

PSYCHOLOGIE • GESELLSCHAFT • POLITIK

2018

MENSCH UND GESELLSCHAFT

IM DIGITALEN WANDEL



Berufsverband Deutscher
Psychologinnen und Psychologen

**Berufsverband
Deutscher Psychologinnen
und Psychologen e. V.**
(Hrsg.)

Psychologie • Gesellschaft • Politik 2018
Mensch und Gesellschaft im digitalen Wandel

Herausgeber

Vorstand des Berufsverbandes

**Deutscher Psychologinnen
und Psychologen e. V. (BDP)**

Bundesgeschäftsstelle

Am Köllnischen Park 2

10179 Berlin

Hauptgeschäftsführerin

Gita Tripathi

Tel.: (030) 20 91 66 600

Fax: (030) 20 91 66 680

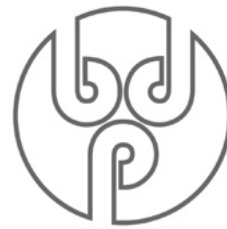
www.bdp-verband.de

info@bdp-verband.de

Verantwortlich im Sinne des Presserechts

Prof. Dr. Michael Krämer

Präsident des BDP



Berufsverband
Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

PSYCHOLOGIE
GESELLSCHAFT • POLITIK • 2018

MENSCH UND GESELLSCHAFT

IM DIGITALEN WANDEL

2.2 VORAUSSETZUNGEN EINER DEN MENSCHEN NUTZEN BRINGENDEN DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN

2.2.1 Zusammenfassung

Die Digitalisierung ergreift ein Gesundheitssystem, dessen bestehende Probleme auch durch digitale Innovationen nicht verringert, sondern potenziell verschärft werden. Exemplarisch wird ausgeführt, dass die meisten Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten nicht wissen, wo man im Internet verlässliche Gesundheitsinformationen findet und wie man diese bewertet, dass die meisten dieser Personen überdies Statistiken in Gesundheitsinformationen nicht verstehen und dass falsche Anreize und Interessenkonflikte fortbestehen. Es zeigt sich, dass zuerst die klassischen Kernprobleme zu lösen und die dafür notwendigen Kompetenzen zu schulen sind. Erst dann kann die Digitalisierung den Menschen nutzen.

2.2.2 Einleitung

„Digital first. Bedenken second“, so lautete ein Slogan, den die FDP im Bundestagswahlkampf 2017 plakatierte. Ministerien, Industrie und ihre Vorstände setzen auf die Digitalisierung des Lebens, vom Smart Home bis zur Telemedizin. Carsten Spohr, Vorstandsvorsitzender der Lufthansa (2017), hatte das Jahr 2017 zum „Jahr der Digitalisierung“ ausgerufen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert digitale Therapien (BMBF, 2016), und Krankenkassen sammeln Daten, um das gesundheitsbezogene Verhalten ihrer Versicherten zu bewerten (Verbraucherzentrale NRW, 2015). Google hatte schon vor einigen Jahren mit Fanfaren das Programm „Google Flu Trends“ angekündigt, welches mit Big Data die Verbreitung von Grippe in den USA schneller und besser vorhersagen sollte als die Gesundheitsbehörden (Lazer, Kennedy, King & Vespignani, 2014). Und IBM hatte 2013 gemeinsam mit einem der größten Krebszentren der Welt, M. D. Anderson, angekündigt, personalisierte Diagnosen und Therapien durch den Supercomputer „Watson“ erstellen zu lassen (Jaklevic, 2017).

Mit E-Health und M-Health geht es nun um Health 4.0. Doch wird verstanden, worum es geht? Eine Studie von Julian Kawohl und Jochen Becker analysierte die Biografien von 411 Vorständen 80 börsennotierter Unternehmen und kam zu dem Schluss, dass selbst bei 92 Prozent der Vorstandsmitglieder aus den Lebensläufen keine Bildung zum Thema Digitalisierung geschlossen werden konnte (Tönnemann, 2017). Sollten die meisten Predigenden der „Digitalisierung“ ihre Predigt selbst nicht wirklich verstehen, was ist dann mit dem ärztlichen Fachpersonal, mit den Patientinnen und Patienten? Gerade die Digitalisierung braucht Risikokompetenz bei beiden Gruppen, um potenziellen Nutzen und Schäden von Innovationen erkennen und einschätzen zu können. Andernfalls wird Digitalisierung die Probleme des Gesundheitswesens eher verstärken, anstatt sie zu lösen.

