

Interview mit Mark Langguth, Langguth.Digital

Das Leben steckt voller Risiken – nicht nur beim Datenschutz ...

Er leitete knapp 13 Jahre erst die Spezifikationsabteilung und dann das Produktmanagement bei der Gematik und ist insofern ein echter Insider. Im Exklusivinterview mit Mark Langguth werfen wir einen Blick auf allerlei Absurdes, Schizophrenes und Überraschendes rund um E-Rezept und TI.



Mark Langguth: „Digitalisierung an sich ist kein Garant für bessere Patientenversorgung. Wenn die Versorger mehr Informationen berücksichtigen sollen, dann muss ich den Ärzten und Apothekern auch mehr Zeit geben und dafür mehr Geld in die Hand nehmen. Die einfache Formel ‚Digitalisierung = geringere Kosten = bessere Patientenversorgung‘ ist schlicht falsch.“

Die (Nicht-)Einführung des E-Rezepts hat mittlerweile kabarettistisches Premiumniveau erreicht. Wer ist verantwortlich für dieses Endlos-Desaster?

Langguth: Ich sehe hier vor allem Versäumnisse seitens der Politik, also ein Governance-Problem. Man kann komplexe Projekte wie die E-Rezept-Einführung nicht ohne Gesamtkoordination durchführen und nur auf die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen vertrauen. So gut diese bei der medizinischen Versorgung funktioniert, so sehr versagt sie bei flächendeckenden, einrichtungsübergreifenden Digitalisierungsprojekten.

Hier zeigt sich der grundlegende Fehler in der Projektkonzeption: Damit das E-Rezept in Summe funktionieren kann, braucht es

vier Schritte, die eng ineinandergreifen müssen: (1) die ärztliche Verordnung mittels Software, (2) die Übertragung zur Apotheke durch den Patienten und Belieferung des E-Rezepts, (3) die Übertragung an die Abrechnungszentren (ARZ) und (4) die Abrechnung mit den Kassen. Doch hat der Gesetzgeber für das E-Rezept nur für Schritt 2 eine klare Zuständigkeit definiert – verantwortlich dafür ist die Gematik. Nicht geregelt ist insbesondere die Verantwortung für die finalen zwei Teilschritte und – was noch schwerer wiegt – es fehlt eine klare Zuständigkeit für den Gesamtprozess.

Muss die Gematik insofern zu Unrecht als Prügelknabe für eine erratische Gesundheitspolitik herhalten, die gerne ankündigt, allen den Pelz zu waschen, aber nie den Mut findet, jemanden auch wirklich nass zu machen?

Langguth: Ich denke, wir hatten insbesondere ein strukturelles Problem, das mit der vorgegebenen Arbeitsweise der Gematik zusammenhing: Über viele Jahre war es seitens der Gesellschafter überhaupt nicht erwünscht, dass wir auf der operativen Ebene den direkten Austausch mit den Ärzten und Kliniken suchen. Ich kann mich noch gut an einen Lenkungsausschuss erinnern, als mir unmissverständlich mitgeteilt wurde: „Halten Sie sich raus aus den Versorgungsprozessen

und konzentrieren Sie sich ausschließlich auf die technische Umsetzung.“ Das befördert nicht unbedingt die Entwicklung von praxisnahen Lösungen. Wir haben dann außerhalb der Arbeitszeiten und inoffiziell Interviews mit den Zielgruppen geführt, aber das ersetzt natürlich nicht eine sinnvolle „Co-Creation“ mit den späteren Nutzern ...

Seit der Bund Mehrheitsgesellschafter der Gematik wurde, ändert sich diese Denke: Jetzt gibt es einen solchen Austausch, aber es braucht natürlich Zeit, bis der teilweise fehlende Praxisbezug aufgeholt ist.

Kehren wir zurück in die Niederungen des E-Rezept-(Nicht-)Rollouts. Ursprünglich war für dessen Übertragung ja die Gematik-App als Königsweg angepriesen worden. Nur funktioniert die leider nicht, weil sich die Krankenkassen mit der Herausgabe der PIN-Briefe für die elektronischen Gesundheitskarten (eGK) bislang quergestellt haben. Wie kann es sein, dass diese damit durchkommen?

