Datenschutzgründen werden hier jedoch nur die aggregierten Daten genannt: Die Gruppendiskussionen wurden in Hamburg, Münster, Leipzig und Stuttgart durchgeführt. Dabei

wohnten nur 16 der insgesamt 32 Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer in einer dieser Städte, während die andere Hälfte aus einer ländlichen Region bzw. einem Wohnort mit weniger als 25.000 Einwohnern stammte.

Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer betrug 46,5 Jahre und rangierte zwischen 23 und 67 Jahren (Median 48). Auch in Bezug auf die Geschlechterverteilung war das Verhältnis aus Männern (16) und Frauen (16) ausgeglichen. Gleiches gilt für das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Hier berichteten 16 der insgesamt 32 Teilnehmerinnen und Teilnehmer von einer solchen Diagnose.

Sozialstatus

22 Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer waren teilweise oder voll erwerbstätig, eine Person war im Haushalt tätig, drei waren Schüler oder Studenten, weitere zwei waren arbeitslos bzw. arbeitssuchend und vier bezogen eine Rente.

14 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten Abitur, zwölf hatten mittlere Reife oder einen vergleichbaren Schulabschluss. Fünf hatten einen Hauptschul- oder Volksschulabschluss und eine Teilnehmerin hatte keinen Schulabschluss. Vier Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren privat krankenversichert, die übrigen 28 waren Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Internetnutzung

Im Unterschied zu den qualitativen Untersuchungen der Vorjahre wurde angesichts des diesjährigen Themenschwerpunkts die Internetnutzung als Teilnahme-kriterium vorgegeben. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten zuvor schon einmal im Internet nach Gesundheitsinformationen gesucht oder nutzten eine Gesundheits-App auf dem Smartphone.

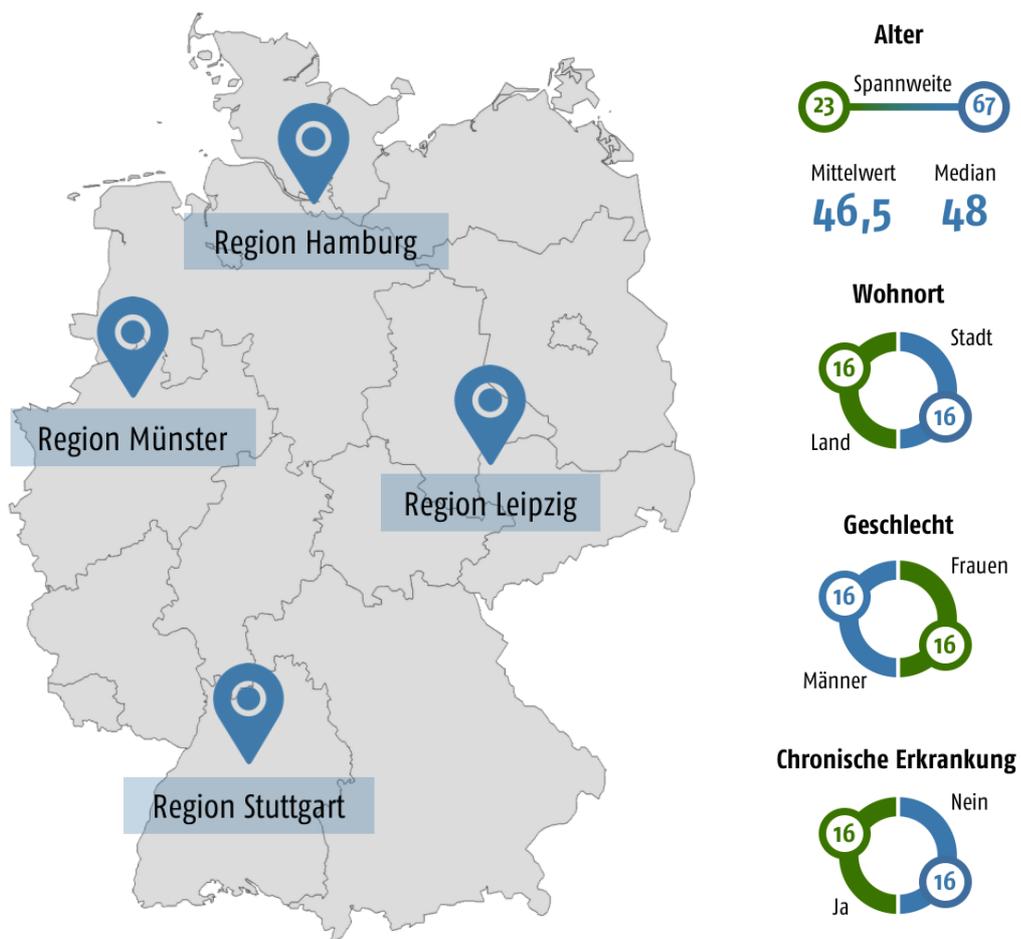


Abbildung 2: Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen

04 Ergebnisse

04.1 Digitale Patienteninformationen

Den thematischen Einstieg in die Gruppendiskussionen bildete die klassische **Recherche nach gesundheitsrelevanten Informationen im Internet**. Einer aktuellen Studie der Bertelsmann Stiftung zufolge, informiert sich die Hälfte der deutschen Onliner mindestens einmal im Monat über Gesundheitsthemen im Netz (Haschke et al. 2018). Auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen nutzten die Angebote von ‚Dr. Google & Co.‘, um sich unter anderem über Symptome, Therapien und Versorgungsstrukturen der gesundheitlichen Versorgung, aber auch über einen gesunden Lebensstil zu informieren.

Leitfragen zu diesem Thema

- *Wie finden Sie die passende Information und woran merken Sie, dass Sie einer Information aus dem Netz vertrauen können?*
- *Verändern Gesundheitsinformationen aus dem Internet das Arzt-Patienten-Verhältnis?*
- *Wünschen Sie sich Unterstützung von Ihrem Arzt bei der Suche nach Gesundheitsinformationen?*
- *Wie denken Sie über ein nationales Gesundheitsportal?*

Neben der klassischen Information über Erkrankungen und Behandlungsmethoden spielten bei vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern auch Arzt- und Klinikbewertungsportale eine wichtige Rolle. Aber auch Arzneimittelinformationen oder digitale Angebote der Krankenkassen wurden häufig erwähnt.

04.1.1 Informationsrecherche

Eine kleinere Gruppe der Gesprächspartner zeigte sich über den grenzenlosen Informationszugang eher besorgt als erfreut. Sie beschrieben, dass sie zwar regelmäßig im Internet nach gesundheitsrelevanten Informationen suchten, im Ergebnis aber **häufig verunsichert** seien (A.2.2):

"Man weiß ja immer nicht, ob das so alles stimmt, was da im Internet steht. Da bin ich dann immer verunsichert. Das war ich früher nicht."

"Wenn man dann bei Google sucht, hat man am Ende ja immer alles Mögliche. Das bringt Unruhe in die Beziehung zu meinem Arzt."

Eine größere Gruppe schien sich zwar bewusst zu sein, dass Informationen aus dem Netz nicht immer seriös und vertrauenswürdig sein müssen (A.2), traute sich aber zu, diese zu identifizieren und sich eine eigene Meinung zu bilden (A.2.1).

"Ich nutze das Internet sehr oft – wohlwissend, dass man da auch auf unterschiedliche Meinungen trifft. Aber ich nutze die Informationen für meine persönliche Meinungsbildung. Und wenn ich drei Ärzte frage, kriege ich ja auch drei unterschiedliche Meinungen."

Bewertungsstrategien

Vor dem Hintergrund der möglichen Tragweite falscher oder irreführender Gesundheitsinformationen brachten die Moderatoren die große Flut verfügbarer Angebote zur Sprache und fragten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, in welchem Fall sie eine Information denn als vertrauenswürdig einstufen würden. Diese zeigten sich wiederum eher selbstsicher und beschrieben eine Reihe von **Strategien, um die Qualität der angebotenen Informationen zu überprüfen** (vgl. auch Schmidt-Kaehler 2017). Ein wichtiger Faktor war dabei die medizinische Qualifikation der Autoren und Herausgeber (A.2.1.1).

„Die Seiten müssen schon von Fachärzten geschrieben werden, das ist ganz wichtig. Sonst kann da ja jeder was behaupten. Ärzteorganisationen oder Krankenhäuser sind meistens verlässlich.“

Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer nannten darüber hinaus den **Bekanntheitsgrad der Informationsanbieter** als wichtigen Faktor bei der Bewertung der Informationsqualität (A.2.1.2). ‚Netdoktor‘, die ‚Apotheken Umschau‘ und ‚Wikipedia‘ wurden dabei besonders häufig erwähnt:

„Mit Netdoktor habe ich auch schon sehr gute Erfahrungen gemacht. Also es sollten schon bekannte Namen sein, die dahinterstehen.“

„Ich vertraue der Apothekenumschau. Die hole ich mir auch regelmäßig aus der Apotheke. Das ist auch einfach und verständlich erklärt und nicht so ein Medizinerdeutsch.“

„Wikipedia ist ja wohl der seriöseste Anbieter, weil sich die Leute, die was schreiben, gegenseitig kontrollieren. Außerdem gibt es da keine Werbung, das ist für mich das Entscheidende.“

In Einzelfällen wurden auch Behörden und öffentliche Einrichtungen als seriöse Quelle genannt. Auffällig war jedoch, dass die Absicherung der Informationen durch wissenschaftliche Studien und **empirische Evidenz in keiner der vier Diskussionsgruppen als Qualitätskriterium überhaupt erwähnt** wurden. So spielte die methodische Güte des angebotenen Wissens praktisch keine Rolle.

Stattdessen bildete der **inhaltliche Abgleich mehrerer Quellen** neben der Bewertung der Informationsanbieter die offenbar dominierende Strategie zur Prüfung der Informationsqualität (A.2.1.3):

„Also ich gebe das bei Google ein und dann lese ich mir die verschiedensten Seiten durch. Man liest sich in das Thema ein und sucht weiter und weiter. Und so ergibt sich dann ein Gesamtbild, auf das man sich verlassen kann.“

Konsequenzen

Im Gesprächsverlauf zeigte sich, dass Informationen aus dem Internet das Gesundheitsverhalten aber auch die **Therapietreue sowie die Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung durchaus beeinflussen** können. So räumten mehrere Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein, schon einmal eine Therapie abgebrochen oder ein verordnetes Medikament nicht eingenommen zu haben, nachdem sie sich im Internet informiert hatten (A.1):

„Mein Arzt hat mal gesagt, dass ich am Auge operiert werden müsste. Da habe ich dann im Internet noch mal nachgelesen, was das eigentlich bringt und was alles schiefgehen kann. Da habe ich mir dann einfach keinen OP-Termin geholt.“

„Bei meiner Mutter wurden Depressionen diagnostiziert und dann hat sie Psychopharmaka bekommen. Und dann hat sie sich im Internet über die Nebenwirkungen informiert und hat die Tabletten am Ende nicht genommen, weil es ihr einfach zu riskant war.“

Auf Nachfrage der Moderatoren führten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer meist aus, dass sie ihren Arzt über diese Entscheidungen nicht informiert und ihre Internetrecherchen verschwiegen hätten.

