

**DGIM-Kongresspräsident 2022 Professor Dr. med. Markus M. Lerch im Gespräch  
mit Dr. Adelheid Liebendörfer, Pressestelle DGIM:  
Digitalisierung in der Inneren Medizin: „Datensparsamkeit ist völlig fehl am Platz“**

INTRO

*Herr Prof. Lerch „Datenschutz ist wichtig und richtig, aber er dient nur einem Zweck: den Patienten zu schützen vor dem Missbrauch seiner Daten und nicht Daten zu schützen vor jedweder Nutzung.“*

INTRO

**Frau Dr. Liebendörfer**

***Welche großen Missverständnisse gibt es beim Datenschutz in der Medizin? Warum ist etwa das Prinzip der Datensparsamkeit falsch? Und wie können wir Ältere bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen mitnehmen? Wie wird sich die Arzt-Patienten-Beziehung überhaupt entwickeln? Digitalisierung in der Medizin ist eines der Hauptthemen, die sich Professor Markus Lerch, Ärztlicher Direktor des LMU Klinikums München, DGIM Vorsitzender 2021/2022 und Präsident des 128. Internistenkongresses auf die Agenda geschrieben hat. In diesem Podcast spricht er über Chancen und Risiken der Digitalisierung in der Medizin und warum er glaubt, dass 2022 ein gutes Jahr dafür wird. Ganz zum Schluss hören Sie noch seine Empfehlungen für wichtige Sitzungen auf dem Internistenkongress. Mein Name ist Adelheid Liebendörfer. Ich gehöre zum Team von Thieme Communications.***

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Sie sind jetzt für eine begrenzte Zeitdauer Vorsitzender der DGIM und auch ihr Kongress Präsident Sie haben dadurch ganz besondere Möglichkeiten einzuwirken auf die Entwicklung innerhalb der DGIM. Wie wollen Sie denn im Hinblick auf die Digitalisierung Ihre Präsidentschaft gestalten? Was sind Ihre drei wichtigsten Punkte?**

Herr Prof. Lerch

Ich glaube, dass wir uns drei Dingen widmen müssen. Das erste ist, wir wollen als DGIM Digitalisierung mitgestalten. Wir wollen nicht am Receiving-End der Digitalisierung sitzen, sondern wir wollen mitreden, dann wenn es um Digitalisierung geht. Deshalb haben wir eine sehr hoch kompetente und sehr aktive Arbeitsgemeinschaft AG *Digitale Transformation*.

Das ist ein Aspekt, den wir auch professionalisiert haben. Von Seiten der Geschäftsstelle in diesem Jahr. Das zweite ist, wir müssen öffentlich auftreten, um Digitalisierung voranzubringen. Und wir müssen auch klar benennen, die Widerstände und Hindernisse gegen Digitalisierung in der Medizin und dort auch laut die Stimme erheben, die die Chancen der Digitalisierung und nicht die vermeintlichen Risiken der Digitalisierung in den Vordergrund stellen. Wir müssen aktive Propagandisten für Digitalisierung sein und das sind wir im Moment. Der dritte Punkt ist, dass wir uns auch mit den Missverständnissen, die den Datenschutz betreffen müssen, auseinandersetzen und da bei der Politik aktiv werden müssen.

Wir müssen einerseits der Politik erklären, dass ein Krankenhaus nicht Google oder Apple ist und keine Datenkrake, die aus Missbrauchsgründen oder aus niederen Motiven die Daten ihrer Patienten einsammelt, sondern dass wir dies tun zum Nutzen dieser Patienten, um sie zu schützen und um diese Daten der Forschung zur Verfügung zu stellen.

Und da müssen wir zu aktiven Aufklärern werden, dass es wirklich erforderlich ist, die DSGVO zu ändern und andere Tatbestände für medizinische Einrichtungen und Forschungseinrichtungen zu schaffen, die sich eben unterscheiden von dem, was Google und Apple tun darf.

Weil, bei uns besteht kein Anfangsverdacht des Missbrauchs. Während andere da keinen so guten Track Record haben. Das müssen wir nicht nur der Politik vermitteln, dass dort Änderungen dringend erforderlich sind, das müssen wir auch den Patienten sagen, wie groß der Nutzen ist für den einzelnen Patienten. Wenn wir das, was wir können, eben digital machen und digital erfassen. Weil, es dient nicht nur der medizinischen Forschung, sondern es dient auch der Sicherheit und der Behandlungsqualität des einzelnen Patienten.