2.2.3 Transparenz und Orientierung in der Informationsflut: Die meisten wissen nicht, wo man im Internet verlässliche Gesundheitsinformation findet.

Die Digitalisierung erlaubt Patientinnen und Patienten wie Ärzten und Ärztinnen theoretisch leichten Zugang zu Gesundheitsinformationen in einem Umfang, wie er vor der Verbreitung des Internets undenkbar war. Nur ist das Angebot äußerst heterogen. Die Frage, ob eine Früherkennung von Eierstockkrebs mit Ultraschall mehr Nutzen als Schaden hat, bringt etwa 39.000 Suchergebnisse in deutscher Sprache. Bereits die erste Ergebnisseite liefert verwirrende Widersprüche: viel Pro und Kontra, wobei jede Seite unterschiedliche Statistiken zitiert. Gesundheitsinformationen aus dem Bereich der Onkologie sind nur ein Beispiel für stark schwankende Informationsqualität (Lawrentschuk et al., 2012).

Viele der Nutzenden wiederum wissen nicht, wie sie zuverlässige, qualitätsgeprüfte Informationen finden und wie sie diese von interessengeleiteter Werbung unterscheiden können. Sie haben Schwierigkeiten, Webseiten hinsichtlich der Qualität der Inhalte oder der hinter den Webseiten stehenden Interessen zu unterscheiden und einzuordnen (z. B. Honekamp & Ostermann, 2009).

Haben Sie schon vom IQWiG gehört? Oder von Cochrane? Die erste Abkürzung steht für „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ und stellt die beste verfügbare Evidenz auf der Webseite „gesundheitsinformation.de“ zur Verfügung. Die meisten Deutschen kennen aber das IQWiG oder andere verlässliche Quellen in deutscher Sprache wie etwa „igel-monitor.de“ nicht. Sie landen stattdessen meist auf Webseiten, welche weder unabhängig sind noch die Anforderungen an „Gute Praxis Gesundheitsinformation“ der evidenzbasierten Medizin erfüllen bzw. leitlinienkonform sind (Lühnen, Albrecht, Mühlhauser & Steckelberg, 2017). Transparente sowie ausgewogene Risikokommunikation, welche die beste verfügbare medizinische Evidenz zu potenziellen Nutzen und Schäden beinhaltet, kann laiengerecht verständlich aufbereitet werden (McDowell, Rebitschek, Gigerenzer & Wegwarth, 2016), Wissen vermitteln (McDowell, Gigerenzer, Wegwarth & Rebitschek, in Revision) und so das partizipative Entscheiden von ärztlichem Fachpersonal und behandelten Personen (Braun & Marstedt, 2014) unterstützen.

Cochrane, der zweite Begriff, steht für ein internationales Netzwerk von Zehntausenden von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, welches die beste verfügbare Evidenz für Tausende medizinische Entscheidungen zusammenstellt. In England, Irland, Dänemark und sogar im ärmeren Indien haben alle Menschen freien Zugang zur Cochrane-Bibliothek (Cochrane Collaboration, 2018); in Deutschland kostet eine einzelne Jahreslizenz vom Herausgeber für private Personen immer noch 327 US-Dollar zuzüglich Mehrwertsteuer. Keine der bisherigen Regierungen wollte jährlich etwa einen Cent pro Bürger investieren, um uneingeschränkten Zugriff auf diese verlässlichen Informationen zu ermöglichen. Zumindest fördert seit 2018 das Bundesministerium für Gesundheit Cochrane mit einer Million Euro pro Jahr (BMG, 2017a).