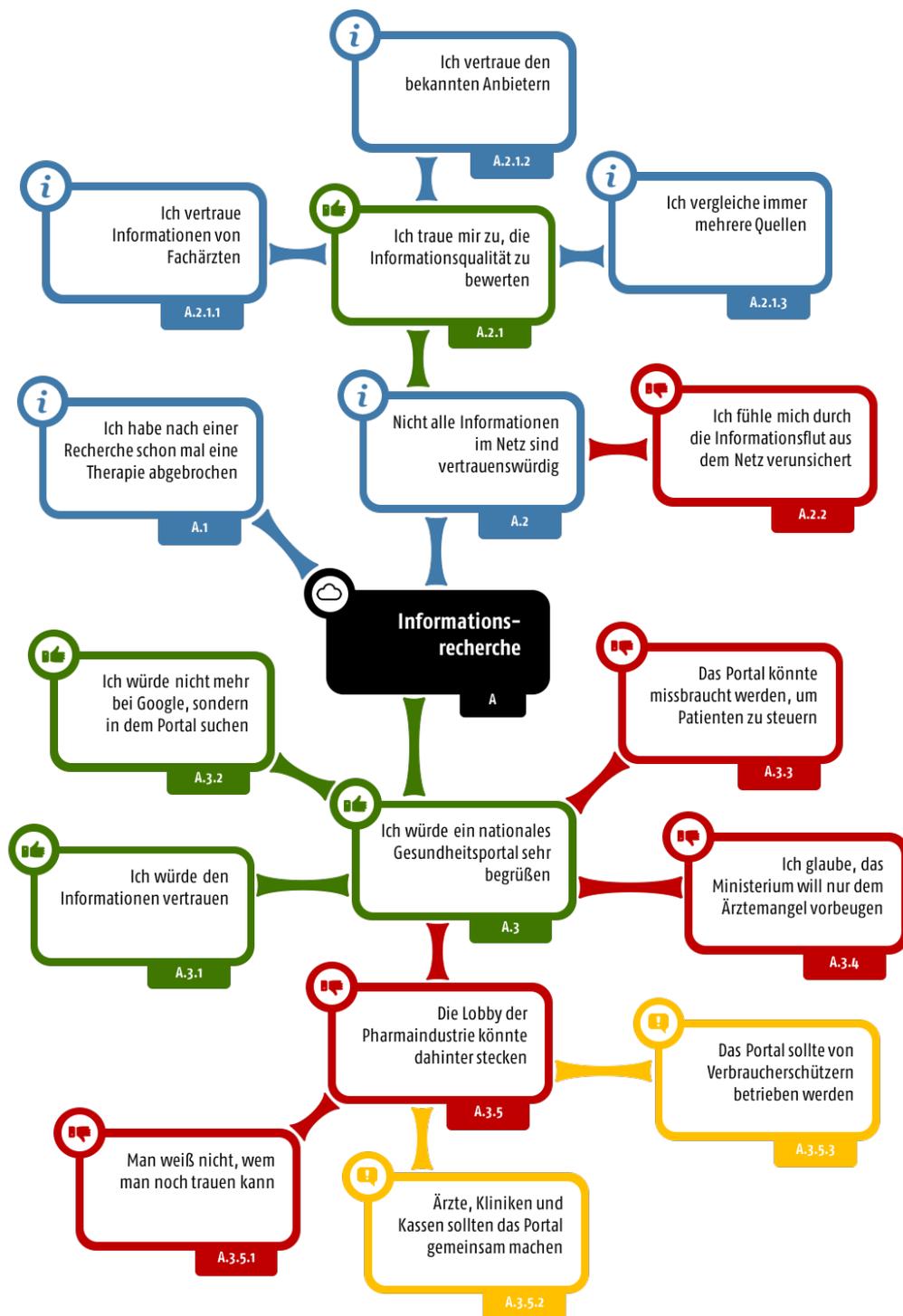


Abbildung 3: Diskussionskarte zur Informationsrecherche im Internet (A)

Nationales Gesundheitsportal

Trotz der beschriebenen Strategien zur Bewertung gesundheitsrelevanter Informationen räumten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer immer wieder auch ein, dass sie **die Fülle der verfügbaren Informationsangebote** vor Probleme stellt.

"Wenn ich bei Google suche, dann lande ich am Ende immer in den Foren und man hat alles Mögliche. Da kommt man irgendwie auf keinen grünen Zweig."

In diesem Zusammenhang lenkten die Moderatoren das Thema auf die aktuellen Pläne des Bundesministeriums für Gesundheit zur **Schaffung eines nationalen Gesundheitsportals**. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden im Diskussionsverlauf informiert, dass vertrauenswürdige Angebote in einem Gesundheitsportal zusammengeführt werden sollen, um so den Zugang zu qualitätsgeprüften, aktuellen Gesundheitsinformationen zu erleichtern. **Die Mehrheit begrüßte diese Idee und sprach sich für die Schaffung eines solchen Portals aus** (A.3, A.3.1).

"Also das wäre wirklich gut. Dann wüsste man, dass alles fundiert ist. Und wenn das vom Gesundheitsministerium ist, würde ich dem schon mehr vertrauen."

Einzelne Stimmen beteuerten sogar, dass sie ein nationales Gesundheitsportal an die erste Stelle einer Internetrecherche setzen würden (A.3.2).

"Also das ist ja viel sicherer, wenn man da jetzt was von einer Behörde bekommt, als wenn man bei Google irgendwas sucht. Wenn es sowas gäbe, dann würde ich mir Google schenken und gleich direkt dort einsteigen."

Misstrauen

Nichtsdestotrotz meldete sich in allen vier Gruppendiskussionen eine Fraktion von Skeptikern zu Wort, die auch die übrigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer nachdenklich stimmte. Die **Skeptiker hinterfragten die Zielsetzung und Absicht der Bundesregierung zur Schaffung eines solchen Portals** (A.3.3) und brachten diese meist mit dem einsetzenden Ärztemangel im ländlichen Raum in Verbindung (A.3.4).

"Das ist an sich eine schöne Idee. Ich werde aber immer misstrauisch, wenn Regierungen Informationsportale machen. Dahinter steht natürlich auch immer die Absicht, zu steuern."

"Irgendwie stellt sich mir die Frage: Woraus ergibt sich die Notwendigkeit für ein solches Portal? Das kommt ja vom Gesundheitsministerium. Die denken sich ja was dabei. Ob es ihnen darum geht, den Patienten was Gutes zu tun – das weiß ich nicht. Vielleicht wollen die damit auch dem Ärztemangel auf dem Land vorbeugen."

Einzelne Kritiker gingen noch einen Schritt weiter und vermuteten die Lobby der Pharmaindustrie hinter den Plänen für ein nationales Gesundheitsportal (A.3.5):

"Das Gesundheitsministerium und die Lobby der Pharmaindustrie sind doch eng verbandelt. Die Regierung lässt sich ja gerne von Beratern beraten und die kommen dann oft von der Pharma. Also wenn, dann müsste so ein Portal von einer neutralen Stelle kommen."

Auf die Rückfrage der Moderatoren, welche neutrale Instanz hierfür infrage käme, wussten die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer keine Antwort (A.3.5.1). Einig waren sie sich lediglich dahingehend, dass die Pharmaindustrie keinen Einfluss auf das Portal haben dürfe.

"Nicht, dass da irgendwelche Pharma-Lobbyisten dahinterstehen. Ich wüsste nicht mal, wem man heutzutage noch trauen kann."

Vorgeschlagen wurde auch das Modell einer gegenseitigen Kontrolle von Ärzten, Krankenhäusern und Kostenträgern (A.3.5.2).

"Grundsätzlich finde ich es auch immer gut, wenn mehrere Parteien dahinterstehen, die dann diskutieren, was wirklich richtig ist."

Schließlich sprachen sich Einzelne für die Verortung eines nationalen Gesundheitsportals bei Verbraucherschutzorganisationen aus (A.3.5.3).

"Ich wäre für eine Stiftung Warentest. Eine Institution, die von niemandem Geld kriegt außer vom Staat."

FAZIT | Informationsrecherche

Die Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer verdeutlichen, dass Gesundheitsinformationen aus dem Internet für sie eine sehr wichtige Rolle spielen. Dies kann so weit gehen, dass Patientinnen und Patienten „Dr. Google“ die letzte Entscheidung treffen lassen. Das ist beispielsweise dann der Fall, wenn sie auf Basis von Rechercheergebnissen ein Medikament nicht einnehmen oder eine Therapie abbrechen – ohne die Ärztin oder den Arzt zu informieren.

Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer schienen sich zwar bewusst zu sein, dass Informationen aus dem Netz nicht immer seriös und vertrauenswürdig sind. Sie trauten sich aber häufig zu, die Informationsqualität einschätzen zu können und machten dies vor allem an der ärztlichen Qualifikation der Autoren, dem Bekanntheitsgrad des Informationsanbieters und der Übereinstimmung unterschiedlicher Informationsquellen fest. Die Fundierung der Informationen durch wissenschaftliche Studien wurde in den Diskussionsgruppen nicht erwähnt.

Die große Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer brachte zum Ausdruck, dass sie die Schaffung eines nationalen Gesundheitsportals begrüßen würde. Nichtsdestotrotz hinterfragten Viele die Absicht der Bundesregierung zur Schaffung eines solchen Portals und brachte dies häufig mit dem einsetzenden Ärztemangel im ländlichen Raum in Verbindung. Andere vermuteten die Pharmaindustrie hinter dem Vorhaben.

Eine neutrale und unabhängige Verankerung eines nationalen Gesundheitsportals wurde in den Gruppendiskussionen offensiv eingefordert. Für ein nationales Gesundheitsportal erscheint die diesbezügliche Akzeptanz und das entgegengebrachte Vertrauen in der Bevölkerung fundamental. Die Beiträge aus den Fokusgruppen liefern jedoch Hinweise auf eine Reihe von Befürchtungen und zugeschriebenen Motiven, die im Rahmen der Bildung einer Vertrauensmarke zu berücksichtigen wären.

04.1.2

Arzt-Patienten-Beziehung

Im weiteren Gesprächsverlauf ging es um die Frage, inwiefern sich die Informationen aus dem Netz auch auf die Arzt-Patienten-Beziehung auswirken könnten. Den Einstieg bildete die Frage der Moderatoren, ob Ärztinnen und Ärzte bei der Auswahl und Bewertung von Informationsquellen aus dem Netz eine Rolle spielen könnten. Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten sich zunächst nicht vorstellen, wie ihr Arzt sie bei der Informationsrecherche im Netz unterstützen sollte:

"Ich weiß nicht, ob das nicht ein bisschen zu viel verlangt ist, dass sich der Arzt damit auch noch beschäftigt."

Auf konkrete Nachfrage der Moderatoren bekräftigen jedoch fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass sie sich **eine Empfehlung seriöser Informationsquellen durch ihre Ärztin oder ihren Arzt wünschten** (B.1).

"Wenn der Arzt jetzt sagen würde: Gehen Sie doch mal auf die und die Seite. Da können sie das alles noch mal nachlesen. Also das fände ich toll. Dann könnte ich die vielen Informationen schon mal ein bisschen eingrenzen und müsste nicht lange bei Google rumsuchen."

"Die Zeit für die Beratung reicht ja meist nicht, dass der Arzt einem wirklich alles erklären kann. Und dann geht man mit so einem Halbwissen aus dem Sprechzimmer und möchte gerne mehr wissen. Und dann muss man auf eigene Faust im Internet suchen. Da wäre es gut, wenn der Arzt einem was empfehlen könnte."

Lediglich eine Stimme wandte sich gegen die ärztliche Empfehlung vertrauenswürdiger Informationsquellen, weil sie das Recht auf eine ausführliche persönliche Aufklärung gefährdet sah (B.1.1):

"Ich bekomme meine Aufklärung lieber vom Arzt persönlich. Und wenn es dann solche Seiten im Internet gibt, dann schiebt der Arzt das einfach auf den Patienten ab. Das finde ich nicht gut, denn das ist Aufgabe des Arztes."

