

Online-Wahnsinn
Zwei Diskussionsbeiträge zur Gesundheitsreform

25. Jänner 2011
Vom Hausarzt zum Gesundheitsbürokraten

Dr. Wolfgang Geppert

Ich glaube, wir können starten. Schönen guten Abend. Ich darf Sie im Namen des Österreichischen Hausärzterverbandes recht herzlich begrüßen. Das ist der erste Teil einer zweiteiligen Diskussionsserie. Heute haben wir sozusagen die Nummer 1. Das habe ich mir eingebildet, als Titel „Vom Hausarzt zum Gesundheitsbürokraten“. Das gefällt mir einfach so gut. Gesundheitsbürokrat als Bezeichnung für das, was mit uns derzeit als Hausärzte passiert. Der zweite Teil wird dann am 8. März stattfinden unter dem Gesamttitel, dass wir Allgemeinmediziner auch selbstverständlich für Spitzenmedizin stehen und dass unsere Medizin eine Spitzenmedizin ist. Ich glaube, stellvertretend für alle Leute vom Hausärzterverband, Dr. Euler ist ja allen gut bekannt und meine Wenigkeit ist die Nummer 2 in diesem Verein. Ich bin der Dr. Geppert, ich gehöre schon zum älteren Kaliber, 30 Jahre Landarzt im Weinviertel. Und wir haben also unsere Kämpfer über alle Bundesländer verteilt. Und das ist eine neue Art, wie wir in die Öffentlichkeit treten. Nicht ganz neu. Voriges Jahr haben wir eine dreiteilige Serie zustande gebracht, hier in dieser Örtlichkeit. Dieses Mal wird es zweiteilig. Und ich darf also jetzt die Vortragenden von heute vorstellen. Vielleicht vom Alphabet her von hinten: an der rechten Seite Dr. Hans Zeger, bekannt als der Datenschützer der Republik. Herzlich willkommen. ARGE Daten und all die Einzelheiten bitte entnehmen Sie bitte den entsprechenden Foldern. Neben ihm auch eine Persönlichkeit ersten Ranges, Prof. Sönnichsen, seines Zeichens Vorstand am Institut für Familien-Allgemeinmedizin an der Paracelsus-Universität in Salzburg. Nebenbei auch Praxisbetreiber in München. Er ist zugleich Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmediziner. Trotzdem hat er mir vorher gesagt: Bitte ich möchte als Hausarzt bezeichnet werden.

Deswegen passt er so gut bei uns hier in die Mitte rein. Und dann zu guter Letzt – Stefan war mein Wunschkandidat für diese Runde – Dr. Stefan Halper, seines Zeichens Jungarzt. Auch ausgebildeter Allgemeinmediziner, hat auch eine Lehrpraxis durchgemacht hier in Wien und ist derzeit tätig in Ausbildung als Chirurg am Landeskrankenhaus Wiener Neustadt. Wir kennen uns jetzt schon einige Jahre, und immer wenn ich da zum Jammern angefangen habe über das was uns da so alles in der Praxis passiert, in der Praxis als Kassenarzt, was da immer an neuen, bürokratischen Hürden dazukommt, dann hat mir Stefan die Kraft gegeben, denn er hat dann Dinge erzählt aus dem Spitalsbereich, die für mich auch nicht glaubhaft waren am Anfang. Geteiltes Leid ist halbes Leid. Ich habe also nie einen Jungarzt gefunden, der besser dieses Leid schildern kann als er, was es da so an Zusatzbelastungen gibt, an notwendiger Bürokratie. Das ist unsere heutige Runde. Und nicht böse sein, dass ich jetzt alle im Publikum nicht extra begrüße, darf aber gleich hier vielleicht einen herausnehmen, einen wichtigen Vertreter der Apothekerschaft, den Herrn Dr. Müller-Uri. Und ich verspreche ihm, heute gibt es die Hausapotheke nicht als Thema. Das schließen wir heute aus und dadurch wird es ganz friedlich. Also nochmals für alle: herzlich willkommen.

Und wir beginnen beim Jüngsten, beim Dr. Halper. Er wird mit seinem Statement erklären, was sich so im Krankenhaus tut. Ich möchte bitte auch um Verständnis bitten, er ist Sprecher der Ärzte in Ausbildung in Niederösterreich und hier eigentlich

nur genannt im Nebenberuf in Ausbildung am Landeskrankenhaus Wiener Neustadt. Er hat zu Recht hier ein bisschen Bedenken geäußert, ob er hier auftreten kann, denn im Endeffekt könnte man seine Statements auch werten irgendwo als Belastung draußen in den Landeskrankenhäusern, die jetzt so massiv ausgeweitet werden, die entsprechend umstrukturiert werden. Nein, in dieser Funktion ist er heute nicht da, sondern in seiner gewählten Funktion als Sprecher der Niederösterreichischen Ärzte in Ausbildung. Bitte Stefan, dein Beginn.

Dr. Stefan Halper

Vielen Dank für die liebe Einleitung, lieber Wolfgang, sehr geehrter Herr Professor, sehr geehrter Herr Dr. Zeger, sehr geehrte Damen und Herren.

Ich bin jetzt vorgestellt worden offenbar als Niederösterreichmeister des Suderns der Spitalsärzte in Ausbildung. So soll es nicht sein, oder nicht ausschließlich sein. Und ich bin selber noch immer nach fünf Jahren, fünfeinhalb Jahren mittlerweile, ärztlicher Tätigkeit in Ausbildung, zuerst Allgemeinmedizin in Lehrpraxis und im Schwerpunktkrankenhaus, jetzt seit eineinhalb Jahren weiterhin Schwerpunktkrankenhaus in chirurgisch fachärztlicher Ausbildung.

Der heutige Abend steht im Thema der ärztlichen Dokumentation bzw. noch enger gefasst, der Onlinedokumentation, was man versus offline sehen kann. Ich habe das Thema für mich und für meinen Bereich ein bisschen weiter gefasst und nicht die Diskussion online versus offline, sondern Dokumentationsbelastung oder Dokumentationssegen durch elektronische Systeme, mir zum Thema gemacht. Als Sprecher junger Ärztinnen und Ärzte, wobei jung nicht biologisch oder kalendarisch gemeint ist, sondern karrieretechnisch Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung. Natürlich, zukünftige Hausärzte, zukünftigen Fachärzte haben verpflichtend Teile oder die ganze Ausbildung in der Krankenanstalt zu absolvieren und die Anforderung an Dokumentation, elektronisch oder natürlich auch auf Papier, stehen primär aus meiner Sicht im Spannungsfeld zwischen Arzt und Patient. Und in meiner Funktion als Sprecher von Ausbildungsärzten natürlich auch im Spannungsfeld in der Beziehung zwischen ausbildendem, erfahrenem Arzt und Jungarzt, der ausbildungshungrig ist und natürlich Zeit und Ressourcen von seinem Ausbilder braucht. Ich habe mir die rechtlichen Rahmenbedingungen relativ einfach herausgesucht, vielleicht als Eröffnungsstatement. Im § 51 des Ärztegesetzes ist geregelt im Absatz 1, dass der Arzt verpflichtet ist, Aufzeichnungen über jeden Patienten zu führen. Das Gesetz ist hier sehr genau und führt weiter aus, zum Zustand, Vorgeschichte, Diagnose, Krankheitsverlauf, Therapie und Medikamente. Das hat der Arzt zu tun. Das ist eine berufliche Pflicht. Absatz 2 legt fest: Der Arzt ist berechtigt, Patientendaten automationsunterstützt zu ermitteln und zu verarbeiten. Ich glaube, der Gesetzgeber weiß, wo er die Pflicht und wo er die Berechtigung hineinschreibt und bezüglich der Dokumentation ist das so festgehalten. Jetzt weg vom Juristischen, hin zum Moralischen. Was ist die Intension des Gesetzgebers? Wem soll Dokumentation, Datenverwaltung und Datenverarbeitung dienen? Und da ist völlig klar: Zum Nutzen des Bürgers und des Patienten muss es sein. Nicht zum Nutzen von sonst irgendetwas oder irgendjemandem. Sinnvollerweise wird zum Bürger- und Patientennutzen die Dokumentation demselben Wirtschaftlichkeitsgebot folgen, wie die ärztlichen Leistungen selbst. Diese müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Und Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. So wird der Bürger Österreichs informiert, was ihm zusteht, als Bürger, wenn er ein Krankenhaus, ein öffentliches aufsucht oder als Versicherter,

wenn er zu seinem Kassenvertragsarzt geht. Weiters wird als Rechtfertigung gelegentlich angeführt: Ausreichend und das Maß des Notwendigen überschreitend, heißt nicht, sehr gut oder optimal. Übertragen auf Dokumentationsansprüche ist aus meiner Sicht, aus ärztlicher Sicht etwas Ähnliches zu fordern und das ähnliche Wirtschaftlichkeitsgebot einzufordern. Auch die ärztliche Dokumentation muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, darf das Maß des Notwendigen aber nicht überschreiten. Und Dokumentation, die für den Patienten nicht notwendig oder nicht unmittelbar zweckmäßig ist, sollen Systempartner nicht von Leistungserbringern verlangen können dürfen. Vor allem sollen sich Dokumentationsansprüche zum Selbstzweck verselbstständigen dürfen. Die Dokumentation muss patienten- nicht controllingorientiert sein. Es sei denn, das Controlling ist nachweislich patientenorientiert, dann kann man wieder darüber reden. Dokumentation durch wen? Übertriebene Anforderungen an die Dokumentation entfernen den Arzt vom Patienten und den auszubildenden Arzt von seinem Lehrer. In Ordinationen und Spitalsambulanzen erfährt der Computerbildschirm häufig „genauso viel Zuwendung“ wie der kranke Mensch, der ärztliche Hilfe sucht oder wie der Jungarzt, der vom erfahrenen Kollegen lernen möchte.

Wer von Ihnen in letzter Zeit eine Spitalsambulanz, vielleicht auch meine Spitalsambulanz aufgesucht hat, hat vielleicht nachher, wie er nach Hause gegangen ist, sich gedacht: Der schaut mehr in den Computerschirm hinein als mich an. Ich bemühe mich sehr und die meisten meiner Kollegen Gott sei Dank auch, das Verhältnis ausgewogen zu halten, aber wer das 10-Finger-System nicht beherrscht kann da die Relation wahrscheinlich schon verlieren und mehr das Keyboard und den Schirm als den Patienten zum Zentrum der eigenen Aufmerksamkeit machen. Die Zeitrelationen zwischen den Bedürfnissen kranker Menschen, auszubildender Ärzte und der Medizinbürokratie müssen kritisch reflektiert werden. Soll der Arzt selbst die vielfältigen Dokumentations- und Abrechnungsprogramme bedienen, statt seiner unmittelbaren Berufsausübung nachzukommen? Da muss man wahrscheinlich den Niedergelassenen- und den Angestelltenbereich getrennt betrachten. Dem Niedergelassenen als Selbständigen steht es natürlich frei, sich Hilfskräfte anzustellen, die ihm Teile oder zur Gänze seine Dokumentation abnehmen. In dem Umfeld ist es klar, dass, wenn zusätzlich Dokumentationsanforderungen verpflichtend festgelegt werden, auch eine dementsprechende Honorierung da sein und gewährt sein muss, dass dieses zusätzliche Personal zumindest ausfinanziert ist. Es muss keiner einen Gewinn machen damit. Aber die, die den Computer bedienen, müssen sich ausgehen mit Gehalt und Nebenkosten, das ihnen selbstverständlich zusteht. Der angestellte Spitalsarzt hat je nach Hierarchieebene weniger bis keinen Einfluss auf die Arbeitsorganisationen seiner Abteilung. Und wir als Auszubildende, als angestellte Ärzte, wünschen uns von jenen Menschen, die in der Arbeitsorganisation unseres Krankenanstaltenverbundes bedienstet sind, dass sie Dokumentation, Controlling und Administrationssoftware, die sie uns zu bedienen verpflichten, auch hinterlegen mit den erforderlichen Mannstunden und geeignetes Personal zur Verfügung stellen und nicht die ärztliche Arbeitskraft damit automatisch belasten. Ich habe dann einen Vergleich, der auch in der Aussendung drinnen vorgekommen ist: Es würde niemandem einfallen – jetzt aus meinem Ausbildungsbereich – dass er von einem Chirurgenteam in 30 Minuten vier Gallenblasenoperationen verlangt, statt einer. Das wäre vollkommen indiskutabel. Wenn sich ein Dokumentations- und Administrationsaufwand vervielfacht, vermissen wir leider häufig die gleiche Vernunft und die gleiche Bedeckung dieser Arbeitsleistung, die von uns verlangt wird mit

