

Publiziert unter: Alexander Dietz, Digitalisierung im Gesundheitswesen in der Perspektive theologischer Ethik, in: Björn Görder u.a. (Hg.), Daten als Rohstoff? Digitalisierungsprozesse in wirtschaftsethischer Perspektive, Berlin 2019, S. 183-200.

// Seite 183 //

Digitalisierung im Gesundheitswesen in der Perspektive theologischer Ethik

Alexander Dietz

1. Einleitung

Unter dem Stichwort „Digitalisierung“ werden durch Digitaltechnik ausgelöste Prozesse diskutiert, die gegenwärtig in großer Geschwindigkeit zu einem grundlegenden Wandel in nahezu allen Bereichen der Gesellschaft führen (Digitale Revolution). Aktuell erlebt diese Entwicklung einen weiteren Schub in Richtung Automatisierung, Vernetzung und Durchdringung durch exponentiell wachsende technische Möglichkeiten zur Erhebung, Speicherung und verknüpfenden Analyse gewaltiger Datenmengen (Big Data), durch Fortschritte in der Entwicklung maschinellen Lernens (Künstliche Intelligenz) sowie durch Vernetzungsmöglichkeiten miniaturisierter mobiler Computersysteme in beliebigen Objekten (Internet der Dinge). Genau genommen ist der Begriff „Digitalisierung“ viel zu allgemein und wir benötigen eigentlich präzisere Beschreibungen für die entsprechenden Phänomene in verschiedenen Lebensbereichen.

Das Gesundheitswesen gilt vielen als Bereich, an dem sich die Umbrüche, Chancen und Risiken der Digitalisierung besonders gut aufzeigen lassen. Auf der Grundlage des E-Health-Gesetzes von 2016 wird die Digitalisierung im Gesundheitswesen in den kommenden Jahren vorangetrieben, nachdem sie in den vergangenen Jahren im internationalen Vergleich eher zögerlich verlief (aufgrund von juristischen Unklarheiten, ökonomischen Fehlanreizen und grundsätzlichen Vorbehalten). Es geht dabei um etwas qualitativ anderes als eine Elektronifizierung einzelner Arztpraxen, nämlich um die Vernetzung aller Arztpraxen, Krankenhäuser und Apotheken, um eine Individualisierung der Diagnostik und Therapie auf der Basis großer Datenmengen, die permanent von Smartphones, Smartwatches oder Smart Clothes generiert und mit anderen Daten (Biodaten, Sozialdaten, Verhaltensdaten, Patientendaten aus klinischen Studien, genetische Daten) verknüpft werden, um einen Ausbau der Telemedizin, um eine Erstellung von Diagnosen und Therapieempfehlungen durch künstliche Intelligenz und um die Nutzung intelligenter technischer Assistenzsysteme durch Ärzte und Pflegenden. Diese Entwicklung wird schon in naher Zukunft alle Berufe im Gesundheitswesen tiefgreifend verändern.¹ Die Digitalisierung stellt für das Gesundheitswesen nicht

// Seite 184 //

¹ Vgl. Juffernbruch, Klaus: Veränderung von Berufen im Gesundheitswesen durch E-Health, in: David Matusiewicz u.a. (Hrsg.): Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen, Berlin 2017, 53-58: 55.

nur ein rein technisches Phänomen dar – es handelt sich auch um eine neue Denkweise, eine veränderte Haltung.²

Wie bei allen Veränderungsprozessen besteht auch hier ethischer Reflexions- und Gestaltungsbedarf. Die ungewöhnliche Geschwindigkeit des vorliegenden Prozesses stellt für die Ethik jedoch eine besondere Schwierigkeit dar. Letztlich scheint diese den Entwicklungen hilflos hinterherzulaufen. Mit „Person of Interest“ wurde schon 2011 eine TV-Unterhaltungs-Serie produziert, die sich differenzierter mit den ethischen Aspekten der Digitalisierung auseinandersetzt als die meisten Hochschul-Ethiker es heute könnten. Für die Mehrheit der vor dem Jahr 1985 Geborenen ist die neue Technologie eine fremde Welt, zu der sie nur oberflächlich Zugang finden, während auf der anderen Seite die meisten nach 1985 Geborenen das Unbehagen der Älteren gegenüber der für sie selbstverständlichen Technik nicht nachvollziehen können, welches den Ausgangspunkt für kritische Fragestellungen darstellt. Natürlich gilt das Collingridge-Dilemma auch hier, nach dem man zu Beginn der Entwicklung einer neuen Technik ihre Folgen normalerweise noch nicht abschätzen kann, während die Entwicklung dann, wenn man so weit ist es zu können, meist nicht mehr aufzuhalten ist. Innovative Technik verändert unsere Art zu denken und zu leben und damit ganze Gesellschaften. Sie hat oft nicht intendierte Folgen (Anfälligkeit für Störungen, Unfälle oder Missbrauch, Folgen für die Umwelt, Gesundheit oder das soziale Gefüge einer Gesellschaft und ihre kulturellen Traditionen, entstehende Abhängigkeiten, Anpassungszwänge und Beschränkungen von Wahlmöglichkeiten).³ Menschen können sich irgendwann bestimmten Technologien nicht mehr entziehen, auch wenn kein direkter Zwang ausgeübt wird. Regulierungs-Entscheidungen in Technik-Fragen sind insofern Entscheidungen darüber, in was für einer Gesellschaft wir in Zukunft leben wollen.

Einige Chancen der Digitalisierung für das Gesundheitswesen liegen auf der Hand: Durch elektronische Informations- und Unterstützungsmöglichkeiten werden Patienten mündiger. Durch telemedizinische Angebote und Messgeräte-Apps werden viele Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte überflüssig (insbesondere im Blick auf chronisch Kranke sowie auf Regionen mit niedriger medizinischer Versorgungsdichte). Durch technisch assistierte Dokumentation sowie Diagnosestellung haben Ärzte und Pflegende mehr Zeit für Therapie und Begleitung.⁴ Durch die datenbasierte personalisierte

// Seite 185 //

Medizin werden Diagnosen genauer und Therapien sowie Medikationen individueller (bei reduzierten Nebenwirkungen). Durch elektronische Patientenakten werden lebensgefährliche Arzneimittelwechselwirkungen ebenso wie unnötige Doppelbefundungen vermieden. Durch eine bessere Vernetzung der Behandelnden (insbesondere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors) und neue Möglichkeiten in der Prävention und Rehabilitation entstehen Qualitäts- sowie Effizienzsteigerungen (großes Einsparpotenzial⁵). Einige Risiken der Digitalisierung im Gesundheitswesen sind ebenso offensichtlich: Indem medizinische Einrichtungen sich zunehmend auf komplexe und vernetzte Technik verlassen, wachsen bestimmte Bedrohungen (Stromausfall, Sabotage, Erpressung durch Datendiebstahl).⁶ Indem ungeprüfte Apps und Internet-Informationen genutzt werden, Ärzte und Pflegende (indem sie sich zunehmend auf technische Assistenzsysteme verlassen) eigene Kompetenzen verkümmern lassen, der

² Vgl. Eysenbach, Gunther: What ist e-health?, in: Journal of Medical Internet Research 3 (2001), e20.