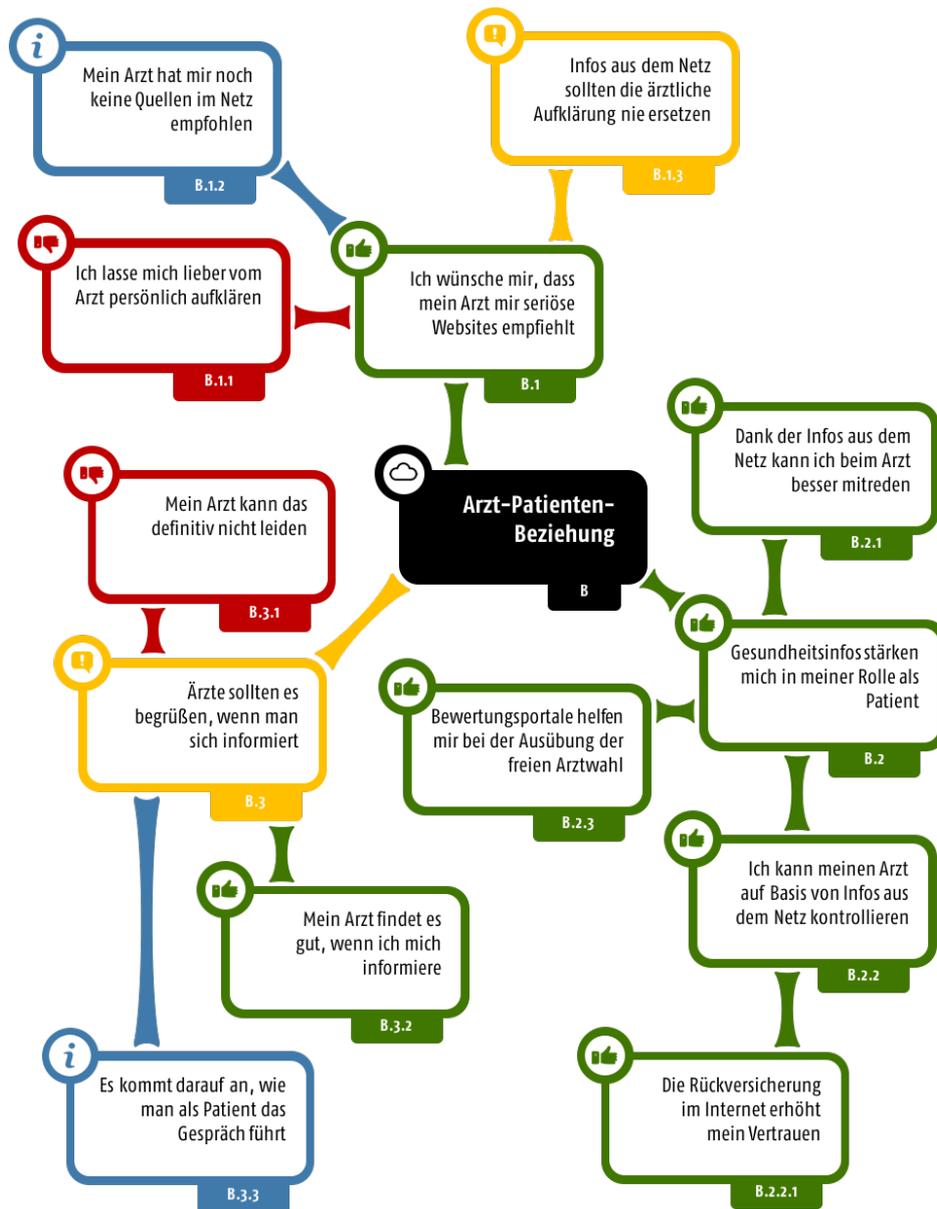


Abbildung 4: Diskussionskarte zur Arzt-Patienten-Beziehung im Kontext digitaler Patienteninformationen (B)

Im Unterschied zu dieser kritischen Position wertet die große Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer elektronische Patienteninformationen jedoch nicht als Gegenspieler, sondern als wertvolle Ergänzung zum persönlichen Arzt-Patienten-Gespräch.

"Da wartet man monatelang auf einen Arzttermin und dann ist nach 5 Minuten schon wieder alles vorbei. Da sind einfach zu viele Informationen in

zu kurzer Zeit und viele Sachen fallen einem erst später ein. Und da wäre es natürlich super, wenn der Arzt einem dann noch mal was empfehlen würde: Da können Sie das alles noch mal nachlesen und da können Sie sich Hilfe holen. Sowas habe ich aber leider noch nie erlebt."

Auch die anderen Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer hatten diese Erfahrung in der Regel nicht gemacht und hatten **ärztlicherseits noch**

keine Empfehlungen zu seriösen Informationsangeboten im Internet erhalten (B.1.2). Nur einzelne Stimmen berichteten Gegenteiliges:

"Meine Hausärztin sucht manchmal sogar direkt in der Sprechstunde was für mich raus und druckt mir das dann aus. Das hilft mir sehr."

Folgt man den Ausführungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, so wären ärztliche Hinweise auf seriöse Quellen im Internet bei den Patientinnen und Patienten also hochwillkommen. Dabei sollen die Informationen aus dem Netz das persönliche Aufklärungsgespräch mit dem Arzt aber keinesfalls ersetzen, sondern vielmehr ergänzen (B.1.3).

Gut vorbereitet

Neben der Nachbereitung eines Arztgesprächs spielten digitale Information auch im Vorfeld eines Arztbesuchs eine wichtige Rolle. Dabei ging es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nach eigenen Angaben keineswegs nur um eine virtuelle Diagnose von ‚Dr. Google‘. Durch eine gute Vorbereitung auf den Arztbesuch wollten sie sich stattdessen **auf Augenhöhe mit der Ärztin oder dem Arzt bringen** (B.2.1).

"Wenn ich zum Arzt gehe, habe ich mich vorher informiert und weiß schon sehr viel. Und das führt dann dazu, dass man vielleicht gezielter Fragen stellen kann. Und dann weiß ich auch, wie ich mit dem Arzt sprechen kann."

"Man ist besser vorbereitet. Wenn man sich vorher ein bisschen eingelezen hat, kann man mit dem Arzt diskutieren. Man muss sich nicht nur was anhören, sondern kann auch was dazu sagen und Fragen stellen."

Alles unter Kontrolle

Ein Großteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer fühlte sich nach eigenen Angaben durch Gesundheitsinformationen aus dem Netz gestärkt (B.2) und beschrieb in diesem Zusammenhang eine Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Verlauf der letzten Jahre:

"Also der Wissensstand hat sich ja schon verändert. Früher habe ich mich hundertprozentig auf die

Aussage meines Arztes verlassen, weil ich keine Informationsquellen hatte. Und jetzt ist es schon so, dass ich das, was mein Arzt sagt und macht, im Internet kontrolliere."

Ebendiese **Kontrollfunktion in Bezug auf ärztliches Handeln** wurde wiederholt thematisiert (B.2.2). Im Falle einer Inkongruenz zwischen ärztlichen Empfehlungen und den im Netz gefundenen Aussagen würden viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen anderen Arzt konsultieren:

"Ich kann den Arzt kontrollieren. Wenn ich da zehn Mal dieselbe Information finde und nur mein Arzt behauptet was Anderes, dann würde ich den Arzt wechseln oder mir zumindest eine zweite Meinung holen."

Die Möglichkeit, ärztliche Empfehlungen oder Handlungen kontrollieren zu können, nahmen die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer keineswegs als Schwächung des Vertrauensverhältnisses wahr. Im Gegenteil sahen sie das **Vertrauen im Arzt-Patienten-Verhältnis sogar gestärkt** (B.2.2.1):

"Viele Ärzte haben ja den Ruf, schnell zu operieren, um Kasse zu machen. Ja und da fühlt man sich doch verunsichert. Man weiß nicht, ob die Operation notwendig ist oder ob nicht ein anderer Weg besser wäre. Und in solchen Fällen hilft einem das Internet wirklich weiter. Und wenn es da keine Widersprüche gibt, kann man seinem Arzt auch vertrauen."

Ein weiterer Aspekt, der im Kontext des Arzt-Patienten-Verhältnisses häufig thematisiert wurde, waren **Arztbewertungen im Netz**. Eine große Gruppe von Teilnehmerinnen und Teilnehmern nutzte entsprechende Bewertungsportale und hatte den Eindruck, die freie Arztwahl so souveräner ausüben zu können (B.2.3).

"Die Arztbewertungen im Internet haben das Verhältnis zwischen Arzt und Patient extrem verändert. Wenn man jetzt zu einem Facharzt muss, dann guckt man ja schon, was da für Kritiken drinstehen. Das ist heute schon anders als früher. Früher ist man da einfach hingegangen. Heute informiert man sich vorher über die Ärzte und kann sich die aussuchen. Weil man mehr über sie im Internet rausfinden kann."

In der Gesamtschau beschrieben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Reihe von Einflüssen und Veränderungen digitaler Patienteninformationen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis. Die Bewertung dieser Veränderungen hing häufig auch von der wahrgenommenen Haltung der Ärztinnen und Ärzte ab.

Was Ärzte davon halten

In der Frage, ob die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Internetrecherchen ihrer Patienten gutheißen, zeigte sich in den Gruppendiskussionen ein geteiltes Bild. **Gut die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ging davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte von Gesundheitsinformationen aus dem Internet nicht viel halten** (B.3.1):

"Mein Hausarzt und auch mein Zahnarzt können das definitiv nicht leiden. Die sagen: Jetzt bist Du bei mir und jetzt sage ich, wie es gemacht wird. Die Ärzte wollen lieber selber viel erzählen. Sie wollen nicht, dass Patienten selbst den Arzt spielen."

"Mein Arzt sagt mir immer: Gucken Sie das jetzt bloß nicht im Internet nach! Meine Ärzte waren noch nie begeistert, wenn ich denen erzählt habe, was ich neues im Internet entdeckt habe. Ich gehe dann immer in die Apotheke und frage da nach."

Ob sich Ärztinnen und Ärzte von möglichen Vorabrecherchen angegriffen fühlten, hing nach Ansicht einiger Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch vom **kommunikativen Geschick während des Arztgesprächs** ab (B.3.3):

"Es kommt darauf an, wie man das Gespräch führt. Man sollte erst den Arzt reden lassen und nicht sagen, was man selbst schon weiß."

Knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer teilte diese Auffassung nicht und ging davon aus, dass ihre Ärztinnen und Ärzte es begrüßen würden, wenn sie sich über ihre eigene Erkrankung im Internet informieren (B.3.2, B.3).

"Also wenn ich mich als Patient informiere, dann muss der Arzt das doch gut finden. Und wenn er das kritisiert, dann würde ich schon skeptisch werden. Ich glaube, die Ärzte sehen das eher positiv."

"Mit kleinen Sachen kann man sich dann ja selber helfen und muss das Wartezimmer nicht verstopfen."

"Also es gibt Ärzte, die finden das toll, wenn man sich informiert, weil es für die dann einfacher ist, die Sachen zu erklären."

Einzelne Stimmen schilderten auch Situationen, in denen Patientinnen und Patienten auf Basis von Gesundheitsinformationen aus dem **Internet konkrete Vorschläge in die Behandlungsgestaltung einbrachten** und so die eigene Therapie mitgestalteten:

"Mein Mann hatte Ohrenschmerzen und war damit fünf Mal beim Ohrenarzt ohne dass der etwas finden konnte. Dann haben wir im Internet gelesen, dass das auch vom Zähneknirschen kommen kann. Mein Mann hat dann eine Knirscherschiene bekommen und es ging ihm wieder gut. Der Ohrenarzt hat gesagt, dass er viel von uns gelernt hätte und jetzt auch anderen Patienten mit einer Knirscherschiene vom Zahnarzt helfen konnte."