Langguth: Ich würde nicht sagen, dass die Kassen sich querstellen, aber die meisten „befeuern“ die Herausgabe der PIN-Briefe auch nicht gerade. Bei einigen bauen sich diesbezüglich regelrecht Hürden auf.

Da die eGK auch als digitaler Identitätsnachweis dienen soll,

braucht es zunächst ein sicheres Identifizierungsverfahren, erst danach dürfen die Kassen den Versicherten ihre PIN zuschicken. Erst dann kann ich meine eGK selbst voll nutzen – auch z.B. für die Einsicht der eigenen E-Rezepte.

Weil die meisten Kassen jedoch wenig Anstalten gemacht haben, hier von sich aus aktiv zu werden, erhöht der Gesetzgeber jetzt den Druck: In dem neuen Krankenhauspflegeentlastungsgesetz sollen sie verpflichtet werden, die Versicherten proaktiv zu den Möglichkeiten der neuen eGK und zur Beschaffung des PIN-Briefs zu informieren. Bislang haben weniger als 1% der Versicherten ihre PIN von den Kassen bekommen – noch enger kann ein Flaschenhals kaum sein ...

„Ich rechne nicht damit, dass die TI 2.0 vor 2026 oder 2027 in größerem Umfang in Betrieb gehen wird. Das Gerede vom ‚Einreißen und Neubauen‘ der gesamten TI-Infrastruktur ist für mich aber reine Polemik und Unsinn. Die TI verwendet keine veraltete Technologie. Sie ist vielleicht nicht in allen Belangen ganz State of the Art, aber sie nutzt erprobte Technik, die auch in anderen Branchen zum Einsatz kommt und sich bewährt hat. Was vor allem fehlt, sind digitale Identitäten.“

Plan B – die Übertragung des E-Rezepts per elektronischer Gesundheitskarte – entwickelt sich auch deshalb zum „Rohrkrepierer“, weil der Bundesdatenschutzbeauftragte sein Veto eingelegt hat. Teilen Sie seine Bedenken, oder stolpern wir hier über die berühmt-berühmte deutsche Gründlichkeit?

Langguth: Für mich stellt sich hier eine Grundsatzfrage, die wir auf breiter gesellschaftlicher Basis diskutieren sollten: Wie viel Datenschutz wollen wir, oder glauben wir zu brauchen? Und auf wie viel Nutzen sind wir dafür bereit zu verzichten? Die Aussage des Bundesdatenschutzbeauftragten, dass der Datenschutz Lösungen nicht verhindern würde, ist schlicht falsch. Ich kann da aus vielen Jahren stressvoller Zusammenarbeit mit Datenschützern erzählen. Auch ein Blick ins europäische Ausland mit gleicher Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zeigt, dass die Interpretation der deutschen Datenschützer nicht die einzige Option ist. Unsere Nachbarländer schütteln nur den Kopf über die Deutschen und ihre Selbstblockade ...

In Fall der eGK-Einlösung beschwert sich Herr Kelber, dass nicht technisch verhindert wird, dass ein krimineller Apotheker mit Programmiererfahrung unerlaubterweise fremde E-Rezepte abrufen könnte. Dass ein solcher Missbrauch im Nachhinein wahrscheinlich erkannt und entsprechend geahndet würde, interessiert ihn nicht – jeglicher Missbrauch müsse technisch zuverlässig verhindert werden. Weil das nicht gewährleistet ist, hat er für den E-Rezept-Abwurf via eGK unlängst seine Einwilligung verweigert, was einem Veto gleichkommt. Das Leben steckt voller Risiken – nicht nur beim Datenschutz. In allen anderen Bereichen des täglichen Lebens akzeptieren wir doch auch, dass es 100% Sicherheit nicht gibt.

Und wie „lustig“ finden Sie den kürzlich von der Gematik ins Spiel gebrachten Plan C, den QR-Code der E-Rezept-Ausdrucke mit der Gematik-App (ohne vorherige

Registrierung) zu scannen? Klingt irgendwie nach Hi-Fi-Digital-Analog-Wandler Ende der 1990er-Jahre ...