³ Vgl. Grunwald, Armin: Technikfolgenabschätzung. Eine Einführung, Berlin ²2010, 23ff.

⁴ Vgl. Freiberg, Lutz: Patientenversorgung 4.0. Suprasektoral und individualisiert, in: David Matusiewicz u.a. (Hrsg.): Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen, Berlin 2017, 134-138: 136.

⁵ Vgl. Huber, Gerald u.a.: Digitalisierung in der Pharmaindustrie, in: Mario Pfannstiel u.a. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen, Bd. II, Wiesbaden 2017, 241-255: 246.

⁶ Vgl. Mleczeck, Ingo: Datenschutz. Beweggrund, Begleiter oder Bürde der digitalen Transformation?, in: David Matusiewicz u.a. (Hrsg.): Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen, Berlin 2017, 336-340: 338.

persönliche Patientenkontakt abnimmt⁷ und Daten fehlerhaft erfasst werden, sinkt die Qualität der medizinischen Versorgung. Indem große Mengen sensibler persönlicher Gesundheitsdaten erhoben und gespeichert werden, wächst die Gefahr des Datenmissbrauchs (gläserner Patient, Nachteile in beruflichen Bewerbungsverfahren, schlechtere Eingruppierung bei Krankenkassen, Nutzung für die Forschung ohne Einwilligung).

Um solche allgemeinen und vielfach benannten Aspekte ein weiteres Mal zu formulieren, bedarf es keiner theologischen Ethik. Und zur Behandlung technischer Detailfragen fehlt ihr die Kompetenz. Wie also kann theologische Ethik ihren Anspruch, „den grundsätzlichen Diskurs über die theologischen und sozialetischen Herausforderungen [der Digitalisierung] aktiv zu initiieren und zu begleiten“⁸ sinnvoll einlösen? Indem sie sich auf ihre Grundlagen und ihre Stärken besinnt und die Debatte mit ihrer Perspektive bereichert. Wenn der Deutsche Ethikrat im Blick auf das Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen zum etwas einseitigen Ergebnis kommt:

// Seite 186 //

„Datensouveränität [...] sollte das zentrale ethische und rechtliche Ziel im Umgang mit Big Data sein“⁹, dann scheint der Bedarf an einer Perspektivenerweiterung offensichtlich vorhanden zu sein. Doch was sind die Grundlagen und Stärken theologischer (genauer evangelischer) Ethik? Die Grundlage evangelischer Theologie, also auch evangelischer Ethik, ist die Rechtfertigung des Menschen durch Gott allein aus Gnade.¹⁰ Daraus lassen sich formale und inhaltliche Kriterien evangelischer Ethik ableiten. Formal folgt aus der Rechtfertigungsbedürftigkeit jedes Menschen sowie aus der Unterscheidung von Gesetz und Evangelium eine bescheidene, realistische, einladende und das individuelle Gewissen respektierende Grundhaltung. Inhaltlich folgt aus den Unterscheidungen von Gott und Mensch, Gott und Götze sowie Glaube und Werken eine Infragestellung ideologischer Totalitätsansprüche, Heilsversprechen und Überforderungen. Weiterhin folgt inhaltlich aus der Rechtfertigungsbedürftigkeit des Menschen sowie aus der Unterscheidung von Person und Werk eine Akzentuierung bestimmter anthropologischer Gesichtspunkte (Relationalität, Abhängigkeit, Begrenztheit, Fehlbarkeit, Sakralität der Person, voraussetzungslose Menschenwürde). Schließlich folgen inhaltlich aus der angemessenen Verhältnisbestimmung von Glaube und Werken sowie dem biblischen Gerechtigkeitsbegriff die ethischen Maßstäbe der Liebe (als Handeln zum Nutzen des Nächsten) sowie der Solidarität (insbesondere mit Schwachen).¹¹ In diesem Sinne setzen sich die folgenden Kapitel dieses Aufsatzes in theologisch-ethischer Perspektive mit ideologischer Medizinisierung, anthropologischen Aspekten sowie gefährdeter Solidarität auseinander.

// Seite 187 //

⁷ Vgl. Mickan, Sharon u.a.: Evidence of effectiveness of health care professionals using handheld computers. A scoping review of systematic reviews, in: Journal of Medical Internet Research 15 (2013), e212.

⁸ Rat der EKD (Hrsg.), Bericht über den Prozess der „Kommunikation des Evangeliums in der digitalen Gesellschaft“, Hannover 2017, https://www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/s17-12-1-bericht-prozess-der-kommunikation-des-evangeliums-in-der-digitalen-gesellschaft.pdf (Zugriff am 04.08.2018), 3.

⁹ Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Big Data und Gesundheit. Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung, Berlin 2018, 39f.

¹⁰ Das soll nicht heißen, dass die Ethik auf die Dogmatik zurückgeführt wird, sondern dass beide die gleiche Grundlage haben. Vgl. Schleiermacher, Friedrich: Die christliche Sitte nach den Grundsätzen der evangelischen Kirche im Zusammenhange dargestellt, Berlin 2¹⁸⁸⁴, 24.

¹¹ Vgl. ausführlich: Dietz, Alexander: Theologische Wirtschaftsethik als Ideologiekritik, in: Arne Manzeschke (Hrsg.): Evangelische Wirtschaftsethik – wohin?, Berlin 2018, 83-116: 94ff. Vgl. Dabrock, Peter: Bioethik des Menschen, in: Wolfgang Huber u.a. (Hrsg.): Handbuch der Evangelischen Ethik, München 2015, S. 517-583: 528ff.

