

Online-Wahnsinn Hausärztliche Kommunikation als Spitzenmedizin

Dr. Euler:

Guten Abend, sehr geehrte Damen und Herren, zu unserem zweiten Abend, der unter dem großen Titel „Online-Wahnsinn“ steht. Wir haben uns Ende Jänner darüber beklagt, dass uns die Anforderungen der Bürokratie vom Patienten ablenken. Es ist die sehr wesentliche Aussage gefallen, dass – so wie die Krankenbehandlung eine Verhältnismäßigkeit haben muss, Aufwand und Nutzen – das auch bei der Gesundheitsbürokratie so sein muss. Es ist auch darauf hingewiesen worden, dass jedes Datensammeln zweckgebunden ist vom Gesetz her und dass Kontrolle allein, kein ausreichender Zweck ist.

Am heutigen Abend wollen wir uns mit der hausärztlichen Kommunikation befassen. Gestatten Sie mir – bevor ich den Abend offiziell eröffne – einen kleinen Prolog zum Besten zu geben. Denn es ist mir erst sehr spät bewusst geworden, dass wir uns heute, am 8. März, an einem sehr besetzten Datum treffen: Faschingsdienstag und Weltfrauentag.

Während das Thema Faschingsdienstag eher schnell abgehandelt ist, tu ich mir beim Weltfrauentag schwerer.

Faschingsdienstag. Da muss ich meiner Bewunderung als österreichischer Fernsehkonsument Ausdruck geben, schaue ganz begeistert auf Prof. Harms, der aus Deutschland kommt, der in Hamburg einen Lehrstuhl hat. Ich hatte nicht geglaubt, dass am Faschingsdienstag ein erwachsener Mann aus Deutschland unverkleidet und nicht illuminiert hier ist. Das ist die erste Überraschung, die Sie hier liefern. Ich glaube, dass Sie uns in Ihrem Vortrag noch mehr Überraschungen liefern werden. Ich habe Ihnen etwas mitgebracht. Das ist nicht einfallslos. Der Herr Professor wird einen Lehrstuhl in Krems antreten – und nachdem ich Burgenländer bin, wollte ich Ihnen rechtzeitig mitteilen, wo in Österreich der Wein wächst. Ein Ruster Ausbruch möge Ihnen den Weg weisen.

Prof. Harms:

Vielen herzlichen Dank.

Dr. Euler:

Schwerer tu ich mir beim Weltfrauentag. Es steht schon die Biologie entgegen. Was soll man als Mann zum Weltfrauentag sagen? Es steht auch irgendwie die Funktion entgegen. Der österreichische Hausärzterverband ist ein schwer männerlastiger Verband. So denken ich mir, dass wir vielleicht unsere Assoziationen um drei Frauen kreisen lassen, die mit dem heutigen Abend etwas zu tun haben und die ich ganz besonders begrüßen möchte.

Die Eine ist vom 7. Himmel herabgestiegen. Sie betreut heute als Mag. Schindler den Abend, den Sie als Mag. Strohmayer vorbereitet hat. Ich begrüße Sie herzlich. Ich danke für Ihre Mühe. Sie sehen aus der Namensänderung, dass sie ein neues Kapitel des Frauseins in Österreich aufgeschlagen hat.

Die Zweite ist eine Wissenschaftlerin der Allgemeinmedizin. Sehr bescheiden, sehr konsequent. Ich freue mich auch, dass sie hier ist. Das Besondere ist, dass sie die freie Zeit, die ihr die Arbeit als Allgemeinmedizinerin und Hausärztin lässt, ihrem Kind – wie sie selbst sagt – der Allgemeinmedizin zukommen lässt. Aus dieser Formulierung können Sie erkennen, dass das große Spannungsfeld – Familie und Beruf – bei ihr nicht die große Rolle spielt. Ich danke ihr besonders, weil sie ihr

Wissen so uneifersüchtig und so freigiebig jeden zur Verfügung stellt und weil ich selbst in den Genuss dieses Wissens gekommen bin. Sollten hier in der Runde Hausarzt-Leser sein, so werden die erkennen, was ich meine, nämlich die Serie über Herrn Prof. Braun, die sozusagen unter der Matronanz der Frau Medizinalrätin Fink steht. Ich begrüße Dich herzlich und ich freue mich, dass Du da bist.

Mit der dritten Begrüßung, leite ich schon zum Thema über. Unsere Vortragende hat ein ungekürztes Textbuch. Eine streitbare Institutsleiterin, Mutter pubertierender Kinder. Auf sie trifft alles zu, was am heutigen Tag in allen Nachrichten der Gesellschaft vorgeworfen wird. Sie stößt dort an. Und wenn wir an Hoffmanns Erzählungen denken, wo drei Frauen vorgestellt werden, die man sich dann so zusammenstellen muss, so können wir vielleicht in unseren Assoziationen auch als Männer erahnen was es heißt, Frau zu sein in Zentraleuropa. Ich begrüße Sie herzlich, Frau Doz. Wild. Frau Doz. Wild hat eine ganz besondere Funktion an diesem Abend. Sie ist gleichsam auch die Taufpatin. Es war bei der Diskussionsrunde „Im Zentrum“, wo sie den hörenswerten und für uns den in die Ohren schießenden Satz aussprach, dass die Kommunikation eigentlich ein wesentlicher Teil der Spitzenmedizin ist. Das wollen wir uns gerne zwei Mal sagen lassen. Und so bitte ich Sie, um Ihr Referat.

Doz. Wild:

So eine nette Einführung hatte ich noch nicht. Ich bedanke mich herzlich dafür. Tatsächlich ist es mir eine Ehre, am 8. März sprechen zu dürfen und nicht nur in einer Frauenrunde irgendwo zu sitzen und das zu tun, was Sie eigentlich als Deutscher in Köln tun sollten – Fasching zu feiern.

Ich habe einen sehr provokanten Titel abbekommen, eben weil ich diesen Sager in einer Fernsehsendung machte. Ich habe Angst, dass ich auf Grund des Titels des heutigen Abends, etwas über Bürokratie-Wahnsinn sagen muss. Ich werde genau das nicht tun, weil ich wissenschaftlichen Datensammlungen durchaus etwas abgewinnen kann. Ich wäre nicht Wissenschaftlerin, wenn ich das nicht sagen würde, dass ich glaube, dass wir Datensammlungen brauchen um uns selbst reflexiv anschauen zu können. Ich werde einige Behauptungen heute Abend aufstellen. Ich glaube, ich kann guten Gewissens sagen, dass wir alle Fortschritt wollen und der Fortschritt durch Innovationen entsteht. Kaum einer von uns möchte Stagnatismus oder Rückschritt haben. Die Frage ist nur: Wenn Sie jetzt die Augen schließen und in sich hinein hören, was Sie mit medizinischen Fortschritt assoziieren, dann behaupte ich, dass Ihnen jetzt nicht ein Patienten-Arzt-Gespräch einfällt, sondern große Diagnostik-Geräte oder neue Medikamente. Ich glaube, dass dieser Innovationsbegriff durchaus ein kunstvoll gemachter ist, der relativ wenig mit Nachhaltigkeit zu tun hat. Unsere Fortschrittsidee ist von Produkten geprägt. Immer mehr, immer besser. Ich behaupte, dass wir dieser Art von Fortschrittsidee eine andere Fortschrittsdefinition gegenüberstellen könnten, nämlich die Arbeit mit dem Gegebenen. Dass das, was bereits da ist, beim Patienten ankommt.

Wir wissen, dass im hohen Maß Patienten nicht compliant sind, weil sie zum Teil gar nicht verstehen, was sie für eine Krankheit haben oder welche Symptome zu ihrer Krankheit geführt haben. Ich halte jetzt kein Plädoyer für Disease-Management-Programme, aber eine strukturierte Durchführung einer koordinierten Krankheitsbegleitung hat sehr viel mit Koordination und Kommunikation zu tun. Gleichzeitig wissen wir – und ich weiß es insbesondere seit dem wir das Assessment zur HPV-Impfung gemacht haben – dass wir hier in Österreich mit dem Karzinom-Screening sehr schlecht bedient sind, weil es bei ganz bestimmten Bevölkerungsgruppen gar nicht ankommt. Das sind immer die gleichen. Die sozial

Deprivierten, die sich aus dem System nichts herausholen. Das hat auch etwas mit Koordination, Kommunikation, Ansprechen von Persönlichkeitsgruppen zu tun. Des Weiteren: Psychische Erkrankungen, Alkoholsucht, Langzeit-Altenpflege. All das sind Dinge, wo Human-Ressourcen eingesetzt werden und nicht Produkt-Ressourcen. Wo nicht die vorhandenen Mittel in immer neue Technologien hineingesteckt werden, sondern mit dem vorhandenen, menschlichen Dasein gearbeitet wird. Das da inzwischen so etwas wie ziviler Ungehorsam begonnen hat, Daten zu sammeln, Wissen zu sammeln, bei Terminierung von Behandlungen, in Intensivstationen oder auch in der Onkologie. Das führt zu besseren Ergebnissen als die Hightech-Medizin per se.

Wir haben im Auftrag des Hauptverbandes, als es 2006 zu Verhandlungen zwischen der Ärztekammer und dem Hauverband gekommen ist, eine Studie durchführen müssen, die Endpunkte benennen sollte, wodurch Gesprächsmedizin zu anderen Ergebnissen führt als nur das kurze Verschreiben von Medikamenten oder sich nur kurz mit dem Patienten auseinanderzusetzen. Das war ein ausgesprochen schwieriges Thema, weil es zu ganz bestimmten Themenfeldern so gut wie kein Wissen gibt, in der so genannten evidenzbasierten Medizin. Die Zielsetzung dieser Verhandlungen war die, dass die Tarife für Gesprächsmedizin kontingentiert sind. Einige Ärztegruppen dürfen nur 18 % der Patienten mit Gesprächsmedizin behandeln. Sprich, mit etwas mehr Gespräch und etwas mehr Zeit auch einen höheren Tarif verrechnen. Unsere Aufgabe war es, nachzuschauen und Endpunkte festzulegen, was das Ziel von mehr Gespräch sein könnte. Wir haben das dann auf Grund der wenigen Studien, die auf dem Wissensmarkt da waren, so definiert: Erreichen von Therapiezielen, eine höhere Art von Compliance, Selbstbestimmung, Mitbestimmung des Patienten, Berücksichtigung von Patientenpräferenzen, Patientenselbstmanagement, höhere Zufriedenheit und dann natürlich auch die Reduktion von Folgeüberweisungen und Folgediagnostiken. Dieses Assessment hat dann nur dazu geführt, dass man festgestellt hat, dass man Pilotprojekte ins Land ziehen lassen sollte, die sich genau das anschauen sollten. In Niederösterreich hat so ein Pilotprojekt stattgefunden, dass mit erhöhtem kommunikativen Aufwand tatsächlich auch der Patient besser dran ist. Es hat nicht dazu geführt, dass mehr als 18 % abgerechnet werden können.

