

## **„Auf dem Holzweg in die Sackgasse“**

### **08. Juni 2010: „e-Medikation – Ein Schritt zu mehr Transparenz und Sicherheit oder in die Überwachungsmedizin?“**

Euler:

Sehr geehrte Damen und Herren, ich begrüße Sie im Namen des Hausärzterverbandes heute zu unserer dritten und letzten Veranstaltung. Ich freue mich sehr, dass wir mit diesen Veranstaltungen doch unsere Diskussionsbeiträge in der Öffentlichkeit deponieren können, auch wenn nicht jedes Mal so viele Menschen zu uns hierher finden, wie wir das gerne hätten. Das soll uns aber nicht davon abhalten, weiterhin die Wichtigkeit unserer Argumente zu bedenken und sie auch weiter zu publizieren. Unser heutiges Thema ist der E-Medikation gewidmet. Und wer das nicht weiß: Die E-Medikation ist die erste von vier Säulen, auf denen ELGA, die elektronische Gesundheitsakte, ruhen soll. Die E-Medikation wird noch in diesem Monat vom Hauptverband der Öffentlichkeit vorgestellt. Und ich freue mich, dass ich Ihnen, so wie die vergangenen Abende, auch heute eine ganz ausgesuchte Expertin - nicht unbedingt zum Thema E-Medikation - sondern zum Thema Unverträglichkeitsprüfung bei Arzneimitteltherapie, vorstellen kann. Es ist Frau Magistra Anditsch, klinische Pharmakologin, die schon eine große Erfahrung hat in Spitalsarbeit, das heißt, die zusammen mit Arztkolleginnen und Arztkollegen Therapien überprüft. Dies vor allem bei hochbetagten Patienten, bei psychiatrischen Patienten und auch bei internistischen Patienten. Wir wollen den heutigen Abend sozusagen mit dem Phänotypus der E-Medikation beginnen, mit dem was der Hauptverband auch präsentiert, als Sinn und Absicht. Und wir wollen dann, ohne Zweifel anerkennen wir den Sinn von E-Medikation, aber wir wollen dann auch auf die Gefahren hinweisen, die die ungeheure Fülle von sehr persönlichen Daten, die ganz zwangsläufig gesammelt werden, diskutieren. Und ganz zuletzt darf ich dann auf dem Holzweg in die Sackgasse unsere drei Abende noch ein Mal zusammenfassen. Ich bitte Frau Magistra Anditsch zum Thema zu beginnen und uns einzustimmen. Was ich jetzt ganz vergessen habe vor lauter Verzückung, ist der Herr Mag. Lechner, der Rechtsanwalt ist, Ärzteanwalt in Niederösterreich, seit vielen Jahren vertraut nicht nur mit dem Vertragsrecht, sondern auch mit den Klippen und den rechtlichen Bananenschalen, die auf unserem Berufsweg liegen und der heute

auch ganz handfeste Beispiele bringen wird, dass nicht immer böse Absicht, sondern oft nur Schlamperei oder Fehleinschätzung ganz nachhaltigen Schaden anrichten können, wenn Leute nicht den rechten Umgang mit Daten haben. Jetzt aber wirklich, Frau Magistra, bitte zu starten:

Anditsch:

Gerne. Vielen herzlichen Dank für die Einladung. Ich bin gerne gekommen, um heute mit Ihnen zu diskutieren oder versuchen, die Antwort auf diese Frage zu bringen: Bringt eine automatische Arzneimittelverträglichkeitsprüfung mehr Therapiesicherheit für den Patienten? Stimmt das, oder stimmt das nicht? Ich wurde schon kurz vorgestellt. Ich bin allerdings keine Ärztin. Ich bin nicht Pharmakologin, sondern ich bin Pharmazeutin und habe die Chance bekommen, im Donauespital im 22. Bezirk hier als klinische Pharmazeutin tätig zu werden, diesen Beratungsbereich aufzubauen. Das heißt, ich arbeite mit Pflege und mit den Ärzten zusammen. Im Endeffekt einfach auch zur Optimierung der Arzneimitteltherapie für den Patienten. Das ist mein Aufgabenbereich, der auch gesetzlich in der ABO verankert ist, als Dienstleistungsbereich der Krankenhauspharmazie. Nun zu dieser Frage. Wieso stellt man sich überhaupt diese Frage? Das große Problem, das einfach ein Thema ist, ist die Polypharmazie. Sie werden das also hier in den letzten Jahren bemerkt haben. Ich kann mich noch erinnern, wie ich vor zehn Jahren mit Vorträgen zu Arzneimittelinteraktionen begonnen habe, da hat man mich etwas belächelt und hat gesagt: „Das hören wir uns halt an. Das ist etwas Utopisches. Aber ist das klinisch relevant? Der Mensch hält ohnehin viel aus.“ In diesen zehn Jahren hat sich viel getan. Und ich glaube, es ist hier eine Sensibilisierung für dieses Thema immer mehr geworden. Und es ist jetzt ein großes Motto, das da heißt: Transparenz. Das heißt, dass man versucht zu sagen: Es ist wichtig zu wissen, was der Patient alles einnimmt. Was er sich von den verschiedenen Ärzten alles holt bzw. natürlich auch OTC-mäßig dann ohne Rezept, over the counter heißt das dann, in der Apotheke zusätzlich besorgt. Was er oft dem Arzt gar nicht mitteilt, weil er sagt, mein Gott, das ist harmlos, das ist ja pflanzlich. Das heißt, diese Polypharmazie ist ein Thema. Die Gründe dafür werde ich Ihnen gleich nahelegen. Hier habe ich eine Statistik von der Apothekerkammer, die eindeutig beweist, desto älter die Patienten werden, desto mehr Medikamente bekommen sie. Ganz klar - es werden mehr Diagnosen gestellt. Es ist einfach heutzutage eine wesentlich bessere Diagnostikmöglichkeit gegeben,

sodass, Sie sehen das, ab 70 rasant die Zahl der verschriebenen Medikamente ansteigt und im Durchschnitt jetzt bei sieben bis acht Medikamenten pro Patient liegt. Und die Frage ist, ob hier noch überhaupt überschaubar ist, was sich hier an möglichen Interaktionen abspielt. Abgesehen davon noch mit Interaktionen mit der Nahrung. Muss ich etwas nüchtern nehmen? Muss ich es mit der Nahrung nehmen? Zu welchem Zeitpunkt muss ich es einnehmen? Das heißt, es spielt sich hier ein sehr komplexes Geschehen ab. Und die Frage, die wir am Anfang uns gestellt haben, ist: Helfen uns hier Interaktionsprogramme, die momentan zur Verfügung stehen, um diese komplexe Thematik in den Griff zu bekommen? Oder brauchen wir einfach mehr? Die Ursachen für Multimedikation sind dadurch gegeben, dass es durch Einführung der e-card wesentlich erleichtert worden ist, mehrere Ärzte aufzusuchen. Auch mehrere Fachärzte aufzusuchen. Und es eher die Tendenz gibt, das ist auch statistisch erfasst, dass eher ein Medikament dazugegeben wird, als dass wieder eines weggenommen wird. So dass dann immer mehr hier die Multimedikation ihren Lauf nimmt. Und ich arbeite wie gesagt im Spital. Und wenn ich sehe, auf der Internen Station, im Durchschnitt haben wir hier Patienten, die zehn bis zwölf Medikamente einnehmen, und hier dabei eigentlich für jedes Medikament eine gestellte Diagnose vorliegt. Die Frage ist nur, ob sie es auch wirklich brauchen. Und das ist unser großes Problem heutzutage. Wir haben auf der einen Seite die evidence based medicine. Wir haben die Studien. Wir haben das, was die Gesellschaften sagen - wo ich die Expertenpapers habe. Und auf der anderen Seite habe ich meinen individuellen Patienten vor mir. Und ich muss jetzt diese Gradwanderung finden, dass ich sage: „OK ich habe auch den Mut, etwas nicht zu geben, obwohl es eigentlich laut Guidelines ist.“ Und bin ich damit rechtlich abgesichert? Das ist die große Frage. Weiß man hier eigentlich auch nicht so sehr. Was ich vom Spital aus sagen kann ist, dass die Angst vor rechtlichen Schritten durch die Patienten und ihre Angehörigen immens ansteigt. Dass man sich hundert Mal absichert, um hier auch hinsichtlich der Diagnostik nicht irgendwelche Probleme zu bekommen. Zunehmendes Lebensalter, das ist klar: Desto länger man lebt, desto mehr erlebt man gestellte Diagnosen und dadurch die Problematik der Multimedikation. Nicht außer Acht lassen: Was besorgt sich bitte der Patient noch zusätzlich in der Apotheke? Was besorgt er sich im Internet? Was besorgt er sich beim Schlecker nebenan im Drogeriemarkt? Deswegen glaube ich, ist auch sehr, sehr wichtig, die Zusammenarbeit. Angesprochen schon mit der E-Medikation. Die