Personal und mit Mannstunden. Das ist kein Schrei nach mehr Ärztedienstposten, sondern das ist eine Debatte darum: Wer soll das machen und welcher Aufwand steckt dahinter? Bedecke ich es von Seiten der Arbeitsorganisation mit Arbeitskraft? Aus meiner Sicht ist auch klar, wer Dokumentationsaufgaben übernehmen soll und kann. Das sollen keine Ärzte sein, weil die haben Medizin gelernt. Das soll Verwaltungs- und Schreibpersonal mit technischem Hintergrund sein, das auch zufrieden und glücklich damit ist, wenn es diese Dinge erledigt, weil sie genau das gelernt haben und nicht wie wir gelernt haben, kranke Menschen zu behandeln. Wir wünschen uns, dass neue Dokumentationsmaßnahmen nach Rücksprache mit den tatsächlich ausführenden Menschen besprochen und akkordiert werden, bevor sie umgesetzt werden und nicht nur von Juristen, Controllern, Datentechnikern erdacht, erarbeitet und implementiert werden. Wir erleben leider immer wieder, dass der despektierliche Ausdruck der Betatester der Arzt ist. Die Betaversion, die irgendwann raus muss, weil man sich ausgemacht hat, zu einem gewissen Termin startet etwas, kommt die Betaversion heraus. Und ich bin dann verpflichtet sie zu benutzen, weil etwas, das ich tun muss, zum Beispiel einen Operationsbericht zeitnah abschließen, daran hängt, dass ich die vorgeschaltete Software mit den verbindlich verlangten Daten füttere. Und wenn ich irgendetwas nicht weiß, muss ich lügen oder es freilassen. Dann habe ich keinen Operationsbericht und dann beginnt eine Kaskade von Problemen, die unmittelbar mich als Arzt betreffen. Weil ich die nicht rechtzeitig abliefere, kann die Krankengeschichte nicht abgeschlossen werden und Gott behüte es passiert was, es geht was schief, es tritt eine Komplikation auf und dann gibt es das Ding nicht, weil sich das Diktat im System verliert oder die verpflichtende Seitenangabe nicht eingegeben ist, die bei unserer Operationssoftware zum Beispiel verbindlich verlangt wird. Jetzt wird jeder Zeitungsleser oder jeder Seitenschreiber sagen: Na logo müsst ihr Ärzte die Seitenangabe verpflichtend eingeben, weil man sonst falsche Nieren und falsche Beine amputieren oder operieren. Softwareprogramme, die uns derzeit gegeben werden und die verpflichtend sind zu bedienen, verlangen von mir eine verpflichtende Seitenangabe beim Blinddarm, bei der Gallenblase und beim Mastdarm. Das ist nicht rauszukriegen. Seit August haben wir es und diskutieren darüber, wir kriegen es nicht weg, das ist eine Pflicht. Und die Seitenangabe reinzuklopfen ist jetzt auch so banal, dass man gar nicht darüber reden müsste. Ich brauche aber 15 Mausklicks dazu. Und ein Mausklick dauert bis zu 20 Sekunden, bis das Fenster aufgeht. Und 15 Stück davon brauche ich, dass ich am Schluss in der richtigen Zeile L oder R stehen habe, für links oder rechts. Manche Operationen, kleine Operationen, dauern dreimal so lange zum Dokumentieren wie die Schnitt-Nahtzeit ist. Dazu kommt, dass Ärzte und Krankenpflegeberufe Montag bis Sonntag von 0.00 bis 24.00 Uhr ihren Dienst verrichten, in der Niederlassung und auch im Angestelltenverhältnis im Krankenhaus und zuständige Helpdesks, Softwareentwickler, Controllinginstitute, Abrechnungsbüros in der Regel – und Gott sei Dank für die Mitarbeiter – Montag bis Freitag von klassische Bürozeit 07.00 bis 16.00 Uhr zur Verfügung stehen. Und in den Zeiten danach, an Wochenenden und Feiertagen, wo die Probleme genauso auftreten wie zur Regelarbeitszeit, müssen wir sie alleine lösen, haben niemanden der uns hilft und hängen leider oft in der Luft. Der letzte Punkt, den ich mir vorgemerkt habe, ist das Thema Datensicherheit. Der Dr. Zeger sitzt am Podium. Es ist aus meiner Sicht und wahrscheinlich aus Sicht jedes Bürgers – die Gesundheitsdaten sind etwas extrem Heikles und Sensibles. Es wird der Dr. Zeger besser machen als ich. Es ist wie in der Medizin so auch in der Medizinverwaltung und in der Bürokratie zu fordern: Wenn der Nutzen einer Maßnahme das Risiko überwiegt, dann ist sie zu setzen. Wenn das Risiko den Nutzen überwiegt, ist sie zu unterlassen. Das gilt für uns Ärzte und sollte meiner

Ansicht nach auch für Dokumentations- und Onlineansprüche gelten. Damit möchte ich mein Eröffnungsstatement beenden und danke für die Aufmerksamkeit.

Dr. Wolfgang Geppert

Danke Stefan Halper. Ich glaube deine Ausführungen gibt es auch in Schriftform. Also wer immer sie haben will, kann man auch beistellen, all das was er gebracht hat. Ich glaube, diskutieren wir gleich seinen Beitrag ab. Es ist nicht alltäglich, dass man wen aus dem Spital hat, der eben auch Allgemeinmediziner ist und immer noch im Hinterkopf auch zuletzt noch den Wunsch gehabt hat einmal Allgemeinmediziner draußen zu werden. Gibt es irgendwelche Fragen an ihn, was den Spitalsbereich betrifft? Ich glaube das ist ja hoch interessant, das haben wir bisher noch nicht gehabt in der Diskussion. Aber ich glaube eines ist schon klar geworden, auch die Jungärzte werden schon gequält von bürokratischen Hürden. Und bei vielen Dingen ist es wirklich gar nicht klar, warum hier Zusatzbürokratie notwendig ist. Darf ich als nächstes Dr. Zeger um seinen Beitrag bitten. Danke.

Dr. Zeger

Danke fürs Wort. Ich möchte Sie auch ganz herzlich begrüßen sehr geehrte Damen und Herren. Ich freue mich, dass ich in der Runde auch ein bisschen etwas beisteuern kann. Ich bin ja der einzige Nichtmediziner hier in der Runde. Bin aber nichts desto trotz ziemlich viel in den letzten Jahren mit Fragen des Umgangs mit medizinischen Daten befasst worden. Nicht zuletzt auch, weil ich im Datenschutzrat sitze und dort das Thema ELGA seit vielen Jahren dauernd Stammgast ist und wir immer wieder versuchen, beim Gesundheitsministerium und auch beim Hauptverband herauszufinden, was denn da so läuft. Und ich habe dann immer so die Versuchung, wenn ich jetzt zum Reden anfangen, höre ich dann nicht mehr auf und das wäre nicht so günstig für den nächsten Vortragenden und auch für Sie. Ich habe mir gedacht, ich werde ein paar Punkte herausgreifen. Vielleicht ganz nüchtern die Sachen versuchen, zu beleuchten. Vielleicht auch ausgehend von dem Thema ELGA eben, das ja doch für alle sehr starke Folgewirkungen haben wird. Grundsätzlich, der Titel heute „Vom Hausarzt zum Gesundheitsbürokraten“, der schlägt sich auch schon stark nieder in dem Begriff, der hier sowohl im so genannten Gesundheitstelematikgesetz als auch dann später bei ELGA verwendet werden wird, den Gesundheitsdienste-Anbieter. Also der Arzt, der Mediziner, die sind ja verschwunden aus den Gesetzen. Jetzt gibt es nur noch Gesundheitsdienste-Anbieter. Und darunter fallen eben nicht nur die Ärzte, die eben ein Behandlungs-, ein Heilungsinteresse haben, sondern darunter fallen dann auch alle Aufsichtsstellen, alle Beamten, die etwas mit Gesundheit zu tun haben, inklusive Pharmafirmen, Softwarehersteller usw. Ich halte das für eine sehr problematische Vermischung und Verwischung eigentlich des Problems, warum es überhaupt Ärzte gibt. Ärzte sollen Hilfesuchenden, Notleidenden durch ihr Expertenwissen helfen und eben das Notwendige – mein Vorredner hat das schon sehr gut ausgeführt und sehr klar ausgeführt – dazu dokumentieren. Aber nicht quasi Dokumentation zum Selbstzweck. Und das muss man sagen ist jetzt bei ELGA sehr stark der Fall. Also ELGA, für alle die mit dem Begriff jetzt nicht soviel anfangen können, das war immer die Abkürzung für „elektronischen lebenslangen Gesundheitsakt“. Das L hat man dann sehr schnell uminterpretiert auf „elektronisch“ nur mehr noch. Das „lebenslang“ spielt sich schon seit ein paar Jahren nicht mehr in der Planung ab. Und im letzten Gespräch, das wir hatten mit dem Hauptverband und dem Gesundheitsministerium, ist auch der Gesundheitsakt plötzlich verschwunden. Der letzte Stand von ELGA ist ein Riesensammelsurium von Datenbanken und Listen. Abgesehen von der E-

Medikation, die mit 1. April – kein Aprilscherz – starten wird, wird es dann einen Patientenindex geben, einen Ärzteindex geben, der im Prinzip einmal noch gar keinen Gesundheitsbezug hat, sondern da werden nur Patienten und Ärzte und Gesundheitsdienste-Anbieter verwaltet. Das muss natürlich auch gepflegt werden. Das muss gewartet werden. Und so wie das aussieht, wird das natürlich dann an die Front zurück verschoben. Also das heißt, diese Pflege werden die Spitäler oder die Ärzte selbst übernehmen müssen. Und darüber hinaus wird es eben keine Akten geben, sondern quasi eine Art Datenbank bzw. in Wirklichkeit wird es kein Datenbanksystem geben, sondern es wird ein System von vernetzten Stellen, die Daten sammeln, geben. Die eben nicht die Krankengeschichten speichern werden, nicht die Befunde, weil da hat man sich jetzt überzeugen lassen im Ministerium, dass das zu unübersichtlich ist. Die verschiedenen Labors, die verschiedenen Ärzte haben alle ihre verschiedenen Methoden, etwas zu dokumentieren. Und das könnte ein Außenstehender, ein Dritter gar nicht ordentlich lesen. Und das wäre zu viel an Daten. Sondern es sollen nur einzelne, wichtige Daten dann hier gesammelt werden. Wie zum Beispiel Blutwerte, Harnwerte, verschiedenste Laborwerte. Wer dann entscheiden wird, was wichtig und unwichtig ist, das wird noch ein sehr großes Thema sein. Der wesentliche Punkt ist aber, dass diese Daten eben, die bisher der Arzt natürlich in Eigenverantwortung dokumentieren musste – und wenn man jetzt eine Situation hernimmt von einer Spitalsentlassung, dann eben als Arztbrief dem Patienten mitgegeben wird oder eben dem Hausarzt direkt zugestellt wird, das soll eben wegkommen. Das soll eben in Listen, in speziellen Formaten natürlich, da gibt es eine Reihe von Dokumentationsformaten, bereitgestellt werden. Jetzt hat man aber schon festgestellt, dass es wahrscheinlich nicht funktionieren wird, dass man dann jeden Hausarzt in Zukunft verpflichtet wird, quasi seine Patientendokumentation Tag und Nacht online zu halten. Also dieses Problem, das Sie genannt haben, mit der Wartung von Spitalsoftware ist natürlich noch viel, viel evidenter, wenn wir uns kleine Arztpraxen oder auch Labors vorstellen mit einer kleinen EDV, die natürlich noch stör anfälliger ist. Und hier eine rund um die Uhr Verwaltung wahrscheinlich doch eher zum Chaos führt oder nicht wirklich funktionieren wird. Also das Ziel ist dann eben, einen quasi Provider-Anbieter zu nominieren, wer immer das ist. Man will das machen. Also der Hauptverband hat gesagt er will das machen, und es sollen dezentrale, mehrere Anbieter sein. Aber man weiß noch nicht wirklich wer das ist. Die sollen dann eben die Daten der Ärzte übernehmen und eben 24 Stunden bereitstellen. Das heißt, die Ärzte werden jetzt sicher einmal gezwungen, ihre Daten zu verdoppeln. Das heißt, lokal sie zu halten, bei sich selber, und zusätzlich in irgendwelchen zentralen Systemen in einem bestimmten Format. Also das freut natürlich einen bestimmten Teil der Gesundheitsdienste-Anbieter ganz besonders, nämlich die Softwarehersteller. Die werden da sehr viele neue Module entwickeln dürfen.