2. Medizinisierung

Ihre ideologiekritische Aufgabe ernst nehmend, fühlten sich in der Vergangenheit immer wieder einzelne Theologen dazu gedrängt, vor Entwicklungen im Blick auf die moderne Technik zu warnen. So sah Karl Barth in der neuzeitlichen Technik eine herrenlos gewordene Gewalt, entstanden aus der menschlichen Selbstüberschätzung, die dem Menschen ein maßloses Und-so-weiter aufzwingt und seine Existenz mit Vernichtung bedrohe.¹² Rudolf Bultmann sprach von der „dämonischen Macht der Technik“¹³ und auch Dietrich Bonhoeffer sah in den „selbsttätigen“ und zerstörerischen „Dämonen [von] Technik und Wirtschaft“ die Götzen unserer Zeit.¹⁴ Paul Tillich erblickte in der modernen Technik einerseits ein chancenreiches Mittel, durch das sich der Mensch vom Fluch mechanischer Arbeit befreien und schöpferisch tätig werden könne. Andererseits nahm er wahr, dass sich unter dem Vorzeichen der Sünde weniger die Chancen als vielmehr die Risiken der Technik realisiert hätten. Die Technik werde von der kapitalistischen Wirtschaft dazu missbraucht, um des Profits willen sinnlose Güter zu erzeugen, und sie habe ein unheimliches Eigenleben einseitiger Rationalität entwickelt, welche die Sinnfrage ausblende. „Wir holen Neues und immer Neues aus der Möglichkeit, und der Prozess der Technik geht über uns weg, und niemand weiß, wohin er uns reißen wird.“¹⁵ Seit den neunziger Jahren ist diese einseitige Skepsis weitgehend einer ebenso einseitigen Technikgläubigkeit gewichen. Allerdings verweisen Ethiker nicht zu Unrecht auf die Vielfalt technischer Phänomene, der die traditionelle Rede von „der“ Technik nicht gerecht werde, auf die Unhaltbarkeit des früher verbreiteten idealisierten und in einen künstlichen Gegensatz zur Technik gesetzten Naturbegriffs, auf den illusorischen und Verantwortung verweigernden Charakter von Forderungen auf einen generellen Technikverzicht oder auf die positive Bestimmung des Menschen als homo faber.

Die Digitalisierung ist eine technologische Innovation, an deren Beispiel sich vorhandene ideologische (pseudoreligiöse) Totalitätsansprüche und Heilsversprechen besonders gut aufzeigen lassen. Das Netz ist allgegenwärtig, kennt die innersten Geheimnisse jedes Menschen und kann unser Verhalten vorhersagen (klassische Attribute Gottes). Die Netz-Gemeinschaft versteht sich als ein länder- und

// Seite 188 //

völkerübergreifendes Friedensnetzwerk (klassische Attribute der Kirche).¹⁶ Man traut der neuen Technik zu, (mathematisch-logische) Antworten auf alle Fragen zu finden, alle Probleme der Menschheit zu lösen, den Menschen zu perfektionieren und ihn unsterblich zu machen (klassische Attribute des Reiches Gottes).¹⁷ Werner Thiede ist einer der wenigen Theologen, die den Herrschaftsanspruch der Digitalisierung radikal in Frage stellen. Er warnt vor „digitalem Massenwahn“ und hält den Widerstand von Theologie und Kirche für ethisch geboten.¹⁸ Die Digitalisierung im Gesundheitswesen setzt zur Lösung struktureller

¹² Vgl. Barth, Karl: Das christliche Leben. Die KD IV/4. Fragmente aus dem Nachlass. Vorlesungen 1959-1961, hrsg. v. Hans-Anton Drewes u.a., Zürich 1976, 363 und 369.

¹³ Bultmann, Rudolf: Weihnachten, in: ders.: Glauben und Verstehen, Bd. III, Tübingen 1960, 76-80: 77.

¹⁴ Bonhoeffer, Dietrich: Ökumene. Universität. Pfarramt 1931-1932 (DBW, Bd. 11), hrsg. v. Eberhard Amelung u.a., Gütersloh 1994, 387f.

¹⁵ Tillich, Paul: Logos und Mythos der Technik, in: ders.: Die religiöse Substanz der Kultur, Gesammelte Werke, Bd. 9, hrsg. v. Renate Albrecht, Stuttgart 1975, 297-306: 305.

¹⁶ Vgl. Haberer, Johanna: Digitale Theologie. Gott und die Medienrevolution der Gegenwart, München 2015, 14 und 29.

¹⁷ Vgl. Wiedemann, Carolin: Bring mir den Kopf von Raymond Kurzweil!, in: FAZ vom 12.07.2015, <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/transhumanismus-bring-mir-den-kopf-von-raymond-kurzweil-13696362.html?printPageArticle=true#void> (Zugriff am 09.08.2018).

¹⁸ Thiede, Werner: Digitaler Turmbau zu Babel. Der Technikwahn und seine Folgen, München 2015, 31 und 162.

gesellschaftlicher Probleme (z.B. steigende Kosten der Pflege, Fachkräftemangel in der Pflege, medizinische Unterversorgung ländlicher Regionen) auf Technik, mit der Folge, dass alternative Lösungsansätze aus dem Blick geraten. Die wirklich großen Probleme der Gesellschaft (z.B. demographischer Wandel) und des Gesundheitswesens (z.B. Systemfehler in Finanzierung und Versorgungsstruktur) werden sich allerdings nicht durch den Einsatz von Technik lösen lassen. Stattdessen übt die neue Technik „datensetzende Macht“ (Heinrich Popitz) aus, d.h. sie strukturiert und verändert durch Anpassungszwänge medizinische und pflegerische Handlungen.¹⁹

Während Begriffe wie „Ökonomismus“ oder „Ökonomisierung“ in vielen ethischen Debatten eine wichtige Rolle spielen, finden Begriffe wie „Medizinismus“ oder „Medizinisierung“ (bzw. „Medikalisierung“) noch eher selten Verwendung. Dabei liegen die entsprechenden ideologischen Phänomene auf der Hand und erhalten durch die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiteren Auftrieb. Mit „Medizinismus“ wird zumeist eine Alleinstellungssichtweise der Wissenschaftsmedizin gegenüber der Alternativmedizin bezeichnet. Dabei läge es nahe, mit dem Begriff (analog zum Begriff Ökonomismus) solche Sichtweisen und darauf beruhende Entwicklungen zu bezeichnen, die den Gesellschaftsbereich Medizin bzw. das Gesundheitswesen in seiner Bedeutung systematisch überbewerten, indem sie es nicht mehr als einen gleichwertigen Teil des gesellschaftlichen Ganzen mit einer bestimmten Aufgabe betrachten, sondern entweder als den maßgeblichen Teil oder als unabhängigen Teil und Selbstzweck oder schlicht als das Ganze. Der

// Seite 189 //

Begriff „Medizinisierung“ (synonym „Medikalisierung“) wurde demgegenüber schon seit den siebziger Jahren von einzelnen Philosophen und Sozialwissenschaftlern verwendet. Michel Foucault sprach von einer „endlosen Medizinisierung“²⁰, in der sich die Medizin auf sämtliche Lebensbereiche ausbreite. Von einer Medikalisierung der Gesellschaft kann gesprochen werden, wenn Lebenserfahrungen und Lebensbereiche in den Fokus systematischer medizinischer Erforschung und Verantwortung rücken, die vorher außerhalb der Medizin standen, beispielsweise wenn die Medizin als zuständig erklärt wird für die Herbeiführung von Schwangerschaften und die Garantie eines gesunden Kindes, für jugendliches und makelloses Aussehen, für Wohlbefinden und Lebensglück, für die Lösung sozialer²¹ oder pädagogischer²² Probleme. Indem nahezu alle individuellen Daten, die im Zuge der Digitalisierung erhoben werden, in Relation zur Gesundheit interpretiert werden können, wird die Medikalisierung natürlicher Lebensvorgänge sowie die Medikalisierung des persönlichen handlungsleitenden Ethos vorangetrieben. Wenn Gesundheit zum höchsten Gut verklärt („Healthism“) und menschliches Glück bzw. Heil im Zuge einer Säkularisierung religiöser Jenseitshoffnungen als durch medizinisches Handeln herstellbar verstanden wird, kann auch von einer „Sakralisierung“ der Medizin gesprochen werden.