00;04;11;27

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Meinen Sie, dass der Datenschutz ein wesentlicher Grund ist für den langsamen Fortgang der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen? Oder halten Sie das für eine Ausrede?**

Herr Prof. Lerch

Zum Teil wird es als Ausrede verwendet, um bestimmte technische Dinge nicht umzusetzen. Zum Teil ist es aber ein wirkliches Problem. Als Jan Philipp Albrecht, inzwischen grüner Minister in Schleswig-Holstein, die Datenschutzgrundverordnung durch das Europaparlament gekämpft hat, vermute ich mal, dass er Datenkraken wie Google und Apple eigentlich im Sinn hatte, um die daran zu hindern, über Menschen auch Patientendaten einzusammeln.

Die deutsche Umsetzung und das muss man wirklich sagen, das findet in keinem anderen europäischen Land, wo die gleiche Datenschutzgrundverordnung gilt, in ähnlicher Weise statt. Die deutsche Umsetzung ist aber von einer Art und Weise, die ganz vieles verhindert in der Medizin.

Das große Missverständnis ist, dass zum Beispiel Datensparsamkeit, eines der obersten Prinzipien der professionellen Datenschützer in der Medizin, völlig fehl am Platz ist. Wenn ich von jemandem die Genehmigung habe, dass ich seine Daten für seine Krankenbehandlung nutzen darf und danach in anonymisierter oder pseudonymisierter Form für die Forschung nutzen darf, dann darf das Prinzip nicht Datensparsamkeit sein, sondern dann muss das Prinzip einer solchen Datenspende sein, so viel wie möglich dieser Daten und so lange wie möglich zur Verfügung zu stellen. Warum sollen denn

anonymisierte Krankendaten nach zehn oder 15 Jahren gelöscht werden? Das ist doch Wahnsinn, eine solche Ressource zu vernichten.

Warum muss ich denn eine zweckgebundene Messung von Blutdruck, wo der Patient zugestimmt hat und der sagt „Das dürft ihr für die medizinische Krankheitsforschung verwenden“. Warum darf ich das denn nur für eine Hypertonie Studie verwenden und nicht für eine Diabetes Studie verwenden?

Das ist das, was viele Datenschützer jedes Mal einfordern. Das macht überhaupt keinen Sinn. Warum? Ich muss doch...wir hätten doch nie rausgekriegt...also wir haben es übrigens nicht rausgekriegt, sondern die Briten haben es rausgekriegt, dass Corona eine Gefäßentzündungs-Erkrankung ist, dass Cortison in einer bestimmten Phase der Corona-Krise einen entscheidenden Vorteil hat.

All das ging nur mit Datenmaximierung. Mit Sammelwut für medizinische Daten, die dann solche Analysen erlaubt haben, hätten...wären wir den deutschen Datenschützern gefolgt und das sind wir ja, dann kommt sowas in Deutschland sicher nicht dabei heraus, weil viele Faktoren eben zusammengeführt werden müssen.

Das andere Missverständnis ist: Datenschutz ist wichtig und richtig. Aber er dient nur einem Zweck, den Patienten zu schützen vor dem Missbrauch seiner Daten und nicht Daten zu schützen vor jedweder Nutzung. Und das ist ein ganz grundlegendes Missverständnis bei der ausschließlich in Deutschland verbreiteten Anwendung der DSGVO.

Wenn man den Missbrauch verhindern will, ist das eine völlig andere Sache. Aber wir schützen ja gegen Missbrauch, indem wir entweder nicht erlauben, Daten zu sammeln, oder indem wir nicht erlauben, Daten zu nutzen. Wir schützen die Daten und wir schützen nicht den Patienten vor dem Missbrauch seiner Daten.

Und das gefährdet Menschenleben. Es hat Monate gedauert, bis dann die Datenschützer zugestimmt haben, wenigstens einen Notfall-Zugriff zu gestatten, wo der Arzt dann wenigstens begründen kann aus der Notaufnahme, warum er jetzt auf dieses Dokument, zu der er keine Zugangsberechtigung hat, irgendwie zugreifen kann.