Langguth: Diese Lösung ist aus meiner Sicht für Nutzer ziemlich unattraktiv und bringt allenfalls kleinere, indirekte Vorteile: So erhöht sie die Bekanntheit des E-Rezepts und gibt den Patienten die Möglichkeit, sich mit einem Teil der Abläufe vertraut zu machen. Problematisch ist, dass ich als Patient gar nicht ersehen kann, welches Rezept für welches Medikament ich da auf elektronischem Weg an die Apotheke weiterleite. Außerdem wird die zusätzlich notwendige Kommunikation zwischen Apotheke und Patient von der Gematik nicht geregelt und birgt so die Gefahr, dass die von den Herstellern gebauten Lösungen erneut den Zorn der Datenschützer in Form eines Verbots auf sich ziehen.

„Es ist ein fataler Irrtum, dass sich – wann immer man einen Prozess digitalisiert – der Nutzen von selbst einstellen würde. Das führt in der Praxis leider oft dazu, dass wir ineffiziente analoge Prozesse ‚elektrifizieren‘. Tatsächlich kommt es aber entscheidend auf eine sinnvolle Digitalisierung an!“

Welche Lösung für die E-Rezept-Übertragung wird sich nach Ihrer Einschätzung mittelfristig durchsetzen?

Langguth: Wenn ich als Patient die Gematik-App einfach nutzen und zudem die Verordnungen einsehen kann, dann wird sich dieser Ansatz wahrscheinlich auf breiter Front durchsetzen. Das wird aber aufgrund der PIN-Problematik meiner Einschätzung nach frühestens 2024 der Fall

sein. Darüber hinaus rechne ich mit verschiedenen Lösungen der Software- und Plattform-Anbieter, wie ich als Patient noch einfacher als mit der Gematik-App – ohne eGK und PIN – an mein E-Rezept komme bzw. dieses an meine Apotheke weiterleite. Ich kann mir hier Mail-Lösungen genauso vorstellen, wie die Nutzung von Messenger-Diensten wie Signal oder WhatsApp etc. Letztlich kommen alle gängigen Kommunikationskanäle in Frage, mit denen ich ein Bild (den E-Rezept-Token) übertragen kann. Ob diese Übertragung dann zu 80%, 100% oder 200% datenschutzkonform ist, sollte allein meine persönliche Entscheidung als Patient sein ...

Wie lange wird sich der Papierausdruck als Übergangslösung halten, gegen den sich ja insbesondere die Ärzte wegen des Mehraufwands sträuben?

Langguth: Na ja, Mehr(!)aufwand? Auch heute druckt der Arzt die Rezepte aus. Ein Mehr an Aufwand kann ich daher beim E-Rezept-Ausdruck nicht erkennen, allerdings auch keine Entlastung. Aus Patientensicht bin ich persönlich ein großer Fan des Papierausdrucks – zumindest parallel zum elektronischen Weg: Da habe ich eine unmittelbare Sichtkontrolle in der Arztpraxis und ein Blatt Papier, das ich an den Kühlschrank heften, weitergeben kann etc.

Und mit der elektronischen Weiterverarbeitung der Daten entfaltet das E-Rezept seinen eigentlichen Mehrwert z.B. über den Eintrag von Daten in meine elektronische Patientenakte (ePA), die Möglichkeit tagesaktueller Versorgungsforschung etc. Insofern liegt für mich die optimale Lösung in einer Kombination aus Gematik-App plus Papierausdruck.

Stichwort ePA: Wie bewerten Sie den unlängst angekündigten Beschluss der Gematik, die elektronische Patientenakte (ePA) mittels Opt-out-Lösung stärker in die Fläche zu bringen?

Langguth: Die ePA hat enormes Potenzial, die großen Informationslücken bei der einrichtungsübergreifenden Versorgung zu schließen. Ich schätze ihren direkten, individuellen Versorgungsnutzen deutlich höher ein als den des E-Rezepts. Und ich bin grundsätzlich ein Freund von Opt-Out-Lösungen: Die Hemmschwelle bei einer Opt-in-Lösung ist für multimorbide Patienten, die bekanntlich den höchsten Nutzen von der ePA haben, zu hoch.