Ideologiekritische theologische Ethik erinnert an die angemessenen Aufgaben und Ziele der Medizin. Ohne klare Vorstellungen von ihren Aufgaben und Zielen kennt die Medizin keine Grenzen mehr, und es besteht die Gefahr, dass sie unangemessene Aufgaben übernimmt oder unangemessene Erwartungen weckt. Der

¹⁹ Vgl. Höhmann, Ulrike u.a.: Kompetenzanforderungen an pflegerische Führungskräfte in technikbezogenen Innovationsprozessen, in: Mario Pfannstiel u.a. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen, Bd. III, Wiesbaden 2017, 151-171: 155.

²⁰ Foucault, Michel: Krise der Medizin oder Krise der Antimedizin?, in: ders.: Schriften in vier Bänden, Bd. 3, hrsg. v. Daniel Defert u.a., Frankfurt am Main, 2003, 54-76: 65.

²¹ Vgl. Dörner, Klaus: Tödliches Mitleid. Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens. Oder: Die Soziale Frage: Entstehung – Medizinisierung – NS-Endlösung – heute – morgen, Gütersloh 1993.

²² Vgl. Gerst, Thomas: Heil- und Hilfsmittel: „Medizinisierung“ von gesellschaftlichen Aufgaben, in: Deutsches Ärzteblatt 103, 39 (2006), A-2500/B-2168/C-2092.

Begriff „Medizin“ leitet sich aus dem Lateinischen ab und vereint in sich die Bedeutungen „Heilkunde“ und „Heilkunst“. Das in diesen Bedeutungen steckende Wort „heilen“ weist auf die ureigene Aufgabe der Medizin, welche auf die elementaren Bedürfnisse kranker und pflegebedürftiger Menschen, wie es sie in jeder Gesellschaft gab und gibt, reagiert. Die medizinische Kunst verfolgt idealerweise die Ziele, einen Beitrag zum Wohl des einzelnen und zum Wohl der Gesellschaft angesichts der Bedrohung durch Krankheit zu leisten. Dazu widmet sie sich den Aufgaben der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation. Weil Sterben ein Teil des Lebens und der menschlichen Bestimmung ist (vgl. Pred 3,1f.), kann sich die medizinische Kunst nicht eine Überwindung des Todes, eine unbedingte Lebenserhaltung oder eine (nicht näher qualifizierte) möglichst hohe durchschnittliche Lebenserwartung zum Ziel setzen, sondern lediglich eine

// Seite 190 //

Verhinderung eines vorzeitigen Todes, eine Erhöhung der Lebensqualität in einer begrenzten Zeitspanne und die Ermöglichung eines Sterbens in Würde. Eine hochtechnisierte, digitalisierte Medizin tendiert zu aufgabenvergessener Eigengesetzlichkeit im Blick auf die funktionale Wahrnehmung des Menschen und die Konzentration auf technische Machbarkeit. Ebenso wenig wie die Medizin eine Welt ohne Tod herstellen kann, kann sie eine Welt ohne Krankheit und Behinderung herstellen. In beiden Fällen übernimmt sich die Medizin mit einem solchen Ziel nicht nur, sondern wird tendenziell inhuman gegenüber Menschen, die nicht geheilt werden können. Die medizinische Wissenschaft verfolgt idealerweise das Ziel der Ermöglichung einer gelingenden medizinischen Kunst. Eine medizinische Wissenschaft, die sich als Selbstzweck begreift, steht in der Gefahr, dem Ziel der medizinischen Kunst, einen Beitrag zum Wohl des Menschen zu leisten, entgegenzuwirken und ethisch verantwortungslos zu handeln. Die Ambivalenz einer vom Ziel des Wohls des Menschen abgekoppelten Vermehrung medizinischen Wissens wurde bereits seit dem Mittelalter intensiv diskutiert und wird angesichts der aktuellen Sammlung möglichst vieler digitaler Daten besonders virulent.²³

3. Anthropologische Überlegungen

Martin Luthers Definition des Menschen im Anschluss an Paulus mit dem Satz „Der Mensch wird durch den Glauben gerechtfertigt“²⁴ macht deutlich, dass es in der theologischen Anthropologie gerade nicht um die Setzung einer geschlossenen Definition des Menschen geht, sondern um die Wahrnehmung des Menschen in der Perspektive seiner geschöpflichen Bezogenheit auf Gott, seiner existenziellen Abhängigkeit von Gottes befreiendem Handeln. Der Mensch ist nicht die Summe seiner Fähigkeiten und Eigenschaften, auch nicht die Summe seiner Daten. Menschen erhalten ihre Identität im Beziehungsgeschehen, d.h. im Dialog mit Gott und mit anderen Menschen. Darum bedeutet die neue digitalisierte Kommunikation auch eine Veränderung unserer Identitätsbildung. Zur Veranschaulichung dieses Sachverhalts mag man sich nur einmal in der Öffentlichkeit umschaun, so wird man überall Menschen mit gesenkten Köpfen sehen, die auf ihr Smartphone starren. Neue Medien verändern in einer eigendynamischen Wechselwirkung die Wahrnehmungsweisen, Ausdrucksmöglichkeiten, Fähigkeiten und Ich-Konstruktionen des Menschen.²⁵ Die Digitalisierung im Gesundheitswesen kann zur Veränderung von

²³ Vgl. Dietz, Alexander: Gerechte Gesundheitsreform? Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive, Frankfurt u.a. 2011, 295ff.

²⁴ Luther, Martin: Disputation über den Menschen, in: ders.: Lateinisch-Deutsche Studienausgabe, Bd. 1, hrsg. v. Wilfried Härle, Leipzig 2006, 663-669: 669.

²⁵ Vgl. McLuhan, Marshall: The Gutenberg Galaxy, London 1962.