Es gilt: Mehr Informationen im Internet helfen nicht, solange die meisten Nutzenden evidenzbasierte von unzuverlässiger oder interessengeleiteter Information nicht unterscheiden können. Es lässt sich hier nach klar der Bedarf einer besseren Schulbildung zur kritischen Bewertung von Informationen erkennen, aber auch der Bedarf nach Interventionen, welche Menschen unterstützen, die nicht im institutionellen Bildungssetting angetroffen werden können, z. B. in Form von App-Assistenten. Zum anderen lässt sich schlussfolgern, dass eine Positivliste von verlässlichen Quellen von Gesundheitsinformationen, die weit hin bekannt gemacht wird, nützlich wäre (vgl. den Aufruf zur Entwicklung eines nationalen Gesundheitsportals, IQWiG, 2018).

2.2.4 Voraussetzungen für eine gute Kommunikation über Risiken und Chancen: Die meisten an der Gesundheitskommunikation Beteiligten verstehen Gesundheitsstatistiken nicht.

Um den Nutzen und Schaden von Medikamenten und Behandlungen zu beurteilen, muss man Gesundheitsstatistiken verstehen. Die vorliegenden Studien zeigen jedoch, dass die Mehrzahl der Ärztinnen und Ärzte nie gelernt hat, diese Zahlen zu verstehen (Wegwarth, Gaissmaier & Gigerenzer, 2011; Wegwarth, Schwartz, Woloshin, Gaissmaier & Gigerenzer, 2012) und sie damit auch kaum in der Lage ist, ihrem Gegenüber Risiken und Chancen im Gespräch verständlich oder akkurat mitzuteilen (Prinz, Feufel, Gigerenzer & Wegwarth, 2015; Wegwarth & Gigerenzer, 2011).

Problematische Konzepte in der Gesundheitskommunikation sind zum Beispiel Erkennungsrate, Fehlalarmrate, aber auch die Fünf-Jahres-Überlebensrate bei Früherkennungsuntersuchungen (Wegwarth, Gaissmaier & Gigerenzer, 2011). Ohne gutes Verständnis dieser Konzepte kann ärztliches Fachpersonal den Nutzen von Tests und Behandlungen nicht beurteilen, ganz egal, ob dieser analog oder digital kommuniziert wird. Die Folge ist die Fehlinformation der Patienten und Patientinnen. Frauen in Deutschland überschätzten den Nutzen des Mammografie-Screenings europaweit am häufigsten. Frauen in Russland waren in der Einschätzung deutlich besser (Gigerenzer & Mata, 2009). Letztere erhielten im Alltag nicht mehr Informationen, sondern weniger irreführende Informationen, als es bei uns lange der Fall war. Erst durch die jüngste Neuauflage der Informationsbroschüre zum Mammografie-Screening-Programm wurden transparente Informationen bereitgestellt (GBA, 2017).

Als Microsoft im Jahr 2016 ankündigte, aufgrund der Suchbegriffe eines Nutzenden zuverlässig herausfinden zu können, ob dieser Pankreaskrebs hat, wurde mit beeindruckenden, aber irreführenden Statistiken argumentiert, auf die jeder hereinfällt, der elementare Statistikkonzepte nicht versteht (Paparrizos, White & Horvitz, 2016). Tatsächlich wären jedoch die meisten der User, deren Bildschirm einen Verdacht auf Pankreaskrebs anzeigte, gesund.

Digital hilft wenig, wenn man Zahlen nicht oder falsch versteht und nie gelernt hat, welche Fragen man stellen muss, um den Nutzen und Schaden von Screenings zu verstehen.

Auch dieses Problem hätte eine klare Lösung: Im Studium muss Medizinstudierenden endlich der Umgang mit Risiken und Chancen in einer Weise beigebracht werden, dass sie selbst sie verstehen und dadurch diese Informationen dem Patienten und der Patientin verständlich erklären können. Und dies darf nicht als mathematische Disziplin gelehrt werden, sondern als Problemlösen am konkreten Inhalt. Einen Hoffnungsschimmer gibt es: Im „Masterplan Medizinstudium 2020“ des Wissenschaftsrats werden die Vermittlung von Kompetenzen in der Kommunikation und eine bessere wissenschaftliche Ausbildung ins Zentrum gerückt (BMBF, 2017). Und der kompetente Umgang mit Risiken muss genauso zentraler Inhalt der ärztlichen Weiter- und Fortbildung werden. Wenn das endlich der Fall wäre, könnten in der Tat auch digitale Lerninhalte die Praktiker wirksam schulen.