Zusammenarbeit öffentliche Apotheke und Arzt muss unbedingt funktionieren. Ein Streitpunkt von früher her, Sie kennen das Salzburger Projekt, das muss besser laufen. Es muss eine Kooperation sein. Es muss ein Miteinander sein. Die Aufgabe im Bereich der Apotheke wird sein, dass der Apotheker checkt, wenn sich der Patient etwas dazukaufen will zu der bestehenden Medikation: Passt das dazu oder passt das nicht? Es wurde hier eine Liste erarbeitet von der ARGES zusammen mit der Universitätsklinik. Ich glaube, es sind so an die 80 verschiedenen Substanzen, die eventuell ein mögliches Interaktionspotential mit anderen Medikamenten haben können. Diese Liste wird immer aktualisiert werden. Und diese Medikamente müssen auf alle Fälle auch zusätzlich auf der e-card dann abrufbar sein und ein Interaktions-Check möglich sein. Mehrere Spitalsaufenthalte. Auch das ist etwas, was klar ist: Desto mehr ich in Spitäler aufgenommen werde, immer wieder wird die Medikation umgeändert und meistens wird noch etwas dazugegeben. Nur kurz zur Erklärung: Wir sprechen jetzt hauptsächlich von dem zweiten Punkt - von den unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Das ist ein bisschen von den Medikationsfehlern zu unterscheiden. Weil Medikationsfehler, das sind alle Fehler, die in den Medikationsprozess involviert sind. Hier geht es uns aber heute um Interaktionsprogramme, die uns helfen sollen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen in den Griff zu bekommen. Zu reduzieren. Zu verhindern. Und das ist eben dieser zweite Teil, diese Nebenwirkungen, die auftreten, entweder dosisunabhängig in Form von Allergien oder dosisabhängig in Form von Intoxikationen, weil z. B. eine eingeschränkte Nierenfunktion nicht beachtet worden ist. Weil zwei, drei Medikamente in die gleiche Richtung wirken und dadurch kumulieren können. Es gibt hier verschiedene Möglichkeiten, wie Interaktionen ablaufen können. Ich glaube, dass das Interesse für Interaktionen deswegen so groß ist, weil sich jetzt schon allmählich herauskristallisiert, dass das Ganze - auch ökonomisch gesehen - hier enorm viel Kosten verschlingt. Dass es hier Daten gibt. Sehr viele kommen aus den USA, aber auch aus Kanada, wo hier ökonomische Studien schon wesentlich länger gefordert werden, als es hier in Europa der Fall ist. Wo aufgezeigt wird, dass doch bis zu 20 Prozent der Spitalsaufenthalte zurückzuführen sind auf inadäquate Arzneimitteltherapie, als gesamtes zusammengefasst. Hier im Detail angeführt erhöhte Plasmaspiegel. Erhöhte Plasmaspiegel von Arzneistoffen, vor allem auf Grund von Leber- und Nierenschäden, die einfach viel zu wenig berücksichtigt werden. Schauen Sie einmal in der Praxis wie oft hier Blutbild gemacht wird bei alten

Patienten, ein Mal im Jahr. Wenn ich nur ein Mal im Jahr ein Blutbild mache bei Patienten, die zehn bis 15 Medikamente einnehmen, so ist ganz klar, dass ich nie up to date bin um zu wissen, ob diese Medikamentencocktails, die hier verabreicht werden, nicht kumulieren und damit hier Intoxikationen, Vergiftungserscheinungen hervorrufen, die dann zu Sturz führen, die zu Verwirrheitszuständen führen, zu Infektionen führen können, was zu Spitalsaufenthalten führt. Das ist ein Punkt, der sehr schwierig mit Hilfe eines Interaktionsprogramms in den Griff zu bekommen sein wird. Hier geht es darum eher eine Grundsatzfrage zu beantworten, nämlich: Wie viele Blutbildanalysen brauche ich? Wie viele Elektrolytbestimmungen brauche ich? Bei welchen Patienten? Ab welchem Alter? Mit welcher Multimedikation? Um damit Spitalsaufenthalte aufgrund von Hyperkaliämien, Hyponatriämien - und die sind symptomatisch - verhindern zu können. Ich glaube, das ist ein ganz wesentlicher Punkt. Ich glaube, dass es in Österreich nicht einheitlich geregelt ist, wie viel hier bezahlt wird und übernommen wird, von den Gebietskrankenkassen. Inadäquate Dosierungen gehören hier dazu. Zu hohe Dosierungen im Bezug auf das Ausscheidungsorgan, auf die Nierenfunktion. Die Non compliance, auch ein wesentlicher Punkt. Sehr hoch, 33 Prozent, von diesen aufgrund von Medikamenten UAWs aufgenommenen Patienten sind deswegen aufgenommen worden, weil sie sich selbst therapieren. Und das ist gar nicht so selten. Das ist etwas, ich habe auch die Möglichkeit hier ein Entlassungsmanagement mitzumachen beim Donauspital. Das heißt, ich spreche mit den Patienten die neuen Medikamente durch, sage ihnen was das ist, wie lange sie das nehmen sollen, es werden Rezepte ausgestellt, Bewilligungen durchgeführt, um sie mit einem bisschen einem Package zu entlassen. Das ist ein Pilotprojekt im Donauspital, das sich vielleicht dann erweitern wird, weil es so gut angenommen wird. Aber da kommt man oft drauf, dass die Patienten sagen: „Ich sage Ihnen ganz ehrlich, ich nehme das eh nicht jeden Tag. Und das auch nicht. Aber meinem Arzt sage ich das nicht.“ Die haben Unmengen an Packungen zu Hause, aber einnehmen tun sie diese 15 Medikamente regelmäßig sehr, sehr selten. Es gibt Fanatiker. Es gibt Fanatiker, die wirklich genau ihre Tabletten wissen und genau einnehmen. Denen kann man auch kaum etwas wegnehmen. Aber bei den meisten liegt die Selbsttherapie vor. Und die Präparate, die sie sich aus der Apotheke holen, die pflanzlichen Präparate, die nehmen sie, weil die sind ja harmlos. Aber ihr Blutdruckmedikament, wo sie kaum einen Effekt spüren, da wird es ein Problem. Hilft mir dabei ein Interaktionsprogramm? Sehr wenig. Das heißt, das ist

aber ein wesentlicher Faktor, der mit eine Rolle spielt, für eine Therapiesicherheit. Weil wenn ich dem Patienten die Therapie überlasse, dann wird es gefährlich. Der liest die Fachinformation, der geht ins Internet, der hört das was die Nachbarin sagt - und das alles ist ein Riesenproblem. Das ist also glaube ich doch ein Faktor, wo man sagt: „Nehmen Sie das wirklich? Sie können mir ruhig sagen, wenn Sie nur vier Medikamente nehmen. Dann müssen wir uns auf vier einigen. Die vier, die für Sie am Wichtigsten und am Relevantesten sind. Und die nehmen Sie dann aber auch.“ Aber nicht einfach sagen: „Sie müssen das nehmen. Das hat Ihnen das Spital vorgeschrieben. Das ist wichtig für Sie, sonst werden Sie sterben.“ Der spürt aber überhaupt keinen Effekt von diesen Medikamenten, die er da alle bekommt. Und die Frage ist eben - er wird es Ihnen teilweise als Ärzte gar nicht sagen. Weil er möchte Sie ja nicht irgendwie da verunsichern. Sie sind ja seine Vertrauensperson. Das heißt, vielleicht sagt er es manchmal eher dem Apotheker, als dem Arzt. Drug-Drug-Interactions, also das heißt, Arzneimittelinteraktionen untereinander sind eigentlich gar nicht so das Hauptthema. Sie sind ein Thema - keine Frage. Aber sie sind ein Part. Und das ist ganz wichtig, auch für mich als klinischen Pharmazeuten, weil sonst bin ich wegrationalisiert. Wenn meine Tätigkeit nur darin besteht, Interaktionen aufzuzeigen, dann macht man ein Interaktionsprogramm auf, gibt die Medikation ein, und hat das Ergebnis und das war es. Da braucht man keinen klinischen Pharmazeuten. Es ist einfach mehr. Die ganze Multimedikation, die Polypharmazie bringt so komplexe Probleme mit sich, die ich nicht nur mit einem Interaktionsprogramm lösen kann. Das Ganze kostet immense Summen. Und es ist ganz interessant, dass natürlich eigentlich das Spital die Zeit nützen sollte, wo der Patient stationär ist, wo man ihn überwachen kann, dass man sagt: „OK, ich nehme ein bisschen etwas weg. Ich mache sogenannte Drug-Holidays und schaue mir an: Wie geht es ihm?“ Wird seltenst gemacht. Es gilt eher der Spruch der heißt: Never change a winning team. Das heißt, wenn es dem nicht ganz schlecht geht, dann wird nichts weggenommen. Das sehen wir ja. Wenn jemand kurz vor dem Sterben ist, dann ist man mutig. Dann nehmen wir dem Medikamente weg. Und nicht selten ist es der Fall, dass er sich kurzfristig sogar regeneriert, der Patient, und sogar kurzfristig besser werden kann. Aber den Mut zu finden, auch Präparate hier wegzulassen, die vielleicht nicht in mein Spezialgebiet gehören, ist oft sehr, sehr schwierig und im Spital nicht immer der Fall. Sie sehen, dass bei der Verschreibung von Arzneimittelkombinationen bei der Entlassung aus dem Spital sehr wohl auch ein