Die Niederländer regeln das völlig anders. Da sind nicht die Zugangsbeschränkungen das Problem, sondern man macht etwas, indem man Access Control hat. Also das System dokumentiert ständig, wer wann welche Daten anschaut. Also es wird kontrolliert, wer in welchen Daten unterwegs ist und das nicht nach 24 Stunden gelöscht, sondern langfristig.

Es ist ganz hart sanktioniert, weil ganz klare Spielregeln da sind. Wer darf welche Daten anschauen? Aber es wird nicht durch eine Zugangs-Verhinderung gemacht, sondern es wird durch eine Kontrolle wer welche Daten angeschaut hat gemacht. Auch das geht in Deutschland nicht.

Man darf nicht festhalten, wer wann welche Daten angeguckt hat, sondern man macht es immer durch technische Blockaden, dass niemand da reinschauen kann.

00;08;56;21

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Das heißt also, wir sollten wirklich auch in der öffentlichen Diskussion viel mehr den Fokus darauf legen welches riesige Potential für die persönliche Versorgung und auch unseren Fortschritt in der Medizin eben in einer besseren Datennutzung liegt.**

Herr Prof. Lerch

Wir sollen die Nutzung aggressiv nach vorne treiben und dabei den Missbrauch verhindern. Aber wir sollten nicht die Nutzung verhindern, das ist das Entscheidende.

00;09;23;12

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Was denken Sie, woran die Verzögerung innerhalb oder vonseiten der Ärzteschaft liegt?**

Herr Prof. Lerch

Also die sind dreifach. Das erste ist, die digitalen Programme in den Praxen und auch in den Kliniken, vor allen Dingen auch in den Kliniken, sind aus Sicht der Abrechnungsstellen und anderen eingeführt worden, um Prozesse einfacher zu machen, aber nicht um Prozesse einfacher zu machen bei der Behandlung auf den Stationen von den Patienten.

Das ist der eine Punkt. Das zweite ist Es gibt keine . Die Systeme sprechen nicht miteinander. Das heißt, es gibt keine Interoperabilität. Sie müssen alles doppelt, dreifach, vierfach eingeben. In der Bürokratie, in der Verwaltung, der Städte, der Kommunen, der Gemeinden hat man jetzt das Konzept „Once Only“ aus sich auf die Fahnen geschrieben.

Und das ist etwas ganz Wichtiges. Das bedeutet, ich muss all das, was ich eingeben muss, nur einmal eingeben und dann muss die Behörde darauf immer wieder zurückgreifen können und mir nicht jedes Mal das gleiche Formblatt schicken, damit ich alles noch mal eintragen muss.

Und genau das gleiche gilt im Krankenhaus. Ärzte möchten die Daten, die Basisdaten ihres Patienten ein einziges Mal eingeben und nicht beim Intensivsystem noch mal und nicht beim allgemeinen Stationssystem noch mal und nicht im Röntgen noch mal und nicht bei der Endoskopie noch mal oder woanders.

Das heißt, wir müssen Interoperabilität erzwingen, weil die Firmen wollen das nicht. Die Firmen wollen nicht, dass die Programme miteinander reden, damit man von der gleichen Firma auch noch das zusätzliche Modul woanders kauft und nicht das bessere Modul von der anderen Firma.

Das heißt, Interoperabilität muss vom Gesetzgeber vorgeschrieben werden. Das zweite ist, dass natürlich Digitalisierung auch Transparenz herstellt. Und ich glaube, dass manche Bereiche sich damit noch sehr schwertun, weil es ist relativ einfach rauszukriegen, wer welches Verschreibungsverhalten hat.

Es ist einfach, durch Digitalisierung herauszufinden, wo Kollegen gut dokumentieren, wo sie schlecht dokumentieren. Digitalisierung lässt sich auch wunderbar für die Qualitätssicherung nutzen und das wollen auch viele Kollegen nicht. Qualitätssicherung ist als Qualitätsverbesserung in vielen Ländern heute komplett akzeptiert in der Medizin.