Jetzt mache ich einen Schwenk in mein eigenes Gebiet, in die Forschung. Der Fortschritt- und Innovationsbegriff prägt ganz stark auch das, wo Wissen her kommt. Dort, wo kein Produkt auf dem Markt platziert werden soll, vorhanden ist, gibt es auch keine Wissensproduktion und gibt es keine Forschung zu dem Thema. Das tut mir weh. In diesem Zusammenhang versuche ich schon die längste Zeit den Ressourceneinsatz in der Forschung zu Gesundheitssystemen oder zu medizinischen Systemen zumindest verbal umzulenken.

Meine These ist, dass wir das falsche Wissen produzieren, um in ein lernendes System hineinzugehen. 90 % des Wissens, das produziert wird, und 90 % der Studien, die produziert werden, kommen von der Industrie. Es sind Industriestudien, die Produkte vermarkten wollen und nicht die Fragen beantworten können, die Sie wahrscheinlich stellen würden.

Ich bin 2009 gemeinsam mit 39 anderen Menschen auf dieser Welt von der Familie Strüngmann eingeladen worden. Die werden Sie aus dem Bauch heraus nicht kennen. Das ist eine der reichsten Familien in Deutschland. Die haben damals Hexal gegründet. Das war eine der ersten Generikafirmen. Die haben ihren Reichtum nicht nur für Luxus genutzt, sondern auch eine Stiftung aufgemacht, um ein Mal im Jahr 40 internationale Experten zu holen. 20 aus Europa und 20 aus Nordamerika. Diese Experten werden auf ihre Kosten 7 Tage „eingesperrt“. Wir durften keine Notebooks,

keine Handys und nichts verwenden. Wir durften nicht abgelenkt werden, mussten aber innerhalb dieser Woche ein Buch zu dem Thema „Wie könnte ein besseres Gesundheitssystem 2020 ausschauen“ schreiben. Diese 40 Personen wurden in vier Gruppen geteilt. Ich war in der Gruppe: Wie könnte eine Forschungspolitik ausschauen, die Wissen produziert, sodass sich ein Gesundheitssystem auch bewegt und nicht am Stand stehen bleibt? Aus diesem Wissensbereich möchte ich jetzt ein paar Dinge sagen:

Die Frage ist, ob unser System überhaupt evidenzbasiert sein kann, mit dem vorhandenen Wissen, das wir haben. Es wird unendlich viel Wissen produziert. Sie werden das selbst wissen. Ich nehme an, dass Sie überflutet werden mit Informationen über Ihr eigenes Fachgebiet, die Sie gar nicht verarbeiten können. Scheinbar können wir ein evidenzbasiertes Gesundheitswissen haben, weil genug Wissen da ist. Aber wo ist dann das Problem, das ich versuche zu thematisieren? Wir haben dort wo Wissen produziert wird festgelegt, zu welchen Fragen Wissen produziert wird. Wir haben ungefähr 1 Mio. abgeschlossene, kontrollierte Studien. Wir haben zusätzlich pro Jahr weitere 15.000 Studien, die durchgeführt werden. Und eigentlich kommt relativ wenig in der Praxis an. Warum ist das so? Wir haben zu 90 % Produktstudien, die firmenfinanziert sind. Wir haben relativ wenig Gesundheitssystemforschung. Unsere Forschungsgelder – nicht nur in Österreich, sondern in der westlichen Welt – werden zu einem hohen Ausmaß durch Grundlagenforschung aufgebraucht. Relativ wenig fließt dann in die anderen Bereiche, ob dieses Wissen dort in der Realität überhaupt ankommt. Und wir haben auf Grund dessen, dass es sich um firmenfinanzierte Produktforschungsstudien handelt, relativ wenige patientenrelevante Endpunkte, die behandelt werden. Die Reaktionen des Systems, die zum Teil schon stattgefunden haben oder die im Begriff sind stattzufinden, sind, dass es Länder gibt, die viel Geld in die Hand nehmen um realistische klinische Studien durchzuführen mit realistischen Patienten in einem realistischen Setting. Seit der Obama-Regierung sind enorme Wissenschaftsgelder frei geworden. Das heißt, dass reale Vergleiche gemacht werden von realen Optionen, die am Markt verfügbar sind. Es wird zunehmend in Deutschland Anwendungsversorgungsforschung gefördert, um von der rein klinischen Forschung weg zu kommen, die mit der Realität tendenziell wenig zu tun hat. Es gibt seit jüngster Zeit die Forderung, dass bevor eine neue Studien, die Evidence erzeugt, produziert wird, man schauen muss, ob dieses Wissen schon da ist, weil es ein so enormes Ausmaß an redundantem Wissen gibt. Es gibt zunehmend die Forderung, dass Medizinerkarrieren nicht nur auf der Produktion von Originalwissen stattfinden sollen, sondern sehr wohl auch auf kritischen Sekundäranalysen, die sich anschauen, ob das in der medizinischen Realität ankommt und was das alles so bringt. Das heißt, wir haben eine enorme Wissensproduktion mit vielen Antworten, die möglicherweise an der Patientenrealität vorbeigeht.

Auf der anderen Seite – und das ist das Gebiet wo ich arbeite – sehen wir, dass nur 50 % der Studien, die produziert werden, ihren Weg in die Publikation finden. Warum? Weil tendenziell nur die positiven Ergebnisse publiziert werden. Es werden selektive Endpunkte publiziert. Die Endpunkte, die keine signifikanten Unterschiede zeigen, werden nicht publiziert. Wir haben total verzerrende Studiendesigns. Vor allem jetzt bei der Wissensproduktion zum Thema „Neue Onkologika“. Da kommt es immer öfter zu dem Studiendesign Crossover. Das heißt, dass auch die Kontrollgruppe nach einer gewissen Zeit die Intervention bekommt und wir haben danach eigentlich kein Wissen. Und wir haben eine sehr verzerrende Risiko-Nutzen-Kommunikation am Patienten, die dementsprechend die Nachfrage sehr stark forciert.

Wir haben also 50 % nicht publiziertes Wissen. Darüber hinaus gibt es noch das Problem, dass wir nicht alles finden auf Grund der Menge und nicht alle Datenbanken das Wissen wiedergeben. Es gibt bereits Lösungen und es stehen neue Lösungen vor dem Tor. Eine der Lösung ist, dass es eine verpflichtende Registrierung klinischer Studien gibt. So kann Wissen nicht verschwinden und es können auch negative Ergebnisse nachgeschaut werden. Es gibt Standards in der Berichterstattung verschiedener klinischer Studien. Es wird versucht, die Verfügbarkeit zu erhöhen. Die neueste Forderung ist – und das deutsche IQWiG arbeitet damit schon längste Zeit – dass man dem was publiziert wird, nicht mehr glaubt, sondern dass man sich die Originaldaten holt.

Wir haben enormes Wissen zu den möglicherweise falschen Fragestellungen mit vielen Antworten, aber darüber hinaus nur zur Hälfte publiziert. Und was kommt in der Politik an, dort wo Entscheidungen gefällt werden sollen? Die Entscheidungen passieren auf möglicherweise irrelevanten Studien. Dazu kommt noch, dass Politiker getrieben sind, rasch zu agieren und rasche Entscheidungen zu treffen und dadurch wiederum an komplexen Entscheidungen vorbeigehen.

Jetzt werden Sie sich die ganze Zeit gefragt haben, warum ich Ihnen das zum Schwerpunkt Kommunikation erzähle. Mein Punkt ist der: Wir produzieren das falsche Wissen und dieses falsche Wissen lenkt uns in den Fragen, die wir uns stellen und mit denen wir in die Forschung gehen. Dort müssen wir versuchen, diese Verzerrungen herauszuholen. Eine dieser Forderungen ist, dass wir das Primat der Fragestellungen der Forschung in der öffentlichen Hand wieder an uns zurückreißen. Wir können weg von der reinen Produktforschung, hin zur Prozessforschung, was Kommunikation für Effekte haben könnte, um Patienten gesünder zu machen. Das bedeutet aber auch, dass wir Performance-Evaluierungen machen müssen. Das was da ist – entlang des gesamten Produktzyklus – uns in realen Settings anzuschauen. Wir brauchen unbedingt Versorgungsforschung, die bei Ihnen ansetzt. Und wir brauchen eine verstärkte Kommunikation über die Beziehungen zwischen Industrie und medizinischer Forschung, wie stark wir in unserer Wissensproduktion davon Getriebene sind.

Darüber hinaus bedarf es auch Politiker stärker darüber zu informieren, mit welchem Wissen sie exponiert sind, dass wir alle sehr stark innovationshörig sind. Es bedarf in allen öffentlichen Entscheidungsträgern eine Aufdeckung von Interessenskonflikten. Das wird in Österreich auch bald beim obersten Sanitätsrat stattfinden müssen. Dass es nicht nur nach innen eine Offenlegung von Interessenskonflikten gibt, sondern auch nach außen. Im obersten Sanitätsrat gab es in jüngster Zeit große Rochaden auf Grund dessen, dass viele Menschen – Experten, Berater – mit vehementen Interessenskonflikten in der neuen Runde gar nicht mehr dabei sein dürfen. Das ist eine gute Entwicklung.

Jetzt komme ich zu diesem zivilen Ungehorsam, dass ich auf einer Veranstaltung über den Sinn des Datensammelns etwas sage. Ich möchte auf meinem Punkt nochmals zurückkommen: Wir brauchen das richtige Wissen über reale Kontexte, über reale Patienten, über Gesprächsmedizin. Was kann Gesprächsmedizin bewirken? Dass Sie beginnen, in Verbänden Wissen zu sammeln und das auch zu publiziertem Wissen zu machen. Ansonsten werden wir weiterhin nur produktgetriebenes Wissen für die evidenzbasierte Medizin haben. Das habe ich gesagt, und ich komme zum Schluss.

Ich weiß schon, dass das kein Versorgungsbereich ist. Aber das ist ein Versorgungsbereich mit dem ich mich insbesondere beschäftige. Und dort findet der zivile Ungehorsam, eine andere Art von Wissen auf den Markt zu bringen, inzwischen statt. Indem Onkologen und Onkologinnen beginnen zu vergleichen, was

die Maximalversorgung bis zum Lebensende für einen Nutzen hat, im Vergleich zur optimalen Versorgung bis zum Lebensenden, nämlich das Terminieren von Behandlungen und nur mehr die Basisversorgung, dass das zu einer besseren Lebensqualität und auch zu verlängerten Lebenszeiten führt. Dazu gibt es inzwischen gute Daten. Das sind Daten, die aus der Kraft der Ärzteschaft geschaffen wurden und einen wesentlichen Beitrag zu einer evidenzbasierten Medizin leisten. Ich habe mich jetzt ziemlich durchgehetzt. Ich hoffe, dass ich trotzdem einigermaßen in der Zeit geblieben bin. Ich hoffe, dass Sie mir verzeihen, dass ich diesen Schwenk in die Wissenschaftspolitik gemacht habe, dass Sie gefragt sind, uns Daten zu liefern damit wir evidenzbasierte, lernende Gesundheitssysteme überhaupt anbieten können. Danke.