Warum bringe ich das jetzt so lang und breit? Weil ich jetzt auf diesem Weg versucht habe, auch ein bisschen zu meinem Lieblingsthema zu kommen: Grundrechte, Privatsphäre, Datenschutz und auch die Sicherheit. Das System klingt jetzt einmal für den ersten Augenblick nicht ganz unvernünftig. Man kann nachschauen, jeder Patient, jeder Arzt ist in einer Liste drinnen. Es gibt keine unklaren Identitäten mehr. Das ist das eine. Dann eben gibt es zu jedem Patienten Medikamentenlisten und es gibt auch die aktuellen Blutwerte und sonstige Laborwerte. Und da kann dann jeder nachschauen. Das wäre ja an und für sich super. Das Problem an der Geschichte ist, dass das Ganze nur dann funktioniert, wenn wir in einer perfekten Welt leben. Einer Welt ohne Fehler und Irrtümer. Eines der Probleme wurde schon genannt, einfach die Zuverlässigkeit der Systeme. Informationssysteme, IT-Systeme haben die

Angewohnheit ständig abzustürzen. Ich weiß nicht wie es Ihnen geht, in der Praxis oder so. Vielleicht haben Sie auch ein System das rund um die Uhr läuft und nie ein Problem macht und Sie noch nie Sorgen hatten. Ich habe leider andere Beobachtungen machen können, auch bei Ärzten. Das heißt, ein Problem wird sein: Werden diese Daten auch tatsächlich zuverlässig zur Verfügung stehen? Weil ich mich natürlich als Patient und als Arzt, wenn ich schon so viele Kosten hier zu tragen habe um dieses System aufrecht zu erhalten, ja auch dann darauf verlassen werde, ich kann ja die Daten abrufen. Also ich gehe dann als Patient zu irgendeinem Arzt und sage: Du kannst eh nachschauen, was ich für Blutwerte habe. Ich habe nichts mit, keine Unterlagen mehr. Was passiert dann aber, wenn der jetzt in diesem Augenblick nicht nachschauen kann? Was machen wir dann? Das sind sicher ungeklärte Fragen, die eben hier eine sehr große Belastung bringen werden. Das Zweite ist, ich bin da jetzt ein bisschen Laie, aber ich kenne das schon aus vielen verschiedenen Bereichen und nicht ohne Grund hat das Datenschutzgesetz das auch sehr streng formuliert, es gibt ein Zweckbindungsprinzip. Das heißt, persönliche Daten werden nicht einfach irgendwie erhoben, just for fun, weil sie schön und gut sind, sondern weil sie in einer bestimmten Situation Sinn machen. Und ich kann mir ohne weiteres vorstellen, dass ein Arzt, der sich als Experte versteht, in einer bestimmten Situation bestimmte Dinge erhebt und andere nicht, weil er sehr viel über den Patienten schon weiß, über seine Familie weiß, seinen Hintergrund weiß. Einfach weiß, gewisse Dinge brauche ich nicht extra erheben. Die kenne ich schon, die weiß ich. Die treffen auf den zu oder treffen auf ihn nicht zu. Bei einem anderen, der diesen Hintergrund nicht kennt, wären aber das vielleicht nützliche Informationen. Das heißt, wir werden uns darauf einstellen müssen, hier einen ganz sonderbaren Fleckerlteppich zu haben an Patienteninformationen, die einerseits zuviel sind, jede Menge, vielleicht auch ältere Informationen und andererseits dann doch wieder Lücken haben. Und hier sehe ich die Gefahr, dass wir auch in Richtung einer Art Präventiv- und Absicherungsmedizin abdriften. Das heißt, wenn ein Arzt das Gefühl hat, er hat jetzt doch nicht alle Informationen, was wird er dann machen als ordentlicher Arzt oder als jemand, der natürlich weiß, dass er haftet für bestimmte Dinge? Er wird gewisse Zusatzerhebungen machen. Er wird vielleicht auch prophylaktisch gewisse Informationen sich beschaffen, um eben hier nicht in eine Dokumentationslücke zu kommen.

Und das Dritte und Letzte, das auch hier jetzt angesprochen wurde – und ich glaube, damit werde ich einmal mein Eingangsstatement abschließen – Gesundheitsdaten sind vom Gesetzgeber ausdrücklich privilegiert als sensible Daten. Der Gesetzgeber hat im Wesentlichen sechs, sieben Datenarten als sensibel, als besonders schutzwürdig eingestuft. Das sind unter anderem eben Angaben über Religion, Weltanschauung, Gewerkschaftszugehörigkeit, ethnische und rassische Herkunft, sexuelle Orientierung und eben Gesundheitsdaten. Und diese Gesundheitsdaten dürfen immer nur für einen bestimmten Zweck erhoben werden und es gibt sehr enge Verarbeitungsgrenzen. Einer dieser Zwecke ist eben, dass ich geheilt werde, dass ich behandelt werde. Nicht, dass hier Controlling gemacht wird. Und diese Gesundheitsdaten, diese sensiblen Daten sind natürlich auch von ganz besonderem Interesse und Wert. Denken wir etwa an Versicherungseinrichtungen. Denken wir auch an Arbeitgeber. Aber sie können auch unter Umständen innerhalb einer Familie von Bedeutung sein. Wenn ich sozusagen weiß, jemand hat eine bestimmte Krankheit oder ein Leiden, kann ich mir vielleicht mehr oder minder Hoffnungen auf einen früheren oder späteren Tod machen oder ähnliches. Also der Phantasie sind ja hier keine Grenzen gesetzt. Gleiches gilt auch unter Umständen bei Vermietern. Vermieter sind sehr bedacht darauf, dass sie wissen, wie der Gesundheitszustand

ihrer Mieter ist, damit sie wissen, welche Wohnung jetzt als nächstes möglicherweise überraschend frei wird. Also es gibt mit einem Wort viele Einrichtungen und Stellen, die ein aus ihrer Sicht völlig legitimes, aber aus der Sicht eines Patienten und Arztes doch eher – sagen wir – fragwürdiges Interesse an diesen Gesundheitsdaten haben. Und in der Vorbereitung zu dieser Veranstaltung habe ich dann eben eine Zahl gefunden, die ich nur ganz kurz in den Raum werfe. Da wurde in Untersuchungen festgestellt, dass etwa 80 % aller Gesundheitseinrichtungen schon in der Vergangenheit, irgendwann einmal mit dem Problem von Datenverlust – also dass Daten eben verloren gegangen sind oder dass Daten in falsche Hände gegangen sind – und von Datenmissbrauch betroffen waren. Das heißt jetzt nicht, dass diese 80 % alle ihre Daten veröffentlicht haben, dass alles verloren gegangen ist, aber das ist ein Problem, das natürlich ganz, ganz evident ist. Und je unübersichtlicher eine Struktur ist, und gerade dieses Online-System ELGA ist extrem unübersichtlich – ich habe oft den Eindruck, dass weder – ich will jetzt keine Namen nennen – die Leute vom Hauptverband, als auch die vom Gesundheitsministerium überhaupt wissen, wovon sie reden, weil das so technisch komplex ist. Und in diesem Bereich ist quasi der Datenverlust, und zwar absichtlich oder unabsichtlich, schon vorprogrammiert. Mit einem Nutzen, der mehr als fragwürdig ist. Da sind wir bei Ihnen dann wieder. Und damit ist wirklich mein Ende. Wir sollten uns wirklich sehr auf die Beine stellen und uns dazu sehr klar äußern, keine Techniken einzuführen, die sicher einmal sehr hohe Kosten verursachen werden, sicher sehr undurchsichtig, intransparent sein werden und deren Nutzen mehr als fragwürdig ist, aber doch sehr klare Risiken enthält.

Dr. Wolfgang Geppert

Danke Herr Dr. Zeger. Es war bis jetzt immer die Aufgabe des Hausärztesverbandes, auf entsprechende Schwachstellen in diesen großen Planungen hinzuweisen. Allen voran natürlich hier die Möglichkeit von Datenmissbrauch. Und natürlich aus unserer Seite, aus der Sicht derer, die tagtäglich draußen stehen, die Beispiele zu bringen, die wir jetzt schon durchzumachen haben. Diese Schwierigkeiten, die wir jetzt im ersten Online-System mit der e-card erleben. Denn es ist wirklich so, wie es auch der Herr Dr. Zeger gebracht hat. Jeder von uns hat es in der Zwischenzeit schon erlebt, wenn einmal die GINA-Box Schwierigkeiten macht, wenn einmal die Leitung ausfällt, was das dann bedeutet. Und auch auf der anderen Seite natürlich, es ist immer wichtig, dass Daten gepflegt werden. Und gerade nach dem Jahreswechsel, wenn dann womöglich auch das eine oder andere Kind wieder umgemeldet wird, gerade bei den Studenten haben wir dieses Problem, ist ja oft wirklich bei uns in der Praxis ein heilloses Durcheinander. Wir wissen jetzt nicht, ist der Patient selber versichert, ist er mitversichert bzw. er hat es vielleicht schon vollzogen auf den Kassenstellen, aber es wurde noch nicht ins System eingegeben. Also das Problem ist immer: Wie viele Leute stehen bereit und wie viele gibt es, die auch wirklich diese Daten dann einbringen, dort wo es gehört? Und weil ich heute einen Artikel in die Hand bekommen habe von einem der vielen Pläne, wie man online Dinge speichern kann, nach der e-Medikation soll ja auch der e-Impfpass kommen, da muss man sagen: Schon wir haben jetzt das Problem, obwohl wir noch nichts eingeben in ein online-System, dass Leute sagen: Also da war ich irgendwann voriges Jahr, ja da war ich impfen, aber das war von der Bauernkammer. Ich kann mich noch erinnern, am Hauptplatz war das, irgendwo zwei Stunden wurde geimpft. Man kann am Stempel gar nicht erkennen, wer das war, wer geimpft hat. Es wird gar nicht Rücksicht genommen auf das, dass das Datum vielleicht leserlich ist. Wir haben schon jetzt Riesenprobleme. Jetzt können Sie sich vorstellen, wenn so ein

System kommt, sind wieder nur wir Kassenärzte diejenigen, die die Dummen sind. Weil wir haben dann sowieso wie jetzt schon exakt die Dokumentation in unserem System durchzuführen, also in die Tastatur reinzuklopfen, selbstverständlich in den Impfpass des Patienten, den möchte er ja weiterhin haben. Und jetzt kommt eines dazu – und das Ganze dann womöglich noch online zu stellen. So, und was machen wir jetzt mit den vielen Stellen, die irgendwo auch impfen? Was machen wir mit den Schulimpfungen? Was machen wir mit den Impfungen auf der BH? Alle diese Herrschaften würden selbstverständlich jetzt auch das e-card-System benötigen. Und hätten die Verpflichtung, es genauso einzugeben. Es geht ja immer darum, dass es hier keine Lücken gibt. Das heißt, es wird ein Fehler, der jetzt schon in der Dokumentation besteht – Beispiel jetzt die Impfdokumentation – wird dann nur in ein neues Medium hineingetragen, wo wir dann womöglich das Problem haben, dass dann großteils die Kosten wieder einmal durch die niedergelassenen Ärzte zu tragen sind und zusätzlich hier entsprechend immer die Datenunsicherheit gegeben ist. Wir dann womöglich beginnen Dinge einzutragen, wie man gehört hat, der Patient, ja ich weiß das war damals, das war eine Impfkation an der Schule aber wissen nicht genau, was geimpft worden ist. Überlegen Sie sich jetzt was alleine passiert in den Spitälern. Schauen wir uns auf der anderen Seite an, was am Impfplan notwendig ist, gibt es eigentlich nur zwei Möglichkeiten, wie man einen Patienten sozusagen auffrischt nach Jahren, wo eben immer kombiniert neben Diphtherie und Tetanus auch jetzt bedacht werden soll: Braucht er auch Polio dazu? Braucht er entsprechend Zusatzschutz? Da gibt es drei, vier verschiedene Möglichkeiten, je nachdem wie die Spitäler gerade einen Impfstoff gelagert haben. So uneinheitlich wie derzeit so eine Auffrischung eines Patienten nach einer Verletzung habe ich noch überhaupt nicht gesehen. Wie das dann online funktionieren soll, ich weiß es nicht. Also das sind schon die Dinge, wo wir sagen müssen, die müssen wir aufdecken, die müssen wir aufzeigen, bevor sie in Wirklichkeit umgesetzt werden. Und im Endeffekt ja nur irgendwem dienen soll, der bei diesen Systemen verdient und das Geschäft macht.

So, es wäre jetzt Vortragender unser Professor Sönnichsen. Hier steht jetzt die komplette Bezeichnung – bei der Einleitung habe ich es nicht ganz richtig gesagt, also: Vorstand vom Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin an der Paracelsus-Universität in Salzburg. Ich bitte um Ihren Vortrag.

Prof. Dr. Andreas Sönnichsen

Lieber Herr Dr. Geppert, vielen Dank für die einleitenden Worte. Lieber Herr Zeger, lieber Herr Halper, meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen!

Es ist sehr viel kritisiert worden an der Dokumentation und der Dokumentationspflicht und deswegen fange ich jetzt ein bisschen provokant einfach einmal mit einer Fürsprache für die Dokumentation an. Ich erinnere mich vor eineinhalb Jahrzehnten, als ich meine Praxis übernommen habe in München, damals als Einzelkämpfer, habe ich eine Praxis übernommen. Mein Vorgänger hat in einem sehr rudimentären DOS-Programm seine Abrechnung dokumentiert und immerhin waren die Patientennamen und Geburtsdaten darin verwaltet, sonst aber auch nichts. Und sonst hat er Karteikarten gehabt, die in einer sehr krakeligen Schrift vollgeschrieben waren. Die Patienten kamen dann zu mir und sagten: Ich war da eh schon einmal da deswegen und des haben Sie doch alles in der Kartei.