Wir halten die ärztliche persönliche Behandlungsfreiheit sehr hoch und sehen das eigentlich gar nicht so gerne, dass da Transparenz hergestellt wird und möglicherweise auch Qualitätsdefizite aufgedeckt werden. Was wir nicht immer als Chance zur Verbesserung sehen, sondern als ein Zwingen alte Gewohnheiten bleiben zu lassen, die vielleicht nicht mehr ganz zeitgemäß sind. Vielleicht ist noch der vierte Punkt: Niemand weiß, wer das bezahlen soll. Die Krankenhäuser sind komplett überfordert damit, weil es kein eigenes Budget für Digitalisierung gibt. Die Amerikaner, die Franzosen und die Briten geben in der Regel 4- bis 7mal so viel für Digitalisierung in der Medizin aus wie Deutschland. In Deutschland stellt man sich immer vor, man kauft dann so ein Rechenzentrum und schafft so ein Programm an und dann muss man sich da zehn Jahre nicht mehr drum kümmern. Das ist aber nicht so, sondern Digitalisierung muss ständig angepasst werden.

Und das kostet nicht nur Geld, weil man diese ganzen Programme ja abonnieren muss. Man kauft sie nicht mehr, man abonniert sie heute. Das wird als Dienstleistung eingekauft. Und das zweite ist man braucht die entsprechenden Experten, die diese Programme ständig anpassen und pflegen, die die Schnittstellen programmieren zwischen verschiedenen Programmen, die dann miteinander reden sollen.

Und dafür ist eigentlich gar nichts vorgesehen. Auch in der Gesundheitspolitik ist man natürlich immer begeistert, wenn man ein neues Gebäude errichtet, weil das ist was da in Brick and Mortar, in Beton gegossene Unterstützung der Medizin, und Digitalisierung sieht man nicht. Da gibt es wenig Bänder durchzuschneiden.

Deshalb ist es bisher wahrscheinlich nicht so attraktiv gewesen, da rein zu investieren. Das muss aber passieren.

00;13;27;24

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Andererseits wird natürlich auch von Seiten der Ärzteschaft eine viel höhere Digitalkompetenz vorausgesetzt, um das zu verstehen, zu begreifen, was sie machen müssen, was sie an-, ja was sie auch einkaufen müssen von extern. Meinen Sie denn, dass die Digitalkompetenz an dieser Stelle überhaupt ausreichend ist?**

**Und einen Schritt weiter müsste man da vielleicht auch sogar dran denken, im Studiengang Digitale Informatik einzurichten?**

Herr Prof. Lerch

Ja, das hat zwei Aspekte. Also ich habe im Moment mit Medizinstudierenden zu tun, die digitale Firmen gründen, weil sie sagen „Das kann man doch besser machen, als die von uns eingekauften Programme das können“. Das gilt für die Struktur von Daten, für die Strukturierung von Daten, für die Übersetzung von Sprache und Interviews in strukturierte Daten. Das gilt für die Krankenhaus Informationssysteme, die einfach, wenn sie von Ärzten entwickelt worden sind, so viel besser funktionieren. Nicht auf der digitalen Ebene, aber auf der Funktionalität und auf der Benutzeroberfläche so viel benutzerfreundlicher sind und da glaube ich, dass die nächste Generation von Medizinerinnen und Mediziner eine unglaubliche Digitalkompetenz hat.

In meiner Generation ist das natürlich sehr viel schwieriger. Wir sind ja gerade mal froh, dass wir uns ans iPhone und verschiedene Apps gewöhnt haben. Und da ist es sicher etwas langsamer. Aber wenn

es die Arbeit erleichtert, werden auch ältere Kolleginnen und Kollegen sich sehr schnell auf Digitalisierung einlassen.

Sie darf halt nicht komplex sein, sondern sie muss einfach und durchgängig sein. Und wenn das Once Only Prinzip auch im Krankenhaus mal durchgesetzt ist, dass man alles nur noch einmal eingeben muss und es dann transportiert wird von einem System ins andere, dann haben wir gewonnen.