Dr. Euler:

Gerade zu diesem Punkt, dass wir gefordert sind, Daten zu liefern, werden wir beim Kollegen Kleinbichler noch einiges hören. Es freut mich, dass das schon jetzt angeklungen ist, wie wesentlich das ist. Auch der Zusammenhang mit Medizin, Patientenversorgung und Politik war ein sehr wesentlicher Hinweis. Ist doch gerade jetzt, wie uns bekannt ist, im Masterplan genannten und von uns als Desasterplan empfundenen Vorschlag des Herrn Dr. Schelling wieder einmal festgeschrieben, dass die Ärzte aus der Planung der Gesundheitsreform auszuschließen sind. Die Politiker entledigen sich eines lästigen Korrigierens und einer Gruppe, die hier korrigieren könnte. Natürlich beginnt das damit, dass wir uns auch als seriös legitimieren.

Ich zitiere sehr gerne und oft, den vom Hirn der Gesundheitsreform, vom Sektionschef Clemens Auer, den ausgesprochenen Satz: „Das Paradigma von der besonderen Intimität zwischen Arzt und Patient ist im Zeitalter von e-Health zu überdenken und zu hinterfragen.“ Ich konnte mich in einer Fortbildungsveranstaltung tatsächlich davon überzeugen, dass er das wirklich glaubt. Er führt seine 85-jährige Mutter an, zu deren Gesundheit ihm sehr zu gratulieren ist, dass sie sich alle Informationen aus dem Internet holt. Er zweifelt daher an, was wissenschaftlich schon dargelegt ist: Dass nur dort, wo eine persönliche Bekanntschaft von Arzt und Patient über mindestens zwei Jahre besteht, ein optimales Ergebnis dieser Zusammenarbeit zu erwarten ist.

Dass wir nicht technikfeindlich sind und dass es durchaus hochmoderne und elektronische Medien gibt, die diese Kommunikation unterstützen, darüber wird Herr Prof. Harms sprechen. Der ist international vernetzt und hat viele Jahre an einem solchen Portal gearbeitet. Es ist für mich auch eine Frage von Holschuld und Bringschuld. Ich habe erst unlängst wieder in einem Briefwechsel von einem hohen Angestellten der Sozialversicherung die eher kritische Bemerkung gehört, dass diese All-Inclusiv-Mentalität der Patienten nicht angemessen ist und dass sich jeder bis zu einem gewissen Grad um seines kümmern muss. Nun wissen wir als Hausärzte – und wir haben hier eine eigene Veranstaltung gehabt und Herr Dr. Fuchs hat sie damals moderiert – dass eine große Gruppe unseres Klientels dazu nicht fähig ist, weil sie entkräftet ist, depressiv ist, benachteiligt ist. Und dass wir aufgefordert sind, diese Menschen zu coachen und diesen Menschen zu helfen. Und dass wir die Erfahrung machen, dass uns diese Hilfe durch die Gesundheitselektronik wie sie uns jetzt auf unsere Computer gespielt wird, darin behindert sind. Es wird eine besonders große Selbstbeherrschung und Selbstmotivation brauchen, den Ärger den man dadurch hat, nicht an dem auszulassen, dem eigentlich geholfen werden soll.

Wir haben jetzt die Freude, ein ganz innovatives Projekt kennen zu lernen, das uns in der Kommunikation unterstützt und nicht die Kommunikation von Mensch zu Mensch ersetzen soll. Herr Professor, ich darf Sie um Ihren Vortrag bitten.

Prof. Harms:

Herr Dr. Euler, vielen herzlichen Dank für die netten einleitenden Worte. Vielen Dank auch für den Wein. Wie Sie sicher an meiner Sprache hören, bin ich leider kein Österreicher, sondern ich bin Hamburger. Ich werde aber, so wie es aussieht, in den nächsten Monaten zu einem Beuteösterreicher mutieren. Ich werde mit Frau Prof. Genzer an der Donauuniversität ein Zentrum zum Thema „Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung“ übernehmen.

Das was ich Ihnen gerne zeigen möchte, ist das: Zwei-Semester-Vorlesung innerhalb von 15 Minuten. Ich würde Ihnen gerne nochmals kurz zeigen, was heißt überhaupt „Herausforderung chronische Erkrankung“ für uns, die in der Medizin arbeiten? Aber was heißt hauch „Herausforderung chronische Erkrankung“ zum Thema Volkswirtschaft? Jeder von uns, der in der Medizin unterwegs ist, kriegt zunehmend mit, dass Geld immer wichtiger wird. Ich würde Ihnen gerne ganz kurz zwei Studien zeigen und würde Ihnen danach gerne einen Überblick geben, über ein Ausbildungsportal, das wir gebaut haben.

Ich bin relativ häufig in den Vereinigten Staaten. Dort hatten wir neulich einen Kurs mit Studenten. Da ging es darum, wie ich einen Vortrag halte. Da wurde den Studenten gesagt, dass sie immer mit etwas Positiven anfangen sollen. Fall jetzt ein Chirurg oder eine Chirurgin unter uns ist – gehen Sie nach Hause, Sie haben alles richtig gemacht. Denn das was Sie dort sehen, ist ein Pfleger eines Zoos in Australien. Das andere was Sie dort sehen, ist ein Krokodil. Bei diesem Krokodil war kurzzeitig die Freund/Feinderkennung nicht mehr exakt vorhanden. Und somit war diesem Krokodil nicht ganz klar, wer Wärter ist und wer Frühstück ist. Das was Sie in dem Maul des Krokodils sehen, ist der Arm dieses Wärters. Das Interessante war: Innerhalb von wenigen Stunden war dieser Arm komplett wieder angenäht, war innerhalb von 4 Wochen wieder komplett funktionsfähig. Wir sehen, was wir in der Akutmedizin leisten können. Wie gesagt: Ist hier ein Chirurg dabei – fahren Sie nach Hause, Sie haben alles richtig gemacht.

Die Frage ist nur: Was ist unsere Herausforderung in diesem Gesundheitssystem? Das was Sie dort sehen, sind vier nette Damen, die wir auf einem großen Diabetes-Symposium in Boston aufnehmen durften. Die große Herausforderung, die vor uns allen steht, ist der Bereich „chronische Erkrankungen“. Das Problem dabei ist, dass das nicht nur in die Jahre gekommene Damen sind, sondern – ich schalte jetzt mal in meine Heimatstadt Hamburg – das was Sie hier sehen, sind zwei von unseren Süßen bei McDonald's. Das was derzeit hier passiert, ist ganz einfach. Ich hoffe, dass kein Vertreter von McDonald's hier ist. Sollte einer hier sein, entschuldige ich mich schon jetzt, denn ich habe eine Abmahnung von diesem Unternehmen. Wie bin ich zu dieser Abmahnung gekommen? Das war ganz einfach. Wir haben in den letzten fünf Jahren riesige Studien durchgeführt, im Zusammenspiel mit der europäischen Kommission. Da ging es nur darum: Was versteht überhaupt ein normaler Patient? Ich durfte diese Daten in den Staaten präsentieren. Da ich als Hamburger das direkte Wort liebe, habe ich dargestellt, wo wir hier stehen. Egal ob wir über Österreich reden, ob wir über Deutschland reden – unsere Übergänge sind extrem fließend. Wir haben im letzten Jahr auf Grund von Diabetes genau so vielen Menschen die Beine amputiert, wie im letzten Kriegsjahr. Wenn man sich diese Zahl vor Augen führt, bekommt man ein Gespür dafür, was auf uns zukommt. Damit sich der Kreis schließt – wie bin ich an diese McDonald's-Abmahnung gekommen? Das

war ganz einfach. Ich habe auf diesem Vortrag gesagt: „Wenn wir uns anschauen was derzeit passiert, dann arbeitet zurzeit McDonald's und Burger King genauso effizient, wie vor 60 Jahren die rote Armee und die Wehrmacht. Mit dem großen Unterschied, dass zurzeit McDonald's die rote Armee rechts überholt.“

Ich entschuldige mich dafür. Aber es geht einfach darum, dass wir, die wir in der Medizin tätig sind, begreifen was hier derzeit passiert. Das ist nichts Theoretisches. Das Spannende ist, dass es innerhalb einer Generation passiert.