Menschenbildern beitragen, insbesondere im Blick auf ein mechanisches Verständnis des Körpers, eine Abwertung des

// Seite 191 //

Leiblichen, eine Verschmelzung von Mensch und Technik sowie einen permanenten Druck zur Selbstkontrolle und -optimierung.

Durch die Möglichkeit einer permanenten digitalen Überwachung der eigenen körperlichen Funktionen (Sauerstoffwerte im Blut, zugeführte oder verbrannte Kalorien, Schritt-, Puls-, Herzfrequenzmesser, Gewicht, Schlafphasen usw.) entsteht ein Trend zur Selbstoptimierung unter den Bedingungen einer „selbst verordneten Totalüberwachung des eigenen Lebens im ständigen Leistungsvergleich“²⁶ – ein Fall für die Botschaft von der Rechtfertigung allein aus Gnade? Hinter den System-Anreizen zur Erreichung bestimmter Normwerte steht wiederum ein bestimmtes, nämlich kybernetisches, Menschenbild.²⁷ Aus theologischer Perspektive ist auf die Gefahr einer vermehrten Selbstbezüglichkeit (*incurvatio in se* als Wesen der Sünde) von Menschen, die sich rund um die Uhr selbst beobachten, zu verweisen, aber auch aus rein medizinischer Sicht muss mit verstärkten Verhaltenspathologien (Hypochondrie) gerechnet werden. Die Digitalisierung eröffnet außerdem neue Möglichkeiten hinsichtlich Gentechnologie, Enhancement, mobiler vernetzter Sensoren sowie intelligenter technischer Prothesen und Implantate. Dadurch wird der Mensch zunehmend als Mensch-Maschine-Hybrid („Cyborg“) verstanden werden bzw. sich selbst so erleben. Neben den offensichtlichen Chancen dieser Entwicklung (z.B. für die Inklusion von Menschen mit Behinderung²⁸), machen die Hoffnungen auf eine post- oder gar transhumane Gesellschaft, die manche mit der Cyborgisierung verbinden, die ebenso offensichtlichen Gefahren deutlich.

Gerade weil theologische Anthropologie nicht dem Zeitgeist folgend das Gut der Selbstbestimmung abstrakt überhöht oder einseitig absolut setzt, sondern um ihre Begrenztheit, ihren Voraussetzungsreichtum und ihre Gefährdung weiß, wird sie in der Digitalisierung liegende Tendenzen der Überwachung, Manipulation, (Selbst)Entmündigung sowie Einschränkung von Freiheitsspielräumen besonders sensibel wahrnehmen. Die grenzenlose Datenerhebung ermöglicht eine größere Transparenz, aber mehr Transparenz kann immer auch als mehr Überwachung interpretiert werden (z.B. werden Daten aus der Pflegedokumentation selbstverständlich seitens der Pflegedienstlei-

// Seite 192 //

tung oder der kaufmännischen Leitung als Kontrollinstrument genutzt).²⁹ Die Forderung nach völliger Transparenz, wie sie von Vertretern der Post-Privacy-Bewegung erhoben wird, vernachlässigt die Bedeutung von Privatheit als Voraussetzung für die Entwicklung sozialer Nahbeziehungen, demokratischer

²⁶ Haberer, Johanna: Digitale Theologie. Gott und die Medienrevolution der Gegenwart, München 2015, 166.

²⁷ Richard David Precht: „Das Menschenbild des Silicon Valley ist das der Kybernetik, nicht das der Aufklärung.“ Zitiert nach: Wittstock, Uwe: Wozu brauchen wir noch Philosophen, Herr Precht?, in: Focus 51 (2017), https://www.focus.de/kultur/medien/kultur-wozu-brauchen-wir-noch-philosophen-herr-precht_id_7989417.html (Zugriff am 06.08.2018).

²⁸ Vgl. Meyer, Bertold: Sozialpsychologie und Digitale Gesundheit. Technosapiens, in: David Matusiewicz u.a. (Hrsg.): Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen, Berlin 2017, 15-17: 16.

²⁹ Vgl. Roth, Monika u.a.: Die Akzeptanz von digitalen Lösungen im ambulanten Pflegebereich, in: Mario Pfannstiel u.a. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen, Bd. IV, Wiesbaden 2017, 51-67: 64.

Meinungsbildung, eines religiösen Glaubens sowie personaler Identität.³⁰ Die erschwerte Anonymisierung, die mit der Entwicklung von Big Data einhergeht, führt zu Privatheitsgefährdungen.³¹ Neben der Überwachung ermöglicht der Einsatz von Big-Data-Algorithmen außerdem „neue Möglichkeiten gezielter Einflussnahme auf das Denken, Fühlen und Handeln der Nutzer solcher Dienste. Das Spektrum reicht von offenem Nudging, mit dem gesundheitsförderliches Verhalten subtil angeregt werden soll, bis hin zu verdeckten und vor allem fremdnützigen manipulierenden Interventionen.“³² Der Deutsche Ethikrat spricht im Blick auf den inneren Zwang zur Selbstvermessung von „selbstinduzierter Fremdbestimmung“ bzw. „Selbstentmündigung“.³³ Wie jede Technologie schafft auch die Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht nur Freiheitsgewinne, sondern auch Anpassungszwänge. Welchen Einfluss hat beispielsweise die Umwandlung einer Wohnung in eine permanent technisch kontrollierte Krankenstation auf die Lebensgewohnheiten eines älteren Menschen und seiner Angehörigen?

Mit dem vermehrten Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen verbinden manche die Hoffnung, das Fehlen einer ausreichenden Anzahl menschlicher Fachkräfte zu kompensieren bzw. durch die Ersetzung menschlicher Arbeitskraft durch Maschinen Kosten zu sparen.³⁴ Dahinter steht ein Menschenbild, das erstens präzise menschliche Leiblichkeit, indem es sie für entbehrlich hält, tendenziell abwertet (was einem christlichen Menschenbild vor dem Hintergrund der Inkarnation eher fremd ist), das zweitens die Bedeutung der Kategorie der Personalität (und damit auch der Menschenwürde) in Frage stellt, indem Beziehungstätigkeiten (die nach einem christlichen Menschenbild den Kern der menschlichen Bestimmung betreffen) an Maschinen delegiert werden, und dem drittens ein Verständnis