Und dann macht Digitalisierung nicht nur die Behandlung von Patienten sicherer. Und zwar sehr viel sicherer, sondern sie macht sie auch sehr viel angenehmer und leichter, damit umzugehen. Aber Sie haben gesagt „Wie erwerben wir denn digitale Kompetenz, dass das geht, indem Sie Zusatzweiterbildungen in Medizin Informatik machen?“

Am LMU Klinikum bieten wir so etwas an, ganz gezielt auch, um Kolleginnen und Kollegen wirklich vertiefte Kompetenzen in der Digitalisierung zu geben, damit sie selber die Digitalisierung mitgestalten können und damit sie vor allen Dingen auch die Kompetenz haben, zu forschen mit den Möglichkeiten der Digitalisierung und unter dem Schlagwort Big Data mit anonymisierten oder pseudonymisierten Patientendaten. Was eine unglaubliche Quelle für die medizinische Forschung und den Fortschritt darstellt.

00;16;02;29

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Müssen Ihre Kolleginnen und Kollegen dafür dann an die LMU nach München reisen? Oder ist das Angebot flächendeckend vorhanden beziehungsweise selbstverständlich heute auch online? Wie sehen Sie den Zugang und wie niederschwellig ist er von den individuellen Voraussetzungen her?**

Herr Prof. Lerch

Das ist eine Zusatz Weiterbildung, die ganz viele Ärztekammern schon eingeführt haben. Natürlich geht das heute digital, aber es ist in dem gleichen Umfang wie andere Zusatzweiterbildungen in der Inneren Medizin oder anderen Fachärzten. Das erfordert schon ein gewisses Engagement, was die Stundenzahl, was die Anzahl der betreuten Projekte betrifft.

Das kommt sicher nicht für jeden in Frage. Das Interesse ist sehr groß, aber das Hauptproblem sind die Weiterbilder, die wirklich diese Kompetenz haben und von den Ärztekammern anerkannt, auch eine solche Weiterbildung vermitteln können. Aber ich nehme an, dass auch in der digitalen Revolution, die die neue Bundesregierung jetzt anschieben will, es auch dort bei den Ärztekammern immer mehr Weiterbildungsangebote geben wird.

00;17;05;04

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Jetzt möchte ich die Seite wechseln, auf die Seite der Patienten schauen. Wenn es also gelingt und diese Digitalisierung jetzt wirklich einen schönen Aufschwung nimmt und wir mit Telematik, elektronischer Patientenakte, Apps und digitaler Dokumentation die Daten erfassen können, sitzen wir aber auch irgendwie immer hinter dem Computer und tippen. Wie wird sich denn die Arzt-Patienten-Beziehung entwickeln?**

Herr Prof. Lerch

Was wir in der Corona-Pandemie gelernt haben, ist, wie gut Telemedizin funktionieren kann und wie viele Dinge, was das Arzt-Patienten-Gespräch, teilweise was die Arzt Patienten Untersuchung betrifft. Ich glaube auch da haben wir eine Revolution vor uns.

Aber was wir wirklich gelernt haben in der Krise, ist tatsächlich, dass man sehr viele Interaktionen mit Patienten heute digital machen kann, weil die Kameras so gut sind, weil das Internet an den meisten Stellen in Deutschland einigermaßen funktioniert, so dass wir uns jetzt in einer Webex unterhalten und sehen können und hören können, das auch mit den Patienten machen kann. Es scheitert dann regelmäßig daran, dass dann irgendwann die Kostenträger sagen „ja Das war jetzt gut in der Corona-Pandemie, aber jetzt haben wir kein Geld mehr dafür“. Und dann sagt der Arzt „Wenn ich eine Viertelstunde mit dem Patienten über eine Telematik Plattform reden soll und es gibt kein Geld für, dann mach ich es halt nicht, dann muss er halt wieder in die Praxis kommen“. Das sind so die Probleme, die wir heute im Alltag haben.

**00;18;34;13**

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Was meinen Sie, was mit den Patientinnen und Patienten geschieht, die entweder kein Internet haben oder die, die einfach nicht mehr in der Lage sind aufs Alter sich mit Digitalisierung und Internet zu befassen.**

**Und genau die sind ja eigentlich die Haupt-Patientengruppe mit ihrer Multimorbidität, die die Internisten behandeln.**

Herr Prof. Lerch

Ja, das ist bei Kinder- und Jugendärzten einfacher als bei Internisten oder insbesondere bei Geriatern. Aber diese Systeme sind ja heute so einfach. Und schwierig betroffen sind alte Menschen, die keine jungen Menschen haben, die ihnen helfen, die digitale Welt zu erobern.