Das was ich hier habe, ist ein Sonderbeitrag der Frankfurter Allgemeinen Zeitung. Die wird wahrscheinlich nicht in Österreich gelesen, aber es ist eine der ganz wichtigen Zeitungen in Deutschland. Dort haben wir mit anderen Menschen, die in der Diabetologie tätig sind, dargestellt, wo wir stehen. Jeder 12. von uns hat bereits Diabetes. Wenn ich mir dieses Thema anschau: Ich habe ein altes Vorlesungsverzeichnis von der Universität Hamburg aus dem Jahr 1948. Hamburg ist genauso groß wie Wien. 1948 gab es eine Sektion „seltene Erkrankungen“. Darunter stand Typ-2-Diabetes. Wir hatten nach dem Krieg in Hamburg – und auch Sie hier in Wien – genau 1 Typ-2-Diabetiker. Der wurde jedes Jahr zur Vorlesung eingeladen um den angehenden Kollegen diese nichtvorhandene, seltene Erkrankung zu zeigen. Jetzt haben wir bereits in Deutschland genauso viele Typ-2-Diabetiker wie derzeit Österreich Einwohner hat. Das Interessante ist: Das ist alles innerhalb einer Generation passiert. Wenn wir mal schauen, wo wir stehen: Wir leben in der westlichen Welt in Ländern, wo derzeit 9 von 10 Menschen an chronischen Erkrankungen versterben. An der Intensivstation in Wien – wo derzeit geschätzte 40 Menschen liegen – hätten die sich etwas anders benommen, müssten derzeit 8 von 10 da nicht liegen. Der normale Mitteleuropäer ist vor hundert Jahren noch genau 20 km pro Tag gegangen. Jetzt gehen wir noch genau 400 m. Am im Gegensatz dazu, nehmen wir das Dreifache an Kalorien zu uns. Da muss ich kein Mediziner sein – wenn ich mir das anschau weiß ich, was auf uns zukommt. Wenn wir diese Story weiter deklinieren: Natürlich wird jeder 3. von uns der hier sitzt, angehender Krebspatient sein. Glück gehabt, Glück gehabt, Krebs, Glück gehabt, Glück gehabt, Krebs. Aber wenn wir diese Story, wie sie derzeit läuft, so weiterführen wie sie derzeit läuft, werden wir in 20 Jahren nur für den Bereich Übergewicht und Typ-2-Diabetes genauso viel Geld ausgeben müssen, wie wir derzeit in das gesamte Gesundheitswesen legen. Wenn wir uns das vor Augen führen kriegen wir ein Gefühl dafür, dass das alles gar nicht so weitergehen kann, wie es derzeit läuft. Denn in diesen 20 Jahren mutieren wir in Österreich zu einem Geriatriezentrum. Wir werden in 20 Jahren ähnlich aufgebaut sein wie derzeit Florida. Die Amerikaner nennen das so gerne „God's Waiting Room“. Wir werden in den nächsten 20 Jahren nicht nur diese Nummer produzieren. Wir werden unsere Krebspatienten verdoppeln, unsere Alzheimerpatienten verdreifachen und unsere Parkinsonisten vervierfachen. Das hat nicht damit zu tun, schwarz zu malen. Nein! Ganz nackte, wissenschaftliche Zahlen, die wir am Ende des Tages – in der Medizin tätigen – unter Kontrolle bringen müssen. Der Punkt ist nur: Wir leben in einem gesellschaftlichen Konsens und der sagt ganz klar: Wir sind nicht bereit, mehr Geld für Medizin auszugeben. Somit ist jetzt die Frage: Wie effizient gehen wir mit unseren Mittel um? Reden wir mal nur über Geld. Ein Typ-2-Diabetiker, der weiß was er tut, der sich also im grünen Bereich befindet, kostet uns alle pro Jahr bis zu € 3.500. Ein Patient, der nicht weiß was er tut, aus welchen Gründen auch immer, kostet uns das – und das ist nur die Hälfte der Wahrheit, denn er kostet uns das. € 35.000 pro Jahr. Das heißt, wir können jetzt folgendes machen: Wir können € 30.000 pro Jahr in die Tonne werfen oder wir fangen an – ganz militärisch gesprochen – unsere Patienten so steigern, dass sie wissen, was sie tun.

Denn der Punkt ist: Wir leben in der westlichen Welt in einem System, wo wir eigentlich nur 5 große Erkrankungen haben. Diese 5 großen Erkrankungen machen derzeit 88 % unseres Gesundheitsbudgets aus. Und wenn wir dann bedenken, dass bei den Diabetikern 95 % des Erfolges nicht in den Händen von Ärzten liegt, sondern in den Händen von Herrn Meier und Frau Müller. Wenn wir uns das vergegenwärtigen, wird vollkommen klar, wer am Ende des Tages dieses Gesundheitssystem so auf die Beine stellen kann, dass es in Ruhe weiter in die richtige Richtung läuft – nämlich die Patienten.

Das was ich Ihnen hier zeigen möchte, ist ein Beispiel der so genannten Super Gesundheitskasse. Diese Super Gesundheitskasse gibt es nicht, aber die Zahlen die dort stehen, sind die Zahlen einer Krankenkasse in Deutschland. Diese Krankenkasse hat zum 1.1.2011 genau 500.000 Versicherte. Diese 500.000 Versicherten bringen ungefähr 600 Mio. Euro entsprechend in die Kassen. Laut statistischem Bundesamt haben wir hier 42.000 Typ-2-Diabetiker. Jetzt gehen wir mal in die Zukunft. Springen wir 20 Jahre weiter. Wir wissen nicht genau, wie viele Versicherte wir haben. Wir wissen auch nicht genau, wie die Beitragseinnahmen sind. Aber gehen wir davon aus, dass das relativ konstant bleibt. Dann werden wir in wenigen Jahren 70.000 Typ-2-Diabetiker haben. Davon sind 15.000 Hochrisiko-Patienten. Und diese 15.000 Hochrisiko-Patienten werden genauso viel Geld benötigen, wie jetzt 500.000 Menschen in die Kasse legen. Wenn Sie sich diese Zahlen anschauen – auch da muss ich kein Gesundheitsökonom sein, da muss ich auch kein Mediziner sein, da brauche ich nur gesunden Menschenverstand. Da wird jedem von uns vollkommen klar, dass wir diesen klassischen Weg gar nicht so weitergehen können. Es wird nicht funktionieren.

Somit ist jetzt die Frage: Wer sind aus der Sicht der Patienten die wichtigen Multiplikatoren? Es wurde gerade schon ein wenig geschimpft auf die pharmazeutische Industrie. Stimmt. Nur 14 % der chronisch Kranken – nicht der Bevölkerung – sind der Meinung, dass diese Industrie, aus welchen Gründen auch immer, etwas für sie tut. Wir sehen also ganz klar: Aus der Sicht der chronisch Kranken läuft die pharmazeutische Industrie auf der Beliebtheitsskala auf der Ebene der Landminenhersteller. Negativ getoppt wird diese Nummer noch ganz klar von der Politik. Die chronisch Kranken sind der Meinung, dass kein Politiker sich wirklich für sie einsetzt.

Wer sind die wirklichen Multiplikatoren? 90 % der Facharzt, über 70 % der Hausarzt. Wenn es wirklich jemanden gibt, zu dem den Patient vertrauen hat, das sind das die Ärzte. Und wenn man Ihnen die Frage stellt: Wer hat geholfen? Zu wem ist das Vertrauen da, weil der wirklich tagtäglich etwas für Dich tut? Dann sind es die Ärzte. Die Ärzte haben hier eine unglaubliche Möglichkeit, unsere Patienten zu nehmen, anzuleiten – auch wenn die Ärzte nur die Trainer sind – 95 % des Therapieerfolges liegt in den Händen der Patienten. Aber die Ärzte sind die Einzigen die wirklich in der Lage sind, dieses Gesundheitssystem in diese Richtung zu bringen, in das es entsprechend gebracht werden muss. Denn das was bei diesen Studien herausgekommen ist – wir haben diese Studien durchgeführt im Zusammenspiel mit der europäischen Kommission, weil wir wissen wollten, was überhaupt mit einem Patienten geht – wenn es darum geht, was überhaupt ein normaler Mensch versteht. 6 von 10 Diabetikern verstehen nicht einmal das Wort Symptom. Wenn Sie mit Ihrem Patienten kommunizieren, gehen Sie fest davon aus, dass das was Sie als Ärzte, Apotheker sagen – der normale Mensch versteht es nicht. Wir brauchen hier eine ganz andere Form der Gesundheitskommunikation. Denn ein Punkt ist vollkommen klar und ich würde das gerne vorlesen, wenn ich darf: Die Kommunikation mit dem Arzt ist der einzige unabhängige Faktor für die Compliance eines Patienten. Das

Gespräch – nicht die Pille. Nicht blaue Pille in blauer Verpackung auf blauen Tisch. Und der nächste Punkt – wissenschaftlich bewiesen: Je besser der Patient den Arzt versteht und je besser er sich vom Arzt verstanden fühlt, umso besser seine Compliance. Je besser Sie wissen was ein Mensch versteht, je besser Ihre Kommunikation ist oder je besser Sie zuhören, desto besser wird am Ende des Tages das medizinische Ergebnis sein.

Das was wir gemacht haben, ist ganz einfach. Wir haben viele tausend Patienten in den 5 großen Indikationen in Befragungen eingebracht um herauszukriegen, was überhaupt ein normaler Mensch versteht. Um eine Sprachfolge zu haben, dass wir in der Lage sind, Herrn Meier und Frau Müller so der Trainer zu sein, dass Herr Meier und Frau Müller anfängt, von A nach B zu gehen. Denn das ist der Punkt.

Es sind wahrscheinlich ganz viele Raucher unter uns. Das musste ich in Österreich lernen: Österreich ist hinter China, hochgerechnet, Nummer 2 in der Welt, wenn es um das Rauchen geht. Sehr spannend. Der Punkt ist einfach nur: Wenn ich eine Zigarettenschachtel habe, steht da natürlich drauf: Rauchen schädigt Ihre Spermatogenese. Worauf eine Frau gesagt hat: Das interessier mich nicht, und hat eine Zigarette genommen. Wie schaffen wir es, Wissen an unsere Patienten weiterzugeben, und zwar so, dass die Ihren Gesundheitsweg finden? Dass die anfangen, von A nach B zu gehen. Eines ist vollkommen klar. Wenn wir es nicht schaffen, dass die glauben, dass die verantwortlich sind, werden wir diese roten Patienten produzieren.

Somit haben wir folgendes gemacht: Wir haben eine Studie durchgeführt zum Thema „Diabetes Education Self Management Study“. Wir haben ein Portal gebaut, das ich Ihnen gleich zeige, wo das gesamte Tafelwissen zum Thema Diabetes hinterlegt ist für Coaches. Entschuldigen Sie das Wort, aber in der Regel kommt die gesamte Forschung immer nur aus den Vereinigten Staaten. Und auf der anderen Seite für Patienten. Wir wollten testen, ob wir in der Lage sind – Ärzte, Apotheker – das Wissen an Herrn Maier und Frau Müller zu bringen, so dass die anfangen, selbstständig zu laufen. Ich möchte Ihnen ein paar Daten zeigen.