// Seite 193 //

für die Bedeutung und die Vorzüge menschlicher Kommunikation gegenüber digitaler Kommunikation fehlt. Der Informatiker und Gesellschaftskritiker Joseph Weizenbaum plädierte schon 1978 für einen ethisch begründeten Verzicht auf technische Lösungen, wenn es um die Übernahme menschlicher Funktionen geht, die mit Respekt, Verständnis und Liebe zusammenhängen.³⁵ Gerade in der Beziehung von Patienten und Ärzten bzw. Pflegenden spielt Empathie (die Maschinen bestenfalls simulieren können) eine wichtige Rolle für den Therapieerfolg. Nach einer Studie ist es für die Zufriedenheit von Patienten und für eine gelingende Kommunikation wichtig, dass Ärzte und Pflegende sich ihnen – und nicht dem Computer – im Gespräch zuwenden.³⁶ Die notwendige Emotionsarbeit von Pflegekräften kann durch den Einsatz von Technik gestört werden.³⁷ Digitale Kommunikation kann persönliche Kommunikation in medizinischen Einrichtungen niemals ersetzen, weil individuelle Krankheitssituationen nicht vollständig standardisiert erfassbar sind, weil manche persönlichen Informationen nicht dokumentierbar sind und weil Kommunikation bei kontext- bzw. inhaltreichen Informationen am besten im persönlichen Gespräch

³⁰ Datenschutz ist eben mehr als ein „Luxus für Gesunde“. Kloepfer, Albrecht: Datenschutz – Ein Luxus für Gesunde?, in: David Matusiewicz u.a. (Hrsg.): Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen, Berlin 2017, 331-335.

³¹ Vgl. Deutscher Ethikrat (Hrsg.): Big Data und Gesundheit. Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung, Berlin 2018, 29 und 191.

³² A. a. O., 31.

³³ A. a. O., 50 und 120.

³⁴ Ob die Digitalisierung im Gesundheitswesen tatsächlich zu einer Einsparung von oder nicht eher zu einer verstärkten Nachfrage nach Arbeitskräften führt, ist umstritten. Vgl. PricewaterhouseCoopers u.a. (Hrsg.): Der Einfluss der Digitalisierung auf die Arbeitskräftesituation in Deutschland. Berufs- und branchenspezifische Analyse bis zum Jahr 2030, o.O. 2016, 26.

³⁵ Vgl. Weizenbaum, Joseph: Die Macht der Computer und die Ohnmacht der Vernunft, Frankfurt 1978, 295 und 351.

³⁶ Vgl. Ratanawongsa, Neda u.a.: Association between clinician computer use and communication with patients in safety-net clinics, in: JAMA Internal Medicine 176 (2016), 125-128.

³⁷ Vgl. Höhmann, Ulrike u.a.: Kompetenzerfordernisse an pflegerische Führungskräfte in technikbezogenen Innovationsprozessen, in: Mario Pfannstiel u.a. (Hg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen, Bd. III, Wiesbaden 2017, 151-171: 156.

gelingt.³⁸ Ärztliches und pflegerisches Handeln sollte nicht seinen Charakter verändern im Sinne einer zunehmenden Prägung von unpersönlicher Überwachung und Steuerung sowie von Normierung und nicht am Individuum orientierter Standardisierung.

// Seite 194 //

4. Bedrohte Solidarität

Auch wenn es sich bei der viel beschworenen „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen um einen interessengeleiteten Mythos handelt,³⁹ mag es im Blick auf eine gerechte und nachhaltige Sozialpolitik durchaus sinnvoll sein, sich mit Rationalisierungspotenzialen auseinanderzusetzen. Erfahrungen in medizinischen Einrichtungen zeigen, dass die Kosten der Digitalisierung oft höher sind, als anfangs gedacht (Anschaffung von Software und Endgeräten, Konzeption neuer Arbeitsabläufe, Schulungen des Personals, kontinuierliche Systemanpassungen, Netzwerke und Internetverbindungen, Speicher- und Sicherheitsinfrastruktur, die regelmäßig gewartet und überprüft werden muss, was wiederum Folge- und Betriebskosten verursacht, Notfallprogramme im Blick auf einen Ausfall von Strom oder Internet).⁴⁰

Dennoch wird das mögliche Einsparvolumen durch eine Digitalisierung im Gesundheitswesen teilweise hoch veranschlagt.⁴¹ Wie realistisch diese Prognosen sind oder ob es sich um dabei nur um Lobbyarbeit von Interessengruppen handelt, ist schwer zu beurteilen. Denn natürlich gibt es im schnell wachsenden digitalen Gesundheitsmarkt auch den Einsparinteressen gegenläufige Gewinninteressen. Und ob es letztlich die Beitragszahler sind, die gegebenenfalls von Effizienzsteigerungen profitieren, ist keineswegs ausgemacht. Vom Wirtschaftswachstum profitieren seit Jahrzehnten nur noch bestimmte Bevölkerungsteile. Gerade in der Digitalisierungsbranche sind es bekanntlich einige wenige globale Unternehmen, die derzeit Kapital in bisher undenkbarem Ausmaß akkumulieren.

Wie bei jeder Innovation gibt es auch hier Gewinner und Verlierer. Theologische Ethik konzentriert sich besonders auf die Verlierer, die Benachteiligten, Armen und Ausgegrenzten. Oft sind die Entscheider die Gewinner und die Betroffenen die Verlierer. Darum ist die Forderung nach demokratischen und partizipativen Entscheidungsverfahren so wichtig (die im Blick auf Digitalisierungsprozesse bisher kaum Berücksichtigung findet). Verlierer der Entwicklung sind beispielsweise Patienten, die nicht dazu fähig oder bereit sind, die neuen Möglichkeiten zu nutzen, und die dadurch Überforderung und Stress erleben. Hierbei handelt es sich häufiger um Frauen, ältere Men-

// Seite 195 //

³⁸ Vgl. Orians, Wolfgang u.a.: Wissenstransfer in der Kranken- und Altenpflege: Möglichkeiten und Grenzen der Digitalisierung von Wissen, in: Mario Pfannstiel u.a. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen, Bd. III, Wiesbaden 2017, 33-54: 43ff.

³⁹ Vgl. Dietz, Alexander: Gerechte Gesundheitsreform? Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive, Frankfurt u.a. 2011, 296ff.

⁴⁰ Vgl. Heuberger, Matthias u.a.: Möglichkeiten und Grenzen der Digitalisierung des Medikamentenmanagements in stationären Pflegeeinrichtungen, in: Mario Pfannstiel u.a. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen, Bd. III, Wiesbaden 2017, 15-32: 27.

⁴¹ Vgl. Beermann, Maik: Politische Perspektiven für die Zukunft der digitalen Gesundheit, David Matusiewicz u.a. (Hrsg.): Die Digitale Transformation im Gesundheitswesen, Berlin 2017, 36-40: 40.

schen und Menschen mit niedrigerer Bildung, da diese im Durchschnitt eine geringere Technikaffinität aufweisen.⁴² Zu den Verlierern gehören auch die Menschen, die in Gegenden ohne Breitbandausbau leben, und natürlich diejenigen, deren Krankenkasse die Kosten für neue Angebote nicht übernimmt und die sie nicht aus eigener Tasche bezahlen können. Schließlich gehören zu den Verlierern auch die Personen, die von ihren Versicherungen gegen ihren Willen dazu gezwungen werden, ihre Gesundheitsdaten zur Verfügung zu stellen und ihr Gesundheitsverhalten zu optimieren, da ihnen sonst eine existenzbedrohende Benachteiligung droht.