„Ich sehe bei den Problemen rund ums E-Rezept vor allem Versäumnisse seitens der Politik, also ein Governance-Problem. Man kann komplexe Projekte wie die E-Rezept-Einführung nicht ohne Gesamtkoordination durchführen und nur auf die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen vertrauen. So gut diese bei der medizinischen Versorgung funktioniert, so sehr versagt sie bei flächendeckenden, einrichtungsübergreifenden Digitalisierungsprojekten.“

Das politisch vorgegebene Ziel von 80% ePA-Durchdringung bis 2025 lässt sich grundsätzlich zwar umsetzen, allerdings ist die Zeit knapp: Insofern besteht die Gefahr, dass wir am Ende nur eine kleine Lösung mit überschaubaren Verbesserungen gegenüber der heutigen ePA haben werden. Es steht daher zu befürchten, dass auch die Opt-out-ePA durch die Ärzte kaum genutzt werden wird.

Wiederholt die Politik bei der elektronischen Patientenakte den Fehler, den sie schon beim E-Rezept gemacht hat – keine Anreize für die Ärzte zu setzen?

Langguth: Tatsächlich gibt es derzeit aus Ärztesicht kaum Anreize, verstärkt die ePA zu nutzen: Diese braucht, um wirklichen Nutzen zu entfalten, mehr Zeit vonseiten des Arztes, die dieser nicht hat bzw. nicht angemessen vergütet bekommt. Zudem beschert sie ihm zusätzliche Haftungsrisiken, die er in diesem Umfang bis dato ebenfalls nicht hatte. Einzig das Anfordern von Fremdbefunden entfällt.

Hier liegt meines Erachtens ein grundlegender Denkfehler aufseiten der Politik vor: Digitalisierung schafft per se keine bessere Patientenversorgung. Wenn ich die möchte, dann muss ich für einfach nutzbare, leistungsstarke Lösungen sorgen und den Ärzten und Apothekern mehr Zeit für die Einsicht zusätzlicher Dokumente aus der ePA geben – und dafür muss ich mehr Geld in die Hand nehmen. Die einfache Formel „Digitalisierung = geringere Kosten = bessere Patientenversorgung“ ist schlicht falsch.

Denkfehler ist ein gutes Stichwort: Politiker erwecken regelhaft den Eindruck, Digitalisierung sei ein Zaubermittel, mit dem sich alle Probleme der Menschheit schnell und elegant lösen lassen. Was kann diese im Gesundheitswesen tatsächlich leisten und was nicht? Was ist das größte Missverständnis in diesem Kontext?

Langguth: Es ist ein fataler Irrtum, dass sich – wann immer man einen Prozess digitalisiert – der Nutzen von selbst einstellen würde. Oder dass es reicht, analoge Dokumente auf digitale Fassungen umzustellen. Das führt in der Praxis leider oft dazu, dass

wir ineffiziente analoge Prozesse „elektrifizieren“. Dabei kommt es aber entscheidend auf eine sinnvolle Digitalisierung an: Die bringt nämlich nur dann einen Nutzen, wenn ein Prozess komplett neu (digital) gedacht wird. Genau das erleben wir gerade wieder beim E-Rezept: Anstatt den gesamten Workflow im Kontext einer Medikationstherapie digital neu zu designen, elektrifizieren wir schrittweise jeden analogen Teilschritt - und wundern uns am Ende, dass der Nutzen auf der Strecke bleibt ...

„Für mich stellt sich die Grundsatzfrage: Wie viel Datenschutz wollen wir, oder glauben wir zu brauchen? Und auf wie viel Nutzen sind wir dafür bereit zu verzichten? Ein Blick ins europäische Ausland zeigt, dass die Interpretation der deutschen Datenschützer nicht die einzige Option ist. Unsere Nachbarländer schütteln nur den Kopf über die Deutschen und ihre Selbstblockade ...“

Rechnen Sie damit, dass die Umstellung auf eine hardwarelose TI 2.0 planmäßig 2025 über die Bühne gehen wird? Oder sollten wir - wie bei der Einführung der TI 1.0 - besser 15 Jahre mehr einplanen und schon mal vorsorglich CGM-Aktien kaufen, weil bis zur tatsächlichen Einführung noch ganz viele KoCo-Boxen gebraucht werden ...?