Meine Mutter hat damals mit über 80 Jahren sich noch ein Tablet zugelegt und hatte zum Glück Enkel, die ihr zeigen konnten, was sie damit alles machen kann. Solche Hilfe brauchen wir heute. Aber zum Glück haben wir junges Pflegepersonal, was unsere alten Patienten im Krankenhaus dann auch einweist in solche digitalen Möglichkeiten.

Das zweite, was sie genannt haben, da wo keine Netzabdeckung in Deutschland ist, da ist man natürlich völlig verloren und da gibt es keinen Zugang zur digitalen Welt. Die neue Bundesregierung hat sich aber auf die Fahnen geschrieben, wirklich Deutschland zu einem Digital-Land, was die Netzabdeckung betrifft, zu machen.

Und wir hoffen, dass diesmal dieses Versprechen auch eingehalten wird.

**00;19;58;26**

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Das heißt aber dann auch, dass die Patienten ebenfalls in die eHealth-Strategie der Bundesregierung mit einbezogen werden müssen und dass sie jetzt mitgenommen werden, dass sie sich jetzt fit machen? Dass sie dann später auch die ganzen Möglichkeiten nutzen können und das System dann auch effizient ist?**

Herr Prof. Lerch

Das wäre ganz entscheidend, weil es bedeutet, eine so große Bereicherung des eigenen Lebens Zugang zu vielen Dingen in der Netzwelt zu erhalten. Das betrifft ja nicht nur die Medizin, es betrifft die Möglichkeiten, sich zu informieren, sich zu unterhalten, einzukaufen an Plätzen, wo keine Läden mehr sind.

Da haben wir großen Nachholbedarf. Und hoffen wir mal, dass wir da einen Schub durch die Pandemie bekommen haben.

**00;20;44;10**

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Und hoffen und tun. Finden Sie, dass die Älteren jetzt auch angesprochen werden sollten innerhalb dieser eHealth-Strategie, um sich aufzurüsten?**

Herr Prof. Lerch

Aus meiner Sicht zunächst mal, dass die Sektoren der Medizin interoperabel werden. Dass es ein Once Only Prinzip gibt, dass man nur einmal die Daten eingeben muss und sie dann mitgenommen oder verschoben oder weitergereicht werden können, um das Leben aller Beteiligten, vor allen Dingen der Patienten, leichter zu machen.

Wie weit der Patient sich selber engagieren muss bei der digitalen Transformation? Ich glaube, das steht an zweiter Stelle. Viel wichtiger ist, dass das Medizinsystem sich sicherer macht durch Digitalisierung, sich effizienter macht durch Digitalisierung und damit mehr Zeit für den Patienten, das Gespräch und die Behandlung mit den Patienten bekommt.

Ich kann niemanden als Patient dazu zwingen, zu einer digitalen Person zu werden. Ich muss nur das Umfeld um ihn herum so digitalisieren, dass es für ihn einfacher, leichter, bequemer und insbesondere sicherer wird.

**00;21;59;07**

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Sie sind ja Gastroenterologe. Welche Chancen und Risiken der Digitalisierung sehen Sie denn in Ihrem Fachgebiet?**

Herr Prof. Lerch

Ähnlich wie in der Radiologie arbeitet die Gastroenterologie ja viel mit Bildern, insbesondere in der Endoskopie. Und dort gibt es hervorragende Chancen, durch künstliche Intelligenz Bildanalyse zu machen. Das nutzt man bisher nur in eingeschränktem Umfang, zum Beispiel bei der Erkennung von Polypen im Darm.

Das ist ein wichtiges Gebiet, mit dem wir uns auch im Kongress auseinandersetzen. Aber das wird noch sehr viel weiter gehen. Wir werden das, was wir digital im Magen-Darm-Trakt aufnehmen oder endosonographisch oder mit anderen bildgebenden Verfahren der Gastroenterologie aufnehmen, zunehmend mit künstlicher Intelligenz analysieren können.