ziemlich hoher Prozentsatz - nämlich 12 bis 15 Prozent - potentielle Interaktionen vorliegen. Das heißt, auch wir brauchen den Interaktions-Checker natürlich dabei. Und wir werden auch hier im Donauspital in einem Pilotprojekt der E-Medikation involviert sein. Einfach um auch hier mehr Transparenz in die Medikation zu bringen, wenn der Patient entlassen wird. Und das vorher abzuklären, bevor er in die Apotheke geht, in die öffentliche Apotheke, dass man sagt: „OK, die Medikation, mit der er jetzt unser Spital verlässt, bestimmte Stationen werden das sein, die ist OK, die passt einmal - so wie sie ist - zusammen. Und was er sich jetzt noch alles dazu besorgt in der Apotheke, das checkt dann der Apotheker und empfiehlt ihm, berät ihn, ob das möglich ist oder nicht.“ Auch hier sehen Sie, es ist eine große Gruppe, nämlich die Gruppe der Schmerzmittel, die ein großes Thema sind. Schmerzmittel, die oft wirklich hier von einem zum anderen durch Mundpropaganda weitergegeben werden: „Geh’ probier das, das hilft super gegen die Knieschmerzen oder gegen die Kreuzschmerzen. Du, ich habe da ein super Mittel.“ Und die nehmen das einfach zu ihren 10 bis 15 Medikamenten dazu oder lassen ein anderes weg. Dann nehme ich das Blutdruckmittel nicht, ich nehme das Schmerzmittel dazu. Und das ist wirklich hier, wenn man sich das anschaut, hier z. B. eine Evaluierung, die doch ganz markant ist: 16.500 Tote pro Jahr in den USA aufgrund von gastroenterestinalen Komplikationen, Magenblutungen, Darmblutungen, Kolitis, massiv Polypenbildungen unter der Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatikern: Diclofenak, Voltaren das dazugehört, Xevum, Ovalis, Parkemed. Ganz egal, welches Sie nehmen, Celebrex. Das Ibuprofen ist ohne Rezept auch erhältlich. Das heißt, hier ist das große Problem der unerwünschten Arzneimittelwirkungen, was teilweise hier von Ärzteseite gar nicht erfasst wird. Hier brauchen wir unbedingt die öffentlichen Apotheker mit im Boot. Die wissen das dann. Und die können beraten und sagen: „Bitte nehmen Sie das nicht.“ Ein großes Thema - auch bei den Sportlern. Erst unlängst der große Zeitungsartikel: Fußballer in Deutschland nimmt Ibuprofen vor dem Spiel - und zwar eine ziemlich große Menge. Und dann landet er an der Dialyse, weil die Niere eingeht durch Exsikkose, geringes Trinken dazu, zerstört er sich die Nierenfunktion. Auch bei Marathonspielern ist das keine Seltenheit. Und ich habe mir gedacht, ich bringe Ihnen da so ein bisschen ein Beispiel: Hier ein Patient, bekannt Morbus Parkinson, wird bei uns aufgenommen auf der Neurologie mit möglicher Verstärkung der Parkinsonsymptomatik. Das heißt, die Neurologen sollen überprüfen, ob diese Parkinsonmedikation, die er bekommt, das ist das Madopar hier in diesem Fall,

ausreichend war. Ob das passt oder ob man das anpassen muss, weil der Patient einen ganz massiven Tremor hat. Der zittert massiv. Der kann kaum gehen. Er ist Sturz gefährdet. Er hat eine Übelkeit. Erbrechen - was eigentlich nicht zu einem Dauer-Morbus Parkinson so dazu kommt und zu einer Verschlechterung passt. Und er hat eine Steifheit. Er ist total steif, was ihn natürlich noch mehr Sturz gefährdet macht. Und ich arbeite auf der Neurologie mit und die haben mich gefragt: „Du schau dir das einmal an. Was glaubst du, welche Medikamente könnten solche Symptome hier verstärken?“ Da haben Sie jetzt wieder ein Problem, wenn Sie das eingeben Interaktions-Check, ich habe das auch gemacht, dann kriegen Sie folgendes heraus: Der hat seit einer Woche verstärkt Tramal-Retard, ein Schmerzmedikament. Zusätzlich kriegt er aufgrund einer Depression das Fluctin, ein Antidepressivum, und zum Schlafen noch ein sedierendes Antidepressivum dazu. Geben Sie das in Ihren Interaktions-Check ein, kommt raus: Achtung, Serotonin-Syndrom, leichte Interaktion. Wenn Sie zufällig das eingestellt haben bei Ihnen, dass Sie sagen, das piepst ununterbrochen, ich gebe nur die Schweren ein und die Mittelschweren und die anderen soll er mir gar nicht anzeigen, dann sehen Sie das gar nicht. Dann sehen Sie gar nicht diese mögliche Interaktion. Geschweige denn, die Symptome sind angegeben. Es läuft unter Serotonin-Syndrom, möglich, eventuell. In diesem Fall muss man wirklich von den Symptomen ausgehen und muss man sagen: „OK, welche Medikamente machen jetzt so einen extremen Tremor mit Erweiterung der Pupille, Tachykardie, Schweißausbrüche? Das sind eben so typische Symptome für Medikamente, die Ihnen einen Neurotransmitter im Zentralnervensystem erhöhen, nämlich das Serotonin. Und das sind einige Substanzen, die das machen können. Und in diesem Fall findet man da schon einige hier, was der Patient hat: Nämlich wir haben hier drei Substanzen angeführt, die das machen können. Drei Substanzen, haben Sie hier unten angeführt, die relativ neu dieser Patient erst hat. Und seit er dieses einnimmt - ca. eine Woche später - bekommt er diese charakteristischen Symptome. Was hat er noch dazubekommen, was ganz fatal war? Er hat ein Paspertin dazu bekommen, weil ihm übel war. Paspertin verstärkt aber hier Bewegungsabnormalitäten, gerade bei Parkinson-Patienten und erhöht noch dazu die Muskelrigidität. Aber das ist so ein typischer Reflex. Es kommt jemand mit Symptomen und ich gebe etwas dazu, um die Symptome wieder zu bekämpfen. Und in diesem Fall ist es eigentlich kontraproduktiv, weil einfach das Problem ist, dass ich damit diese Symptome noch mehr verstärken kann. Die zweite Frage, was ich ihm



gestellt habe: „Kaufen Sie sich in der Apotheke noch irgendwas dazu?“ Darauf hin sagt er: „Ja, weil er nicht schlafen kann, kauft er sich noch Johanneskrautkapseln dazu.“ Johanneskrautkapseln, die sehr beliebt sind. Der Apotheker in der öffentlichen Apotheke weiß nicht, was der für Medikamente einnimmt. Der kauft sich Johanneskrautkapseln. Sagt die Apothekerin noch dazu: „Bitte gehen Sie nicht in die Sonne. Passen Sie auf, sonst kriegen Sie Flecken. Jetzt gerade im Sommer ist das fatal.“ Sagt er: „Nein, er nimmt das zum Schlafen als Ausgleich.“ Sagt sie; „Ja, das passt. Probieren Sie das aus. Es ist relativ harmlos und sehr gut.“