FAZIT | Arzt-Patienten-Beziehung

Folgt man den Ausführungen in den vier Diskussionsgruppen, so sind ärztliche Hinweise auf seriöse Quellen im Internet bei Patientinnen und Patienten hoch willkommen. Die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wünschte sich eine solche Empfehlung. Gleichzeitig glaubten viele, dass ihre Ärztinnen und Ärzte es nicht begrüßen würden, wenn sie sich im Internet informierten. Dies dürfte einer der Gründe sein, weshalb die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihren Arzt über ihre Suche im Internet eigenen Angaben zufolge häufig nicht in Kenntnis setzten.

Darüber hinaus lassen sich neben der Nachbereitung eines Arztbesuchs Motivationslagen für eine Internetrecherche identifizieren, die eher im Verborgenen erfolgen: So liefern die Fokusgruppen Indizien dafür, dass sich Patientinnen und Patienten mit Hilfe von Gesundheitsinformationen aus dem Internet gezielt vorbereiten und ‚aufrüsten‘, um im Arzt-Patienten-Gespräch mitreden zu können. Offensichtlich erfüllen Gesundheitsinformationen aus dem Netz aber auch eine Kontrollfunktion, bei der Patientinnen und

Patienten ärztliche Therapieempfehlungen ohne Wissen der Ärztin oder des Arztes abgleichen und prüfen.

In der Gesamtschau liefern die Beiträge wenig Anlass zu der Vermutung, dass die Informationen aus dem Netz das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig belasten oder schwächen könnten. Im Gegenteil fühlten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch die Gesundheitsinformationen aus dem Netz eher gestärkt und beschrieben in der Folge einen Vertrauenszuwachs in die so abgesicherten Behandlungsentscheidungen.

04.2 Gesundheits-Apps

Im zweiten Themenabschnitt der Gruppendiskussionen wurde der Fokus von den reinen Informationsangeboten auf mobile Gesundheitsanwendungen gelenkt. Solche Gesundheits-Apps versorgen ihre Anwender nicht nur mit Informationen. Sie motivieren, messen, werten individuelle Gesundheitsdaten aus und unterstützen Patientinnen und Patienten im täglichen Umgang mit ihrer Erkrankung.

Anders als bei den reinen Informationsangeboten gehen diese Anwendungen also weiter – und kommen den Anwendern mit Hilfe von Sensoren buchstäblich näher. Aber verändert sich dadurch das Verhältnis zwischen Arzt und Patient? Hierzu wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in diesem Abschnitt der Gruppendiskussionen befragt.

Erklärungsbedürftig

Bereits bei Durchführung der ersten von vier Gruppendiskussionen wurde deutlich, dass sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der **Wirkungsmechanismen und Potentiale digitaler Gesundheitsanwendungen meist nicht bewusst** waren. Bei dem Begriff „Gesundheits-Apps“ hatten sie vor allem Schrittzähler und Ernährungs-Apps vor Augen. Viele von ihnen konnten sich schlicht nicht vorstellen, dass eine App Einfluss auf Beschwerden und Symptome ausüben oder gar eine Erkrankung feststellen könnte (C.1).

"Also wenn das wirklich funktioniert, dass man damit Beschwerden lindern könnte. Also ich kann mir das noch nicht wirklich vorstellen, aber das wäre natürlich wirklich bombig."

"Ich kann mir nicht vorstellen, dass eine App eine richtige Wirkung entfalten soll, solange man das Smartphone nicht runterschluckt. Dann habe ich Bauchschmerzen."

Um in den Gruppendiskussionen zu einem einheitlichen Verständnis zu gelangen, wurde der Leitfaden situativ angepasst. Die Moderatoren beschrieben eine Reihe von Beispielen für Gesundheits-

Apps aus dem medizinischen Bereich. So zum Beispiel eine Anwendung zur Tinnitus-Behandlung mittels gefilterter Musik, eine Migräne-App die mittels Faktorenanalyse Anfälle vorhersagt und eine Diabetes-App, die im Alltag hilft, Informationen und Gesundheitsdaten zu dokumentieren.

Die vorgestellten Anwendungen unterstützen auf unterschiedlichen Wegen das Selbstmanagement oder den Umgang mit chronischen Erkrankungen, messen, erheben und erfassen Daten und sind als Medizinprodukt zertifiziert. Im Bereich der Diagnostik wurde als Beispiel ein an der Universität Stanford entwickelte App zur Melanomerkennung beschrieben.

Leitfragen zu diesem Thema

- *Wie denken Sie über Gesundheits-Apps, die Krankheitssymptome lindern oder Krankheiten diagnostizieren können?*
- *Glauben Sie, dass eine App einen Teil der Aufgaben eines Arztes übernehmen könnte?*
- *Würden Sie sich wünschen, dass Ihr Arzt Ihnen geprüfte Gesundheits-Apps empfiehlt?*

Breite Zustimmung

Die Vorstellung der Beispiele traf bei der Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmern zunächst auf große Zustimmung und Offenheit. Sie machten deutlich, dass sie die **Möglichkeiten und Potentiale digitaler Gesundheitsanwendungen noch gar nicht kannten** und machten sich dafür stark, dass solche Apps auch im deutschen Gesundheitssystem zum Einsatz kommen (C.1.1) und **Ärztinnen und Ärzte mit entsprechenden Informationen versorgt** werden:

"Also ich wusste das gar nicht und ich finde das wirklich eine tolle Sache. Und da finde ich es wichtig, dass die Ärzte da auch mit genug Informationen versorgt werden. Die Ärzte müssen das wissen, weil ich finde, das ist eine ganz tolle Sache. Ich bin begeistert, wenn ich das höre."

Unterstützung erhielten die Befürworter von Gesundheits-Apps durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer chronischen Erkrankung. Sie beschrieben, dass sie sehr häufig ein **Tagebuch führen und Symptome, Gesundheitsdaten und andere Informationen dokumentieren** müssten. In diesem Zusammenhang werteten sie den Einsatz von Gesundheits-Apps als große Erleichterung (C.2).

"Also ich habe Diabetes Typ I. Und das erschwert mir mein Leben schon arg. Und man muss da so ein Tagebuch führen, wo man jeden Tag aufschreibt, was man isst. Bisher hat man das alles schriftlich gemacht und musste immer so ein Büchlein dabei haben. Jetzt gibt es aber die Apps, die es einem viel leichter machen. Ganz egal, was man dokumentiert. Im Smartphone kann man das leicht eingeben und freut sich drauf. Das macht Spaß und auf Papier ist das eher altbacken."

Skepsis

In die insgesamt wohlwollende Diskussion um den Einsatz von Gesundheits-Apps mischte sich auch eine Reihe kritischer Stimmen. **Die am häufigsten genannte Kritik bezog sich auf die Sicherheit und den Schutz personenbezogener Daten** (C.3). Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer reagierten sehr sensibel auf dieses Thema und zeigten sich auch von der Ergreifung technischer und organisatorischer Maßnahmen zum Datenschutz wenig beeindruckt:

"Das hat auch eine Kehrseite. Da wird man sowas von transparent, wenn man durch so eine App überwacht wird. Dann können die den ganzen Lebensstil nachvollziehen. Und hinterher sagt dann die Versicherung: Sie hätten ja schon mal früher auf sich Acht geben können. Man hört immer wieder von Datenschutz-Skandalen. Am Anfang wird immer gesagt: Ist alles sicher! Aber die Skandale zeigen, dass doch alles gehackt werden

kann. Und mit Gesundheitsdaten sollte man nicht spielen."

Ein weiterer Kritikpunkt bezog sich auf die **Ausübung von Kontrolle und Steuerung mittels digitaler Anwendungen** (C.4). Einzelne Stimmen befürchteten, dass Apps in Zukunft auch das Gesundheitsverhalten sowie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen manipulativ beeinflussen könnten.

"Ich habe den Eindruck, wir werden viel zu abhängig von diesen technischen Sachen. Man will ja keinem was Böses unterstellen, aber wenn irgendwas gelenkt werden soll, dann geht es über die technische Schiene am einfachsten."

Apps im Überfluss

Die Zahl der verfügbaren Gesundheits-Apps ist groß. Über 100.000 digitale Gesundheitsanwendungen werben um die Gunst der Anbieter (Albrecht 2016) und der Markt ist weitestgehend intransparent. So ist es nicht verwunderlich, dass sich ein **Großteil der Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer für eine ärztliche Empfehlung geeigneter Gesundheits-Apps aussprach** (C.5):

"Dann weiß man wenigstens, dass das kein Schnickschnack ist. Sonst hat man nur wieder eine App mehr auf dem Smartphone. Aber wenn der Arzt mir das empfiehlt, weiß ich, dass das gut ist."

Die Moderatoren gingen noch einen Schritt weiter und fragten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, was sie davon halten würden, wenn Ärztinnen und Ärzte qualitätsgeprüfte **Gesundheits-Apps ,verordnen' und die Krankenkassen bei vorliegendem Wirkungsnachweis die Kosten hierfür übernehmen** würden. Auch diese Idee stieß auf breite Zustimmung. Nichtsdestotrotz wurden Bedingungen formuliert, die Einzelne noch nicht erfüllt sahen (C.5.1, C.5.2):

"Die Apps müssten auch zertifiziert werden und dann in einer Datenbank für die Ärzte zusammengestellt werden. Die Ärzte müssten aber auch wieder irgendwie geschult werden, dass sie auch mit den Apps umgehen können und sie vor allem kennen."

An dieser Stelle meldete sich in drei von vier Städten eine Gruppe von Kritikern zu Wort, die diese Form der Unterstützung **nicht mehr im Zuständigkeitsbereich ärztlichen Handelns** sah (C.5.2.1), aber andere Berufsgruppen ins Spiel brachte:

"Ich weiß nicht, ob die Ärzte mit dem ganzen Schnickschnack nicht überfordert sind. Wenn der Arzt mir jetzt auch noch Apps empfehlen soll, muss er sich ja auch erstmal auskennen."



Abbildung 5: Diskussionskarte zu Gesundheits-Apps (C)

"Also ich bin skeptisch ob die Ärzte für sowas Zeit haben. Ich bin Diabetikerin und in meiner Schwerpunktpraxis gibt es Diabetes-Beraterinnen. Die sollten solche Apps empfehlen, wenn sie gut sind."

Apps statt Arzt?

Im weiteren Verlauf der Gruppendiskussionen konfrontierten die Moderatoren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit der Idee, dass Gesundheits-Apps auch ärztliche Aufgaben übernehmen könnten. Dies stellten die meisten Teilnehmer nicht in Abrede und zeigten sich zumeist überzeugt, dass bestimmte Bestandteile ärztlicher Tätigkeit nicht nur unterstützt, sondern auch **vollständig automatisiert** werden könnten.

Gegen eine solche Automatisierung meldeten sich in den unterschiedlichen Gruppen jedoch zahlreiche Gegner zu Wort. Sie wandten sich **gegen eine Ausweitung von Selbstdiagnosen mittels Smartphone** und brachten unmissverständlich zum Ausdruck, dass der **Faktor Mensch an dieser Stelle unersetzlich** sei (C.6):

"Wenn jetzt die Apps Diagnosen stellen, das kann ich mir nicht vorstellen. Wo bleibt denn da das Gespräch? Wenn ich eine Diagnose erhalte, habe ich doch gleich Fragen. Wer beantwortet mir die denn dann und vor allem: Wer beruhigt mich und macht mir Mut?"