Und dann habe ich halt angefangen zu suchen und zu wühlen in der Karteikarte. Und wenn ich dann wirklich etwas gefunden habe, dann konnte ich es wahrscheinlich nicht lesen. Ich habe also sehr schnell auf ein Computersystem umgestellt, wo wir die gesamte Dokumentation am Computer gemacht haben, sodass dann die Dinge

doch relativ eindeutig und leserlich waren. Die Patienten sind immer ganz begeistert, wenn sie nach eineinhalb Jahren wieder kommen und ich dann mit so einem kleinen Seitenblick auf den Bildschirm sagen kann: Sie waren doch letztes Jahr auch schon einmal wegen den Beschwerden da.

Und die: Ja Herr Doktor, wissen Sie das noch?

Nein, ich kann es hier nachlesen, weil ich habe mir das damals aufgeschrieben.

Und wenn ich mir jetzt mal die Zeit vor Augen führe, die diese Dokumentation in Anspruch nimmt, dann sind das ein paar Sekunden. Ich kann übrigens nicht mit 10 Fingern tippen, aber ich mach das ganz schnell und da sind sehr viele Tippfehler.

Meine Helferinnen haben mir einmal zum Geburtstag einen kleinen Auszug aus meiner Karteidokumentation geschickt, wo dann statt Nachtschweiß auch mal Nachtscheiß stand. Es war sehr lustig. Aber immerhin ist es so, dass ich sehr schnell mich orientieren kann, was mit dem Patienten vorher schon war. Und ich glaube, auf diese Dokumentation möchte ich auch nicht mehr verzichten.

Jetzt schwenken wir aber zu einem ganz anderen Thema und das ist eben das Thema des heutigen Abends „online-Wahnsinn“. Und da sind wir – glaube ich – ziemlich einer Meinung hier an diesem Podium. Wenn ich mir denke, ich habe viele Patienten mit denen ich doch sehr persönliche Dinge bespreche, Beziehungskonflikte oder vielleicht sogar juristisch relevante Dinge von einem Patienten, der vielleicht in der Drogenszene ist und der mir seine Probleme anvertraut. Ich schreibe mir das natürlich in meine Karteikarte, damit ich auch in 6 Monaten oder in einem Jahr, wenn der Patient wieder kommt noch weiß, was ich damals mit ihm besprochen habe. Aber wenn ich mir vorstelle ich schreibe das nun in eine online-Akte, die irgendwo auf einem ELGA-Server lagert, dann muss ich sagen, ist mir da doch sehr, sehr unwohl dabei. Also das würde ich doch nicht wollen. Muss eigentlich wirklich alles gespeichert werden? Ganz klares „Ja“. Es muss alles gespeichert werden. Es muss alles dokumentiert werden. Das brauchen wir für unsere rechtliche Absicherung und das ist auch ein ganz eindeutiges Qualitätsmerkmal und sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung. Aber – das aber kommt gleich hinterher – bitte nur in meiner Praxiskartei.

Warum wollen wir denn überhaupt eine zentrale Datenspeicherung? Da sagt man Verfügbarkeit, vollständige Informationen. Wir haben gerade schon die Kritikpunkte gehört. Erstens mal lückenlos, zweitens mal Systemausfälle. Was mache ich denn dann? Dann habe ich das doch nicht zur Verfügung.

Ein sehr gutes und wichtiges Argument ist für mich die epidemiologische Datenauswertung. Wir haben in Österreich sehr, sehr wenige Daten über das, was in der Primärversorgung überhaupt passiert. Wir haben keine Statistik über die Behandlungsanlässe, über die Diagnosen. Wir haben sehr vage Vorstellungen zum Beispiel nur, wie viele Diabetiker gibt es denn nun eigentlich wirklich? Also ich glaube, wenn wir hier eine verbesserte Datenerfassung hätten, würden wir sehr gute epidemiologisch Aussagen kreieren können, um die dann auch wieder in eine Verbesserung der Versorgung einfließen zu lassen. Man kann mit solchen zentral gespeicherten Daten, die leitliniengerechte Versorgung optimieren und ein Benchmarking betreiben. Qualitätssicherung. Man kann natürlich auch eine Datenkontrolle machen. Wir haben ja auch schwarze Schafe. So ist es ja nun auch nicht. Also es gibt schon ein paar Argumente für diese zentralen Datenspeicher, aber es gibt natürlich auch viele Argumente dagegen, die ich jetzt sehr kurz hier fassen kann, weil die ja eigentlich alle schon gebracht wurden. Die Frage ist nun: Wenn ich mir diese Pro-Argumente nochmals anschau, ist denn dafür wirklich eine zentrale Datenspeicherung notwendig? Also die Verfügbarkeit vollständiger Information, das

bringe ich, glaube ich, in meiner Praxis besser hin als mit einem zentralen Server. Was brauche ich denn eigentlich an Daten für eine optimale Versorgung? Jetzt auch für den Notfall oder wenn der Patient in die Klinikambulanz gehen muss. Und was muss der Arzt, der dort die Versorgung übernimmt, eigentlich wissen? Er braucht die Dauerdiagnosen, die Akutdiagnosen der letzten Zeit. Er braucht die Dauer- und Bedarfsmedikation. Er braucht die Allergien und Unverträglichkeiten. Er braucht gegebenenfalls dann relativ zeitnah, aber das braucht er schon nicht mehr im Notfall, Verfügbarkeit von Details. Alle diese Dinge können auf der e-card gespeichert werden. Wir haben heute so gute Speichermedien, dass in eine e-card einige Gigabyte reinpassen. Es besteht überhaupt keine Notwendigkeit, das auf einen zentralen Datenserver abzulagern. Das können wir dem Patienten sozusagen in seinem Geldbeutel stecken und er kann es dann den Leuten anvertrauen, denen er möchte.

Wie schaut es mit der epidemiologischen Datenauswertung aus? Auch hier ist es so, dass eine zentrale Speicherung eigentlich nicht notwendig ist. Wir können doch Diagnosen, Behandlungsanlässe, Überweisungen, wenn wir das auswerten wollen, können wir das genauso mit anonymisierten Daten machen. Wenn wir also ein vernünftiges, standardisiertes Datenformat schaffen würden und nicht mehr zig Sachsoftwarehersteller an ihren eigenen kleinen Systemen tüfteln würden, sondern wir hätten da ein standardisiertes Datenformat und könnten anonymisiert quartalsweise Daten in so einen Zentralserver übertragen. Das anonymisiert im Hinblick auf den Arzt und auf den Patienten und wir hätten genau die Auswertungen, die wir brauchen.

Wie schaut es mit der leitliniengerechten Versorgung und dem Benchmarking aus? Genau das gleiche wieder. Als Beispiel ein typisches Versorgungsproblem: Sollen, Typ-2-Diabetiker mit Metformin behandelt werden? Ganz klare Frage. Ja, das ist die Substanz mit der höchsten Evidenz für einen dauerhaften Behandlungserfolg. Trotzdem ist es tatsächlich so, dass nur ungefähr 60 bis 70 % der Patienten mit Metformin behandelt werden. Und selbst bei Patienten, die einen schlechten H_{1c}-Wert haben und keine Kontraindikationen gegen Metformin, haben wir eine Versorgungslücke von 20 bis 25 %. Wie können wir das besser machen? Das geht über Benchmarking und über Decision Support. Der Arzt weiß es vielleicht nicht oder er vergisst es, er denkt gerade nicht daran. Wir haben ja einen Durchfluss von einem Patienten alle sechs Minuten. Da kann einem schon mal was durch die Lappen gehen. Oder der Arzt entscheidet bewusst dagegen. Oder der Patient will die Behandlung nicht. Oder der Patient vergisst, sich das Folgerezept zu holen. Wir wissen im Moment nicht woran es liegt, dass die Versorgung nicht optimal ist. Wie kann es besser werden? Wie gesagt mit Decision Support und Leitlinien, die über die Praxissoftware verfügbar sind. Dazu brauche ich aber auch keine zentrale Datenspeicherung von Patientendaten, sondern die Informationen, die hier notwendig sind, die kommen online zu mir in die Praxis. Und in der Praxis verbessere ich meine Patientenversorgung damit. Nicht umgekehrt.

Wie kann so ein Decision Support funktionieren? Auch das ist nur eine Frage der Entwicklung der entsprechenden Softwarelösungen. Eine intelligente Software kann beim Aufrufen eines Patienten die Datenbank abfragen, nachschauen. Was hat der Patient für Diagnosen? Wenn da Diabetes steht, dann fragt er ab, wann der letzte H_{1c}-Wert bestimmt worden ist. Wie hoch war der? Wenn er über dem Zielwert war, schaut der Computer nach beim Kreatinin, ob er eine Kontraindikation gegen Metformin hat. Und dann schaut er nach, ob Metformin in der Medikamentendatenbank eingetragen ist bei dem Patienten. Wenn nicht, dann fragt der Computer nach. Warum hat der Patient kein Metformin? Der sollte eigentlich

Metformin haben. Und dann kann ich als Arzt entscheiden: Ja, ist bloß nicht daran gedacht worden. Oder: Nein, ist eine bewusste Entscheidung dagegen. Aber brauche ich dafür eine zentrale Datenspeicherung von Patientendaten? Nein, natürlich nicht. Das läuft alles bei mir in der Praxis.

Benchmarking

Benchmarking ist ein gutes Tool, um die eigene Qualität zu kontrollieren und zu verbessern. Ich kann mich mit anderen Kollegen vergleichen. Ich kann zum Beispiel ein Benchmarking machen – wie ist denn der Prozentsatz an Metformin-behandelten Diabetikern in den unterschiedlichen Praxen? Wie schaut es denn damit aus? Wien, Österreich, meine Praxis? Das kann ich aus solchen Daten natürlich extrahieren. Das sind übrigens fiktive Daten. Das habe ich extra dazugeschrieben. Also meine Praxis ist vielleicht gar nicht so gut und die Wiener sind vielleicht nicht so schlecht. Auch hierzu brauche ich aber keine zentrale Datenspeicherung von Patientendaten, sondern ich kann hier auch anonymisiert Benchmarkingdaten in eine Auswertung schicken und bekomme dann mein persönliches Ergebnis zurück. Damit ich weiß, wo ich stehe.

Qualitätssicherung

Auch hier – das geht auch ohne zentrale Datenspeicherung. Sie wissen alle, es gibt Qualitätsindikatoren. In manchen Gesundheitssystemen wird darüber nachgedacht bzw. ist es schon realisiert, dass ein pay for performance eingeführt wird. In England ist das zum Beispiel der Fall. Das heißt, nach bestimmten Qualitätsindikatoren wird das ärztliche Honorar angepasst. Hier kann man den Prozentsatz der leitliniengerecht-versorgten Patienten sich anschauen. Mortalität, Arbeitsausfall, Hospitalisierungsrate etc. Das sind so genannte harte Qualitätsindikatoren. Aber sie machen natürlich nur einen kleinen Teil der hausärztlichen Tätigkeit aus. Was die Kritiker natürlich mit Recht auch anführen. Die weichen Qualitätsindikatoren, die Arzt-Patienten-Beziehung, die Patientenzufriedenheit, das Vertrauen zum Arzt, die Lebensqualität des Patienten, das ist alles sehr, sehr schwer messbar und ist vielleicht für den Patienten aber viel wichtiger als die leitliniengerechte Versorgung. Jedenfalls im Einzelfall ist das nicht unbedingt sicher zu entscheiden. Harte Qualitätsindikatoren können anonymisiert und weiche können überhaupt schwer erfasst werden. Also auch hier brauche ich eigentlich keine zentrale Datenspeicherung.

Kommen wir zum letzten Punkt: die Kontrolle.

Und das ist wahrscheinlich der entscheidende Punkt, weswegen die Befürworter auch so dahinter her sind, dass diese zentrale Datenspeicherung kommt. Denn Ärzte sind besser kontrollierbar, wenn man diese Daten zentral auf dem Server hat. Ist ja auch tatsächlich wahr. Es gibt ja immer wieder diese schwarzen Schafe, die ihre Patienten nicht gut versorgen, die Abrechnungsbetrug betreiben usw. Die gibt es bei den Lehrern, bei den Ärzten, bei den Pfarrern und bei allen anderen Berufen auch. Und den Leuten wollen wir auch das Handwerk legen. Hier wäre auch eine Lösung zum Beispiel denkbar, dass man stichprobenweise die Übertragung praxisbezogener Daten verlangt, im Rahmen von Qualitätssicherung. Auch hier können die Patientendaten anonymisiert werden. Es kann ein offenes Benchmarking stattfinden, wo man einem bestimmten Kollegen dann auf die Finger klopfen kann. Ich möchte sehr warnen davor, das zu leichtfertig zu nehmen. Weil die Qualitätsindikatoren, die man dann anlegt, müssten sehr, sehr wohlüberlegt und vorsichtig ausgewählt werden. Die zentrale Speicherung von Patientendaten brauchte ich hierfür aber auch nicht.