Johanneskrautextrakte erhöhen ebenfalls den Serotoninspiegel und gar nicht so wenig. Das heißt, ich habe hier noch einen Faktor mehr, wodurch die Gefahr besteht, dass der einen viel zu hohen Serotoninspiegel hat und genau die Symptome hat, die das verursachen können. Das heißt, ich muss schauen, dass ich die Medikamente hier wieder wegkriege. Was ich aber hier nicht weiß, ist, das waren alles jetzt Interaktionen, die über die Pharmakodynamik laufen. Also diese Präparate wirken alle gleich und dadurch verstärken sie sich. Aber das was ich nicht weiß ist: Was macht denn der Körper überhaupt mit diesem Medikamentencocktail? Wird das überhaupt aufgenommen? Wird es überhaupt ausgeschieden? Wird es metabolisiert? Dafür brauche ich wieder das Labor, unbedingt, sonst kann ich hier überhaupt keinen Rückschluss tätigen und damit kann das auch der öffentliche Apotheker nicht. Der kann das nicht, weil wenn der nur die Medikation sieht, dann sagt er sich: „OK, ich kann das jetzt checken hinsichtlich der Pharmakodynamik, ich kann Ihnen sagen welche Medikamente gleich wirken. Ich kann Ihnen aber nicht sagen, ob die auch bei diesem Patienten idealerweise ausgeschieden werden oder ob die kumulieren. Das kann nur der Arzt, der den Blutbefund im Hintergrund hat, wenn er ihn hat.“ Wir im Spital haben ihn viel zu oft. Die Nierenfunktion im Alter ist sicherlich ein ganz wesentliches Thema, weil einfach physiologischer Weise die Nierenfunktion eingeschränkt ist. Das ist eine Tatsache. Der braucht nicht einmal irgendeine Erkrankung an der Niere haben. Physiologischer Weise, das heißt mit dem Alter nimmt die Nierenfunktion ab und man muss die entsprechende Dosis dann anpassen. Die Filtrationsleistung der Niere bei einem Achtzigjährigen ist nur mehr halb so groß wie bei einem Zwanzigjährigen. Das heißt, ich muss da die Dosis auf alle Fälle anpassen und eher niedriger dosieren. Und bei diesem Patienten ergeben Aufnahmeblute einen Serum-Kreatininwert von 1,9 - ausgerechnet auf die errechnete glomäroläre Filtrationsrate ist 29 ml pro Minute. Das läuft bereits unter

Niereninsuffizienz. Unter Niereninsuffizienz, das bedeutet, dass dieser Patient wesentlich langsamer ausscheidet und deswegen bei bestimmten Medikamenten hier die Dosis angepasst werden muss. Die Elektrolyte sind noch gerade im Normbereich, Natrium etwas im niedrigen Bereich. Das sollte eigentlich 140 sein. Welche Hilfestellungen habe ich aber jetzt? Wenn ich das über ein Interaktionsprogramm laufen lasse, dann wird mir da keine Hilfestellung kommen. Das heißt, ich brauche eine Hilfestellung. Nämlich, welche Medikamente bei welcher Nierenfunktion in der Dosis angepasst werden sollten. Und da zeige ich Ihnen hier ein Programm. Da gibt es das sogenannte [www.dosing.de](http://www.dosing.de). Das ist eine deutsche Internetseite. Die ist gratis. Und wenn Sie hier gehen: Dosierung bei Niereninsuffizienz, dann können Sie hier das anklicken - und ich hoffe er ist nicht zu langsam - ich sollte das anklicken und aufmachen. Wenn Sie das aufmachen kriegen Sie von A bis Z alle Medikamente, die in Deutschland im Handel sind. Das macht der Professor Häfeli. Das ist jetzt ein Pharmakologe und ein Pharmazeut aus Heidelberg. Die sind ganz top. Und die werden also hier, schauen wir nochmals hier rein, jetzt macht er es auf, da ist es schon: Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz, ist erst einmal eine Erklärung da. Wann muss eine Dosisanpassung erfolgen? Und Sie kriegen hier eine Wirkstoffliste. Die können Sie anklicken und dann haben Sie von A bis Z alle Präparate. Unser Patient bekommt ein Diclofenak, also ein Schmerzmittel dazu, weil ja immer wieder stürzt. Was zur Niere passt oder nicht passt, das ist jetzt die Frage. Und ich habe hier einen Qo-Wert von 1. Das bedeutet, dass also hier diese Substanz nahezu überhaupt nicht über die Niere ausgeschieden wird. Na super, prima. Das heißt, ich kann ein Diclofenak bei Nierenschäden geben. Wenn ich aber weiterlese, dann sehe ich, dass also hier diese Rheumamittel zu akuten Nierenversagen führen können, sofern die Aufrechterhaltung des renalen Blutflusses von den renalen Prostaglandinen abhängt. Und das ist der Fall. Das Risiko eines Nierenversagens zu entwickeln ist vor allem bei vorbestehender Niereninsuffizienz hier und mit ACE-Hemmertherapie erhöht. Das heißt, dass es hier ganz wichtig ist, dass also hier bei eingeschränkter Nierenfunktion durch diese Metapoliden auf alle Fälle, trotzdem ich einen Qo-Wert habe von 1, es notwendig ist, Diclofenak anzupassen in der Dosis. Oder am Besten gar nicht zu geben, weil ich sonst ein Nierenversagen noch mehr verstärken kann. Also das ist sehr hilfreich. Das gibt mir hier eine Aussage, wie ich hier bei Nierenversagen weiter vorgehen soll. Das kann ich auch mit den Interaktions-Checkern nicht. Das heißt, man sieht, ich brauche

mehrere Daten, ich brauche mehrere Programme, um wirklich optimal hier so eine Medikation zu checken. Und ich brauche vor allem eines: ich brauche viel Zeit. Das ist schon ein Faktor, ich brauche Zeit. Und ich glaube, an dem hapert es am meisten, dass ich sage: habe ich die Zeit hier wirklich diese Medikation so ausführlich zu überprüfen um dann also hier im Konzil mit den Schmerztherapeuten die Schmerzmedikation umzustellen? Das haben wir hier gemacht. Wir haben hier all diese Medikamente gestrichen und haben sie auf diese Medikamente umgestellt. Siehe da, der Patient hat alle diese Symptome verloren, ohne dass wir die Parkinson Medikation in irgendeiner Weise anpassen mussten, außer dass wir dazusagten: „Bitte Madopar immer eine halbe Stunde vor dem Essen einnehmen, damit es optimal resorbiert wird, auch wenn man es fünf Mal am Tag nimmt. Machen Sie sich ganz genaue Zeiten, wann Sie das einnehmen.“ Das hat die Angehörige von diesem Patienten noch nicht gewusst. Aber Sie sehen, wir konnten gar nicht so sehr die Anzahl der Medikamente reduzieren, aber bei der Auswahl der Medikamente haben wir versucht jene auszuwählen, die optimal sind für diesen Patienten mit Niereninsuffizienz und optimal sind in der Kombination mit den anderen Medikamenten, kein oder nahezu kein Interaktionspotential haben. Wir haben also ein bisschen etwas zur Osteoporosetherapie gemacht, wir haben also das Antidepressivum verändert und wir sind auf ein Opiat übergegangen, das eigentlich bei alten Patienten noch die wenigsten Interaktionen und die wenigsten Nebenwirkungen hat im Vergleich zu den NSAR. Die Frage ist jetzt, ob das selten ist oder ob das häufig ist, dass also hier so Fehler passieren oder dass man einfach nicht achtet auf die entsprechende Nierenfunktion? Und hier haben Sie eine Evaluierung aus der Universitätsklinik Basel an 1648 Patienten bei Aufnahme. Wir haben so eine ähnliche Erhebung im Donauspital gemacht, die ist ganz einfach. Wir haben genauso wie in Basel uns angeschaut auf zwei Stationen über drei Monate, mit welcher Medikation werden die Patienten aufgenommen und welche Nierenfunktion haben sie dazu? Und wir haben gesehen, dass ähnlich wie in diesem Fall, wir hatten hier 50 Prozent, also wir waren ein bisschen besser, das heißt, bei dieser Evaluierung war bei 67 Prozent der aufgenommenen Patienten hat das Medikament nicht zu der Nierenfunktion gepasst. Entweder war es contraindiziert, die Dosierung war zu hoch, das Dosisintervall war einfach zu kurz, das hätte länger sein sollen und dadurch habe ich aber die Gefahr von Nebenwirkungen, die dann zur stationären Aufnahme führen können. Das heißt, das verschlingt dann damit die