Wir haben hier einen Bereich, wo angehende Coaches – bitte stören Sie sich nicht an diesem Wort – ausgebildet werden zum Thema Diabetes. Denn, machen wir uns nichts vor – wir sind hier alle unter uns – wir haben dieses Portal entwickelt im engen Zusammenspiel mit Ärzten, Apothekern und Patienten. Wir haben immer unter Kollegen mal so Fragen gestellt zum Thema „Diabetes“. Das Spannende, was dabei raus kam, ist: Diabetes ist mehr als ein bisschen Zucker im Blut – das sind Augen, das sind Gefäße, das ist Herz, das ist alles. Unabhängig davon, dass ich gerade den Hut vor Hausärzten ziehe, weil Sie wirklich von A wie Analfistel bis Z Zervixkarzinom komplett alles bewegen. Ich ziehe wirklich den Hut vor Ihnen. Es ist trotzdem auch eine Realität, dass das Wissen zum Thema „Wie manage ich einen Diabetiker“ nicht selten schon ein wenig an Unterstützung bedarf. Somit haben wir Coachmodule gebaut, wo unsere Kollegen alles an Informationen bekommen, und zwar leitlinienbasiert, was sie wissen sollten, wenn es um das Thema „Diabetes“ geht. Wir haben dann weiters direkt nach jedem Modul ein Multiple-Choice-System angeschlossen, sodass Sie komplett sehen können, ob das Wissen bei Ihnen angekommen ist oder nicht. Wenn Sie 80 % der Fragen richtig beantwortet haben, kommen Sie dann auf die entsprechende nächste Ebene. Das Ganze haben wir allerdings auch für Patienten gemacht. Sodass beispielsweise Ärzte oder auch Ordinationsgehilfen hier in der Lage sind, entsprechend die Patienten zu coachen. Denn wenn wir unsere Zahlen anschauen – in der hausärztlichen Praxis müssen Sie bei 7 von 10 Diabetikern jedes Quartal wieder bei Adam und Eva anfangen. Und somit die Frage: Gibt es nicht auch Möglichkeiten – vielleicht auch bei den netten

Damen, die sicher mehr können als Ihnen den Kaffee zu reichen – um hier die entsprechenden Patienten coachen zu können. Denn das Interessante ist: Bei dieser Studie, die wir durchgeführt haben – wir haben etwas mehr als 135 Patienten genommen, wir hätten auch 500 einbringen können – haben wir diese Patienten zwei Mal im Monat über ein bis eineinhalb Stunden in einer entsprechenden Sitzung – in der Regel waren es Gruppensitzungen – gecoacht. Nehmen wir mal unsere Diabetiker: 8 von 10 haben – bitte das nicht falsch verstehen, das ist nicht arrogant gemeint – nur einen Hauptschulabschluss. Von diesen Patienten hat mehr als die Hälfte seit 20 Jahren kein Buch mehr gelesen. Wenn Sie diesen Patienten Ihre DMP-Unterlagen geben – machen Sie das mal. Sagen Sie: „Hier sind Ihre DMP-Unterlagen. Ich bin bereits Arzt/Ärztin, für mich ist das nicht das Thema. Hier ist Ihr Kaffee und hier ist Ihr Edding. Markieren Sie jedes Wort, das Sie nicht verstehen.“ Sie bekommen farbig angemalte Unterlagen zurück. Über diese Studie konnten wir zeigen, qualifiziert über das Portal, weil die Kollegen vor Ort gesagt haben, dass sie etwas brauchen was unabhängig von Ort und Zeit ist. „Wir brauchen etwas, wo wir uns einfach nur einloggen müssen. Wo wir uns weiterbilden können, leitlinienbasiert. Und zwar so, wie wir uns das vorstellen.“

Wir haben gesehen, dass über die ausgebildeten Coaches hinterher 80 % der Patienten die Fragen zum Thema „Diabetes“ richtig beantwortet haben.

Wie: Sie merken, Sie bekommen eine Unterzuckerung. Vor Ihnen steht eine Cola light. Was tun Sie?

Wir konnten also sehen, wie viel Wissen wir an die Patienten bekommen. Der andere interessante Punkt ist: Hier haben es unsere Coaches – und die Hälfte von denen hatte keine Approbation – geschafft, dass 70 % der Patienten eine Verbesserung des H_W1c-Wertes hatten. Wir haben hier also über Coaching, über Mensch, über Empathie, über Kommunikation ein Ergebnis erzielt, das wir nicht mal mit hochinnovativen Arzneimitteln hinbekommen. Wir haben hier ein Ergebnis gezeigt, dass wir Langzeitblutzuckerverbesserung hatten, im Bereich von 0,7 %. Einfach nur über Ausbildung, Coaching, Mensch, Kommunikation. Sie nehmen den Patienten, packen ihn an der Hand, aber er muss laufen.

Wir haben jetzt auch die Werte ein halbes Jahr nach der Studie. Und das Interessante ist: Keiner hat Interesse daran, krank zu sein. Diese Menschen sind alle den entsprechenden Weg weitergegangen. Die, die im grünen Bereich waren, waren noch ein halbes Jahr nach Follow-up komplett in diesem grünen Bereich.

Jetzt gehe ich nochmals schnell in das Portal rein, um Ihnen zwei Beispiele zu zeigen. Wenn Sie auf das Portal der Stiftung für chronisch kranken Menschen gehen, European Helsken Foundation – das ist eine europäische Stiftung, die sich nur um das Thema Selbstmanagement kümmert – dann haben Sie hier die Möglichkeit, in die Module hineinzuspringen. Das was Sie dann leitlinienbasiert sehen, ist eine Übersicht über alles, was zum Thema Diabetes richtig ist. Es sind Videofilme, die Sie durchlaufen. Danach haben Sie einen Test. Sie sehen genau, ob Sie ihn bestanden haben oder nicht. Sie sehen auch, zu wie viel Prozent Sie ihn nicht bestanden haben. Sie haben genau drei Möglichkeiten. Wenn Sie Ihre netten Damen ausbilden, sehen Sie genau, wo die derzeit stehen. Ich nehme jetzt mal das Thema „Was ist Diabetes?“. Und nehmen wir zum Beispiel Kapitel 2. Ich springe jetzt mal rein, damit Sie ein Gefühl bekommen, wie das Ganze aufgebaut ist. Dieses Ganze ist jetzt ein Ausbildungsmodul für angehende Coaches – für Ärzte, Apotheker, Ordinationsgehilfen:

Wie kommt es bei manchen Menschen zu einer Insulinresistenz, mit der alles beginnt? Zum einen, ist die Insulinresistenz genetisch bedingt. Gewisse Menschen haben eine familiäre Veranlagung, Typ-2-Diabetes zu bekommen. Allerdings entwickelt sich bei diesen Menschen nicht zwangsläufig ein Typ-2-Diabetes. Es gibt viele Faktoren, die zur Entstehung beitragen. Das sind Alter, Übergewicht und mangelnde Bewegung. Den entscheidenden Beitrag dabei liefert das Übergewicht. Häufig treten gemeinsam mit Typ-2-Diabetes charakteristische zusätzliche Erkrankungen auf, die zum metabolischen Syndrom gehören. Wir meinen damit eine Kombination aus einer Fettstoffwechselstörung, der Fettsucht oder Adipositas, Bluthochdruck und Typ-2-Diabetes. Genau wie beim Typ-2-Diabetes wird auch die Entstehung des metabolischen Syndroms entscheidend durch Übergewicht beeinflusst. Dabei spielt das Bauchfett die Hauptrolle. Menschen, deren Fettpolster sich am Bauch ...

Ich springe jetzt hier wieder raus. Das ist wie in der Hochschule, da wird ganz klassisch Wissen vermittelt. Da geht es darum, wie Diabetes funktioniert und was muss ich darüber wissen. Genauso, wie es in der Hochschule entsprechend läuft. Nehmen wir gleich das nächste Modul „Mit Diabetes leben“, das war der Bereich für die Patienten. Wir haben uns im Vorfeld mit sehr vielen Patienten zusammengesetzt und haben gefragt: „Was sind die typischen Situationen, die Ihr im Leben bestreiten müsst, um mit Eurer Erkrankung klar zu kommen?“

Ich bin häufiger wütend als früher, als ich noch gesund war. Ich habe aber auch allen Grund dazu. Wieso behandelt man mich wie ein kleines Kind? Man schreibt mir vor, was ich essen soll und man kontrolliert mich ständig. Natürlich werde ich dann sauer und schon ist der Streit da. Aber wie soll ich mich sonst dagegen wehren? Irgendwie fühle ich mich wie gefesselt.

Diabetes betrifft nicht nur meinen Körper. Natürlich ändert sich auch in der Familie etwas. Schließlich sind die anderen auch irgendwie davon betroffen. Mein Mann zum Beispiel, der hat am Anfang ganz oft versucht, mich zu kontrollieren. „Mach mir was zu essen“, nur um zu vermeiden, dass ich mir etwas Ungesundes aus dem Kühlschrank nehme. Ich bin dann regelmäßig aus der Haut gefahren. Wir hatten uns früher nie so gestritten. Aber wenn ich jetzt zurückblicke, dann war das unsere Art, damit fertig zu werden ...

Ich gehe auch hier wieder raus. Das was Sie hier sehen, ist ganz anders. Es ist locker, es ist sitzend, es sind ganz andere Worte. Wir haben wirklich probiert, gemeinsam mit den Patienten Patientenbeispiele zu haben. Aber sie nur so dazustellen, dass wirklich jeder Patient in der Lage ist, es komplett nachzuvollziehen. Wir haben – damit die Kollegen vor Ort hier wirklich alles finden – auch Handouts für Patienten gemacht, Leitfäden für Coaches. Wenn Sie beispielsweise Ihre Ordinationsgehilfen coachen möchten, dass Sie einfach da reingehen können. Sie drucken das aus und haben somit alle wichtigen Punkte auf einem Zettel, die die mit dem Patienten besprechen sollten.

Wir haben in Deutschland 1200 Coaches bereits in der Ausbildung. Das war so gar nicht geplant. Wir haben jetzt die ersten Gespräche mit den Krankenkassen, weil es natürlich auch für die Krankenkassen hoch spannend ist, Menschen zu haben, die Patienten coachen, die am Ende des Tages nur € 3.000 pro Jahr benötigen und nicht € 30.000.

Wir nehmen das gesamte System komplett an die Donauuniversität. Herr Dr. Euler, vielen Dank, dass wir das vorstellen konnten. Wir würden uns freuen, wenn wir auch

in Zukunft österreichische Kollegen und Kolleginnen miteinbauen können. Wir werden an der Donauuniversität Ende des Jahres sogar einen akademischen Patientencoach anbieten – also ein Aufbaustudium – weil die Nachfrage danach sehr groß ist. Ich glaube, dass auch wir als Mediziner dringend Menschen benötigen, die auch uns eine Unterstützung leisten.
Vielen herzlichen Dank für Ihre Zeit.

Dr. Euler:

Herr Professor, herzlichen Dank für diesen spannenden Vortrag. Es ist immer schön, wenn Resonanzvorträge kommen. Man hat es gehaut, man hat es auch schon mal gewusst, aber es beeindruckt einem immer wieder von neuem, wie gravierend die Probleme und wie bekannt die Lösungen sind. Das Wichtige nochmals betont: Es rankt sich all dieses elektronische Bemühen um ein Schulen der Schulenden und nicht um eine modernere Form eines unbrauchbaren Zettels, wie wir sie heute sehen, „Aufklärung vor der Coloskopie“, „Aufklärung vor der Mandeloperation“ usw., wo die Patienten ratlos dastehen. Es muss gesichert sein, dass die, die beraten, auf dem Niveau der Zeit sind und auch übereinstimmen. Weil nichts verunsichert Patienten mehr, wenn der eine Arzt schlecht über das spricht, was der andere gesagt hat. Das ist schon ein großes Thema, dass durch solche optimierte Wissensvermittlung optimiertes Wissen zustande kommt.