"Mir fehlt da der psychische Aspekt, den so eine App gar nicht berücksichtigen kann. Das würde dafürsprechen, dass sowas keinen Arzt ersetzen kann. Wenn mir mein Handy zum Beispiel sagt, dass ich Hautkrebs habe, dann habe ich erstmal Panik. Ohne Ende. Und dann sofort einen Facharzt zu finden, der sich kümmert. Das fände ich ganz schrecklich."

Gemeinsam, sonst gar nicht

In den vier Diskussionsgruppen legte die Mehrheit der Gesprächspartner großen Wert darauf, **Gesundheits-Apps in die Interaktion mit dem Arzt einzubinden**. Dabei spielte nicht zuletzt auch die Verantwortung für den Behandlungsprozess eine wichtige Rolle. Viele Teilnehmerinnen und Teil-

nehmer wollten die Bewertung ihrer Gesundheitsdaten nicht ganz den Algorithmen einer App überlassen (C.7):

"Es ist aber auch wichtig, dass der Arzt die Daten aus meiner App auswerten kann. Also, dass er auch Zugriff darauf hat. Also der Arzt muss da auf jeden Fall irgendwann wieder ins Spiel kommen."

"Mir ist wichtig, dass ich dem Arzt zeigen kann, was ich mit der App mache und er sich meine Daten anschaut und bewerten kann. Es muss einfach eine Verbindung zwischen Arzt und App geben."

FAZIT | Gesundheits-Apps

Die Diskussion zu Gesundheits-Apps hat gezeigt, dass viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppendiskussionen keine Kenntnis der Potentiale und Wirkmechanismen solcher Anwendungen hatten. So reichte das Verständnis von Gesundheits-Apps meist nicht über den Schrittzähler oder die Rezeptensammlung hinaus.

Die Konfrontation mit konkreten, exemplarisch ausgewählten Gesundheitsanwendungen traf bei der Mehrheit dann auf große Zustimmung, Offenheit und auch Begeisterung. So zeigten sie sich gegenüber dem Einsatz von Apps insgesamt also durchaus aufgeschlossen. Bedenken wurden aber bezüglich der Sicherheit und des Schutzes personenbezogener Gesundheitsdaten vorgebracht.

Die Integration von Gesundheits-Apps in die Arzt-Patienten-Interaktion bildete einen weiteren Aspekt, der in allen Diskussionsgruppen kritisch gewürdigt wurde. Obwohl die digitalen Helfer bislang meist außerhalb des Gesundheitssystems angeboten und genutzt werden, legte die Mehrheit der Gesprächspartner großen Wert darauf, Gesundheits-Apps in die Interaktion mit der Ärztin oder dem Arzt einzubetten.

So äußerten fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Wunsch, dass Ärztinnen und Ärzte im Behandlungskontext passende und qualitätsgeprüfte Gesundheits-Apps empfehlen. Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten sich auch vorstellen, dass Ärztinnen und Ärzte zertifizierte Apps verordnen und die

Krankenversicherungen die Kosten hierfür erstatten.

Die hohe Akzeptanz gegenüber der Einbindung digitaler Gesundheitsanwendungen in die medizinische Behandlung geriet in den vier Diskussionsgruppen immer dann an ihre Grenzen, wenn ärztliches Handeln durch Gesundheits-Apps nicht ergänzt, sondern ersetzt werden sollte. So wandten sich viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer gegen eine Automatisierung ärztlichen Handelns und eine Ausweitung von Selbstdiagnosen mittels Smartphone. Ärztinnen und Ärzte sollten demnach ihre Rolle als Verantwortungs- und Bewertungsinstanz keinesfalls verlieren.

In der Gesamtschau war das Interesse an digitalen Gesundheitsanwendungen groß und die Akzeptanz für die mobilen Helfer hoch. Gleichzeitig war der Wunsch spürbar, dass Gesundheits-Apps ihren Weg von den App-Stores der großen Software-Anbieter ins Sprechzimmer finden und gewissermaßen zum Bestandteil medizinischer Behandlungspläne werden. Dieser Transfer vom ‚Privatvergnügen‘ zu einer ernstzunehmenden medizinischen Anwendung hat die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen ebenso beschäftigt wie die Frage einer gelingenden Einbettung von Gesundheits-Apps in die Arzt-Patienten-Interaktion.

04.3 Videosprechstunde

Die internetgestützte Sprechstunde per Videokonferenz bildete den dritten Themenbereich der Fokusgruppen. Seit letztem Jahr können Ärztinnen und Ärzte in Deutschland unter bestimmten Bedingungen eine solche Videosprechstunde anbieten. In Expertenkreisen wird das damit in Verbindung stehende Fernbehandlungsverbot kontrovers diskutiert. Die Analyse der Gesprächsinhalte aus den Gruppendiskussionen liefert Aufschluss darüber, wie Patientinnen und Patienten zu dieser Frage stehen.

Im Rahmen eines inhaltlichen Impulses beschrieben die Moderatoren den Ablauf einer Videosprechstunde, benannten technische Voraussetzungen und rechtliche Rahmenbedingungen. Dabei wurde deutlich gemacht, dass im Regelfall nur solche Patienten eine Videosprechstunde nutzen können, die in einem der beiden vorangegangenen Quartale bei dem Arzt in der Praxis vorstellig und mit der Krankheit bereits in der regulären Sprechstunde waren.

Leitfragen zu diesem Thema

- *Wie denken Sie über die Videosprechstunde?*
- *Welchen Einfluss hat es auf das Vertrauensverhältnis, wenn Sie Ihren Arzt am Bildschirm konsultieren?*
- *Was würden Sie zu einer Aufhebung des Fernbehandlungsverbots sagen?*

Zeitersparnis im Vordergrund

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gebeten, ihre Haltung gegenüber der Videosprechstunde zu beschreiben. In allen vier Gruppendiskussionen sprach sich daraufhin eine **Mehrheit für**

die Möglichkeit aus, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte auch online zu konsultieren – um sich den Weg zum Arzt zu ersparen und Zeit zu gewinnen (C.1).

„Also wenn mein Hausarzt über die entsprechende Technik verfügt, ist das doch eine gute Sache. Beide Seiten sparen Zeit. Also wenn ich die Möglichkeit habe, einen Termin zu sparen, würde ich das immer zuerst online versuchen.“

„Unter den gegebenen rechtlichen Einschränkungen finde ich das gut. Ich erspare mir dann vielleicht Nachsorgetermine oder kann bei einem neuen Medikament noch mal nachfragen, ohne immer gleich in die Praxis fahren zu müssen.“

Häufig wurde auch angeführt, dass ein Arztbesuch in der Praxis **bei Vorliegen akuter Krankheits-symptome wie Fieber oder Schmerzen** sehr anstrengend und unangenehm sei. Für diesen Fall versprachen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Entlastung durch die Videosprechstunde (C.2).

„Wenn ich mir einen Termin bei meinem Arzt hole, dann geht es mir ja nicht gut. Außerdem habe ich Schmerzen beim Laufen. Wenn ich dann so einen Termin vor der Webcam machen könnte, wäre das eine super Erleichterung.“

In diesem Zusammenhang wurde auch auf das mögliche Infektionsrisiko in Praxisräumen hingewiesen, das sich nach Auffassung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Hilfe der Videosprechstunde eindämmen ließe (C.2.1).

„Also wenn da so viele in einem Wartezimmer sitzen, ist die Ansteckungsgefahr ja auch hoch.“

Verbesserter Zugang

Der erleichterte Zugang zur ärztlichen Versorgung (C.3) wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nicht nur im Sinne eines verbesserten Behandlungskomforts interpretiert. Stattdessen sahen sie **eine Verbesserung der Versorgungssituation für Menschen mit eingeschränkter Mobilität** sowie für die **Bevölkerung im ländlichen Raum** (C.3.1).

„Wenn man weit draußen wohnt und niemanden hat, dann ist das doch wirklich gut. Das hilft doch

auch den Ärzten. Es gibt ja so Landärzte, die den ganzen Tag brauchen, um Hausbesuche zu machen, weil das alles so weit weg ist. Da geht ja wirklich viel Zeit fürs Fahren drauf und da ist es wirklich 'ne gute Sache. Auch wenn die alten Leute bettlägerig sind."

Einzelne sahen in dem räumlich unabhängigen Zugang der Videosprechstunde auch eine gute Möglichkeit, die eigene Ärztin oder den **Arzt von unterwegs oder auf Reisen** zu konsultieren (C.3.2).

"Nehmen wir mal an, ich bin im Urlaub und werde krank. Da kenne ich doch dann keinen Arzt. Und wenn ich dann so eine Online-Sprechstunde machen könnte. Das wäre doch großartig."

Darüber hinaus äußerten einige auch den Gedanken, die Videosprechstunde nachts oder am Wochenende **anstelle des ärztlichen Bereitschaftsdiensts** zu nutzen (C.3.3). Vor allem junge Eltern zogen diese Möglichkeit in Betracht:

"Gerade am Wochenende wäre das gut. Ich wohne weit draußen und muss bis zum Bereitschaftsdienst immer sehr weit fahren. Da würde ich auch mit einem mir fremden Online-Arzt Vorlieb nehmen. Ich kann mein Kind in die Kamera halten, dem Arzt sagen wie viel Fieber es hat und auch beschreiben, ob es Schmerzen hat. Warum also nicht online?"

In diesem Zusammenhang wiesen einzelne Teilnehmerinnen darauf hin, dass die Einführung der Videosprechstunde die **Zahl der Arztkonsultationen** auch **deutlich erhöhen** könnte (C.3.4):

"Also es muss dem Arzt ja auch klar sein, dass die Patienten dann von zu Hause aus mehr reden und dass sie die Sprechstunde dann viel öfter in Anspruch nehmen. Ich denke das kostet mehr Zeit als es einspart."

"Die Frage ist doch, wie ein Arzt das alles schaffen soll. Wenn der so schon 200 Patienten am Tag durchschleust und dann auch noch Videosprechstunde machen soll. Dann hat der doch gar keine Zeit mehr."

AU und Rezept digital

Ein häufig geäußelter Wunsch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bezog sich auf die digitale

Übermittlung ärztlicher Formulare. Insbesondere Rezepte, Verordnungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen wurden des Öfteren erwähnt (C.4).

"Wenn ich vergessen hätte, mir meine Tabletten aufschreiben zu lassen, die ich seit Jahren nehme. Und wenn ich dann nicht zum Wochenenddienst müsste, sondern mir online ein Rezept ausstellen lassen könnte. Das wäre wunderbar."

"Ich hatte schon mal Probleme mit Magen-Darm und habe mich nicht aus dem Haus getraut. Und in dem Moment hätte ich mir gewünscht, mit meiner Hausärztin per Video in Kontakt treten zu können. Und ich sage ihr, was ich habe. Und sie sagt, klar bleiben sie zu Hause. Ich schreibe Sie krank und in drei Tagen kommen Sie in die Praxis."

Vertrauenssache

Auf die Frage, ob die Form der Konsultation einen Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis haben könnte, ergab sich unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein differenziertes Bild. **Solange es sich um den eigenen, bekannten Arzt handelte**, hatte ein großer Teil hier **keine Bedenken**.

"Wenn ich den Arzt schon sehr lange kenne, vertraue ich ihm im Netz genauso wie in der Sprechstunde."

Andere wiederum beschrieben die Videosprechstunde als **reduzierte Form der Kommunikation** und gingen davon aus, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, aber auch die Qualität der menschlichen Zuwendung darunter leiden könnte.

"Also die Aufmerksamkeit, die man bekommt, wenn man dem Arzt gegenüber sitzt, ist eine andere. Begrüßen, hinsetzen, anschauen. Das gibt es in der Videokonferenz alles nicht. Da kann der nebenher irgendwas Anderes machen und du kriegst es nicht mit. Das ist ein ganz anderes Verhältnis."