Was brauchen wir denn? Wir brauchen eine intelligente Ordinationssoftware. Und hier ist glaube ich die Crux. Denn ich habe zwei Mal Praxissoftware gewechselt in meiner Münchener Praxis, weil ich immer unzufrieden war. Und ich bin leider immer noch unzufrieden, weil das eine konnte die eine ein bisschen besser und das andere kann die andere ein bisschen besser. Insgesamt sind sie viel zu langsam. Wenn die Patientendatenbank irgendwann zu groß wird, sitzt man da ... und jetzt kommt es ... jetzt vielleicht ... irgendwann einmal. So geht es euch in der Klinik auch. Ich denke, das ist sicherlich ein Problem einer wirklich guten Programmierung. Wir brauchen standardisierte Datenbankformate, um einen Datenaustausch zu verbessern. Wir brauchen einen automatischen Abgleich und Speicherung bestimmter Kerndaten auf der e-card. Wir brauchen eine Integration von Guidelines und Decision Support in die Praxissoftware. Und der Computer soll da sein, damit ich bei optimaler Versorgung mehr Zeit für den Patienten habe und nicht weniger. Hoffentlich sehen das meine Patienten auch so. Aber es hat sich noch keiner beschwert. Ich schaue ab und zu einmal in den Bildschirm, aber ganz kurz. Hauptsächlich schaue ich meinen Patienten an. Und ich glaube, wenn man das ganz gut organisiert, sich selbst, dann kann man das auch schaffen. Danke schön.

Dr. Wolfgang Geppert

Danke. Also es gab hier die Korrektur. Es ist klar, dass wir grundsätzlich für Dokumentation sind. Wann immer man Qualität in der Praxis beweisen will, dann muss man für exakte Dokumentation sein. Nur es geht halt darum, dass wir teilweise hier schon die Grenzen des Möglichen erreicht haben. Wenn ich mir denke, was da bei uns derzeit in der normalen Praxis am Tag eingescannt wird, was da an Dingen gespeichert wird, wo eigentlich so viele Dinge auf der Hand liegen und trotzdem nicht umgesetzt werden. Das sind bei uns zum Beispiel die normalen Systeme für die Befundübertragung. Hier braucht man weit weniger Speicherplatz, weniger Aufwand. Und wie wenig Spitäler es erst gibt, wie wenige Abteilungen es gibt, die uns diese Befunde zur Verfügung stellen. Auch wieder ein Punkt, wo ich mir denke, warum brauchen wir hier so aufwändige, zentrale Dinge, wie sie bei ELGA geplant sind. Viele Dinge gibt es schon, die nur entsprechend ausgebaut werden müssen. Und teilweise kommen wir immer wieder auf das zurück: Wer soll das bei uns auch wirklich finanzieren? Und ich glaube, das ist auch der springende Punkt. Wir haben erlebt, dass Bürokraten und Theoretiker schon sehr, sehr viel geplant haben und wir haben uns schon viel gefürchtet, wie man das umsetzen soll. Aber die allgemeine Finanznot bringt auch diese Herrschaften natürlich auf den Boden zurück. Und Sie werden es wissen, sowohl bei der e-Medikation gibt es deswegen jetzt Anlaufschwierigkeiten, weil es einfach wieder an der Finanzierung hapert. Und ELGA insgesamt – in seiner ersten Ausbaustufe mit 30 oder 32 Mio. Euro Aufwand – ist auch weit entfernt, weil einfach das Geld derzeit nicht da ist. Ich denke das ist immer so, wie mit der versprochenen Nordautobahn. Sie endet weit vor meinem Ort und wird auch sicher lange in Schrick enden. Erst wenn wieder einmal irgendwo ein neues Finanzierungsmittel aufgebracht wird, dann wird es statt der Brünner Straße auch eine Autobahn geben. Ich wünsche jetzt rege Fragetätigkeit aus dem Publikum. Christian, du warst der Erste.

Christian:

Worauf ich noch hinweisen möchte – was hier auch angesprochen wurde – ist, dass diese online-Anbindung uns zu mancher Dokumentationsarbeit hier und jetzt zwingt. Also ich verwende zum Beispiel schon die elektronische Übermittlung der

Arbeitsfähigkeit. Das ist auch vom Kollegen Halper angedeutet worden – wenn hier ein Feld nicht ausgefüllt wird, geht nichts weiter, können wir faktisch den Arbeitsplatz nicht verwenden. Wir können die Arbeit nicht durchführen. Und wenn Sie jetzt bedenken, wenn wir am Abend unsere Tagesliste machen, dass ich ungefähr eine Stunde sitze und Dinge noch eintrage, um die Kartei zu komplettieren, die ich noch weiß. Da wollte ich die Zeit jetzt nicht während der Ordinationszeit dafür benützen. Wenn ich jetzt gezwungen wäre, all diese Dinge sofort zu machen und den Patienten erst weggehen zu lassen, bis auch die Kartei sozusagen dokumentativ und bürokratisch abgeschlossen ist, hieße das, eine Stunde länger Ordination halten. Aber nicht um mit den Patienten diese Stunde zu verbringen, sondern mit der Datei. Und gerade diese Sache e-Medikation hat mich jetzt veranlasst, bei Patienten mit komplexer Medikation für mich in meinem System auf den Stand zu kommen, dass ich auf Knopfdruck die gültige Medikation ausdrucken kann. Das ist viel Arbeit. Das kann ich nicht jeden Tag tun. Das kann ich tun, wenn es sich günstig ergibt sozusagen. Es ist weniger los, der Patient ist da. Ich frage ihn noch einmal genau: Wie ist das jetzt? Ich habe 3 Mal eine $\frac{1}{2}$ aufgeschrieben. Nehmen Sie wirklich 3 Mal eine $\frac{1}{2}$?

Und man kommt dann drauf, ganz so ist es nicht. Das heißt, ich habe Zeit, ich sage, in den nächsten zwei Quartalen mache ich das. Käme jetzt der Punkt, wo ich dem kein Rezept drucken kann, so lange ich das nicht gemacht habe, wäre das ein Irrsinn. Und andererseits, wenn das System rein theoretisch einen Sinn haben soll, müsste es so rigoros gemacht werden, sonst hätte es keinen Sinn. Und so können wir sehr wohl die gute Dokumentation begrüßen und gute Gründe haben, uns vor der online-Verpflichtung, die ja zugleich ein Zeitdiktat ist, zu fürchten. Das wollte ich nur anbringen.

Dr. Wolfgang Geppert

Danke für den Hinweis. Ich glaube, das ist auch derzeit die praktikable Möglichkeit draußen. Ich sehe das selbst, wenn ich es für notwendig erachtet und wenn etwas dazugekommen ist, dann eben eine neue Medikamentenaufstellung, wo man auch auf die Interaktionen achtet. Aber bei manchen Patienten, wo sich über Monate die Medikation nicht verändert, ist es einfach ein zusätzlicher Aufwand, der nur aufhält. Der entsprechend nur blockiert. Und es kommt dann wirklich der Punkt, wo der Patient sagt: Herr Doktor schauen Sie nicht dauernd in den Schirm, schauen Sie mich auch einmal an.

Und das Problem haben wir einfach. Wir sind noch in einer Zeit aufgewachsen, wo wir noch direkt mit den Patienten kontaktieren mussten. Also ich habe das Glück nicht, was der Prof. Sönnichsen sagt, ich habe auch so ein Zweifingersystem und kämpfe sehr viel mit dem ständigen Suchen nach Q und Ä. Jedes Mal, bei jeder Eintragung, denke ich mir: Das wäre eigentlich eine gute Zeit, um direkt sich auch dem Patienten zuzuwenden, wo man jetzt in unserem Tastensystem gezwungen sind. Wir haben alle miteinander eines nicht begriffen: Dass wir als Ärzte, die jetzt tätig sind, egal ob im Spital oder in der Praxis, wir müssten blind Schreibmaschine schreiben können. Denn das würde es bringen. Das so nebenbei tippen, der Patient erklärt mir das, ich springe zurück. Aber das können wir eben nicht. Und das ist eben die Schwierigkeit, dass das sozusagen gefordert wäre, aber eben nicht umsetzbar und nicht möglich ist.

Kollege Fuchs war der nächste.

Dr. Fuchs

Nachdem ich also fünf Jahre bei der Equip war und Dokumentation bearbeitet habe auf internationalem Niveau, habe ich gelernt, dass das Beste, was eine ärztliche Dokumentation bieten kann, ist die Möglichkeit zum Review. Also dass man sich die Diagnosen und Dauerdiagnoselisten immer wieder anschaut. Da helfen mir zum Beispiel die Medizinstudenten in meiner Praxis. Die wollen wissen, was hat der Patient schon gehabt, und wir schauen uns gemeinsam das an. Und das ist eine hervorragende Qualitätsverbesserungsmethode. Weil man einfach in jedem Moment auf dem Wissen, das man eigentlich schon hat, was eben im Computer steht, aufbaut in der Patientenkommunikation und in der Behandlung der Patienten. Also das ist ein ganz, ganz wesentlicher Zugewinn durch die Arztdokumentation, dass man die Krankengeschichte liest, die man selber geschrieben hat.

Dr. Wolfgang Geppert

Ganz klar. Danke.

Ja bitte.

Ich bin kein Arzt, ich stelle nur die neugierige Frage: Gibt es ein System in Europa oder in einem anderen Land, das nach diesen Kriterien bereits arbeitet? Und zweitens darf ich darauf hinweisen, dass es sprachgesteuerte Computer gibt, wo Sie sich die zehn Finger ersparen.

Dr. Wolfgang Geppert

Ja, aber die funktionieren nicht.

Die funktionieren hervorragend. Jeder zweite Autor schreibt damit.

Dr. Wolfgang Geppert

Ach so? Ich weiß nicht, ob es irgendwo in der Praxis wirklich im Einsatz ist.

Also ich möchte fragen, ob die Leute hier wissen, wie viel wir zu tun haben in einer Allgemeinpraxis? Wir haben, wie schon gesagt wurde, alle fünf Minuten einen anderen Patienten, müssen uns auf den einstellen. Wir kennen unsere Patienten. Auch auf der Strasse wissen wir, was sie einnehmen und was sie tun. Wenn sie kurz vor uns stehen, läuft da eine Maschinerie ab. Ich meine, kurz nach einer Praxisübernahme natürlich nicht, aber nach einiger Zeit. Wenn wir zehn Jahre eine Praxis haben, wissen wir eigentlich über 2000 Patienten Bescheid. Weil es kommen nicht immer die gleichen Patienten jedes Quartal. Also wir sind eigentlich die besten Computer an und für sich. Dass wir natürlich eine Dokumentation brauchen, ist kein Frage. Aber dass es unheimlich ist, wenn eine Computerfirma über das e-card-Kasterl in unser Karteisystem eingreifen kann, alles runterkopieren kann und es ist alles bei denen in der Hand; Und die Mitarbeiter steigen dort vielleicht aus und verkaufen vielleicht unsere Daten. Das ist schon sehr unheimlich. Und ich glaube, deshalb müssen wir wirklich stoppen, ab einem gewissen Punkt. Man kann nicht alles geschehen lassen bis ins Unendliche. Das ist mit der Atomkraft so und das ist eben auch mit solchen Systemen so. Weil die einfach ein Unheil bringen können.

Dr. Wolfgang Geppert

Danke für den Beitrag.

Kollege Werner war der Nächste.

Dr. Werner

Es gibt ein grundsätzliches Problem, das der Herr Dr. Zeger vorhin schon angesprochen hat, das ist die Zuverlässigkeit. Wenn man sich nur überlegt, das was ganz banales passiert – der Strom fällt aus. Ein Ausfall des Stromes würde bedeuten, dass die Ordination gar nicht mehr betrieben werden kann. Weil wir überhaupt keine – es ist schon jetzt so. Also ich denke nur daran: Voriges Jahr oder vor zwei Jahren ist das gewesen, dass die Ukraine die Gaslieferungen eingestellt hat. Das heißt, wenn nur ein Gaskraftwerk ausfällt, steht ein großer Teil Wiens zum Beispiel still, ist kein Strom da. Also bei Kerzenlicht könnte man mit einer einfachen Handkartei arbeiten. Wir hätten gar keine Daten zur Verfügung, überhaupt nichts. Kein Geburtsdatum, nichts mehr von den Patienten zur Verfügung, wenn der Strom ausfiele. Also soll jetzt jeder ein Notstromaggregat zuhause haben? Also eine einfache Sache. Da muss auch noch eine Lösung her. Aber wir können, wenn nur der Strom ausfällt, nicht mehr arbeiten.

Dr. Wolfgang Geppert

Ja. Aber Gott sei Dank leben wir nicht und arbeiten wir nicht in der Ukraine, wo er weit öfters ausfällt als in Wien.
Kollege hier hinten bitte.

Dr. Franz Schramm

Nachdem ich für die HÖGANG zu diesem Thema zuständig bin, spreche natürlich häufig mit IT-Experten, und technische Probleme haben die nie.

Dr. Wolfgang Geppert

Kurze Vorstellung, Ihr Name noch?