Und das wird noch mal einen richtigen Schub der Digitalisierung auch in der Gastroenterologie ergeben.



**00;22;54;13**

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Ich habe gesehen, dass Sie Ihr wichtiges Thema Digitalisierung im Kongress Programm sehr stark berücksichtigt haben. An allen vier Kongress Tagen laufen viele Sitzungen. Was ist denn Ihre Lieblingssitzung oder was ist Ihre Empfehlung?**

Herr Prof. Lerch

Also da gibt es einige. Mir gefällt sehr gut die Sitzung, die unsere hausärztlichen Internisten zur Digitalisierung gemacht haben und mir gefällt auch sehr gut die Sitzung, die unsere Arbeitsgemeinschaft Digitale Transformation gemacht haben. Die einen setzen sich mit den Möglichkeiten und Grenzen, die mit der elektronischen Krankenakte entstehen, mit den elektronischen Rezepten entstehen.

Da geht es darum, wie kämpfen wir im Alltag mit dem, was uns jetzt angeboten wird. Und auf der anderen Seite geht es um die Möglichkeiten und Grenzen von Gesundheits-Apps, die, die ganz wichtig werden, weil ganz viele Menschen tragen inzwischen digitale Uhren, die ihren Puls, Blutdruck und übrigens auch ihre Schlafgewohnheiten und manchmal sogar ihre Sauerstoffsättigung erfassen.

Das Ganze wird dann von Google und Apple und anderen eingesammelt, aber es besteht große Schwierigkeiten, das an den eigenen behandelnden Arzt und Internisten zu übermitteln. Und der weiß dann auch nicht so recht, was er damit machen soll. Jedenfalls in seiner elektronischen Krankenakte kommen diese Dinge nicht hinein.

Ähnliches gibt es für die Behandlung von Diabetes, die heute mit sehr viel digitalen Möglichkeiten arbeitet, weil eben die Blutzucker Messung eben auch über Sensoren an digitale Systeme übermittelt werden kann, daraus sich dann Algorithmen entwickeln, viele Programme dann so weit gehen, auch noch direkte Empfehlungen auszusprechen, wann denn welches Insulin zu spritzen ist.

Und viele Ärzte sagen das hätte ich aber jetzt nicht so empfohlen. Also da gibt es viel Auseinandersetzungen zwischen dem, was der Arzt macht, was der künstliche Intelligenz Algorithmus macht. Und damit müssen wir uns auseinandersetzen, weil irgendwann wird der Google oder Apple Algorithmus dem Patienten direkt empfehlen, wie viel Insulin er dazu wie viel Brot, Einheiten oder Kalorien spritzen soll. Und darauf muss sich der Arzt einstellen, dass er mit solchen Dingen konfrontiert wird. Auch wenn diese digitalen Gesundheits-Anwendungen, von denen es ja inzwischen 20 gibt, die auch von den Kassen finanziert werden. Diese Auseinandersetzung, die müssen wir einfach führen.

Wie viel Unterstützung kann so ein System bieten und wie viel Arzt-Intervention ist dann wirklich gefragt, um das als Unterstützung zu begreifen und nicht als direkte Konkurrenz.

**00;25;28;14**

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Was glauben Sie wird jetzt dieses Jahr 2022 nun ein Jahr der Digitalisierung in der Medizin?**

Herr Prof. Lerch

Wir sind fest entschlossen, das Ganze mitzugestalten.

00;25;38;15

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Ja, dann nichts wie zum Internisten Kongress.**

Herr Prof. Lerch

Ich freue mich, Sie da nicht nur im Zoom-Meeting, sondern auch persönlich zu sehen. Ich hoffe, dass wir viele tausend Teilnehmer dann auch beim Internisten Kongress wiedersehen können. Und trotzdem der, der es nicht schafft nach Wiesbaden, der der Sorge Verantwortung hat und nicht nach Wiesbaden reisen kann, der kann das alles auch digital miterleben.

Das ist die Neuerung, die wir in diesem Jahr einführen werden.

00;26;06;27

**Frau Dr. Liebendörfer**

**Vielen Dank für das Gespräch.**

Herr Prof. Lerch

Ich danke Ihnen.

*Die Aufnahme des Gesprächs erfolgte am 3.2.2022.*