"Also das ist was komplett Anderes. Wenn ich in die Praxis gehe, komme ich in eine medizinische Umgebung. Die Videosprechstunde findet ja dann auch in meiner Wohnung statt und vielleicht will ich gar nicht, dass meine Ärztin im Hintergrund sieht, wie es bei mir aussieht."

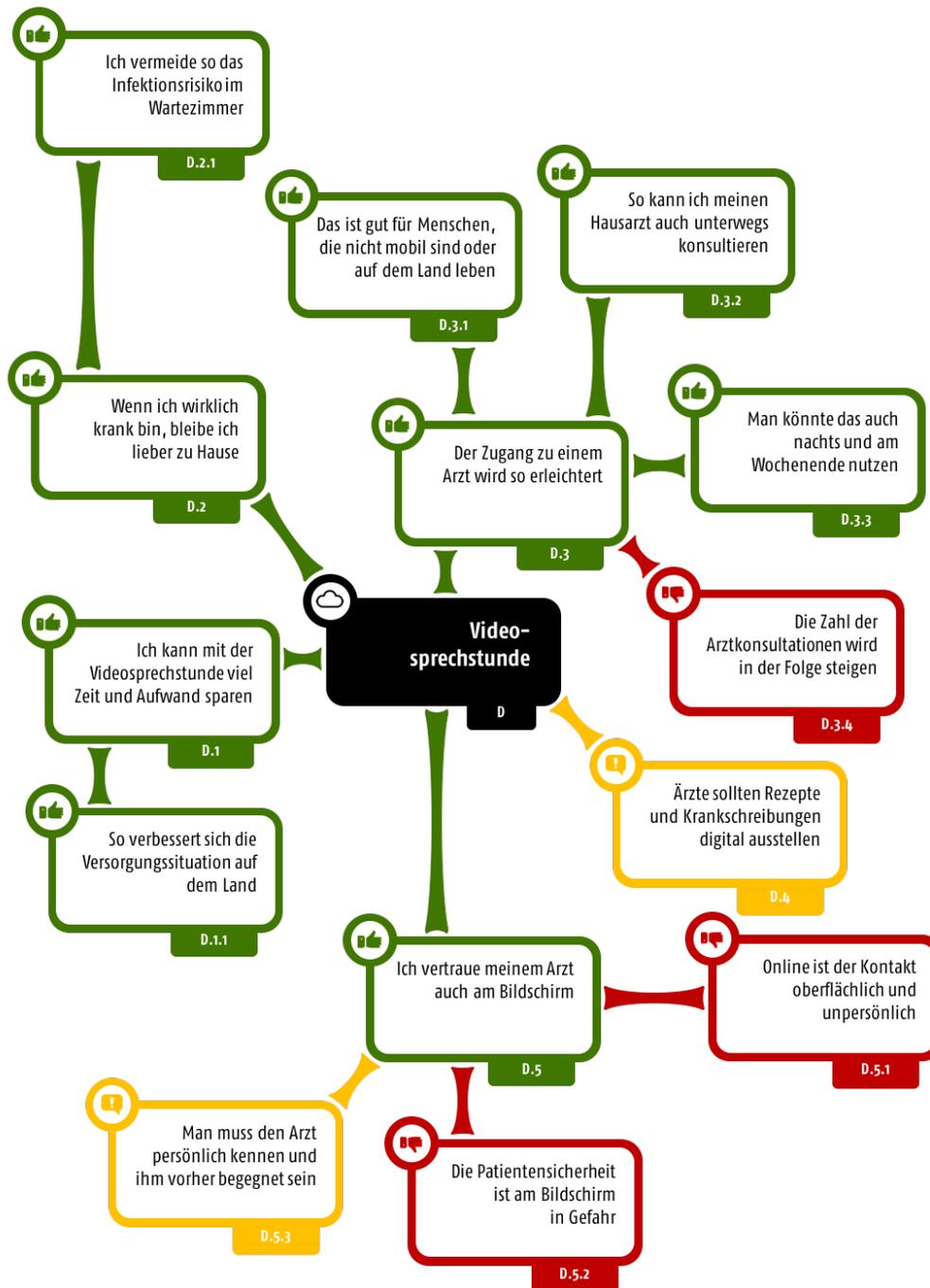


Abbildung 6: Diskussionskarte zur Videosprechstunde (D)

Bedenken bei Fernbehandlung

Noch deutlicher wurde die Kritik für den Fall einer **Aufhebung des Fernbehandlungsverbots**. Hier kamen vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern Zweifel.

"Also wenn man den Arzt so gar nicht kennt, halte ich das für zu riskant. Hat denn der Arzt nicht auch Angst, den Patienten irgendwas zu verschreiben, wenn er sie nur bei Skype sieht? Kommt er da nicht auch in haftungsrechtliche Schwierigkeiten?"

Häufig wurden auch große Bedenken bezüglich der **Patientensicherheit** angemeldet, insbesondere dann, wenn eine Untersuchung in der Praxis nicht mehr zwingend stattfindet:

"Ich würde das gar nicht machen. Davon halte ich wirklich gar nichts. Es gibt so viele Krankheiten, die der Arzt im selben Raum erkennen kann und auf dem Bildschirm kriegt er nichts davon mit. Normalerweise misst der Arzt ja auch den Blutdruck und sowas fällt dann ja auch alles flach. Da hätte ich Probleme mit."

Gerade die Vorstellung, dass eine Ärztin oder ein Arzt eine (vorläufige) **Diagnose stellen könnte, ohne einem Patienten jemals persönlich begegnet zu sein**, stieß bei vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf Unverständnis und führte zu emotionalen Gegenreden. Dabei schilderten sie zum Teil Fallkonstellationen, bei denen eine Videosprechstunde ohnehin nicht in Frage käme.

„Soll ich mich dann zu Hause vor meinem Computer ausziehen und mir den Blutdruck selber messen oder was?“

„Für eine Diagnose kann ich mir das nicht vorstellen. Wenn es um eine beratende Funktion geht, dann schon. Aber dass der jetzt feststellt, dass ich eine Bronchitis habe ohne mich abzuhören. Und mir dann ein Antibiotikum verordnet. Das geht zu weit.“

Unpersönlich

Einzelne Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerten die Befürchtung, dass die Videosprechstunde das **persönliche Arzt-Patienten-Gespräch langfristig verdrängen** und zudem Menschen mit geringer Internetkompetenz ausschließen könnte.

"Gerade die älteren Leute haben doch kaum noch Kontakt zu anderen Menschen. Und die brauchen ein bisschen Zuspruch und das fällt dann auch noch weg."

"Ich denke da jetzt mal an meine Eltern. Die gehen nicht ins Internet und nutzen auch keine App. Die wollen auch zum Arzt. Und wenn der da jetzt seine Internetsprechstunde hat, sind die älteren Leute abgehängt."

Situationsabhängig

Im Verlauf der Gruppendiskussionen gelangten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zumeist zu einem differenzierten Konsens, bei dem das **persönliche Gespräch und die körperliche Untersuchung** aus unterschiedlichen Gründen stets den **Vorzug erhielten**. Trotz dieser Präferenz bestand meist Einigkeit darüber, dass die Videosprechstunde sowie in Ausnahmefällen auch die Fernbehandlung sinnvoll sein können und nicht per se ausgeschlossen werden sollten:

"Also Abtasten geht eben nicht per Video. Im Notfall oder wenn man weit draußen wohnt, kann man sowas nutzen. Wenn es was Ernstes ist, stehe ich dem Arzt aber doch lieber von Angesicht zu Angesicht gegenüber."

FAZIT | Videosprechstunde

In allen vier Gruppendiskussionen äußerte die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine grundlegende Präferenz für den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, würde Ärztinnen und Ärzte in bestimmten Situationen aber auch online konsultieren. Nach eigenen Angaben würde ihnen dies leichter fallen, wenn sie die Ärztin oder den Arzt persönlich kennen. Faktoren die die Akzeptanz der Videosprechstunde erhöhten, waren die mögliche Zeitersparnis, akute Krankheitssymptome wie Fieber oder Schmerzen, ein erhöhtes Infektionsrisiko im Wartezimmer sowie der Zugang zur ärztlichen Versorgung für Menschen auf dem Land oder Menschen mit eingeschränkter Mobilität.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten sich vorstellen, die Videosprechstunde auch unterwegs und auf Reisen zu nutzen. Die Aufhebung räumlicher Grenzen wurde außerdem häufig mit der Abschaffung zeitlicher Beschränkungen gleichgesetzt und eine Nutzung nachts sowie an Wochenenden in Betracht gezogen. Viele wünschten sich in diesem Zusammenhang auch die vollständig digitale Übermittlung von Rezepten, Verordnungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Kritiker der Videosprechstunde beschrieben eine geringere Qualität der Online-Sprechstunde gegenüber dem persönlichen Gespräch

und entgegneten mit grundlegenden Bedenken bezüglich der Patientensicherheit. Gerade in Hinblick auf die Diagnostik befürchteten sie, dass am Bildschirm etwas übersehen werden könnte.

Entsprechend standen die Kritiker auch einer Aufhebung des Fernbehandlungsverbots ablehnend gegenüber und konnten sich keinen Anwendungsfall vorstellen, in dem eine Videosprechstunde zu verantworten wäre. Sie führten zudem an, dass sich die Zahl der Arztkonsultationen und damit auch die Kosten im Zuge des Angebots deutlich erhöhen würde.

Insgesamt spiegeln die Beiträge zur Videosprechstunde eine große Ambivalenz wider – zwischen Sicherheitsbedenken auf der einen und einem niederschweligen und komfortablen Zugang zu Versorgungsleistungen auf der anderen Seite.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen lassen vermuten, dass die Videosprechstunde im Falle einer Ausweitung auch von vielen Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen würde. Andere wiederum werden das Angebot zunächst meiden und großen Wert darauf legen, stets die Wahl zwischen Online-Konsultation und dem Sprechzimmer zu haben.

04.4 Elektronische Patientenakte

Im Jahr 2015 hat die Bundesregierung mit dem E-Health-Gesetz die elektronische Patientenakte zu einem wesentlichen Teil der neuen Telematikinfrastruktur erklärt. Ab 2019 sollen dort auf freiwilliger Basis zunächst Notfalldaten, Medikationspläne, Arztbriefe und weitere medizinische Dokumente wie der elektronische Impfpass gespeichert werden.

Wie eine Studie des Digitalverbands Bitkom und der Bayerischen TelemedAllianz aus dem vergangenen Jahr zeigt, würden 60 Prozent der Deutschen eine elektronische Patientenakte nutzen (Rohleder und Jedamzik 2017). Patientinnen und Patienten können auf diese Daten allerdings nur zugreifen, wenn die Ärztin oder der Arzt den Zugriff mithilfe des elektronischen Heilberufsausweises freigibt („Zwei-Schlüssel-Prinzip“).

In den vier Gruppendiskussionen beschrieben die Moderatoren jeweils den Status Quo der Gesetzgebung und erläuterten die Möglichkeiten einer einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte. Sie wiesen aber auch auf die häufig geäußerte Befürchtung mangelnder Datensicherheit hin. Im Anschluss baten sie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ihre Haltung zu beschreiben.

Leitfragen zu diesem Thema

- Was halten sie von der elektronischen Patientenakte?
- Würden Sie die Möglichkeit nutzen, Einsicht in Ihre Behandlungsunterlagen zu nehmen?
- Wie wichtig ist es Ihnen, hier Kontrolle über die gespeicherten Daten zu behalten?