Kosten. 20 bis 30 Prozent Kostenzunahme durch stationäre Aufnahme. Noch ein wesentlicher Punkt ist, den ich auch sehr wenig über Interaktionsprogramme abklären kann: Was ist jetzt, wenn ich mir hier Multivitaminpräparate dazukaufe? Wenn ich Spurenelementpräparate dazu kaufe? Sehr modern – Anti-Aging Produkte. Anti-Aging, keiner will alt werden heutzutage. Jeder will stehen bleiben, will jung bleiben. Das heißt, ich brauche also neben Tomaten auf alle Fälle Antioxidantien. Und das ist natürlich so, das geht von Selen, das geht über Zinkpräparate, über zweiwertige Ionen, zusätzlich Magnesium gegen die Beinkrämpfe, die sehr viele alte Leute haben, weil sie massive Diuretika-Gaben kriegen. Dann haben wir hier natürlich auch noch das Kalzium, Osteoporosetherapie. Das heißt, was passiert da? Und ich muss also hier wissen, dass bestimmte Substanzen hier kaum resorbiert werden. Wenn er da z. B. ein Antibiotikum kriegt, ein Avelox oder ein Tavanic, eine bestimmte Gruppe, dann kann er Probleme haben. Das wird kaum aufgenommen und wirkt dann nicht. Das weiß aber der Apotheker. Weil diese Präparate kauft sich der in der Apotheke dazu und wenn der Apotheker dann sieht - auch über die E-Medikation – ah, der hat jetzt ein Antibiotikum noch laufen. Der hat z. B. eine schwere Staphylokokkeninfektion und braucht das als längere Dauertherapie. Dann muss er ihn beraten und wird ihm sagen: „Bitte, so lange Sie das hier haben, dann passen Sie auf, wenn Sie es unbedingt einnehmen wollen. Nehmen Sie das eine in der Früh und das andere am Abend, damit können Sie das ohne weiteres kombinieren.“ Das sind Kleinigkeiten, die aber für einen Therapieerfolg ganz essentiell sind, weil es davon abhängig ist, ob eine Substanz überhaupt aufgenommen wird in den Körper oder nicht. Hier gibt es auch eine Evaluierung. Es ist schon etwas älter, 1997 erschienen. Die auch aufgezeigt hat, wo hauptsächlich Medikationsfehler sind. Und man sieht hier, dass das also hier bei der Berechnung der Dosis ein großer Anteil war, dass die Anpassung der Dosis bei Verschlechterung der Organfunktionen wieder ein Thema war, Allergien beachtet werden sollten. Auch hier habe ich das noch kaum im Interaktionsprogramm jetzt drinnen. Auch das muss ich anders abklären. Und dass ich Doppelverschreibungen habe und das Dosierungsintervall nicht beachtet worden ist. Sie kennen vielleicht die Arbeit von Oberarzt Schuller aus Salzburg, die hier erst rezent erschienen ist und die ebenfalls aufgezeigt hat an 543 Patienten, die ca. 82 Jahre alt waren, im Durchschnitt 7,5 Medikamente eingenommen haben, dass also hier bei diesen 543 Patienten bei einem großen Anteil, nämlich für 65 Prozent, potentielle Interaktionen zwischen

diesen 7 Medikamenten beobachtet worden sind. Fehldosierungen waren bei 23 Prozent aufgrund einer hier nicht beachteten Nierenfunktionsstörung.

Mehrfachdosierungen, das heißt, aufgrund der Generika-Problematik, der kriegt zwei Präparate mit verschiedenen Namen, das eine von dem Arzt verschrieben, das andere von dem anderen Arzt. Die Ärzte wissen gar nichts voneinander und dadurch wissen sie auch nicht, dass die schon längst sein ConCor nimmt. Nur heißt es nicht ConCor, sondern jetzt heißt es beim anderen Bisoprolol Generikum. Und das ist das Riesenproblem. Und wenn das wirklich einer ist, der das brav schluckt, dann kommt er mit massiver Bradykardie und mit Sturz zu uns ins Spital. Also

Mehrfachdosierungen sind gar nicht so selten. Inadäquate Medikation, was immer das auch ist, das hat er so genannt, mit ziemlich hohem Prozentsatz. Und er sagt, er geht davon aus, dass also hier bei 36 Prozent mindestens ein Medikament war, das man nicht gebraucht hat und meistens war es der Magenschutz. Aber das ist klar, das wissen wir alle, dass das ein großes Problem ist, an dem jetzt Gott sei Dank schon intensiv gearbeitet wird. Vor allem Frauen sind besonders hier gefährdet, scheinbar auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die die viele Medikamente haben, dort ist einfach ein irres Interaktionspotential da - auch logisch. Und immer die Niere beachte!. Auch er sagt: „Niereninsuffizienz, großes Problem, das im niedergelassenen Bereich viel zu wenig beachtet wird.“ Ich habe heute schon angesprochen bei der Vorstellung: Ich habe die Chance, im Spital mit den Ärzten mitzuarbeiten. Das heißt, ich schaue mir die Kurven an bei der Aufnahme, bei der Visite, bei der Entlassung die Arztbriefe und bespreche mit den Ärzten zusammen durch, ob das jetzt zusammenpasst oder nicht. Das heißt, das ist ein Synergismus und das ist etwas, was also hier einen irrsinnigen Benefit bringt für die Optimierung einer Arzneimitteltherapie. Weil wir haben natürlich auch ein Interaktionstool, aber wir haben noch viele andere Möglichkeiten. Und schon einiges auch, was wir aus Erfahrungswerten haben, das wir hier sehr rasch solche Interaktions-Checks durchführen können, Dosierungsanpassungen, Intervallanpassungen zusammen. Und da habe ich so eine Evaluierung gemacht. Ergebnis der klinisch-pharmazeutischen Tätigkeit auf einer Kardiologie, und zwar in einem Jahr. Das war im letzten Jahr. Und bei uns ist interessanter Weise rausgekommen, wenn Sie sich anschauen dieses Dunkelrote, dieses hier sind die Wechselwirkungen. Und es gibt jetzt eine ganz neue Arbeit, die allerdings noch nicht publiziert ist, wo ähnliche Ergebnisse sind. Interaktionen sind ein Thema, aber nicht nur. Der größte Anteil ist

Reduktion und Änderung des Arzneimittels. Mut haben, zu sagen: Braucht der wirklich sein Statin jetzt, braucht der das schon? Der ist über 85, profitiert der davon wirklich noch? Braucht der noch sein Bisphosphonat? Kann der das überhaupt schlucken? Für die Osteoporosetherapie, nimmt der überhaupt ein Kalzium und Vitamin D dazu? Oder bringt er es immer wieder in die Apotheke zurück? Solche Fragen, die einfach ganz wichtig sind, und das war der größte Balken und ist auch weiterhin der größte Balken, dass man zusammen anschaut: Der hat viele Psychopharmaka, der hat zwei Antidepressiva. Braucht der das zusammen? Holen wir den Psychiater, schauen wir, dass der das ein bisschen reduziert. Und das war der größte Anteil – Nebenwirkungen. Also ausgehend von den Symptomen, die der Patient hat, zu schauen, was passt zusammen, was passt nicht zusammen? Und dann einen gemeinsamen Konsens zu finden und zu sagen: Optimierung der Therapie. Das ist nur hier im Lenze 2007 erschienen, wieder eine ähnliche Arbeit, die die Problematik aufzeigt. Die aber wieder aufzeigt, den Synergismus, einfach einer Kooperation, einer interdisziplinären Zusammenarbeit. Interaktionsprogramme brauche ich, aber ich brauche einfach zusätzlich noch etwas anderes. Ich brauche das Gespräch mit dem Patienten. Ich brauche etwas, um die Compliance zu verbessern. Ich brauche einfach ein Team, das zusammen mit mir diese Probleme durchcheckt und einfach diese enorm vielfältige Problematik in den Griff kriegt. Das werden wir ganz schwierig in den Griff kriegen. Wir sollten schauen, dass sie die richtigen Zuckerln nimmt. Dass wir einfach sagen: Wenn wir nicht immer die Zahl der Medikamente reduzieren können, dann soll sie einfach die richtigen Zuckerln mitnehmen. Die ist von den Rezeptgebühren befreit, 100prozentig, weil die grinst noch. Weil sonst wird es heutzutage schon sehr teuer mit den Medikamenten. Und bei so was, und das ist nicht etwas, was ich zusammengestellt habe, sondern da haben sie mich dann geholt auf der 1. Med, haben gesagt, du der ist delirant. Sage ich, das ist nicht euer Ernst? Das geht sich nicht einmal auf einer Kurve aus. Der Patient hat irre Schmerzen gehabt, geht von einem zum anderen. Schmerzen ist ein Riesenproblem des Ärztetourismus. Und hat ein Medikament nach dem anderen im Spital dann noch auch dazugekriegt, bis er nicht mehr können hat, bis er hier wirklich knapp vor dem Herzstillstand war, auf der Intensiv war und wir dann die Reduktion durchgeführt haben. Weil dann auf der Intensiv kann er das gar nicht alles schlucken. Und siehe da, er hat sich erholt. Wir haben dann mit viel physikalischer Medizin versucht, ihn wieder in den Griff zu kriegen. Gibt's leider, so etwas. Ich möchte das