Es wurde heute schon angesprochen, dass im gleichen Atemzug – wo wir Mitspracherecht fordern, wo wir für uns den Respekt vor unserer Kompetenz und unseren Möglichkeiten fordern – wir uns auch legitimieren müssen, als kompetent. Das ist ein Thema, dass den Herrn Dr. Kleinbichler seit langem beschäftigt. Und wo er auch die Energie aufbringt, neben einer Praxis ganz konkrete Arbeit dafür zu leisten und Vorschläge machen zu können. Auch Du, lieber Dietmar, stehst momentan an einem Punkt, wo Du etwas vorzuzeigen hast, wo ein gewisses Niveau erreicht ist. So bitte ich Dich jetzt um Deinen Vortrag, der uns eine Möglichkeit der Kommunikation untereinander und der Kommunikation mit unseren Vertragspartnern in die Hand geben sollte. Bitte.

Dr. Kleinbichler:

Lieber Christian, danke für diese einleitenden Worte.

Sehr geehrte Damen und Herren, das Thema ist die hausärztliche Kommunikation. Wir bilden diese hausärztliche Kommunikation in unserer täglichen Arbeit in Form von Anamnesen, Beratungsergebnissen oder Diagnosen oder von Managementplänen, die wir gemeinsam mit den Patienten erarbeiten, ab und zeichnen sie auf. Mittels der EDV können wir diese Abbilder natürlich in reduzierter Form in Form von Daten erfassen. Wir können sie auswerten und interpretieren. Was ist die Motivation für mich als Allgemeinmediziner, das zu machen oder mich dafür zu interessieren? Einerseits geht es darum, diese primär ärztliche Tätigkeit darzustellen. Fragen wie: Welche Patienten behandeln wir überhaupt? Welche Krankheiten? Mit wie vielen Problemen kommen die Patienten in die Konsultationen? Wie viele schicken wir weiter? Wie viele werden zum Facharzt geschickt? Wie viele werden stationär aufgenommen? Die Aufgabe des Allgemeinmediziners wird oft mit der des Gate Keepers verglichen. Wobei meines Erachtens dieser Ausdruck einen negativen Touch hat. Es ist eigentlich der, der jemanden draußen hält. Viel besser ist für mich der Begriff des Lotsen im Gesundheitssystem. Aber dieser Lotse ist nur ein ganz ein kleiner Teil unseres Aufgabenbereichs. Um diese Tätigkeit darzustellen – dieses Hauptfeld der Medizin, wo die meisten Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden – braucht es valide Daten.

Meine Vision ist die Idee eines Praxisnetzwerkes oder mehrerer auf der Basis schon bestehender Qualitätszirkel. Durch Einbau von Outcome-Parametern lassen sich in solchen Zirkeln und kleinen Netzwerken im Kontext von einem Auditprozess die Qualität der ärztlichen Versorgung verbessern, Leitlinien überprüfen, Präventionsprogramme evaluieren und anderes. Was ganz wichtig ist: Es lassen sich spezielle Fragenstellungen im Bereich der Allgemeinmedizin damit bearbeiten. Wie Ian McWhinney in seinem Textbook of Family Medicine darstellt, zeigt sich die Eigenständigkeit eines Fachs dadurch, dass bestimmte Fragen nur innerhalb dieses Fachs beantwortet werden können. Nur die innerhalb dieses Fachs arbeiten, können die dort erhobenen Daten richtig interpretieren und dadurch werden auch methodische Fehler verhindert. Beispiele sind die frühe Symptomatik einer Mononukleose. Da sind komplett andere Daten oder komplett andere Symptome im primärärztlichen Bereich als etwas in einer HNO-Abteilung. Wie vor einigen Jahren eine Studie in England zeigt, dass bei einer Meningokokken-Infektion bei Kindern, die im primärärztlichen Bereich erhobenen Symptome gänzlich unterschiedlich von dem waren, was in den Lehrbüchern stand. Zum Beispiel, dass die Nackensteifigkeit ein sehr spätes Symptom war. Solche Daten können sehr wichtige Hinweise sein, um so schwierige Krankheiten rechtzeitig zu erkennen.

Wir haben ein neues Programm entwickelt und nicht die bestehende Ordinationssoftware verwendet. Dazu gibt es drei Gründe. Einerseits ist es so, dass derzeit diese Ordinationssoftware so unterschiedlich ist, dass sie für eine Praxis oder für ein Forschungsnetzwerk nicht zu gebrauchen sind, ohne einen beträchtlichen Aufwand an Arbeit und vor allem an Kosten. Des Weiteren sind sicher wieder Wartungskosten die Folge oder Datenauswertungskosten – der Fantasie sind da sicher keine Grenzen gesetzt. Für spezielle und wichtige Fragen werden die Daten nicht erhoben. Beispiel: Mit wie vielen Problem kommt der Patient zu uns? Oder wie viele Probleme werden pro Konsultation besprochen? Das andere Thema sind die geänderten Beratungsergebnisse. Jeder von uns, der in dem Bereich arbeitet, kennt das. Der Patient kommt mit Fieber. Sie finden auch bei gründlicher Durchuntersuchung nichts außer dem Fieber. Einige Tage später wird dann eine Lungenentzündung diagnostiziert. Wenn wir diese Fälle erfassen und nochmals Revue passieren lassen und aufarbeiten, können wir dann eventuell Hinweise finden, um diese Krankheit früher zu diagnostizieren.

Das Wesentlichste bei den Ordinationsprogrammen ist derzeit die fehlende einheitliche Begriffsbezeichnung, ohne die eine standardisierte Beobachtung nicht möglich ist. Vor allem auf der Ebene der Symptomkomplexe herrschen vor allem im Bereich der Allgemeinmedizin die unterschiedlichsten Bezeichnungen. Wenn wir nicht Gleiches mit Gleichem vergleichen können, bringt eine Auswertung oder Statistik relativ wenig. Professor Braun hat hier vor 40 Jahren in jahrelanger Arbeit sehr klare Begriffe für diesen Bereich geschaffen, damit er seine Beobachtungen vergleichen konnte. Diese Klassifikation ist auch in dem Programm integriert. Ich möchte Ihnen das gerne kurz vorstellen. Das Vorbild für dieses Programm war ein Programm, das sich [\[EP-Info?\]](#) nennt. Es ist ein sehr umfangreiches Non-Profit-Programm, das man von der Homepage des Centers of Disease Control kostenlos herunterladen kann. Es gewährleistet ein unabhängiges, selbstständiges Auswerten der Daten inklusive der grafischen Darstellung. Es lässt sich in einem Netzwerk mit mehreren Benutzern verwenden. Was auch sehr wesentlich ist – und das ist auch ein

bisschen meine Idee: Es hat eine sehr unterschätzende Anwender-Community, vor allem wenn Fragen oder Probleme auftauchen. In diesem Programm entstand auch der erste einfache Prototyp dieses Programms nach Durchhackern des Tutorials. Mit dem Programm habe ich zuerst angefangen, die Daten in der Ordination zu erheben und auszuwerten. Später hat mir ein EDV-Spezialist, Herr Dipl.Ing. Seidl, dabei geholfen und das Programm in Access programmiert. Es hat ein paar Gründe gehabt, aber [EP-Info?] hat sich nur als ganzes Fenster laufen lassen, also nicht integriert in das Ordinationsprogramm. Er hat das teilweise sehr gut gelöst, vor allem was die Datenvernetzung betrifft. Die Daten können anonymisiert über E-Mail verschickt werden, genau so wie das Programm über E-Mail verschickt werden kann. Es braucht keinen zentralen Server oder sonst irgendetwas. Die Eingabe ist der Patient und es hat gleichzeitig ein eigenes Statistikprogramm integriert. Die Idee ist die, dass jeder selbstständig seine Praxisstatistik erstellen kann – vor allem unabhängig und einfach. Gleichzeitig kann man die Daten zusammenspielen. Das Programm selber läuft in einem Fenster. Die Entwicklung ist wie ein Prozess. Es dauert jetzt ca. schon ein Jahr. Vor drei Tagen ist es uns erst gelungen, das Programm so zu integrieren, dass es direkt die Patienten übernimmt. Die Patienten werden über die interne Nummer übernommen. Es wird das Geburtsdatum bestimmt und damit das Alter und männlich oder weiblich. Es ist relativ einfach aufgebaut, indem wir hier die chronischen Krankheiten erfasst haben und in weiterer Folge die akuten Probleme. Die Diagnosen sind eingeteilt in 17 Diagnosegruppen, entsprechend dem ICPC. In diesem ICPC haben wir die kasographischen Begriffe von Professor Braun inkludiert. Wenn wir diese Diagnosegruppe aufrufen, können wir die einzelnen Begriffe oder Diagnosen abrufen. Durch Anklicken dieser, wird die aktuelle Diagnose gespeichert und gleichzeitig in die Kartei zurück geschrieben. Die ersten 1000 Patientenkontakte haben wir noch so eingegeben, dass ich es doppelt eingetippt habe. Das fällt jetzt weg, indem dem Patient übernommen wird und die Diagnosen zurück geschrieben werden. Nach Eingeben der Diagnose oder des Beratungsergebnisses werden die Procedure Codes eingegeben, also was ich mit dem Patienten gemacht habe. Habe ich ihn nur untersucht und beraten? Habe ich ein Medikament verschrieben? Habe ich irgendwelche Zusatzuntersuchungen durchgeführt? Weiter überwiesen oder stationär eingewiesen?

Hier dasselbe mit den chronischen Krankheiten. Dadurch ist es auch möglich mitzuzählen, wie viel Probleme pro Konsultation mit dem Patienten besprochen wurden. Vor einiger Zeit haben wir einen neuen Teil programmiert, und zwar hier anhand des Thorax-Schmerzes eine standardisierte Diagnostik. Professor Braun hat schon vor Jahrzehnten angefangen – er nannte das programmierte Diagnostik bei gewissen Beschwerden des Patienten – wo die Symptome oder auch die klinischen Zeichen standardisiert erhoben und angekreuzt werden. Dann wird das einem Beratungsergebnis hier zugeordnet und gleichzeitig wieder in die Kartei überschrieben. Das Ganze hat zweierlei Sinn. Einerseits, dass eine standardisierte Diagnostik gewährleistet ist. Die andere Idee ist die, dass man alle diese Punkte mit Variablen belegt hat um zuschauen, ob es gewisse Muster gibt die mir helfen, einen myogenen Thorax-Schmerz von einem chemischen Angia-pectoris-Schmerz anhand der Klinik zu unterscheiden. Habe ich da Häufigkeiten? In dem Statistikprogramm – und ich möchte Ihnen nur die Beispiele zeigen – haben wir 960 Patientenkontakte drinnen.

Ich möchte noch auf die Jahresstatistik eingehen. Die Jahresstatistik ist nach Professor Braun. Er hat chronische Erkrankungen gezählt und die akuten Probleme dazu. Dadurch ist es auch möglich, Praxen miteinander zu vergleichen. Das ist die Häufigkeit neuer Erkrankungen. Wenn wir zu zählen beginnen, wird jede Krankheit

als „neu“ klassifiziert. Das war die Häufigkeit neuer Erkrankungen, wobei Hypertonie und Diabetes bei den Spitzenreitern sind. Das andere ist die Häufigkeit der Inanspruchnahme. Wie oft wird der Patient wegen dieser Diagnose behandelt oder wird wegen dieser Diagnose beraten?