Langguth: Erste wichtige Info: Auch die TI 2.0 wird nicht hardwarelos sein! Ja, der Konnektor soll nicht mehr in den Praxen stehen, aber Smartcards wie die eGK und damit Kartenlesegeräte werden wir in den Praxen weiterhin brauchen. Das Ziel, die TI 2.0 bis 2025 in die Fläche zu bringen, halte ich insofern für nicht erreichbar. Das scheitert schon da-

ran, dass ein Kernelement der neuen Telematikinfrastruktur digitale Identitätsnachweise sind. Die sollten von den Krankenkassen ursprünglich ab dem 01.01.2023 zur Verfügung gestellt werden, doch im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz ist bereits eine Verschiebung um ein Jahr vorgesehen.

Ferner rechne ich mit einem mehrjährigen Parallelbetrieb von TI 2.0 und TI 1.0, denn TI-Anwendungen wie die ePA setzen auf sog. Fachmodule, die aus Sicherheitsgründen im Konnektor laufen. Als Arzt bin ich daher für die Nutzung der ePA auf einen Konnektor angewiesen. Deren Migration auf die TI 2.0 kann erst 2025 nach dem Rollout der Opt-out-ePA angegangen werden und wird einige Jahre brauchen. Allein deshalb rechne ich damit, dass wir die TI 1.0 noch 2028 oder 2029 in größerem Umfang im Betrieb sehen werden.

Wäre „Einreißen und Neubauen“ der gesamten TI-Infrastruktur, wie zuletzt vom Chef der Kassenärztliche Bundesvereinigung Dr. Andreas Gassen gefordert, eine überlegenswerte Option? Für ihn ist die TI eine grundsätzlich „dysfunktionale Technologie“.

Langguth: Das ist pure Polemik und Unsinn. Die TI nutzt keine veraltete Technologie. Sie ist zwar nicht in allen Bereichen ganz State of the Art, aber sie nutzt erprobte Technik, die auch in anderen Branchen zum Einsatz kommt und sich bewährt hat. Auch die verwendeten Smartcards sind als Authentisierungsmittel für die breite Masse sicherheitstechnisch absolut State of the Art - sie finden daher genauso Verwendung in Smartphones, Kredit- und Bankkarten etc. Was mich besonders stört: Die Vertreter der KBV waren neben

dem GKV-Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen über all die Jahre die klaren Wortführer bei den inhaltlichen Diskussionen in der Gematik. Sie haben maßgeblich Einfluss auf alle Entwicklungen genommen und alle Entscheidungen mitgetragen.

KBV-Vize Dr. Thomas Kriedel war sogar über mehrere Jahre Vorsitzender der Gematik-Gesellschafterversammlung. Und jetzt soll aus KBV-Sicht alles unzulänglich sein, was die Gematik unter Zustimmung der KBV entwickelt hat? Das passt für mich nicht zusammen.

„Aus Patientensicht bin ich persönlich ein großer Fan des Papierausdrucks - zumindest parallel zum elektronischen Weg: Da habe ich eine unmittelbare Sichtkontrolle, und mit der elektronischen Weiterverarbeitung der Daten entfaltet das E-Rezept seinen eigentlichen Mehrwert. Insofern liegt für mich, insbesondere für polypharmazeutische Patienten, die optimale Lösung in einer Kombination aus Gematik-App plus Ausdruck.“

Worin sehen Sie den größten Nutzen der Digitalisierung für die Apothekenpraxis?

Langguth: Ich kann durch Digitalisierung meine Prozesse automatisieren und damit die Kosten senken. Noch mehr Potenzial sehe ich allerdings darin, mit effizienter Digitaltechnik meinen Servicelevel als Apotheke zu erhöhen, ohne dass dadurch Personal gebunden wird. Das stärkt meine Wettbewerbsposition und ermöglicht mir Umsatzwachstum durch Verdrängung.

Das Interview führte Dr. Hubert Ortner