nicht anklagen, das kommt leicht zustande. Diese Patienten sind ja irrsinnig fordernd. Die sagen: „Geben Sie mir endlich etwas, meine Schmerzen sind nicht zum Aushalten. Ich brauche wieder etwas.“ Nach der nächsten Stunde läutet er schon wieder. Der braucht wieder etwas. Ich möchte das nicht anklagend sagen, sondern ich möchte einfach sagen, dass man im Team das zusammen erfassen kann. Und dass es da so ein bisschen eine Hilfestellung gibt, den internationalen MAI-Index und der einfach ein paar Fragen aufwirft und sagt: Gibt es eine Indikation für dieses Medikament? Gibt es Nutzen-Risiko-Abwägung? Hat der überhaupt noch etwas davon? Nimmt der das überhaupt ein? Kann der diese Riesentabletten überhaupt schlucken? Oder soll ich lieber einen Saft nehmen? Dass man das immer wieder hinterfragt. Nimmt er das zum richtigen Einnahmezeitpunkt? Schauen auf Doppelverschreibungen. Wo war er noch überall? Und da kann uns die E-Medikation schon ein bisschen helfen. Damit jetzt am Schluss. Wir sind wieder am Anfang angelangt. Wir kommen wieder zu dieser Frage: Bringt eine automatisierte Arzneimittelverträglichkeitsprüfung mehr Therapiesicherheit für den Patienten? Natürlich bringt es als ein Puzzlestein etwas für die Optimierung der Therapiesicherheit - keine Frage. Aber es ist ein Puzzlestein. Sie haben hier unten noch die Qualitätszirkel. Sie haben da unten die Transparenz stehen. Sie haben hier - ganz wichtig - die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachärzten, aber sehr wohl auch zwischen Arzt und Nicht-Arzt. Es ist ganz wesentlich, dass es eine Kummernummer geben sollte, dass es ein Infocenter geben sollte. Es wird auch hinsichtlich E-Medikation, das wird schon angedacht, im zweiten, dritten, vierten Schritt, ich werde nicht locker lassen, ich finde, dass das einfach das Wichtigste ist, wenn man ein paar Experten hat im Hintergrund. Das kostet gar nicht so viel, das rentiert sich. Das sieht man in den nordischen Ländern, wo es das schon gibt, wo es so Arzneimittelinformationszentren gibt, dass die Aufnahmen ins Spital reduziert werden können, wenn ich vorab meine Medikation checke, wenn ich Hilfestellungen schon vorher kriege, vor dem Sturz bzw. Bradykardin, Herzrhythmusstörungen, akuten Nierenversagen und er bei uns im Spital landet. Die Compliance, ein wesentlicher Punkt, das Arztgespräch, das ganz, ganz wichtig ist, um zu erfahren: Nimmt der das wirklich? Wo hapert es? Was kann ich ihm weggeben? Was kann ich ihm dazugeben? Nahtstellenmanagement - auch ein wesentlicher Punkt. Dass man hier mehr Zusammenarbeit sieht. Dass man sieht, auch von der Spitalsseite her, die Problematik im niedergelassenen Bereich mit dem

Generika-Anteil. Dass hier mehr Kooperation ist bei Erstverschreibungen. Dass man nicht bewusst nur die Erstpräparate aufschreibt. Ich glaube, das ist auch ein ganz wesentlicher Punkt für die Therapiesicherheit. Weil der kriegt das Originalprodukt von seinem Facharzt im Spital, vom Kardiologen verschrieben und der praktische Arzt braucht dann eine Stunde, um ihm zu erklären, er kann ihm nur das Generikum verschreiben und das ist doch das Gleiche und das wird auch so sein. Das heißt, dass ist auch enorme Verunsicherung und da gehört mehr Kooperation her, mehr Verständnis auf beiden Seiten. Da muss, glaube ich, noch viel investiert werden in diese Richtung. Aber keine Frage - die Antwort von meiner Seite her ist jetzt: Ja es bringt etwas, aber es ist ein Puzzleteil für die Therapiesicherheit und Sie brauchen noch viele andere Systeme und strukturelle Veränderungen, dass man wirklich sagen kann: Wir tun etwas für die Patientensicherheit! Und ich habe Ihnen da als Zusammenfassung ein bisschen aufgeschrieben mit den Programmen, mit denen ich arbeite, Interaktionsprogramme, die meisten sind sogar frei. Also Sie sehen, das ist ganz komplex. Da sind auch sehr kritische dabei, das „Bittere Pillen“, aber es ist gar nicht so schlecht auch ein bisschen etwas Kritisches einmal zu haben und das dann zu hinterfragen. Also ich habe das nicht als Abschreckung hergestellt, sondern ich glaube einfach, dass das ein sehr komplexes Geschehen ist und dass man nur zusammen in Kooperation das wirklich lösen kann.

Danke schön. Vielen herzlichen Dank.

Euler:

Ich glaube, wir werden nach diesem fulminanten Vortrag gleich ein paar Wortmeldungen zulassen. Lieber Wolfgang, bitte.

Wolfgang:

Ich bin Arzneimittelreferent in Niederösterreich und bringe hier auch immer das Beispiel aus Niederösterreich und auch die Reaktion, die wir bei solchen Gedanken haben sollten. Wie wir heute gehört haben, gerade von einer klinische Pharmakologin in einem Krankenhaus - bitte immer eines vor Augen führen: pro Tag verschuldet sich Österreich um 1 Mio. Euro mehr, nur durch die Spitäler. Neuverschuldung. Das ist weltweit einmalig. Überall wo wir hinkommen hören wir so Vorträge wie von Ihnen, was alles das Spital noch leisten sollte. Also gerade in dem Fall jetzt, über drüber noch die Medikation der Internisten z. B. korrigieren,



verbessern. Ich glaube, was wir einfach vergessen haben, und ihn auch einfach übergangen haben in den letzten zwei Jahrzehnten, ist der Hausarzt. Und in weiterer Folge natürlich auch die Möglichkeit, die wir an sich ehren sollten, obwohl es jetzt immer wieder hingestellt wird, dass das so etwas Besonderes ist und nur in den Alpenländern verbreitet ist, also auch der dispensierende Arzt. Denn wenn der Hausapotheker selbst mit dem Patienten das ausmacht, was alles wann zu nehmen ist, dann ist das die kürzeste Version, wie man solche Dinge, die wir jetzt gerade gehört haben, transportiert. Also ganz, ganz wichtig in dem Zusammenhang: Noch viel einfacher als wie die Apotheker aufwerten, als die Oberkontrolloren, die drüber schauen sollten, ob der Kassenarzt alles richtig gemacht hat, richtig aufgeschrieben hat, wäre es, wie halt leider bisher verabsäumt, den Hausarzt zu stärken und zwar ihn personell aufzubauen, ihn in der Hinsicht natürlich auch mehr finanzielle Möglichkeiten geben und nicht eine Hausapotheke nach der andern schließen. Denn Hausapotheken sind eine Garantie dafür, dass hier auch bestmöglichst koordiniert wird für den Patienten.