Zustimmung

Die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigte sich nicht nur aufgeschlossen gegenüber einer elektronischen Patientenakte, sondern **forderte deren Einführung offensiv** ein (E.1). Als Argumente führte sie vor allem eine **Verbesserung der Patientensicherheit** (E.1.1) sowie die **Vermeidung von Doppeluntersuchungen** (E.1.2) an.

"Das find ich gut. Stellen Sie sich mal vor, ich habe einen Unfall auf der Autobahn. Mit Hubschrauber. Und die sind damit beschäftigt, mich zusammenzuflicken. Und die können dann auf die Informationen zugreifen. Das finde ich richtig gut."

"Also auch diese Doppeluntersuchungen. Früher, da wurde man bei einem Arzt geröntgt und eine Woche später beim nächsten Arzt schon wieder. Für solche Sachen ist das gut."

Erleichterung

Gerade die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer chronischen Erkrankung schilderten, dass sie unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen **immer wieder dieselben Informationen**, beispielsweise zum Krankheitsverlauf oder zu Medikamenten, zur Verfügung stellen müssten. Einige von ihnen beschrieben das Gefühl, dabei immer wieder auch wichtige Informationen vergessen zu haben. Von einer zentralen Speicherung dieser Informationen versprachen sich die betreffenden Personen eine spürbare Erleichterung (E.1.3).

"Das ist doch viel besser. Der Arzt kann sehen, welche Medikamente man nimmt und welche Krankheiten man hat. Und wo man schon alles war. Da muss man nicht immer wieder von vorne anfangen."

„Dann bist Du da beim MRT gewesen und hast vor fünf oder sechs Jahren mal eine Magenspiegelung gekriegt, aber wo sind jetzt die Untersuchungsergebnisse? Immer wieder fängt man bei den Ärzten von vorne an und muss seine ganze Krankengeschichte erzählen, Medikamente aufzählen usw. Das wäre dann ein für alle Mal vorbei."

Abwägung

Kritische Stimmen wandten ein, dass die eigenen **personenbezogenen Daten in der elektronischen Patientenakte nicht sicher** seien (E.2). In der Folge entwickelte sich meist eine lebhaftere Diskussion, die den möglichen Datenschutzrisiken auch die Potentiale in Bezug auf die Behandlungssicherheit gegenüberstellte.

"Wenn ich eine zentrale Anlaufstelle schaffe, wo diese Daten liegen, dann sehe ich das Risiko, dass die Daten irgendwann einmal in den falschen Händen landen werden. Das sind Daten, die im Internet nichts zu suchen haben. Die Bundesministerien wurden ja auch schon gehackt. Warum nicht auch die Patientenakte?"

"Die Frage ist doch: Wie sicher sind meine Daten? Das ist doch immer das A und O. Und da hat es gerade im Gesundheitswesen so viele Skandale gegeben. Das liest man doch immer in der Zeitung. Also da habe ich große Bauchschmerzen."

Unabhängig von möglichen Datenlecks oder Hackerangriffen äußerten mehrere Teilnehmerinnen und Teilnehmer in unterschiedlichen Gruppen außerdem die Befürchtung, dass die **Einwilligung in die Übermittlung sensibler Daten langfristig erzwungen** werden könnte.

"Jetzt ist alles noch limitiert und keiner darf zugreifen. Aber was ist in 20 Jahren? Da ist das dann normal, dass alle erst auf die Krankenakte schauen wollen. Wie bei der Schufa-Auskunft. Irgendwann sagen die Krankenversicherungen dann, dass sie einen nicht aufnehmen, bevor sie da nicht mal einen Blick reinwerfen dürfen. Da muss man immer schauen, was man da jetzt für Weichen stellt."

"Die Vorteile sind ja schön und gut. Aber ich finde, dass mein Arbeitgeber über solche Sachen nicht Bescheid wissen darf. Da habe ich aber Sorge. Am Ende kriegt meine Tochter mit 18 keine Berufsunfähigkeitsversicherung mehr, weil sie mit 14 mal geröntgt wurde."

Den Bedenkträgern stellte sich in drei der vier Diskussionsgruppen eine Fraktion der Befürworter entgegen, die die **Vorzüge** einer einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte **höher**

gewichtet als die damit verbundenen Sicherheitsrisiken.

"Warum seht ihr das alles so schwarz mit dem Datenschutz? Wenn Ihr dann mal schwer verletzt auf der Autobahn liegt, dann seid ihr froh wenn euch schnell geholfen wird."

"Ich glaube nicht, dass ich für einen Hacker interessant bin. Und meine Krankengeschichte auch nicht. Da ist mir meine Sicherheit wichtiger als die Datensicherheit."

Datenhoheit für Patienten

Auch, wenn sich viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer gegenüber einer elektronischen Patientenakte grundsätzlich sehr aufgeschlossen zeigten, vertraten sie doch klare Vorstellungen in Bezug auf die **Kontrolle der dort gespeicherten Inhalte**.

"Also, wenn ich nicht entscheiden kann, wer was sehen kann, dann würde ich alles unternehmen, um die Speicherung meiner Daten zu verhindern."

Ein Aspekt der Datenkontrolle betraf das direkte **Einsichtsrecht ohne Einwilligung Dritter**. So zeigten in den vier Diskussionsgruppen viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer Interesse, die eigene Patientenakte einzusehen.

"Da könnte man mit einem Blick in die Akte mal nachschauen, ob alles richtig aufgenommen wurde. Zum Beispiel ob alle Medikamente richtig aufgeschrieben wurden, die ich genannt habe. Ärzte sind ja auch nur Menschen und können auch mal einen Fehler machen. Es können ja auch mal Fehler passieren und nachher steht da was drin, was ich gar nicht habe. Und dann kann ich das verbessern lassen."

Bei der Einsichtnahme in die eigene elektronische Patientenakte war vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wichtig, dass diese **ohne Information oder gar Einwilligung des Arztes** erfolgen kann. Sie erläuterten, dass die Hemmschwelle so deutlich geringer sei.

"Ich kenne ja noch diese Patientenakten in Papierform und man kriegt die ja eigentlich nie zu sehen. Man hat zwar ein Anrecht, da reinzugucken, aber

das macht man ja nicht. Wenn man dann so einfach von zu Hause reingucken und alles lesen könnte, das fände ich schon gut."

Bezüglich des Zugriffs durch Ärztinnen und Ärzte wurde besonders großer Wert auf große Transparenz gelegt. In zwei Diskussionsgruppen sprachen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für eine **automatisierte Benachrichtigung bei jedem Datenzugriff** aus.

"Also wenn das zentral gespeichert ist und mein Arzt darauf zugreifen kann, dann möchte ich bei jedem Zugriff per E-Mail informiert werden."

"Also wenn ich als Patient meine Daten für Ärzte freigebe, dann will ich auch darüber informiert werden, wann, wer, was über mich wo abgefragt hat."



Abbildung 7: Diskussionskarte zu elektronischen Patientenakte (E)

Wer darf was sehen?

Eine weitere Dimension der von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeforderten Datenkontrolle betrifft die **teilweise Sperrung von Inhalten für bestimmte Ärzte**. Hier machten viele von ihnen in engagierten Beiträgen deutlich, dass ein **unbegrenzter Informationsaustausch keineswegs immer erwünscht** sei und möglicherweise sogar das Vertrauensverhältnis zu Ärztinnen und Ärzten beschädigen könne.

"Wenn ich jetzt mit einer Diagnose zu zwei verschiedenen Ärzten gehe und mich dann vielleicht sogar für einen dritten Weg entscheide, dann ist das für die Ärzte am Ende ja alles nachvollziehbar. Und beim nächsten Mal fühlen sich die Ärzte dann auf den Schlips getreten. Da würde ich dann kein zweites Mal hingehen. Also das kann das Vertrauensverhältnis schon extrem belasten."

"Wenn ich zum Psychiater gehe, dann will ich vielleicht gar nicht, dass mein Hausarzt davon erfährt. Sonst stempelt der mich gleich als Psycho ab. Also die Ärzte müssen nicht alles wissen, sonst geht da jegliche Selbstbestimmung verloren."

Neben der gezielten Sperrung von Inhalten für Ärztinnen und Ärzte gingen einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer noch einen Schritt weiter und forderten eine **Möglichkeit zur Löschung** von Inhalten.

"Die Frage ist ja, ob man als Patient Einträge auch wieder löschen kann oder ob nur der Arzt entscheidet, was da über mich drinsteht. Manche Krankheiten spielen ja auch keine Rolle mehr. Das ist wie bei der Schufa. Da kann man mal gucken, was raus kann."

FAZIT | Elektronische Patientenakte

Die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigte sich gegenüber der elektronischen Patientenakte sehr aufgeschlossen und forderte deren Einführung zum Teil sogar aktiv ein. Die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Verbesserungen der Patientensicherheit wurden in diesem Zusammenhang häufig erwähnt. Demgegenüber stand eine kleinere Gruppe von Kritikern, die eine elektronische

Patientenakte meist kategorisch ablehnte. Hauptgrund war die Überzeugung, dass die eigenen personenbezogenen Daten in der elektronischen Patientenakte nicht sicher seien.

In der Auseinandersetzung dieser beiden Gruppen entstand eine zum Teil sehr lebhaft Diskussion, die die Potentiale und möglichen Risiken in der Datensicherheit gegenüberstellte. In diesem Spannungsverhältnis sprachen sich viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer dafür aus, die Risiken in Kauf zu nehmen, um von einer verbesserten Patientensicherheit zu profitieren. Die Entscheidung für die Nutzung elektronischer Patientenakten wurde im weiteren Verlauf der Gruppendiskussionen aber an eine Reihe von Bedingungen geknüpft, die mit der Kontrolle der dort gespeicherten Inhalte in Verbindung stehen.

Zunächst war den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wichtig, dass ein Datenzugang jederzeit und ohne Einwilligung Dritter erfolgen kann. Folgt man den Ausführungen der Gruppendiskussionen, so dürfte das sogenannte Zwei-Schlüssel-Prinzip bei den Patientinnen und Patienten also nicht auf große Zustimmung treffen. Im Falle eines Datenzugriffs durch Ärztinnen und Ärzte wünschten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aber eine automatisierte Benachrichtigung. Darüber hinaus war es ihnen sehr wichtig, Inhalte für einzelne Ärzte sperren oder ganz löschen zu können.

Die Diskussion zeigte, dass ein einrichtungsübergreifender Informationsaustausch gerade im Notfall oder bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung häufig begrüßt wird. Gleichzeitig machten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einer Vielzahl von Beiträgen deutlich, dass dieser Informationstransfer keineswegs *immer* erwünscht und die informationelle Selbstbestimmung an dieser Stelle als essentiell wahrgenommen wird. So dürfte die Akzeptanz der elektronischen Patientenakte nicht zuletzt auch von dem Ausmaß abhängen, in dem Patientinnen und Patienten die Inhalte und den Zugang zu diesen Inhalten kontrollieren können.

04.5 Künstliche Intelligenz

Künstliche Intelligenz hat sich in der Diskussion um die Digitalisierung im Gesundheitswesen zum Schlagwort entwickelt. Kein Kongress und kein Podium kommt mehr an dem Thema vorbei. Künstliche Intelligenz soll früher und treffsicherer Krankheiten erkennen als Ärztinnen und Ärzte. Sie soll Therapien individualisieren und die Behandlung der Patientinnen und Patienten verbessern können.

Kein anderer Bereich der digitalen Welt dringt so weit in das Arzt-Patienten-Verhältnis vor wie die künstliche Intelligenz: Sie hat den Anspruch, ärztliches Handeln und Denken zumindest teilweise zu ersetzen und liefert datengestützte Entscheidungsgrundlagen, die bislang nicht existierten. Die Frage, inwiefern intelligente Systeme mit lernenden Algorithmen ärztliches Handeln unterstützen oder ersetzen sollten, wurde in den vier Städten angeregt diskutiert.