Ein anderer Punkt sind diese geänderten Beratungsergebnisse. Beim uncharakteristischen Fieber, stellt sich nach einiger Zeit zwei Mal infektiöse Mononukleose heraus und drei Mal eine Pneumonie. Das sind Symptomatiken, die ich am Anfang nicht gesehen habe. Indem wir hier die Patienten zusätzlich in Form der internen Nummer erfasst haben, können wir damit den Patienten wieder rausfiltern. Was war bei den drei Patienten mit der Pneumonie anders als bei den vielen anderen, wo es nach ein paar Tagen problemlos abgeklungen ist.

Wir haben auch erfasst, wie viele Probleme werden pro Konsultation behandelt oder beraten. Das wird nach Altersgruppen geteilt. 60+ bzw. runter. Bei Patienten über 60 im Schnitt pro Konsultation 2,22 Probleme, die besprochen werden. Das Ganze sind 360 Datensätze, wobei das Ganze im November erhoben wurde. Also zu Beginn der Infektionszeit mit einem relativ großen Kinderanteil, die meistens nur mit einer Problematik gekommen sind. Für mich war auch noch ein ganz interessanter Aspekt, wie viele Patienten wir selber behandeln und wie viele schicken wir weiter. Um das zum Beispiel von den Fieberfällen zu erfassen – von 34 wurde 1 in diesem Zeitraum stationär aufgenommen und 1 auf eine Spezialambulanz überwiesen. Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bei den Schilddrüsenerkrankungen natürlich mehrere. Gleichzeitig haben wir auch die Inanspruchnahme erfasst. Bei den Durchfallerkrankungen haben wir 32 Patienten mit 65 Inanspruchnahmen, 1 wurde stationär aufgenommen und 1 wurde zu einer Spezialambulanz überwiesen. Das ist um ein bisschen unsere Arbeit dazustellen, weil ich glaube, dass darüber sehr viel Unkenntnis ist. Jetzt komme ich schon zum Ende.

Mit diesem Computerprogramm wollen wir standardisierte und anonymisierte Daten erfassen, um damit spezielle Fragen im Bereich der Allgemeinmedizin bearbeiten und beantworten zu können. Aber auch um die Qualität der medizinischen Arbeit zu verbessern. Ich wünsche mir, dass möglichst viele Kollegen dabei mitmachen und dass wir bei der wissenschaftlichen Auswertung dieser Daten entweder von einem Institut für Allgemeinmedizin oder sonstigen Institutionen Unterstützung erhalten. Es war schön, vor so einem interessierten Publikum dieses Programm präsentieren zu können. Herzlichen Dank!

Dr. Euler:

Lieber Dietmar, es war schön, dir zuzuhören. Du hast dieses Wort vom Lotsen gesagt. Ich erinnere mich an den Dr. Werner. Lotse ist das falsche Wort. Über 30 Patienten und 1 wird weitergeschickt. 1 wird gelotst und 30 behandle ich selbst. Das ist die Sprache, die auch unsere Gesprächspartner in der Politik verstehen. Wir haben im letzten Hausarzt ein Gespräch zwischen uns beiden veröffentlicht, wo ich sage: „Mit so einem Programm lernen wir Statistik sprechen.“ Wir müssen unsere Arbeit in dieser Form darstellen. Es nützt nichts, wenn wir sagen, dass wir niemanden weiterschicken. Es nützt auch nichts wenn einer sagt, dass er niemanden weiterschickt. Aber wenn man sich so in Zahlen und in Kollektiven ausdrücken kann, dann bekommt das Gewicht.

Was ich sehr spannend gefunden habe – und da kommen wir zur Kommunikation zurück: Wir sehen, dass gewisse Dinge – gegen die wir uns mit Händen und Füßen wehren, wenn sie von unseren kontrollierenden Vertragspartnern kommen – dass die, wenn der Dr. Kleinbichler das argumentiert, ganz anders aussehen. Was uns als Kontrollbedrohung, als über einen Kamm scheren, dargestellt wird – und so wie es

kommen könnte, ist es auch so. Es sind sich die forschenden Allgemeinmediziner einig, dass die jetzt vorhandenen Codierungskataloge nicht taugen. Wir können nicht das Kind mit dem Bad ausschütten. Wir müssen uns auf eine Terminologie einigen. Auch wenn wir denken, wie wir alle geworben wurden, um Computerprogramme einzuführen. Von Wissenschaft und von unserer Arbeit war nie die Rede. „Du wirst keine Position vergessen. Das Programm rechnet sich selber.“ Es wurde ganz schwer auf die Abrechnung auf Knopfdruck argumentiert. Selbst unsere eigene Standesvertretung hat den wissenschaftlichen Wert und den identitätsstiftenden Wert nicht erkannt oder zumindest nicht kommuniziert. Also auch hier ein Thema der Kommunikation.

Meine sehr geehrte Damen und Herren, wir haben unsere drei sehr spannenden Redner gehört. Gerne können wir noch ein paar Minuten Fragen beantworten und Beiträge entgegennehmen. Drängt es jemanden, seine Meinung kund zu tun?

Zuhörer:

Dieses System wurde irgendwie im Zusammenhang mit Innomed genannt. Dann ist das nicht unabhängig. Innomed ist meines Wissens ist CompuGroup und das ist der Marktleader.

Dr. Kleinbichler:

Das hat nichts mit Innomed zu tun. Die Firma hat sich irrsinnig gesperrt, dieses Programm zu inkludieren. Dass Innomed eine einfache Zahl, wie die Patientenziffer – extrahieren konnten, um damit in die Datenbank des Programms zu kommen und den jeweiligen Patienten aufzurufen. Das hat nichts mit Innomed zu tun. Wir haben es jetzt nur für das Programm gemacht, aber es ist sicher kein großes Problem.

Dr. Euler:

Es geht darum, dass man dieses Programm nicht extra parallel zum Ordinationsprogramm behandeln muss, sondern dass die wesentlichen Parameter und Fakten automatisch ausgetauscht werden. Und um diese Öffnung des etablierten Ordinationsprogramms zu erreichen, war mühsam. Habe ich Dich richtig verstanden?

Dr. Kleinbichler:

Genau. Das war extrem mühsam. Aber das Gruber-Programm, das ist der zweite große Anbieter, ist wahrscheinlich leichter einzubinden, weil es eine andere Datenbankstruktur hat.

Dr. Euler:

Ihr habt auch das gehört und es war nicht zu überhören, dass Herr Dr. Kleibichler darauf hingewiesen hat, dass dieses Programm firmenunabhängig sein soll, keine zusätzlichen Kosten verursachen soll und genau dem entspricht, was der Herr Prof. Sönichsen hier Ende Jänner gefordert hat. Ein Programm von Ärzten für Ärzte und nicht ein Programm für Ärzte von einer Firma, die natürlich vor allem finanzielle Interessen hat. Das wäre wirklich ein Idealtyp.

Bitte, Dr. Balduin.

Dr. Balduin:

Eine kurze Frage zum Vortrag von Herrn Prof. Harms: Es wurde erwähnt, dass durch rechtzeitige Behandlung und auch Gesprächszuwendungen bei Diabetikern viel gespart werden kann. Aber ist es nicht doch so, dass die Kosten 10 Jahre später

kommen. Sind da Studien gemacht worden? Ist es wirklich eine volkswirtschaftliche Ersparnis? Natürlich bin ich dafür, dass man mit dem Patienten spricht, aber man soll natürlich im Sinne der Medizin und des Patienten handeln.

Prof. Harms:

Ich glaube, dass das mit den 10 Jahren nicht mehr stimmt. Ich will jetzt nicht Äpfel mit Birnen vergleichen, denn in der Regel haben wir brauchbare Daten fast immer nur aus den Vereinigten Staaten.

Dr. Euler:

Bald aus Krems, nehme ich an.

Prof. Harms:

Wir können gerne etwas zusammen machen.

Wenn wir anschauen, was derzeit passiert. Bleiben wir nur im Bereich Diabetes. Mehr als ein Drittel aller, die bereits jetzt mit Typ-2-Diabetes diagnostiziert werden, sind jünger als 20 Jahre. Gehen wir noch einen Schritt zurück. Wir haben es sowohl in Deutschland als auch in Österreich geschafft, die Anzahl der adipösen Mädchen, 13 bis 17, innerhalb von 5 Jahren zu verdoppeln. Wenn wir davon ausgehen, dass 85 % dieser Mädchen – wenn sie Frauen sind – weiterhin übergewichtig sein werden, worauf ein Drittel bereits in jungen Jahren schwere körperliche Probleme mit sich rumschleppt, dann sehen wir, dass das nicht so ein Ding ist, wo wir sagen können, dass wir das irgendwann in 10 Jahren machen. Das was ich Ihnen hier zeigen durfte, hat sich nicht über 150 Jahre entwickelt, sondern das ist genau innerhalb einer Generation passiert.

Als ich das erste Mal österreichischen Boden betreten haben, habe ich das Radio angemacht und da war Ihr Verteidigungsminister: Das erste Mal seit Bestehen des österreichischen Heeres – gut dass das die Russen nicht mehr wissen – haben sie nicht genügend Rekruten bekommen, auf Grund von Übergewicht und Asthma COPD. Was passiert hier innerhalb von wenigen Jahren? Zwischen Diagnosestellung und die Erkrankung katalysiert sich, haben wir wahrscheinlich genau 2 Jahre Zeit. Und die sollten wir nutzen.

Dr. Neureither:

Ich durfte heute eine Stellungnahme für das EDV-Referat der niederösterreichischen Ärztekammer zum Thema ELGA abfertigen. Da muss ich leider sagen, dass das was wir hier besprechen, überhaupt kein Thema ist. Die ELGA wird uns wahrscheinlich zur Auslagerung der Daten, zum Abwenden vom ärztlichen Gespräch zwingen. Es wird nicht verlangt, dass die Gesundheitsanbieter – das können alle sein – dieselben Voraussetzungen erfüllen. Ich denke da speziell an die Spitalsambulanzen. Das Spital ist nicht verpflichtet, sofort seine Daten über ELGA zur Verfügung zu stellen. Wenn man sich das alles anschaut, dann widersprechen wir gerade dem, was hier schön erzählt worden ist. Bei Prof. Harms werden einfach Daten erhoben und es wird möglicherweise nach ICD-10 kodiert. Das ist eine Diagnosecodierung und keine Verdachtscodierung. Man wird in ein Codierungsdenken gepresst. Oft wissen wir gar nicht, was für ein Fieber der Patient hat. So wie sich das oft durch abwartendes Behandeln herausstellt. Wir werden aber daran gemessen und auch letztendlich bezahlt werden. So schön die ganze Zukunftsmusik ist – Zuwendung, Medizin, Gespräch – die Messergebnisse sind, wie Herr Dr. Kleinbichler gesagt hat, in den Ordinationen dürftig und werden mit– nach meinem Ermessen – untauglichen Mitteln erhoben und danach wird abrechnet. Dann kann ich nur sagen: Gute Nacht.