Die größte Gefahr aus gerechtigkeits-theoretischer Perspektive stellt jedoch die durch die Digitalisierung zu erwartende weitere Entsolidarisierung im Blick auf die Finanzierung der Gesundheitsversorgung dar. Die kontinuierliche Erhebung und Auswertung individueller Daten durch digitale Technik ermöglicht eine wesentlich genauere Einschätzung des individuellen Krankheitsrisikos (bis hin zur Analyse psychischer Auffälligkeiten in jahrzehntealten Äußerungen auf Facebook o.ä.). Private Krankenversicherungen werden voraussichtlich versuchen, Zugang zu solchen Daten zu erhalten und Personen mit ungünstiger Prognose auszuschließen. Geht das nicht, werden die risikoäquivalenten Prämien für bestimmte Gruppen deutlich steigen bzw. regelmäßig nach oben angepasst. Dadurch würde das Solidarprinzip, nach dem eine größere Gruppe die erhöhten Risiken einzelner mitträgt, ausgehebelt. Gleichzeitig würden Personen mit guten Risiken vermehrt von der Gesetzlichen Krankenversicherung in eine Private Krankenversicherung wechseln, so dass die Gesetzliche Krankenversicherung noch stärker als bisher zum Auffangbecken für Hochrisikopatienten würde, mit der Folge steigender Beitragssätze und einer weiteren Aushebelung des Solidarprinzips.⁴³ Die seit Jahrzehnten erfolgende schleichende Entsolidarisierung in den Finanzierungsmodalitäten des deutschen Gesundheitssystems (z.B. zahlreiche Leistungsausschlüsse, Einführung von Zuzahlungen, Aufhebung der paritätischen Beitragsfinanzierung, Erhebung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge usw.) wird so voraussichtlich massiv beschleunigt. Es gilt, das bewährte (und christlich verwurzelte⁴⁴) Grundprinzip des Sozialstaats zu verteidigen. Ein solidarisches Zurverfügung-Stellen eigener Daten für die Forschung oder ein solidarischer Austausch in Online-Patienten-Selbsthilfegruppen kann eine Entsolidarisierung in der Finanzierung des Gesundheitswesens nicht ausgleichen.

// Seite 196 //

5. Fazit anhand eines Fallbeispiels

Der folgende Fall hat sich im Jahr 2016 zugetragen: Susanne ist 40 Jahre alt und arbeitet als Erzieherin im Norden Baden-Württembergs. Seit sie ein Smartphone und ein Tablet besitzt und diese viel mit gesenktem Kopf benutzt, hat sie gelegentliche leichte Nackenschmerzen. Ansonsten hatte sie bisher keinerlei physische oder psychische Erkrankungen, als sie plötzlich einen intensiven Schwindelanfall, verbunden mit Sehstörungen, erleidet. Weil Wochenende ist, geht sie in die Notaufnahme einer Klinik, dort werden keine Auffälligkeiten festgestellt und man schickt sie wieder nach Hause. Am folgenden Wochenende treten die Symptome wieder auf, dieses Mal verbunden mit Taubheitsgefühlen in den Händen. Weil sie befürchtet, dass sie der Aufsichtspflicht gegenüber ihrem zweijährigen Kind nicht mehr nachkommen kann, geht sie in

⁴² Vgl. Roth, Monika u.a.: Die Akzeptanz von digitalen Lösungen im ambulanten Pflegebereich, in: Mario Pfannstiel u.a. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen, Bd. IV, Wiesbaden 2017, 51-67, 59.

⁴³ Vgl. Deutscher Ethikrat (Hrsg.), Big Data und Gesundheit. Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung, Berlin 2018, 34f.

⁴⁴ Vgl. Jähnichen, Traugott: Wirtschaftsethik. Konstellationen – Verantwortungsebenen – Handlungsfelder, Stuttgart 2008, 216ff.

die Notaufnahme einer anderen Klinik und besteht auf einer stationären Aufnahme zur Diagnosestellung. Eine Woche bleibt sie auf der neurologischen Station. Die Organisation der Kinderbetreuung ist nicht leicht, da ihr Mann regelmäßig Dienstreisen unternehmen muss. Die neurologischen Tests ergeben keine Auffälligkeiten, die Konsultation anderer Stationen hält der behandelnde Arzt für überflüssig. Susanne wird wieder entlassen. Susanne hat das Gefühl, dass etwas mit ihrem Nacken nicht in Ordnung ist, darum sucht sie einen Orthopäden auf. Er hält ein MRT für unnötig und renkt sie ein. Daraufhin verschlechtert sich Susannes Zustand, sie fühlt sich zusätzlich schwach und hat permanent Schweißausbrüche, Magenbeschwerden und Krämpfe. Sie informiert sich in Internet-Selbsthilfegruppen und entscheidet sich daraufhin, ohne Überweisung ein MRT der Halswirbelsäule erstellen zu lassen. Weil sie privat krankenversichert ist, ist das möglich und sie bekommt sofort einen Termin dafür. Dabei wird ein doppelter Bandscheibenvorfall mit Spinalkanalverengung und Druck auf die Nerven festgestellt. Ein Wirbelsäulenspezialist, der die Bilddateien des MRT auf seinem Rechner nicht öffnen kann, rät von einer Operation ab, da die Symptome nicht typisch seien, und verschreibt manuelle Therapie. Dadurch verschlechtert sich Susannes Zustand weiter und wird unerträglich. Ein weiteres MRT zeigt eine Verschlechterung des Vorfalls, woraufhin ein Neurochirurg dringend zur Operation rät. Die Information, dass die Operation mit Unterstützung modernster Technik erfolgt, schafft Vertrauen. Nach der Operation liegt Susanne drei Tage im Krankenhaus. Dabei bekommt sie wiederholt falsche Medikamente gereicht, was sie jedoch rechtzeitig erkennt. Anschließend ist sie sechs Wochen in einer Reha-Klinik. Die Übungen, die sie dort macht, sind nicht auf ihre individuelle Situation zugeschnitten und bleiben ohne nachhaltige Wirkung. Susannes Zustand ist nach wie vor schlecht. Die Behandlung der Krankheit bestimmt mittlerweile ihr gesamtes Leben (spezielle Matratzen und Sitzkissen, tägliche Spaziergänge, Gymnastikübungen und Massagen, Ernährungsumstel-