Anditsch:

Da möchte ich jetzt aber schon einiges dazu sagen. Folgende Situation:

Hausapotheken – das ist schon immer ein Streitpunkt gewesen zwischen Ärztekammer und Apothekerkammer, keine Frage. Aber ich glaube einfach, dass es ein Miteinander sein soll, dass es einfach, vielleicht haben Sie das missverstanden, aber ich habe es glaube ich schon eindeutig gesagt, dass der Apotheker in der öffentlichen Apotheke überprüft, was der Patient sich dazukaufft an so genannten OTC-Präparaten und zu schauen, ob das zur bestehenden Medikation passt. Er ist nicht eigentlich dazu da, die Medikation des Arztes zu überprüfen, oder so wie Sie sagen, hier im negativen Sinn zu überprüfen und den Patienten zu verunsichern, dazu fehlen ihm auch die Labordaten, auch wenn hier die Medikation so vorliegt. Es fehlt ihm das Hintergrundwissen, die Diagnostik, keine Frage. Es wird auch so sein in dem Projekt, dass es hier nicht – wie Sie sagen – zu einer Aufwertung der Apotheken führt, wir haben studiert fünf Jahre, wir haben unser Wissen um Arzneimittel, wir haben unser pharmazeutisches Wissen, das ist eindeutig hier mit einem Abschluss, einem Magister gekennzeichnet, das heißt es gibt schon ewig lang Apotheken, wo man sich informieren kann über Arzneimittelaufnahme, über den Arzneimittelzeitpunkt, auch ob das zusammenpasst oder nicht. Und das ich einfach

hier keine Aufwertung brauche. Uns gibt es schon immer und wir machen gute Arbeit. Wenn Sie sich das anschauen in Wien, was hier in Apotheken geleistet wird, glaube ich schon, dass man die nicht einfach wegrationalisieren kann durch Hausapotheken. Ich bezweifle auch sehr, dass Hausapotheken eine Qualitätssteigerung sind hinsichtlich der Information, weil ich glaube eher, dass es hier um einen ganz anderen, einen ökonomischen Faktor geht, der Hausapotheken und nicht um einen Qualitätsfaktor. Davon bin ich überzeugt. Das heißt, wenn ich jetzt sage ich muss mir alles was ich an Leistungen jetzt noch erbringen muss als praktischer Arzt mit Zusatzgeldern auch noch abgelten lassen, nämlich, dass ich mir die Information des Patienten über Interaktionen, er sagt das ist zu viel Zeitaufwand, da brauche ich ein Geld, damit ich das überhaupt hier anbieten kann, dann ist es natürlich klar, dass die Apotheken sagen: „Na gut, wenn es der Arzt nicht macht, dann bieten wir das an, ohne dass wir dafür Geld verlangen.“ Das heißt, ich glaube schon, ich sehe das nicht so negativ, ich sehe das Gott sei Dank als Krankenhausapothekerin sehr positiv, ich sehe ganz genau, dass es im Bereich des Spitals fast sehr wenig Zeit gibt im Bereich der Ärzteschaft, dass sie das wirklich überblicken können, dass die wirklich das Know-how haben und das Wissen haben im Bereich der Pharmakodynamik und Pharmakokinetik hier diese Interaktionen wirklich in den Griff zu bekommen. Das glaube ich einfach nicht. Es gibt Pharmakologen, das ist ganz klar, auf der Uni, Uniklinik AKH, die gibt es, ansonsten gibt es sie kaum. Das heißt, das ist ein Synergismus, es ist eine Unterstützung, es ist nicht ein Wegnehmen der Ärzte. Ich nehme ihnen keine Macht weg. Ich unterstütze sie. Die Letztverantwortung und Letztentscheidung hat der Arzt. Ich habe überhaupt kein Problem damit, dass ich sage, ich gehe hier in einen Konkurrenzkampf mit der Ärzteschaft. Vielleicht ist das im niedergelassenen Bereich etwas anders. Ich muss sagen, ich profitiere sehr, dass wir hier das zusammen machen. Aber diese Aggressivität, dieses: Ich muss die Apotheken hier extrem aufwerten und ich brauche hier einen, der die Ärzte überprüft - so sollte das nicht rüber kommen. Und im Endeffekt, ich sehe es so, ich war schon bei einigen solchen politischen Gesprächen dabei, um wen geht es denn? Um den Patienten geht es. Dieses Gefühl habe ich sehr selten. Mir geht es um den Patienten, auch wenn Sie lachen. Ich habe die klinische Pharmazie vor 15 Jahren hier in Wien eingeführt mit der Absicht, dass ich gesagt habe, OK, wir müssen etwas machen. Weil das ist ein Wahnsinn was sich da abtut mit den Arzneimitteln. Keiner kennt sich mehr aus. Die wissen nicht einmal

mehr was sie einnehmen. Wir müssen etwas tun. Und wir müssen schauen für den Patienten etwas zu tun. Und jetzt merke ich immer mehr, das Ganze läuft in ganz andere Bahnen. Das ist schade. Ich werde weiterhin kämpfen. Und ich kann Ihnen nur meine Sicht sagen und aus meiner Sicht kann es nur mit einer Kooperation gehen. Und bei uns im Donauspital funktioniert das als Kooperation, ohne irgendwelche Machtkämpfe zwischen einander. Bitte.

Zeger:

Ich bin im Datenschutzrat und da sind wir auch mit der E-Medikation beschäftigt. Mein letzter Wissensstand, und da würde ich gerne Ihre Meinung hören, ist der, dass es in Zukunft bei der E-Medikation zwei Listen geben wird. Eine Liste der verschriebenen Medikamente, die die Ärzte sehen sollen. Und eine Liste, der tatsächlich verabreichten Medikamente, die die Apotheker sehen sollen. Wobei in jedem Einzelfall der Patient entscheiden wird können, beim Arzt und bei der Apotheke, ob jetzt ein bestimmtes Medikament, das er jetzt verschrieben bekommt oder das er gerade bezieht - also über Rezept oder ein Rezeptfreies, dann auf dieser Liste erscheinen soll. Das heißt zwei Listen, beide nicht vollständig. Wenn ich mir das jetzt anhöre bezüglich Ihren Vorbehalten zur Dosierung, zur Interaktion usw. Was halten Sie dann von dieser Lösung?

Anditsch:

Das ist eine österreichische Lösung. Das ist eine Lösung vom Datenschutz her, von der juristischen Seite her. Das ist eine Lösung, die so angedacht worden ist. Meine persönliche Meinung, jetzt ehrlich, meine ganz persönliche Meinung: das Ganze kann so nicht funktionieren. Entweder ich habe Transparenz oder ich habe nicht Transparenz. Wenn ich aber gezwungen bin aus irgendwelchen Gründen ständig die Patienten zu fragen, ob sie das überhaupt wollen und was sie noch wollen und welches Medikament jetzt drauf kommt oder nicht. Aus welchen Gründen das auch notwendig ist, dann habe ich das zu akzeptieren. Ich bin nicht der Leiter dieses Projektes, ich arbeite mit, das heißt, ich kann das nicht beeinflussen, dass es scheinbar so eine Regelung braucht - aus immer wieder heißt es Datenschutzgründen - dass also hier für jegliches Medikament, das überprüft werden soll und auf diese Liste kommt, der Patient sein Einverständnis geben muss. Auch hier mit dem was er sich kauft in der Apotheke, das ist diese Liste mit diesen 80

Arzneistoffen, die mehr Interaktionen haben. Auch hier ist es dem Patienten wieder frei, dass man sagt: „OK, wenn Sie nicht wollen, dann gebe ich das nicht drauf.“ Ich finde es nicht sinnvoll, aber ich werde nicht gefragt.

Zeger:

Ich möchte dazu schon vielleicht noch eins dazu sagen: also ich weiß, dass das Argument Datenschutz immer vorgeschoben wird, wenn man nichts ändern will. Ich kann sozusagen aus erster Linie heraus sagen: Datenschutzgründe sind das nicht, sondern es ist schlicht und einfach der Grund, dass der Gesetzgeber offenbar nicht bereit ist und nicht willens ist, hier eine Lösung zu finden, die für alle klar und transparent genug ist und umfassend genug ist, um eben hier die im Bereich der Medikation mehr Sicherheit zu geben.

Anditsch:

Warum glauben Sie das? Warum glauben Sie, dass man sich nicht auf eine Lösung einigen kann? Was wäre hier die Gefahr, die Angst, wenn man hier wirklich die Medikation auf einer Liste haben könnte? Was würde dagegen sprechen?

Zeger:

Ich glaube, dass es nicht um eine oder mehrere Listen geht, sondern Sie haben das sehr gut dargestellt, es geht darum, das Problem der Mehrfachmedikation, der falschen Medikation, der zu vielen Spitalsaufenthalte gesamtheitlich in den Griff zu bekommen. Und da müssten, aus meiner Sicht, wahrscheinlich alle Beteiligten von lieb gewonnenen Gewohnheiten abrücken und das müsste man dann auch gesetzlich niederschreiben. Und das scheint nicht möglich zu sein.

Anditsch:

Sehen Sie. Das ist eh schon die Antwort.