Dr. Euler:

Du hast völlig Recht. Das ist fast schon auch ein Schlussgedanke. Warum treffen wir uns, wenn wir wissen, dass der politische Wille die ELGA-Maschinerie walzenartig vorantreibt. Wir haben von Frau Doz. Wild gehört, dass sich auch die Wissenschaft mit falschen Daten herumschlägt. Nicht zuletzt deshalb, um den Verantwortlichen sagen zu können, es gibt Alternativen und es hat Alternativen gegeben. Jene, die sich nicht willenlos und resignierend diesen Trend fügen wollen, artikulieren sich. Leute, die solche Alternativen anbieten, werden vielleicht gefragt sein, wenn das Geld zu Ende ist. Und das Geld wird früher zu Ende sein, als mancher noch glaubt. Wir wissen, dass die E-Medikation jetzt mit Biegen und Brechen in die Pilotphase gekommen ist und dass das Geld für die Ordinationsprogramme nicht von vornherein da war. Die Berechnungen, was es kostet und was es bringt, sind nicht seriös und nicht da. Die Verantwortlichen sprechen mit den falschen Leuten. Denken Sie daran, dass die ELGA-Machbarkeitsstudie im gleichen Jahr - wie die Ärzte per Gesetz als Mitredner und Mitentscheider der Gesundheitsreform ausgeschlossen wurden – von der Firma IBM gemacht wurde.

Die Politiker sprechen mit den falschen Leuten. Es darf uns also nicht wundern, wenn sie die falschen Entscheidungen treffen. Aber man sollte ihnen wenigstens widersprechen.

Hans-Joachim, bitte.

Hans-Joachim:

Unsere Arbeit ist geprägt von einer hohen Motivation zum „trotzdem“. Was mir ganz besonders in Österreich aufgefallen ist, das sind Entmutigungsstrategien, die von Top-Down gefahren werden. Die, die oben sitzen, sagen: „Es ist schon alles entschieden. Ihr habt keine Chance mehr. Ihr müsst Euch gefälligst damit abfinden.“ Wir finden uns aber nicht damit ab, weil wir es einfach besser wissen. Und wir lassen unsere Patienten natürlich nicht im Stich. Wir tun das nicht. Wir sind keine Politiker, die ihre Wähler im Stich lassen.

Deswegen bin ich sehr dankbar, dass wir hier optimistische Perspektiven bekommen – notfalls auch aus dem Ausland. Ich glaube, dass wir uns behaupten werden, weil unsere Patienten die Wähler sind. Sie vertrauen den Hausärzten und sie vertrauen den Hausärzten zu Recht.

Heute habe ich einem Patienten geholfen, der ein unglaublich teures Gerät implantiert bekam, nämlich einen Cardioverter. Der hat ein Handbuch in die Hand gedrückt bekommen und er konnte es gar nicht lesen. Ich habe mir das durchgelesen und habe ihm erklärt, was er machen muss. Im Spital haben sie nicht die Zeit gehabt, ihm das zu erklären. Das ist irrsinnig gefährlich, wenn der das implantiert bekommt und dann versteht er gar nicht, wie er sich verhalten muss, wenn das Gerät tatsächlich wirksam wird. Wir Hausärzte tragen dazu bei, dass die Spitzenmedizin sogar funktioniert. Und wir möchten von der Spitzenmedizin wahrgenommen werden. Das ist unser gutes Recht.

Dr. Euler:

Ich danke Dir.

Kleinbichler:

Zwei Gedanken zu dieser ELGA. Ich verstehe eines nicht: in Zeiten, wo wir unsere gesamten Krankengeschichten auf einem kleinen Stick abspeichern können, wozu brauchen wir dann eine zentrale Datenspeicherung oder eine vernetzte

Datenspeicherung? Wenn ich in der Ordination mit den Patienten spreche, dann sagt ein jeder: „Das ist ganz gut. Dann haben wir es auf einem Server oben und jeder kann zugreifen.“ Aber wenige Patienten wollen, dass die Daten ihrer Kinder vom ersten Tag an erfasst werden und aufgezeichnet werden, ganz zu schweigen von der Klassifikation. Ich glaube, da ist der Punkt wo wir ansetzen und wo wir Aufklärungsarbeit betreiben müssen.

Dr. Euler:

Lieber Wolfgang Geppert, wenn Du einverstanden bist, gebe ich dir auch gleich das Schlusswort.

Geppert:

Das ist schwierig, weil ich meistens für die negativen Stellungnahmen bekannt bin. Enden wir mit einem Realitätsbewusstsein. Wir betreiben den Kampf für die Aufwertung des Hausarztes seit ca. 20 Jahren. Wir sind unter dieser Arbeit ergraut, teilweise auch gram geworden. Und wir sind ziemlich einsam auf der Bühne. Es gibt fast keine jungen Kollegen, die wirklich überzeugt sind, dass die Allgemeinmedizin so wichtig ist. Alle glauben das. Die Politik sagt, dass es ganz wichtig ist, mit dem Hausarzt zu sprechen. Der Prof. Harms sagt, dass wir Coaches ausbilden sollen, damit die Leute nicht so dick sind oder weniger Diabetes haben.

Aber ich glaube, der Zug ist schon abgefahren. Ich möchte kurz aus der Realität berichten: Bei uns in Niederösterreich habe ich mir die Bewerbungszahlen ausheben lassen. Ich will Sie nicht mit den konkreten Zahlen belasten. Aber in den letzten 5 Jahren, hat sich die Zahl der Kolleginnen und Kollegen, die sich für eine Allgemeinmediziner-Praxis bewerben, genau halbiert. Die Jungen haben kein Interesse mehr, das zu machen, wofür wir so gekämpft haben. Es gibt keine Aufwertung der Hausarztmedizin. Ich kenne viele Ort, wo jetzt Stellen von Allgemeinmedizinern reduziert werden. Das ist die Realität. Mit einem aufgewerteten Hausarzt kann man in der Politik nicht viel realisieren. Aber mit einem aufgewerteten Spitalssystem sehr wohl. Da haben sie das Wichtigste, was sie brauchen – Arbeitsplätze.

Ich denke immer an das Beispiel in Mistelbach. Wie ich rausgekommen bin, war die Zahl der Ärzte im Spital mit 43 gleich den Allgemeinmedizinern, die alle Kassen gehabt haben. Also gleich viel Hausärzte und Spitalsärzte. Jetzt bekommen wir in Mistelbach 3 Auffahrten für 197 Mio. Da könnte man die Hausärzte unendlich aufwerten. Heute haben wir im Spitalzentrum 228 Ärzte, und nur einen einzigen Praktischen Arzt im Bezirk Mistelbach. Im Schnitt werden bis vier Mal so viele Ärzte im Spital angestellt, wie draußen. Das bedeutet auch, dass die jungen Kollegen diese Alternative haben. Sie müssen nicht so wie wir rausgehen und draußen Hausärzte zu sein. Sie können im Spital bleiben und sich überlegen, welches Fach sie belegen wollen.

Wir haben 20 Jahre gekämpft. Aber bitte nicht uns die Schuld zuschieben, wenn es mit der Aufwertung des Hausarztes nicht gelingen sollte.

Dr. Euler:

Lieber Wolfgang, jetzt sage ich doch selber das Schlusswort.

Eingangs wurde eine Grafik gezeigt, wo Patienten gefragt wurden, wem sie vertrauen. Diese Befragung verstehen die Patienten. Das ist eine Umfrage, die andere Werte bringt als ob man die Osterweiterung machen sollen oder das Bundesheer abschaffen. Da hat der Patient die Grundinformation und da sagt er es aus vollem Herzen, ob er dem vertraut oder nicht.

Und wenn wir heute – lieber Wolfgang und liebe alle anderen – die Spitzenpersonen sind, denen vertraut wird, dann waren diese 20 Jahre nicht umsonst. Warum vertraut uns der Patient? Weil er mit uns sprechen kann, weil wir die Kommunikation hoch gehalten haben und weil wir an seiner Seite gestanden sind. Wenn es die Politik nicht versteht, die kein Vertrauen mehr hat – weil wenn die Politik nach der Wahl für das Vertrauen dankt, dann ist meistens die Wahl zwischen Pest und Cholera gewesen. Das ist nicht das Vertrauen, dass ein Patient uns ausspricht, wenn es uns zwischen dem Polizisten und dem Pfarrer ankreuzt. Solange es die Politik nicht versteht, dass hier die, die das Vertrauen haben reformiert werden durch die, die kein Vertrauen haben, solange werden sie in die falsche Richtung gehen. Aber der Weg hat seine Grenzen. Es wird ihnen die Gefolgschaft und das Geld abhanden kommen. Obwohl das kein sehr schönes Szenario ist, ist es doch optimistisch.

Geppert.

Wenn es wirklich um Vertrauen geht, dann verstehe ich nicht, warum Österreich beherrscht wird, ob die Wehrpflicht bestehen bleibt oder abgeschafft wird. Wenn es wirklich so ist, wie Prof. Harms sagt, dass die Zahl der Diabetiker explodiert und dass deren Versorgung nicht zu bewerkstelligen ist, dann müssten deswegen die Leute auf der Straße sein.

Das ist kein Thema, mit dem man in der Politik agieren kann.

Dr. Euler:

Wolfgang, es gibt immer Themen, die die Leute beschäftigen und es gibt wichtige Themen.

Ich glaube, wir schließen diese Sitzung und halten fest, dass wir sie optimistisch schließen. Es kann das mit ein Grund sein, dass sich die Jugend doch wieder interessiert. Es passt ganz gut zum Tag der Frau, dass eine Frau der jungen Gesellschaft für Allgemeinmedizin vorsteht. Das auch das Stichwort, dass die Medizin jetzt weiblich wird, ist in aller Munde. Möglichweise werden sich durch die Übernahme unserer Positionen im niedergelassenen Bereich viel mehr Frauen in Zukunft damit befassen, die vielleicht in einer viel großzügigeren Art bereit sein werden, Zusammenarbeitsformen einzugehen. Vielleicht liegt auch hier die Durchführung optimistischer Gedanken in weiblichen Händen. Jetzt ist wirklich Schluss, weil mir zum Faschingsdienstag nichts mehr einfällt.

Danke für Ihr Kommen und wir werden uns wieder einmal sehen.