Leitfragen zu diesem Thema

- *Wie finden Sie die Vorstellung, dass nicht ein Arzt, sondern eine Maschine die Diagnose stellt?*
- *Sollten Maschinen Ihrer Ansicht nach in Zukunft auch medizinische Entscheidungen treffen können?*
- *Glauben Sie, dass der technische Fortschritt den zwischenmenschlichen Kontakt in der Medizin verringert?*

Vertrauen in die Maschine?

Eingangs wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer anhand praktischer Beispiele in die Thematik eingeführt und auf die Frage gelenkt, ob künstliche Intelligenz ihrer Ansicht nach in der Lage sein könnte, Ärztinnen und Ärzte an bestimmten Stellen ganz zu ersetzen, zum Beispiel Diagnosen zu stellen. Einige standen dieser Idee zunächst wohlwollend gegenüber und äußerten **großes Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der Algorithmen** (F.1, F.2.1, F.2.2):

"Damit kann man vorbeugend etwas machen und Krankheiten vielleicht verhindern. Das wäre doch fantastisch! Ich finde, das Ergebnis zählt. Mir ist es eigentlich egal, ob das ein Arzt gemacht hat oder irgendein Computerprogramm."

"Ein Arzt hat ja auch mal einen schlechten Tag und ein Computer täuscht sich nicht. So ein Computer kann ja auf wesentlich mehr Informationen zugreifen als ein einzelner Arzt. Das kann dann sehr präzise und fundiert sein. Und ein Arzt macht ja im Prinzip auch nichts anderes als nach einem bestimmten gedanklichen Schema Diagnosen auszuschließen und die Therapie mit der wahrscheinlichsten Wirksamkeit auszusuchen. Warum soll also ein Computer nicht auch Diagnosen stellen?"

Die Befürworter der künstlichen Intelligenz sahen Chancen und **Vorteile der Digitalisierung** nicht nur **im Bereich der Diagnostik**, sondern führten weitere Anwendungsgebiete, wie etwa die **Kombination unterschiedlicher Arzneimittel**, auf:

"Ich fände es gut, wenn man künstliche Intelligenz für die Vorausberechnung von Nebenwirkungen bei Medikamenten einsetzen würde. Das wäre doch gut, weil dann könnte man Medikamente viel besser kombinieren."

Vermeintliche Unfehlbarkeit

Das aus den oben zitierten Beiträgen hervorgehende Vertrauen in Algorithmen und künstliche Intelligenz wurde keineswegs von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppen geteilt. Im Gegenteil wurde immer wieder betont, dass auch **Computerprogramme Programmierfehler hätten und keineswegs unfehlbar** seien (F.2.2.1, F.2.2.2).



Abbildung 8: Diskussionskarte zu künstlicher Intelligenz (F)

Einzelne merkten zudem an, dass die Programmierung der Algorithmen auch mit manipulativen Absichten erfolgen könnte (F.2.1.1).

"Ein Arzt kann Fehler machen, aber Maschinen haben auch Fehlfunktionen und Programmierfehler. Deshalb darf man die Untersuchungen und Behandlungsentscheidungen niemals nur einem Computer überlassen."

"Die Maschine ist ja letztlich schon auch eine Barriere, die zwischen mir und dem Arzt steht. Das erfüllt mich mit großem Unbehagen. Woher soll ich wissen, dass ich dieser Maschine wirklich vertrauen kann? Ich kenne doch nicht den Programmierer, der die Software entwickelt hat und weiß nicht wie die Algorithmen funktionieren."

Im Verlauf der Diskussionen stellte sich auch immer wieder die Frage, **wer die (rechtliche) Verantwortung für die Entscheidung einer Maschine** tragen würde. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer gingen davon aus, dass die haftungsrechtliche Verantwortung für einen Teil der medizinischen Entscheidungen künftig nicht mehr bei den Ärztinnen und Ärzten, sondern bei Software-Unternehmen liegen könnte (F.4). Andere gingen davon aus, dass ebendiese Unternehmen die Verantwortung schlussendlich an die Patientinnen und Patienten weiterreichen würden (F.4.1):

"Wenn irgendwann eine Maschine medizinische Entscheidungen trifft, dann werde ich als Patient die Verantwortungen dafür übernehmen müssen. Mit meiner Unterschrift. Das ist doch heute im Krankenhaus bei einer OP auch schon so. Und so wird man das künftig auch bei den Computern machen. Ich muss dann unterschreiben, dass ich mögliche Fehlentscheidungen des Computers in Kauf nehme. Und dann liegt das Haftungsrisiko bei mir. So einfach ist das."

„Entmenschlichte“ Medizin

Eine weitere Gruppe von Kritikern reagierte in den Gruppendiskussionen besonders emotional auf die Vorstellung, medizinische Entscheidungen ganz der künstlichen Intelligenz zu überlassen. Die Beiträge zeichneten das Bild einer ‚entmenschlichten‘ Medizin und brachten die Sorge zum Ausdruck, dass

die **Maschine den Menschen auch im Gesundheitswesen verdrängen** könnte (F.3, F.3.1).

"Also wenn mir irgendein Computer vorrechnet, dass ich bald einen Herzinfarkt haben könnte, dann würde ich sofort einen kriegen. Damit gebe ich mein Leben in die Hände eines Computers. Das ist für mich eine grausame Vorstellung. Was soll den jemand machen, der bei sich per App Hautkrebs diagnostiziert hat? Direkt vom Dach springen? Am Ende habe ich gar keinen menschlichen Kontakt mehr. Vielen Dank auch."

"Der persönliche Kontakt ist das A und O. Der Arzt nimmt den Patienten ja auch die Angst. Das schafft keine Maschine. Die hat keine menschlichen Gesten. Die streichelt Dir nicht über die Hand und sagt: Das kriegen wir schon hin."

In diesem Zusammenhang wurde in zahlreichen Beiträgen immer wieder betont, dass der **zwischenmenschliche Kontakt von Individualität geprägt** sei, während die Logik eines Computers immer bestimmten, standardisierten Vorgaben folge (F.3.2). So wurde häufig die Befürchtung geäußert, dass ebendiese Individualität der ärztlichen Zuwendung künftig verlorengehen könnte.

"Mir macht das Angst, wenn ich sehe, wie sich das alles entwickelt. Der Mensch ist eben keine Maschine, sondern sehr individuell. Und wenn der persönliche Kontakt zum Arzt immer weniger wird und alles auf künstliche Intelligenz ausgelagert wird: Das macht mir Angst und das finde ich nicht richtig."

"Beim Computer geht die Individualität verloren. Die Entscheidungen basieren nur noch auf Daten. Das fühlt sich nicht gut an. Gerade, wenn es um Gesundheit geht, hätte ich ein ganz blödes Gefühl dabei. Der Computer kennt nur ‚ja‘ oder ‚nein‘ und kein ‚vielleicht‘ und kann nicht um die Ecke denken."

Mensch und Maschine als Team

Im Diskussionsverlauf kam es in den vier Gruppen häufig zu einer Annäherung von Kritikern und Befürwortern der künstlichen Intelligenz in der Medizin. Sie war geprägt von der grundlegenden Auffassung, dass die **Maschine den Arzt in keinem**

Fall ersetzen, aber künftig viel stärker unterstützen sollte (F.3.2.1).

"Zur Unterstützung des Arztes kann ich mir sowas sehr gut vorstellen. Aber den klassischen Arzt abzuschaffen und durch eine Maschine zu ersetzen. Das ist ein absolutes ‚no go‘. Da mache ich nicht mit. Da studiere ich lieber selber Medizin."

"Algorithmen und künstliche Intelligenz können die Ärzte unterstützen. Das sind auch nur Menschen und die können Fehler machen. Und da kann der Computer so eine Art Zweitmeinung abgeben. Aber der Computer sollte niemals die endgültige Diagnose stellen."

Im Verlauf der Gruppendiskussionen entwickelte sich ein Konsens, der die Potentiale und Möglichkeiten Künstlicher Intelligenz würdigte, ihren Einsatz aber nur unter menschlicher Aufsicht und Kontrolle tolerierte. Die Beiträge der Teilnehmerinnen und Teilnehmer liefern in diesem Zusammenhang Hinweise auf eine Vielzahl von Ängsten und Befürchtungen, Künstliche Intelligenz könnte den Zugang zu ärztlicher Versorgung und menschlicher Zuwendung erschweren.

FAZIT | Künstliche Intelligenz

Die künstliche Intelligenz spaltete die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in zwei Lager: Die Befürworter sahen große Chancen und Vorteile im Bereich der Diagnostik und auf vielen anderen Gebieten. Sie beschrieben die von einer Maschine getroffenen Entscheidungen als genauer und präziser und brachten den Algorithmen ein vergleichsweise großes Vertrauen entgegen.

Die Kritiker hingegen verwiesen auf Programmierfehler und hielten auch die Künstliche Intelligenz für fehlbar. Gleichzeitig beschrieben sie Querdenken, Empathie und emotionale Zuwendung als Eigenschaften und Fähigkeiten, die eine Maschine nicht leisten könne. Zudem wollten sie die Ärztin oder den Arzt als Bewertungs-, Entscheidungs- und Verantwortungsinstanz in keinem Fall missen.

05 Literatur

- Albrecht, U.-V.** (Hrsg.) (2016): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Hannover: Medizinische Hochschule Hannover. <http://www.digibib.tu-bs.de/?docid=00060000> [18-06-09]
- Bohnsack, R.** (2005): Die Methode der Gruppendiskussion. In: Schmitz, S.-U.; Schubert, K. (Hrsg.): Einführung in die Politische Theorie und Methodenlehre. Opladen: Leske & Budrich, S. 69–87.
- Bortz, J; Döring, N.** (2005): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer, S. 279.
- Dresing, T.; Pehl, T.** (2013): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Auflage. Marburg: www.audiotranskription.de/praxisbuch [18-06-09]
- Flick, U.** (2006): Qualitative Evaluationsforschung, Konzepte – Methoden – Umsetzungen. Hamburg: Rohwohlt.
- Harrell, M.** (2010): *Creating argument diagrams*. Online: https://www.academia.edu/772321/Creating_Argument_Diagrams [16-08-02]
- Haschke, C.; Grote-Westrick, M; Schwenk, U.** (2018): Gesundheitsinfos. Wer sucht der findet – Patienten mit Dr. Google zufrieden. Spotlight Gesundheit Nr. 2/2018. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Krueger, R.A.; Casey, M.A.** (2009): Focus groups – A practical guide for applied research (4. Ausgabe). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rohleder, B.; Jedamzik, S.** (2017): Gesundheit 4.o. Berlin: Bitkom. <https://www.bitkom.org/Presse/Anhaenge-an-PIs/2017/03-Maerz/Verbraucherstudie-Telemedizin-2017-170327.pdf> [18-06-09]
- Schmidt-Kaehler, S.** (2017): Patientenperspektiven. Qualitative Studie zu Erfahrungen, Erwartungen und Nutzungsmustern von Patientinnen und Patienten in Deutschland. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. http://www.kbv.de/media/sp/KBV_Patientenperspektiven_2017_qualitative_Studie.pdf [18-06-09]
- Schmidt-Kaehler, S.** (2016): Patientenperspektiven. Qualitative Studie zu Erfahrungen, Erwartungen und Nutzungsmustern von Patientinnen und Patienten in Deutschland. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. http://www.kbv.de/media/sp/Bericht_Fokusgruppen.pdf [18-06-09]
- Stewart, D.W; Shamdasani, P.N.** (1990): Focus Groups: Theory and Practice. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.