Dr. Franz Schramm

Mein Name ist Schramm Franz, Allgemeinmediziner in Traun, Oberösterreich. Und die IT-Experten haben für alles eine technische Lösung. Keine Angst. Stromprobleme ist sowieso kein Problem, haben wir eine unterbrechungsfreie Stromversorgung. Und auf der anderen Seite sagt er dann: Na ja, und wenn Sie kein Licht haben können Sie auch nicht arbeiten.

Je länger ich mich mit dem Thema beschäftige, umso eher versuche ich jetzt das ganze Problem umzukehren. Wir sind in einer Defensivposition und uns werden immer wieder neue Dinge – auf gut Oberösterreichisch gesagt – aufs Auge gedrückt. Und ich gehe jetzt einfach her und sage, ich mache das jetzt umgekehrt. Ich fordere eine evidenzbasierte IT. Das heißt, wenn du etwas einführen willst an Informationstechnologie, dann möchte ich dich bitten mir nachzuweisen, welchen entweder Patientennutzen oder Versorgungsnutzen die gezielte Maßnahme, die du setzen willst oder von mir verlangst, haben soll und haben wird und wie das funktionieren soll? Auf dieser Ebene haben die einen absoluten Argumentationsnotstand. Es gibt eigentlich kaum etwas, was argumentiert werden kann. Von uns wird das bei jeder medizinischen Maßnahme verlangt. Und ich denke, wir sollten einfach schlicht und ergreifend dazu übergehen, das umgekehrt genauso zu verlangen. Und wenn wir diesen Terminus „evidenzbasierte IT“ unter die Leute bringen und uns schlicht auf die Fahnen heften und sagen: So, wir wollen das, Ihr wollt das von uns, wir wollen das von Euch. Bitte legt es auf den Tisch. Wir sind keine ewig Gestrigen, wir sind ja durchaus innovationsbereit. Nur ich will wissen, welchen Patientennutzen oder Versorgungsnutzen das hat. Nicht welche Arbeitsplätze in der IT-Branche geschaffen werden, welche Eitelkeiten einzelne

Verwaltungsbeamte mit dem ausleben können. Sondern welchen Patientennutzen das hat.

Und ich denke, dann sind wir in der Diskussion oder in der Argumentation einmal auf einer anderen Schiene als bisher nur in der Defensive.

Dr. Wolfgang Geppert

Danke. Das kommt – glaube ich – unserer Meinung ziemlich ähnlich. Da wir immer von welche Herrschaften hören, die keine Ausbildung haben und auch nie in der Praxis gestanden sind, plötzlich große Theorien schwingen. Dann geht es auch darum, dass diese Gesundheitspolitiker, diese Gesundheitsökonomien ja auch im Endeffekt irgendwelche Qualitätskriterien erfüllen sollten. Es sollte auch das Qualitätsmanagement bei den Gesundheitspolitikern geben.

Der Kollege daneben. Gleich bitte kurz Vorstellung. Er hat sich schon längere Zeit gemeldet.

Stefan Janzig

Student an der Medizinischen in Wien. Nur ganz kurz. Es gibt genug Studien, die eigentlich die Evidenz zeigen, dass sowohl wirtschaftlich als auch von der Patientenversorgung als auch vom Arzt her, Vorteile von elektronischen Gesundheitsakten geschaffen sind, wenn sie gut umgesetzt werden. Mehr will ich gar nicht sagen.

Dr. Wolfgang Geppert

Danke.

Christian Hussek

Christian Hussek. Ich glaube die meisten kennen mich. Ich war gestern bei Transparency International – Korrupte Medizin. Ich meine, es ist ganz klar auch bei diesen Studien, wer zahlt schafft an. Also diese Studien sind schon sehr stark – ich gebe dir durchaus Recht – aber die sind schon sehr stark IT-abhängig. Du brauchst dir nur die ELGA-Machbarkeitsstudie anschauen und anderes.

Dr. Wolfgang Geppert

Ich glaube da gibt es schon den Hintergrund, gewisse Arbeitsplätze zu schützen und zu sichern. Ja Siemens, IBM, wie sie alle heißen, die das große Geschäft machen wollen.

Auch der Hauptverband entdeckt ununterbrochen neue Möglichkeiten, uns fremd zu bestimmen, uns zu kontrollieren und die haben schon wieder 30 Arbeitsplätze mehr. Dort wird ja nicht berechnet, ob sie wirklich ökonomisch handeln und arbeiten. Das ist unser Problem.

So, nächste Wortmeldung. Kollege Bidner.

Dr. Bidner

Bidner, Allgemeinmediziner in Siegendorf im Burgenland. Also ich glaube, Prof. Sönnichsen, Sie haben das zentrale Problem angesprochen. Wir stehen Softwareanbietern gegenüber, die zwei Interessen dienen müssen. Sie müssen sich den Interessen eines Hauptverbandes unterwerfen – auf der einen Seite – und sie müssen versuchen, auf der zweiten Seite mit den Bedürfnissen und den Wünschen einer ärztlichen Optimierung dieser Systeme zu Euch zu kommen. Und bei diesem Tempo an Wünschen und an sehr gefährlichen Wünschen in der Perspektive, die der Hauptverband oder dahinter stehende politische Motive haben, und die diese ganzen

Systeme vorantreiben, ist es eindeutig, dass ein ärztliches Bedürfnis, sich eine Idee anzuschaffen, mit der er wirklich umgehen kann, dass die immer weiter marginalisiert und marginalisiert werden. Wer derartige Geldmittel in Entwürfe wie ELGA oder sonstiges hineinsteckt, dem kann kein Geld mehr über bleiben, um seine Vertragsärzte darin zu unterstützen, ihre Arbeit wirklich auf einer fundierten Art und Weise durchführen zu können. Und da haben Sie schon alles aufgezählt. Ich würde mir, genauso wie Sie, wünschen, dass ich Leitlinien auf einen Knopfdruck zur Verfügung gestellt habe, wenn ich mich mit einer Diagnose beschäftige. Ich würde mir von meinen Softwareanbietern wünschen, dass sie mir Masken zur Verfügung stellen, in denen ich eine wunderbare Struktur meiner Daten zur Verfügung habe. Die es mir schnell ermöglicht, mich zu orientieren. Ich möchte Systeme zur Verfügung haben, die meine Daten zusammenstellen bereits für den Patienten. Beispielsweise seine Medikation auf ganz automatisierter Art und Weise, sodass ich sie nur noch ausdrucken muss und sie ihm zur Verfügung stellen kann.

Das ist wirklich das zentrale Problem. Das Interesse der niedergelassenen Ärzteschaft an der Perfektionierung einer Datenverarbeitung kommt nicht vor. Das absolute Interesse des Hauptverbandes wirkt und wird durchgezogen. Und das ist im Wesentlichen Controlling.

Dr. Wolfgang Geppert

Kollege Hussek bitte. Er ist ja in Fragen der online-Problematik sicher ein Experte.

Christian Hussek

Ich gebe Ihnen völlig Recht, lieber Kollege aus dem Burgenland. Wir müssen uns selbst auch ein bisschen am Schopf nehmen. Es gibt in der ganzen medizinischen Universitätsausbildung zurzeit keinerlei Unterricht, keinerlei Inhalte, was Dokumentation betrifft, generell und überhaupt nicht was IT-Dokumentation betrifft. Und wir müssen uns einmal selbst überlegen, wie wir unsere Praxissysteme halbwegs standardmäßig – nämlich im Sinn von einer Überlegung, wie wir was dokumentieren – verwenden. Ich habe mein System seit 15 Jahren und ich habe es strukturiert. Ich kann wahrscheinlich – vielleicht mehr als andere Kollegen – auf Knopfdruck gezielt suchen, weil ich es einfach seit 15 Jahren strukturiert habe. Aber ich habe wiederholt mit Verantwortlichen der Universität gesprochen, mit Prof. Dorda und anderen, es gibt meines Wissens keine Ausbildung in medizinischer Dokumentation und die ist unbedingt notwendig. Ich meine, nur weil es mir jetzt spontan einfällt, dass der Hauptverband ein gewisses Controlling macht oder die Krankenkassen, ist legitim – meines Erachtens. Weil sie stellen zwar nicht das Geld zur Verfügung, aber sie verwalten es. Es ist unser aller Geld. Und eine gewisse Kontrolle ist immer gut und eine gewisse Transparenz. Und ich kenne genug Kollegen, die äußerst schlecht dokumentieren oder gar nicht dokumentieren. Es gibt weiß Gott wie viele Fachärzte, die keine Befunde schicken, die – jetzt hätte ich fast gesagt – unfähig sind. Vor allem auch die Spitäler. Da kriegen Sie irgendwelche unleserlichen, handgeschriebenen Zettel, ohne Anrede ohne Name des Patienten. Ich kann Ihnen hunderte solche Beispiele nicht ad hoc, aber wenn ich sie heraussuche, schicken. Ich habe das gesammelt. Und wir müssen uns wirklich selbst am Schlafittchen nehmen und viel besser werden in mancher Beziehung. Und wir müssen, da bin ich völlig beim Kollegen Schramm, auch die Richtung vorgeben. Weil es muss unseren Patienten dienen oder umgekehrt uns dienen, damit es unseren Patienten dient. Und es gibt sehr vieles zu verbessern. Aber wir müssen endlich aufwachen und selbst was unternehmen und sozusagen mit unseren Partnern des

Hauptverbandes und anderer eine Partnerschaft bilden und sagen: Das brauchen wir. Macht das bitte.

Ich war heute beim CDA-Ausschuss, habe mit einem Projektmanager der SVC gesprochen. Der hat gesagt, wir machen Euch die Struktur. Ich habe gesagt, das ist genau der falsche Weg. Ihr müsst uns zuerst fragen, was wir brauchen und dann das machen, was wir brauchen. Weil sonst macht Ihr ein tolles Fahrzeug, aber leider fehlt der Treibstoff.

Dr. Wolfgang Geppert

Danke. Gibt es noch Wortmeldungen?

Also ich glaube, es hat nicht nur damit zu tun, dass wir für einiges zu blöd sind oder unwillig sind, sondern es wird einfach nicht bezahlt. Es werden Unsummen ausgegeben für die Elektronik des Hauptverbandes, aber für uns ist nichts da. Wir zahlen die Leitungsgebühren jetzt selber für eine Sache, die eigentlich nicht wir eingeführt haben. Wir zahlen für alles. Wir zahlen für die Computer. Jeder gibt Unsummen aus für seine Computeranlagen. Ich meine, da wird uns überhaupt nicht geholfen. Der Scheinwert steigt selten um ein paar Cent an. Wir müssen immer mehr in kürzerer Zeit behandeln, immer mehr Leute. Das sind die Fehlerquellen. Wenn wir die Hälfte der Patienten behandeln könnten mit dem gleichen Einkommen, dann könnten wir viel mehr hineinstecken in unsere Ordination und könnten sicherlich noch, noch, noch besser arbeiten. Obwohl wir ja eh am besten gearbeitet haben für das. Wir niedergelassenen Ärzte in Österreich haben an und für sich immer das beste Gesundheitssystem geschaffen. Und ich meine jetzt zerstört man es halt sukzessive mit solchen blöden Einführungen. Aber an und für sich, ist die wirkliche Arbeit unsere menschliche Arbeit, die wir alle gerne tun, glaube ich. Weil sonst hätten wir keine Ordination und würden uns 100 Stunden in der Woche abrackern, samt Notdiensten und ich weiß nicht, was noch allem.

Dr. Wolfgang Geppert

Danke. Kollege Fuchs bitte noch einmal bitte.

Ach so.

Dr. Fink

Fink, ich bin auch praktische Ärztin. Bei der Debatte sehe ich immer das Dilemma, dass permanent die Interessen und Ziele so vermischt werden. Ich glaube, man sollte das sehr trennen. Was ist wirklich wichtig für die Verwaltung, was brauchen die? Das muss dann wahrscheinlich auch zentral wo hinkommen. Und was wollen wir Ärzte? Und es ist schon ein bisschen angesprochen worden – wir sind irgendwie immer in der Defensive. Die Verwaltung, die hat den Apparat, die können sich einrichten mit ELGA, damit sie die Daten kriegen. Aber wir Ärzte haben eigentlich keinen Boss oder keine Organisation, die uns hilft. Die Ärztekammer, ja. Mir ist das erst so bewusst geworden, weil ich mit der PRODOK sehr vertraut war und sehr viel dafür gearbeitet habe auch geübt habe damit. Das hätte ich als tolle Ärztesoftware gehalten, aber es gab da keinen Support. Es wurde dann eben vermischt mit diesen ganzen anderen Strukturen, die wieder andere Ziele haben. Und damit waren wir wieder draußen sozusagen, die Ärzte. Und wir haben eigentlich keine Stimme für eine intelligente Software.