2.2.5 Falsche Anreize und Interessenkonflikte: Die Gesundheitsversorgung wird durch ökonomische Interessen negativ beeinflusst.

Ein ungelöstes Problem unseres Gesundheitswesens liegt darin, dass es auch von finanziellen Interessen beeinflusst wird, welche nicht im Interesse der Patienten und Patientinnen liegen (Gigerenzer &

Gray, 2011). Diese fortschreitende Kommerzialisierung verändert unser System in Richtung des US-amerikanischen. Etwa 90 Prozent aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland haben laut Experteneinschätzung Gelder von Pharmaunternehmen angenommen (Osterloh, 2016). Mehr als eine halbe Milliarde Euro flossen 2016 für Studiendurchführungen, Anwendungsbeobachtungen, Vortragshonorare, Fortbildungs- und andere Veranstaltungen an Ärztinnen, Ärzte und andere medizinische Fachkräfte (Grill, 2017).

Über 10.000 Pharmareferenten besuchen die etwa 150.000 niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen regelmäßig (Bartens, 2010; Hochschule Neu-Ulm, 2014). Hier kann die Digitalisierung das Problem verstärken: Die „Deutsche Apotheker Zeitung“ (Brauer, Ditzel & Wessinger, 2016) berichtete unter der Überschrift „Pharmareferenten nehmen Ärzte in die digitale Zange“ über eine Premium-Service-App auf dem Smartphone des Mediziners und der Medizinerin, um einen direkten Kanal und somit eine digitale Bindung zum Pharmaunternehmen zu festigen. Dabei haben wir bereits eine Flut unnötiger Tests, Behandlungen wie Medikamente: Individuelle Gesundheitsleistungen (IGel), welche manche Ärztinnen und Ärzte den Erkrankten zum Selbstzahlen anbieten (Zok, 2015), haben meist keinen Nutzen, aber können gesundheitlich schaden (AOK-Bundesverband, 2015).

Digitale Transparenzoffensiven zum Thema „wirtschaftliche Verflechtung von Pharmaunternehmen, Ärzteschaft und Kliniken“, aber auch explizit zu solchen Selbstzahlerangeboten sind hilfreiche Ansätze (Osterloh, 2016). Solange dieses Problem der falschen Anreize nicht gelöst wird, wird Digitalisierung nicht in erster Linie den Hilfesuchenden dienen, sondern kommerziellen Interessen.

Wir haben die beschriebenen Kernprobleme aus dem 20. Jahrhundert geerbt, dem Jahrhundert der Professionalisierung der Medizin, der Kliniken und der Pharmaindustrie, und sie sind alle miteinander verbunden: Wenn man die Kompetenz nicht hat, zwischen verlässlichen und interessengeleiteten Informationen im Internet zu unterscheiden, und Gesundheitsstatistiken nicht wirklich versteht, dann werden Ärzte und Ärztinnen wie auch Patientinnen und Patienten leicht durch Interessen manipulierbar, die nicht ihre eigenen sind.

Im Juni 2017 stellte das Gesundheitsministerium die „Allianz für Gesundheitskompetenz“ vor (BMG, 2017b), deren Fokus die ärztliche Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sein soll. Die Allianz sieht in der Digitalisierung den Weg zu mündigeren Patienten und Patientinnen. Der Grundgedanke ist richtig, aber ohne die zuvor genannten drei Kernprobleme der Informationsgewinnung und -verarbeitung zu reduzieren, wird die Kommunikation nicht durch „Digitalisierung“ verbessert. Das 21. Jahrhundert sollte eigentlich das Jahrhundert der Patientinnen und Patienten werden (Gigerenzer & Rebitschek, 2016). Im Oktober 2017 hat die World Medical Association die revidierte Deklaration von Genf beschlossen (Ramin & Wiesing, 2017), ein Gelöbnis des Mediziners, der Medizinerin, in dessen Mittelpunkt die Autonomie und die Würde des Patienten bzw. der Patientin, aber auch das Teilen von Wissen stehen. Nur keines der drei benannten Kernprobleme wird thematisiert. Wenn jedoch die Beteiligten die Ergebnisse der medizinischen Forschung nicht nutzen und Wissen nicht teilen können, weil sie Gesundheitsstatistiken nicht verstehen, dann werden Autonomie und Würde auf Sand gebaut.