// Seite 197 //

lung). Die Hausärztin verschreibt Medikamente gegen Schmerzen, Verspannungen, Übelkeit und Allergien. Da sie keine andere Erklärung für die weiterhin vorhandenen Symptome hat, vermutet sie eine Angststörung. Susanne nimmt diesen Befund nicht zu anderen Ärzten mit, da sie befürchtet, dass diese dadurch voreingenommen in ihrer Diagnostik werden könnten. Außerdem reicht sie die Arztrechnung nicht bei ihrer Krankenkasse ein, da sie bei Bekanntwerden mit beruflichen Nachteilen rechnet. Als sie unter Herzrasen leidet, misst sie sich zu Hause, unterstützt durch eine App, selbst regelmäßig den Blutdruck, und kann dadurch auf Arztbeuche verzichten. Ein weiteres MRT, das belegt, dass die Operation trotz aktueller Symptome erfolgreich war, vermittelt ein beruhigendes Gefühl. In der Krankengymnastik lernt sie zwar keine hilfreichen Übungen, aber im Internet entdeckt sie Videos mit Bewegungen, die ihr helfen. Im Internet findet sie auch einen Arzt, der auf ihre Symptomatik spezialisiert ist und ihr zuhört und helfen kann. Er stellt außerdem gleich zu Beginn fest, dass die Medikamente, die sie einnimmt, miteinander unverträglich sind. Er erklärt ihr, dass es bei manchen Menschen eben einige Zeit dauert, bis sich die Nerven nach solch einer Operation erholt haben.

Das Fallbeispiel macht viele der in diesem Aufsatz reflektierten Aspekte zur Digitalisierung im Gesundheitswesen noch einmal anschaulich. Die Medizin ist weit davon entfernt, die von ihr geweckten und durch die Digitalisierung weiterhin verstärkten Heilshoffnungen zu erfüllen. Vielmehr zeigt sie sich überfordert, bei einer ungewöhnlichen (interessanterweise durch die Nutzung digitaler Technik verursachten) Symptomatik auf den individuellen Patienten einzugehen, ihre Vertreter erweisen sich häufig als wenig empathiefähig und das System zeigt sich als erschreckend fehleranfällig. In einer stärker individualisierten Medizin scheinen tatsächlich große Potenziale zur Qualitätssteigerung zu liegen. Die Digitalisierung schafft jedoch nicht nur neue Möglichkeiten zur individualisierten Diagnostik und Therapie,

sie impliziert ebenso Tendenzen zur Standardisierung, Rationalisierung (Doppelbefundungen vermeiden) und Verringerung analoger Kommunikation (dem Patienten in Ruhe zuhören). Das Fallbeispiel zeigt die Chancen, die in präzisen bildgebenden Verfahren, in einer Assistenz durch Roboter bei Operationen, in Gesundheits-Apps sowie in der Möglichkeit, sich als Patient selbst im Internet zu informieren, schon jetzt liegen. Die konkrete Hilflosigkeit und Angewiesenheit der Patientin wird dadurch jedoch nicht aufgehoben. Es deuten sich weitere Chancen an, die durch den Digitalisierungsprozess künftig realisiert werden könnten: Die Besuche auf den Notfallstationen hätten sich vermeiden lassen, wenn es die (günstigere) Möglichkeit durchgängiger

// Seite 198 //

telemedizinischer Konsultationen geben würde.⁴⁵ Auch die wiederholten Medikationsfehler, ein verbreitetes Problem mit hohen Folgekosten, hätten durch digitale Instrumente zur Strukturierung und Unterstützung des Medikationsprozesses vermieden werden können.⁴⁶ Auch die Reha-Behandlung wäre durch telerehabilitative Assistenzsysteme (Individualisierung, Motivation, Feedback) wahrscheinlich effektiver gewesen.⁴⁷ Eine durch die Digitalisierung erzwungene Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie verschiedenen Disziplinen hätte der Patientin Leid ersparen können.

Aber auch die einige Risiken und Grenzen der Digitalisierung werden im Fallbeispiel deutlich: Die Abhängigkeit von funktionierender und kompatibler Technik kann bei Mängeln zu ärztlichen Fehlentscheidungen führen. Was ist mit Patienten, die sich nicht selbständig im Internet Informationen suchen können bzw. die mit der Fülle an Informationen überfordert sind? Wenn heute verschiedene erfahrene Ärzte zu unterschiedlichen Diagnosen bei komplexen Krankheitsbildern kommen, wer bestimmt künftig, welche Parameter den Maschinendiagnosen zugrunde liegen (Medizin ist keine reine Naturwissenschaft)? Wäre der Patientin geholfen worden, wenn die Diagnose des ersten Arztes in einer elektronischen Patientenakte festgeschrieben worden wäre und weitere Konsultationen von der Krankenkasse gar nicht mehr finanziert worden wären? Wäre ein Gespräch auf Augenhöhe mit dem letzten Arzt noch möglich gewesen, wenn er vor dem Gespräch mit der Patientin in der elektronischen Patientenakte die Diagnose „Angststörung“ gelesen hätte? Die Patientin im Fallbeispiel hat ihrer Krankenkasse hohe Kosten verursacht. Wäre Sie aufgrund ihrer errechenbaren körperlichen Erkrankungswahrscheinlichkeit in einem zukünftigen Szenario gar nicht erst in die Krankenkasse aufgenommen worden?

Theologische Ethik sollte dazu beitragen, dass gesellschaftlich eine sachliche und ehrliche Diskussion zu den ethischen Aspekten der Digitalisierung im Gesundheitswesen geführt wird, und dabei ihre ureigenen Kriterien betonen: Ideologiekritik, christliche Menschenbilder und Solidarität. Manchmal

// Seite 199 //

⁴⁵ Vgl. Braga, Andrea Vincenzo: Die telemedizinische Konsultation, in: Mario Pfannstiel u.a. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen, Bd. I, Wiesbaden 2017, 93-108: 101.

⁴⁶ Vgl. Heuberger, Matthias u.a.: Möglichkeiten und Grenzen der Digitalisierung des Medikamentenmanagements in stationären Pflegeeinrichtungen, in: Mario Pfannstiel u.a. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen, Bd. III, Wiesbaden 2017, 15-32: 15f.

⁴⁷ Vgl. John, Michael: Telemedizinische Assistenzsysteme in Prävention, Rehabilitation und Nachsorge. Ein Überblick über aktuelle Entwicklungen, in: Mario Pfannstiel u.a. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen, Bd. I, Wiesbaden 2017, 289-310.

kann die differenzierte Beschäftigung mit einem realen Fallbeispiel dabei helfen, sachlicher und ehrlicher zu diskutieren.