Dr. Wolfgang Geppert

Danke. Vielleicht darf ich da selbst kurz was einbringen dazu, weil es ja sonst wirklich auf das rauskommt, dass wir uns ziemlich über alles beschwerten, was es so an Entwicklung gibt oder darüber Klage führen. Wir dürfen eines nicht vergessen: Wir haben wenige Möglichkeiten, unseren Job zu wechseln. Es gibt ganz wenige die aufhören. Es geht meistens nur von einer Generation zur nächsten. Es gibt wenige die mitten in der Praxis irgendetwas anderes machen. Ich sehe nur eine Unzahl von frustrierten Kollegen, die sagen: Ich schaue noch einmal auf die Uhr, fünf, fünffeinhalb Jahre habe ich noch und dann ist mir das Ganze egal. Hinter mir die Sintflut. Das heißt, das Ganze, die medizinische Versorgung wird natürlich ein Generationsproblem sein. Gibt es überhaupt nachher Menschen, die so ein Engagement haben, wie wir es jetzt 30 bis 40 Jahre an den Tag gelegt haben? Und sind sie bereit, das um den Betrag zu machen? Ganz einfach. Und wenn es sie nimmer gibt diese Leute, dann wird es halt den Hauptverband alleine geben und die ELGA-Leute. Dann werden die alleine dastehen und werden keine Mediziner mehr haben. Denn eines können sie nicht, die Leute vom Hauptverband: Die Leute direkt behandeln. Das ist ihr Problem.
Kollege Fuchs.

Dr. Fuchs

Ich hatte die Gelegenheit im 93er Jahr die holländischen Kollegen in Göttingen zu treffen. Und die haben mir erzählt, wie sie Qualitätssicherung machen, nämlich mit hausärztlichen Qualitätszirkeln. Und ich habe das in der Wiener Ärztekammer vorgeschlagen und wir haben das dann auch gemacht. Dabei ist mir klar geworden, dass man gar nicht wissen kann, was die Ärzte eigentlich machen, wenn man sie nicht fragt. Das heißt, wir haben in den hausärztlichen Qualitätszirkeln plötzlich entdeckt, welche wirklich sehr intelligenten und sehr besorgten und sehr umsichtigen Strategien wir fahren, in den Behandlungen mit unseren Patienten, in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Und ich erlebe es jetzt, dass wir uns einen Kosmos erschlossen haben. Also wir haben aus dem Einzelkämpfertum eine Gemeinschaft von wirklich sehr gediegenen Mediziner gemacht. Und wir wissen viel mehr als wir wissen, dass wir wissen. Das ist wirklich sehr interessant, das zu erkunden. Und daher muss das auch festgehalten werden und es muss auch wertgeschätzt werden, was wir da eigentlich tun. Deswegen habe ich Ihnen dieses Buch heute mitgebracht: „Wege zur patientenorientierten Medizin“. Eine Sammlung von Beiträgen von Allgemeinmediziner, von Psychotherapeuten, von Psychiatern und sogar von einer Juristin zu dem Thema, wo ich jetzt den Eindruck habe, das gilt alles gar nichts mehr. Wir werden hier eindimensional nur noch der Verwaltung unterworfen. Das heißt, hier wird sozusagen geplättet, hier wird eingeebnet – Dinge, die total wichtig sind für die Menschen. Die Menschen haben bei den Ärzten die einmalige Gelegenheit als Individuen, als Personen, als Persönlichkeiten wahrgenommen zu werden, angenommen zu werden, bestätigt zu werden, ermutigt zu werden, aufgebaut zu werden. Auf Englisch heißt das „patient empowerment“. Was natürlich auch wieder ein bisschen eine Verflachung ist, aber es heißt immerhin etwas. Und da habe ich die ganz große Sorge, dass durch diese Verwaltungsvorgänge durch die österreichischen Beamten, die sich denken wie sie Verwaltungsvorgänge vereinfachen können, wie sie noch mehr Kontrolle ausüben können als jetzt schon. Wie dann ihre wunderbare neue Welt entsteht, die für uns einfach nur grausam ist wie George Orwell 1984. Das ist wirklich eine Katastrophe, was wir jetzt erleben, dass unser Lebenswerk – ich arbeite jetzt 25, bald 26 Jahre in meiner Praxis – zerstört wird durch diese Vorgänge. Ich danke Ihnen.

Dr. Wolfgang Geppert

Danke. Vielleicht als letzte Wortmeldungen, dann werden wir noch eine kleine Abschlussrunde machen.

Nur zwei kurze Anmerkungen noch. Danke. Erstens man soll nicht unterschätzen, dass diese IT-Entwicklungen Systeme entwickeln, nach denen wir arbeiten müssen. Und es wäre ja im Prinzip ganz einfach, das umzudrehen und zu sagen: Die WHO erfordert eine optimale Primärversorgung. Für eine optimale Primärversorgung brauchen wir zum Beispiel ein Listensystem in Österreich. Jeder schreibt sich bei einem Hausarzt ein, das ist auf der e-card drauf und dort kommt alles hin – würden wir es einfach umdrehen. Jetzt gibt die IT vor, wie, was, wo gespeichert sein soll. Das ist die eine Anmerkung. Die zweite Anmerkung: Interessensvertretung, das ist schwierig. Weil die IT-Branche hat ihre eigenen Leute in der Wirtschaftskammer und wenn ich heute einen Vertreter der Wirtschaftskammer einlade, ist der nicht kompetent. Und genauso finde ich, ist es bei der Ärztekammer. Die Ärztekammer hat alle Ärzte zu vertreten und wir im niedergelassenen Bereich sind die Minderheit. Und daher ist es schwierig dort durchzukommen. Und wie wir das machen sollen weiß ich auch nicht, aber irgendwie müssen wir Niedergelassenen das selber in die Hand nehmen. Weil in der Ärztekammer sind die Mehrheit der Mitglieder angestellte Ärzte und die Krankenhausärzte haben sicher zu einem wesentlichen Teil andere Interessen als wir, was die IT-Lösungen betrifft.

Dr. Wolfgang Geppert

Danke. Vielleicht als Abschluss noch. Ich habe gesehen, Dr. Gasser hat sich noch gemeldet und der ist ja immer gut für irgendwelche Statements.

Dr. Gasser

Ich frage mich ehrlich schon sehr lange: Wer braucht eigentlich die Dokumentation? Die Dokumentation brauche ich, nicht einmal der Patient, sondern in der Vielzahl der Patienten brauche ich die Dokumentation, damit ich das, was ich mit ihm ganz intim gemeinsam habe, nämlich a) die Empathie und b) das, was er mir anvertraut hat, dass ich das rekapitulieren kann, wenn er wiederkommt. Dass er merkt, dass ich das was er mir einmal gesagt hat, auch vermerke und auch noch drinnen habe und auch mit einem Blick wieder rekapitulieren kann. Sonst braucht in der Medizin eigentlich niemand eine Dokumentation. Ich brauche weiters eine für die Forschung. Das ist ein völlig anderes Gebiet, das hat sich bis jetzt unter Medizinern abgespielt. Wir brauchen keine Symposien mit irgendwelchen anderen technischen Fakultäten und anderen Spezialisten, denn früher gab es die Gesellschaft der Ärzte. Das war einfach ein Platz, wo sich Ärzte getroffen haben und wo Spezialisten ihr Spezialgebiet vorgetragen haben. Und wenn es jemanden interessiert hat, dann hat er sich das angehört und da wurde Meinung ausgetauscht. Frei, locker, liebevoll, liebevoll untereinander uns Ärzten genauso, genauso wie wir den Ärzten gegenüber waren. Die Dokumentation für andere, um damit umzurechnen, was wir Wert sind und was wir bekommen sollen, ist eine völlige Perversion des Arztiums. Wir machen Honorare und Honorar ist das Wort für das, was wir tun. Und die Einführung, dass die Dinge zerpfückt werden und bewertet werden in Stückwerk, in Handgriffe, in ähnliche wie es Mechaniker machen, nach Stundenzzeit oder Sekundenzzeit, ist alles eine totale medizinische, berufliche Perversion.

Dr. Wolfgang Geppert

So. Aber wir wollen nicht so depressiv heute auseinander gehen. Ich bitte jetzt in umgekehrter Reihenfolge sozusagen unsere Vortragenden, uns noch irgendwelche kräftigen Worte mit auf den Weg zu geben. Vielleicht beim Prof. Sönnichsen beginnend. Jeder möge uns noch ein bisschen Kraft für die nächste Zeit geben, denn eines ist klar: Der Abend hat gezeigt, online-Systeme, so wie sie angeplant sind, sind an sich medizinisch nicht notwendig. Ob sie kommen werden oder nicht, wird teilweise nicht in unserer Hand liegen. Trotzdem soll es heute so sein, dass wir nicht mit so einem ganz, ganz negativen Statement von Dr. Gasser nach Hause gehen. Bitte Herr Dr. Sönnichsen, beginnen Sie.

Dr. Andreas Sönnichsen

Danke. Ich möchte eigentlich Ihre Frage noch einmal aufgreifen, die – glaube ich – nicht beantwortet worden ist. Gibt es das denn eigentlich irgendwo schon? Und es ist tatsächlich so, dass es das gibt. Es gibt es in den skandinavischen Ländern, vor allem in Schweden und in Finnland. Da gibt es diesen gläsernen Patienten. Ich bin über Equip mit schwedischen Kollegen auch in Kontakt und die sind da sehr unglücklich darüber. Weil nämlich genau das passiert, dass sie eigentlich bei ihrer Dokumentation drei Mal überlegen müssen: Wie darf ich das jetzt da reinschreiben? Weil das kann jeder X-Beliebige lesen und vor allen Dingen auch der Patient selber. Und manchmal schreiben wir ja auch Dinge in unsere Dokumentation, wo wir vielleicht gar nicht unbedingt möchten, dass der Patient selbst das überhaupt liest. Als Gedächtnisstütze für uns selbst. Da bin ich ganz bei Ihnen von grade eben. Für wen dokumentieren wir denn? In erster Linie dokumentieren wir für unsere Arbeit. Und die Dokumentation soll letztendlich den Patienten irgendwie wieder zugute kommen. Weil ich einfach besser bin, wenn ich mich durch eine schnelle Rekapitulation wieder orientieren kann, was bei dem Patienten in der Vorgeschichte los war.

Und ich muss Ihnen ein bisschen widersprechen. Ich kann meine 2000 Patienten oder wie viele es sind, nicht auswendig. Also ich bewundere Ihre Gedächtnisleistung da. Ich muss da doch immer wieder in den Computer reinschauen um zu wissen, was bei dem Patienten los war. Und das selbst schon, wenn die letzte Behandlung nur ein paar Wochen her ist.

Ich glaube, ich möchte optimistisch schließen. Ich denke, wir haben die Chance etwas zu bewegen, wenn wir aus der Defensivhaltung rauskommen. Momentan habe ich das Gefühl, die Ärzteschaft und da ist auch die Kammer mit angesprochen, ist in einer permanenten Defensivhaltung. Wir sind auch in der permanenten Abwehrhaltung. Es kommen irgendwelche Neuerungen und irgendwelche neuen Ideen werden eingebracht, die der Hauptverband macht und die machen und jene machen, und wir müssen eigentlich immer nur blocken und uns schützen. Und wir müssen – glaube ich – aus dieser Position einfach uns befreien und sagen: Hört mal zu Leute, jetzt machen wir einmal und wir machen jetzt einmal einen Vorschlag. Und jetzt gerade was die Software anbetrifft, da wäre meiner Ansicht nach die Chance, wir müssten uns irgendwie ärztlich organisieren und zusammentun, dass wir diktieren, was für eine Software bei uns in der Praxis läuft und dass uns das nicht der Hauptverband diktiert. Und das Problem über die Softwarefirmen haben Sie ja angesprochen. Die haben nämlich noch ein drittes Interessensproblem und das ist ihr Hauptinteresse: Die wollen Geld verdienen. Deswegen machen sie auch für jeden Schmarren, den sie zusätzlich machen wollen, extra wieder die Hand auf. Und wir können es bezahlen. Und ich glaube, aus dieser Situation müssen wir uns befreien. Es muss irgendwie eine Software geschaffen werden, von Ärzten für Ärzte, wo die Ärzte die Ideen auch vorgeben und ihre Erfahrung einbringen, wie Software gestaltet

werden muss. Das muss irgendwie eine Nonprofit-Organisation sein, die das managt für uns. So etwas auf die Beine zu stellen, das wäre eine tolle Sache. Also diese Idee gibt es bei uns schon und wenn Sie da mitmachen, dann freue ich mich darauf.

Dr. Wolfgang Geppert

Dr. Zeger bitte.

Dr. Hans Zeger

Ich möchte gleich an die Worte von Herrn Prof. Sönnichsen anschließen und ich meine, es wurden hier schon sehr viele pessimistische Dinge geäußert – jetzt im Laufe des Abends. Es sind aber für mich schon ein paar Punkte hervorgekommen, die ich jetzt noch einmal rekapitulieren möchte. Und ich glaube, auf die man sich dann wirklich auch konzentrieren sollte in der weiteren Tätigkeit.