Digital first. Bedenken second? Sicher nicht! Es kann nicht darum gehen, noch mehr Gesundheits-Apps zu entwickeln, Health 4.0, 5.0 und schließlich 10.0 auszurufen oder Patientendaten im Verborgenen zu „Big Data“ zusammenzuführen (Kim & Farr, 2017), denn die Digitalisierung ist weder Selbstläufer noch Allheilmittel. Vor allem braucht unsere Gesundheit nicht mehr Big Data ohne Beleg für deren Nützlichkeit,

denn Big Data hat im Medizinbereich eine bislang äußerst schlechte Bilanz: Google hat seine Vorhersagen der Verbreitung der Grippe (Google Flu Trends) inzwischen eingestellt, nachdem sie sich über Jahre hin als ungenau und damit als nutzlos erwiesen haben (Lazer et al., 2014). M. D. Anderson hat seine Kooperation mit IBMs Supercomputer „Watson“ beendet, nachdem man 60 Millionen Dollar und vier Jahre in den Sand gesetzt hatte, um schließlich herauszufinden, dass Dr. Watson nicht leisten kann, was versprochen wurde (Jaklevic, 2017). Im Gesundheitsbereich ist Big Data im Wesentlichen ein Geschäftsmodell, das Geld aus dem System abzieht, welches man an anderen Stellen dringend bräuchte.

Fazit: Zuerst die Kernprobleme lösen und Kompetenzen schulen, dann Digitalisierung – und nur jene, die den Patienten und Patientinnen nachweislich nützt.

2.2.6 Empfehlungen

- *Anstrengungen in der Schulbildung zur kritischen Bewertung von Informationen*
- *Entwicklung von digitalen Assistenten, welche Menschen bei der Informationsbewertung unterstützen,*
- *Positivliste von verlässlichen Quellen von Gesundheitsinformationen, die weithin bekannt gemacht wird (z. B. nationales Gesundheitsportal)*
- *Vermittlung von Kompetenzen in der Kommunikation und bessere wissenschaftliche Ausbildung der Mediziner*
- *Risikokompetenzbildung in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung*
- *Evidenz statt Versprechen: kritische Überprüfung aller neuen Big-Data-Behauptungen durch Fachkräfte und Medienvertreterinnen und -vertreter*

Dieser Bericht ist an die Gutachten „Digitalisierung und Gesundheit“ (Januar 2016) und „Digitale Souveränität“ (Juni 2017) des Sachverständigenrats für Verbraucherfragen angelehnt, dem zwei der Autoren angehören.

Korrespondenzadressen

Dr. Felix G. Rebitschek

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
Harding-Zentrum für Risikokompetenz
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Lentzeallee 94
14195 Berlin
Tel.: (030) 82406-721
E-Mail: rebitschek@mpib-berlin.mpg.de

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
Harding-Zentrum für Risikokompetenz
Direktor
Lentzeallee 94
14195 Berlin
Tel.: (030) 82406-460
Tel.: (030) 82406-430
E-Mail: sekgigerenzer@mpib-berlin.mpg.de

Prof. Dr. Gert Georg Wagner

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung
Lentzeallee 94
14195 Berlin
Tel.: (030) 82406-232
E-Mail: gwagner@mpib-berlin.mpg.de

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese
Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.
Detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-942761-47-5

Verlag

Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin

Satz/Layout

Michael Zander, Berlin

Druck

druckhaus köthen, Köthen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist
urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung
außerhalb der engen Grenzen des
Urheberrechtsgesetzes in der jeweils
geltenden Fassung ist ohne Zustimmung des
Verlages und des Herausgebers unzulässig und strafbar.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen,
Übersetzungen, Mikroverfilmungen und
die Einspeicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Alle Rechte vorbehalten

© 2018 Deutscher Psychologen Verlag GmbH

Printed in Germany

ISBN 978-3-942761-47-5