Das Erste ist einmal, glaube ich, das ist jetzt unbestritten und war vorher sicher auch unbestritten, aber vielleicht manchmal in der Öffentlichkeit geht es etwas unter, dass man eben die Dokumentation der Patienten als wichtigen Teil der Tätigkeit begreift und darstellt. Dass das nicht sozusagen ein technisches Abfallprodukt von irgendwelchen Daten, die man irgendwo einklopft ist, sondern und das glaube ich haben Sie auch sehr deutlich gezeigt Herr Professor, eine persönliche Darstellung eines Arzt-Patienten-Verhältnisses. Die Beispiele, die Sie gebracht haben auch, jeder Arzt stellt hier sozusagen seine Erkenntnis, sein Wissen über den Patienten auf eine höchst persönliche Weise dar. Und diese Leistung, Wissen hier persönlich darzustellen, sollte einfach stärker hervorgekehrt werden. Es besteht in der Öffentlichkeit oft viel zu stark der Eindruck, das ist alles austauschbar. Es ist völlig egal, wer wen hier als Patienten oder als Arzt hat. Das ist überall dieselbe Dokumentation. Und vielleicht als kleine Information oder Motivationsschub dazu: Es gibt sogar eine Entscheidung der Datenschutzkommission, in der eben amtlich festgehalten wird, dass ein Gesundheitsakt – da ging es um Einträge in einen Gesundheitsakt – eben eine individuelle, persönliche Meinungsäußerung eines Experten, eines Facharztes ist, die eben nicht so ohne weiteres jetzt korrigiert oder verschoben werden kann. Die anderen beiden Punkte, die ich für sehr wichtig halte sind, man sollte ein bisschen offensiver darauf drängen zu sagen, ja für Themen wie Qualitätssicherung, wie Kontrolle, wie Benchmarking zu dem man sich bekennt, sollte man eben verstärkt die Anonymisierung von Daten fordern. Das weiß der Hauptverband, da rennt man dort sofort offene Türen ein, die sagen:

Selbstverständlich. Schickt uns alle Daten, wir anonymisieren sie für Euch.

Nein, das habe ich jetzt nicht so gemeint. Also hier sollte man dann vielleicht versuchen, zu sagen: Wir organisieren uns – das können die Ärzte nicht selber schaffen – eigene Strukturen, denen wir vertrauen als Ärzte. Die diese Anonymisierung machen von den notwendigen Eckdaten und das bekommt dann wer auch immer. Die Aufsichtsstelle, der Finanzierer, der Hauptverband, die Gebietskrankenkassen, die Sozialversicherungseinrichtungen und, und, und. Die Träger mit einem Wort. Und eine ganz wichtige Alternative zu diesem sehr komplizierten technischen ELGA-System, das wirklich Unsummen verschlingen wird. Also diese 30 Millionen, die immer kolportiert werden, sind sicher nur der erste Anstoß. Da wird es noch sehr, sehr viele versteckte Kosten geben. Es gibt eine ganz billige Alternative, eben verstärkt auf Standardisierung zu setzen. Zu verlangen, dass hier Leistungskataloge gemacht werden über alle Fachbereiche hinweg. Und das kommt sowohl den Spitälern als auch den niedergelassenen Ärzten, aber letztlich dann auch dem Kostenträger zugute. Und ich sage es ganz offen auch sogar einem Teil der Softwarehersteller. Wir haben eine Reihe von kleineren Softwareherstellern,

die genauso das Problem haben, dann von den großen auf die Seite gedrückt zu werden. Standardisierung ist etwas, das relativ wenig kostet, aber natürlich viel Engagement voraussetzt. Man muss sich auch dazu bekennen. Ich muss dann auch sagen: Ja, wir tragen das mit. Und man muss dann auch Abstriche machen. Standardisierung, die für alle alles erfüllt, die gibt es nun leider nicht. Es wäre – glaube ich – ein sehr wichtiges Signal und man könnte damit schon sehr viel an Handlungsautonomie wiedergewinnen, wenn man diese Dinge massiver und wirklich offensiver angeht. Zu sagen: Ja, wir bekennen uns zur Dokumentation, aber Dokumentation ist individuelle Sammlung von Wissen. Von meinem Wissen, das auch auf mich zugeschnitten ist, das auch ich nur bekommen habe, weil der Patient mir vertraut hat. Anonymisierung, Standardisierung. Und das Thema evidenzbasierte IT, das wäre natürlich eine super Sache. Aber da muss man ganz offen sagen, wenn man mit den Leuten von ELGA redet, die sagen immer: Wenn wir anfangen erst einmal herauszufinden, wozu man das alles braucht, werden wir es nie einführen können.

Ich denke mir, da sollten wir schon ein bisschen nachbohren und verlangen, dass sie uns das wirklich einmal erklären und sagen. Damit schließe ich.

Dr. Wolfgang Geppert

Danke, Dr. Zeger. Dr. Halper, bitte um dein Abschlussstatement.

Dr. Stefan Halper

Also ich habe mir ein Statement aus der Publikumsdiskussion gemerkt, die Spracherkennungssysteme. Wo einer der wenigen Gäste heute Abend, der kein Arzt ist, gesagt hat: Warum nehmt Ihr das nicht, das nehmen doch Autoren auch. Wie ist die Antwort Ihrer Ansicht nach? [zu leise, nicht verständlich]. Es machen zum Beispiel die Radiologen, glaube ich. Ich habe es kennengelernt 2002 in den USA, wo die Radiologen schon diese Spracherkennungsprogramme benutzt haben, um ihre Befunde zu diktieren. Seit 2006 gibt es sie in dem Haus wo ich arbeite. Ich glaube das ist flächendeckend – ist keine Revolution mehr. Für die ist es – glaube ich – auch toll geeignet. Die sitzen im Befundraum und diktieren und das wird unmittelbar geschrieben. Ein Teil des Problems kann gelöst werden, wahrscheinlich nicht das Ganze. Ich habe mir jetzt zum ersten Mal strukturiert den Prozess niedergeschrieben, um ihn auch in meinem Abschlussstatement wiederzugeben: Problemfeld Dokumentation und Ausbildung. Selber im eigenen Turnus, ist mir oft abgegangen nach einer Operation mit dem Operateur das Gespräch. Wie ist es gelaufen während dessen, was war? Das ist der intensivste Moment, wo man das besprechen könnte. Die OP ist vorbei, man kann sich noch an alles erinnern und kann die Fragen hinterher stellen, die man währenddessen im Stress vielleicht nicht so umfassend beantwortet kriegt, wie es wünschenswert wäre. Mittlerweile bin ich in einer Zwischenposition als Assistenzarzt teilweise für die Turnusärzte, der sie ausbildet – zumindest teilweise – und als Auszubildender gegenüber den Fachärzten, der ja hungrig ist nach Information. Wir haben Umlagerungszeiten zwischen zwei OP-Punkten von 35 bis 45 Minuten in etwa – je nach Anästhesiebedarf eines Patienten. Und in dieser Zeit verwalte ich die Videodokumentation, die bei manchen Operationen angefertigt wird, in dem Sinn, dass ich die Videodatei benenne mit Patientennamen, Nummer und sie abspeichere. Trage händisch in die Fiebertabelle des Patienten den Eingriff ein, das weitere Prozedere, welche Untersuchungen in den Folgetagen zu machen sind, was er essen darf, welche Schmerzmedikation. Trage ins OP-Buch händisch ein: Diagnose, OP-Team, Therapie, eingebautes Fremdmaterial. Mache vom Präparat ein

makroskopisches Foto und beschrifte händisch das Etikett, das auf dem Makrofoto drauf sein muss. Versorge das Präparat, was zum Beispiel bei einem Darmpräparat aufschneiden, auswaschen, Formalineinlegen beinhaltet, fülle den Begleitschein für die Pathologie aus. Habe ich mikrobiologische Abstriche bei der Operation entnommen, mache ich auch das händisch und fülle den mikrobiologischen Begleitschein aus. Dann habe ich drei Softwareprogramme mit Daten zu füttern. Ein chirurgisches Dokumentationsprogramm, wo ich in Ziffern- und Buchstabencodes eingebe, was ich getan habe. Das nicht kommuniziert mit dem LK11-Abrechnungsprogramm, wo ich Diagnose und Therapie in ICDC und Mailcodes eingeben muss. Weil sonst kriegen wir keine Punkte und damit kein Geld. Und dann habe ich das Controllingprogramm, das heißt bei uns MCC, wo zwischen 100 und 200 Mausclicks erforderlich sind, um eine durchschnittliche Operation so abzuschließen, dass das Worddokument einmal generiert wird, in das ich dann am Schluss meinen Operationsbericht hineindiktieren kann. Das alles, was ich jetzt erzählt habe, muss ich in den 35 bis 45 Minuten zwischen zwei OP-Punkten machen. Und ich als noch nicht besonders routinierter Chirurg, das muss ich jetzt auch einräumen, schaffe das meistens gerade. Und wenn dann der Turnusarzt neben mir steht und sagt: He, ich will dich gerne noch etwas fragen. Dann sage ich: Bitte lass mich jetzt in Ruhe, ich muss das fertig machen. Weil der nächste ist schon in der Einschleuse und sobald der Anästhesie-Arzt sagt, wir können beginnen, gibt es null Entschuldigung auch nur eine Minute außerhalb des OPs noch zu verlieren. Und bei all diesen Ablaufdingen, würde mir ein Spracherkennungsprogramm wahrscheinlich am wenigsten nützen. Weil schreiben tut es mir Gott sei Dank die Sekretärin, was ich diktiere. Aber es gibt für alles eine Lösung. Man könnte sagen: Andere Berufsgruppen könnten involviert werden, könnten uns helfen. Warum muss der Doktor selber die Videodokumentation dann händisch benennen und abspeichern? Es grenzen sich die anderen Berufsgruppen oft erfolgreich und ganz gut ab und übernehmen gewisse Aufgaben im Krankenhausbereich nicht. Und wir haben für ein Spital leider keine Gesamtverantwortung, sondern das Modell der kollegialen Führung, wo sich drei Führungsstrukturen – bisweilen vier – parallel zueinander entwickelt haben, die einander nicht weißungsbefugt oder sonst was sind. Das ist keine Argumentation dafür, dass die Ärzte was anschaffen müssen, aber wir sind eine Berufsgruppe mit sicher einem hohen Ethos. Zumindest ich selbst und viele meiner Kollegen, sagen: Ich will, dass das gemacht ist. Ich will, dass das ordentlich ist und wenn mich andere Berufsgruppen im Stich lassen und sagen, sie machen das nicht, dann mache ich es halt selber.

Und die letzte Umfrage der niederösterreichischen Ärztekammer zu Arbeitsbedingungen, Arbeitsumfeld von Spitalsärzten und Ärztinnen inklusive Ausbildungsärzten hat ergeben, einen gewissen Prozentsatz von Burnoutgefährdung, Überlastung, was man ohnehin von den Studien erwartet. Erstaunlich daran war eine überdurchschnittlich hohe Berufszufriedenheit trotz allem. Woraus hervor geht, Ärztinnen und Ärzte scheinen ihren Beruf sehr zu lieben. Tue ich selber auch. Ich finde es ist der schönste Beruf auf der Welt. Ich würde keinen anderen machen wollen. Ich würde ihn mir immer wieder aussuchen, würde immer wieder Arzt werden. Und finde es aus dem heraus für meine Person und für die Personengruppe für die ich sprechen darf, legitim, dass wir eintreten, zum Teil vehement eintreten dafür, dass man uns hilft vom System, wo es Menschen gibt, wo es Geld gibt. Verantwortungsträger, Arbeitsorganisatoren, EDV-Unternehmen, sind alles Menschen, die es sicher gut meinen. Die sollen uns helfen dabei, dass wir den Beruf, den wir so gerne machen, auch gut machen und noch besser machen und dass wir überleben. Die Kollegin berichtet von 100 Stunden, die sie wöchentlich in

ihrer Praxis verbringt. Ich könnte mit einer ähnlichen Zahl vom Krankenhaus kontern, wenn ich dürfte. Ich darf nur 60 Stunden in der Woche arbeiten. Was heißt, ich darf nur 60 Stunden in der Woche dokumentieren, dass ich gearbeitet habe. Wie viel ich tatsächlich arbeite, darf ich nicht sagen. Tue es auch nicht. Aber wir wollen den Job, den wir so lieben, auch gerne überleben. Und ich glaube, dass die Einstellung und Haltung eines Großteils der Ärzte auch Grund dafür ist, dass unser Gesundheitswesen relativ gut dasteht und dass wir stolz darauf sein können, dass wir es haben. Danke.

Dr. Wolfgang Geppert

Sie sehen, ich habe nicht zu viel versprochen. Stefan Halper muss man irgendwann einmal zuhören, dann ist man selbst ganz zufrieden. Und auch Dr. Werner wird mit einer ganz anderen Einstellung morgen seine Praxis beginnen, draußen in Favoriten. Das war der 25. Jänner. Das war der erste Teil von Online-Wahnsinn. Es geht dann am 8. März um 19.00 Uhr wieder hier an dieser Stelle weiter mit Prof. DDr. Harms, mit Dr. Dietmar Kleinbichler, Dr. Claudia Wild. Durch den Abend wird Sie Präsident Dr. Euler führen. Und ich bedanke mich wirklich bei den Vortragenden für die wirklich tollen Statements hier im Publikum fürs Kommen und ersuche Sie, halten Sie uns die Treue, kommen Sie am 8. März wieder hier her. Danke schön.