Euler:

Das ist eine sehr gute Überleitung auch zum Thema Datenschutz. Ich freue mich sehr, Herr Dr. Zeger, dass Sie da sind. Und ich darf jetzt zwei Dinge sagen: Ich habe mich die letzten zwei Jahre nicht zuletzt auch durch den Besuch eines Seminars, da ist es einen ganzen Tag in der Dynamik durchgegangen, wir waren nachher geplättet

und haben uns kaum mehr getraut zu Hause was zu verschreiben. Aber jedenfalls, auch dadurch angeregt natürlich, einmal den Test gemacht, wenn jemand hereinkäme in meine Ordination und zu mir als Hausarzt sagt: „Sagen Sie mir bitte schnell, was nimmt der Patient?“ Ob ich schnell und richtig antworten könnte? Und ich gestehe frei, es war ein ernüchterndes Ergebnis. Ich bemühe mich seither, wenn es ein bisschen die Zeit zulässt, gerade bei den Patienten, die viele Medikamente immer nehmen müssen, diese Liste zu machen. Und natürlich können wir das alle und dadurch diese Selbstkontrolle einführen. Ich sehe also zum einen - um hier das positiv zu sagen - in dieser E-Medikation natürlich auch einen Impuls in diese Richtung, weil natürlich könnten wir vieles, aber wir müssen es nicht tun. Die Zeit ist nicht da. Wir denken, jetzt gebe ich dem den Zettel mit, dann hält er sich ohnehin nicht daran usw. Also es ist keine Frage, dass hier ein Problem ist und dass gegen dieses Problem angegangen werden soll. Die zweite Frage ist das Wie. Meiner Meinung nach ist die Freiwilligkeit des Patienten eine Augenauswischerei. Denn durch die elektronische Abrechnung der Rezepte ist auf jeden Fall überhaupt keine Freiwilligkeit, dass der Hauptverband die Medikation, die auf Kassenkosten bezogen wurden, weiß. Er weiß sie jeden Monat, bei der Abrechnung der Apotheken. Also den Patienten in Echtheit zu fragen. „Sind Sie einverstanden?“ Und er gibt dann seine Zustimmung - das ist ja eigentlich eine reine Beschwichtigungsmaßnahme. Aber Thema Datenschutz ist natürlich ein Thema. Und Herr Magister Lechner wird uns in den Fällen jetzt zeigen, dass es oft, wie es hier auch Überraschungen gibt, das Problem nicht in den erwarteten Konfliktsituationen oder prekären Situationen liegt, sondern oft in ganz Unerwarteten allzu Menschlichen. So schlage ich vor, dass wir zu diesem Thema übergehen und dann noch einmal diese Problematik vielleicht zu sehen. Der Herr Magister hält ein Plädoyer ohne Powerpoint-Präsentation.

Lechner:

Ohne. Sie können ihn auch gerne ausschalten. Lieber Dr. Euler, danke für die Einladung. Ich habe einleitend gesagt, ich bin noch als Assistent in den 90er Jahren auf der juristischen Fakultät in Innsbruck gewohnt, eine grüne Tafel zu haben und Kreide zu haben, aber das bekommt man heutzutage bei keiner einzigen Veranstaltung mehr. Deshalb, wenn ich eingeladen werde, habe ich auch keine Powerpoint-Präsentation, weil ich könnte das nicht einmal erstellen, und auch keine anderen Präsentationsarten. Ich wurde heute hier eingeladen, wahrscheinlich um ein

bisschen einen Gegenpart zu bilden, gegen das, was die Frau Mag. Anditsch gesagt hat und zwar mit Fallberichten aus der Praxis. Ich bin als Rechtsanwalt seit zehn Jahren freiberuflich tätig. Ich bin, und das sage ich gleich, kein Datenschutzrechtsspezialist. Ich bin kein spezieller Datenschützer, oder keiner, der Datenanwendungen speziell erlauben will. Ich bin ein einfacher Rechtsanwalt, der ein paar Mal in seiner beruflichen Laufbahn mit Datenschutzproblemen konfrontiert wurde. Das erste Mal war es eine ganz, ganz gravierende Angelegenheit. Sie hat sich in einem westlichen Bundesland abgespielt. Eine Patientin war wegen Mobbing, wegen eines Burnout-Syndroms und wegen eines Zervikalsyndroms in ärztlicher Behandlung und wird in ein Krankenhaus zur Durchuntersuchung geschickt. Dort auf der Neurologie findet der Neurologe Grund, einen Konsiliar-Psychologen beizuziehen und holt den von außen her ins Krankenhaus. Der untersucht die Patientin, nach meinen Berichten sehr oberflächlich, und kommt relativ rasch zu einer Suchtdiagnose. Diese Suchtdiagnose wird als Verdachtsdiagnose oder als Diagnose festgehalten und steht jetzt einmal so in den Akten drinnen. Was der Patientin nicht mitgeteilt wurde, ist, dass es sich offenbar um gar keinen Konsiliar-Psychologen gehandelt hat, der sie da untersucht hat, sondern um einen Vertreter des sozialen Dienstes des betreffenden Bundeslandes. Also um einen beamteten Psychologen, der sie da untersucht hat. Die Patientin geht davon aus, dass sie offen und frei sein kann, dass sie mit diesem Konsiliar-Psychologen sprechen kann, dass der unter die Verschwiegenheit fällt unter die alle Psychologen fallen. Denkste! Das ist ein beamteter Psychologe und jetzt beginnt die Maschinerie zu laufen. Man geht aus von einer gesicherten Suchtdiagnose, die anderweitig nie abgesichert wurde und verständigt die Jugendwohlfahrtsbehörden. Die Patientin bekommt Probleme, weil man ihr das Kind wegnehmen will. Sie fängt an zu kämpfen gegen diese, ihrer Meinung nach, falsche Verdachtsdiagnose. Und das macht das Ganze, wie wir wissen, in Österreich ja nur noch schlimmer. Sie beginnt Vorwürfe zu erheben gegen diesen Psychologen, dass er gegen seine Verschwiegenheitsverpflichtung verstoßen hätte. Und der beginnt sich natürlich auch zu wehren, schotet sich ein und sagt: "Nein, er war schon viel früher mit der Behandlung dieser Patientin betraut." Und, und, und. Jetzt kommt aber noch der Clou: Der Schaden, der der Patientin jetzt schon entstanden ist, damit nicht genug - ihr Arbeitgeber, ein großer Arbeitgeber, hat eine Betriebsärztin, die sowohl Betriebsärztin ist, als auch niedergelassene Allgemeinmedizinerin. Und wie jetzt da der Datenaustausch funktioniert hat zwischen

Psychologen und zwischen niedergelassener Ärztin für Allgemeinmedizin, das habe ich nie nachvollziehen können. Auf jeden Fall gelangt die Suchtdiagnose vom vermeintlichen Konsiliar-Psychologen, der der Verschwiegenheitspflicht unterliegt, zur niedergelassenen Allgemeinmedizinerin, die diese Information natürlich sofort für ihren Arbeitgeber, dort wo sie Betriebsärztin ist, verwendet. Was passiert der Patientin zusätzlich zu den Obsorgeproblemen, die sie schon hatte? Sie war definitiv gestellt. Der Arbeitgeber versucht, ihr diese Definitivstellung wegzunehmen. Versucht, sie in die Frühpension zu schicken oder überhaupt gar entlassen zu können. Und das war dann der Punkt, an dem ich eingeschaltet wurde. Und das habe ich damals verhindert, dass die Patientin dort entlassen wurde oder in die Frühpension geschickt wurde. Was auch immer der Dienstgeber da vorgehabt hat. Das ist nur ein praktischer Fall, wie es zu einem Datenfluss kommt, der im Nachhinein nicht mehr nachvollziehbar ist. Wo ist der Fehler? Wer hat richtig gehandelt? Wer hat falsch gehandelt? Stehen lauter unterschiedliche Aussagen im Raum. Man wird das auch nie mehr auflösen können, was wirklich passiert ist. Schlussendlich ist die Patientin dann noch in einer deutschen Suchtklinik zur Behandlung. Und da stellt sich nach einem dreimonatigen Aufenthalt heraus, die Diagnose, die der vermeintliche Konsiliar-Psychologe gestellt hat, die war jedenfalls falsch. Also keine Suchtdiagnose. Und jetzt darf ich Ihnen noch vorlesen, was die Patientin mir dann nach Abschluss dieser Geschichte geschrieben hat. Nur um Ihnen vor Augen zu führen, wie drastisch so ein Dateneingriff verlaufen kann. „Hätte ich mich nicht massiv gewährt, wären ich und meine Tochter heute ein Sozialfall und sicherlich in der Armutsfalle. Gesellschaftlich bin ich stigmatisiert, wirtschaftliche Benachteiligungen sind eingetreten, meine berufliche Karriere ist zerstört worden. Ruf- und Kreditschädigungen sind eingetreten. Die zukünftige medizinische Versorgung ist für mich und meine Tochter nicht mehr gesichert. Man wirft mir vor, ich sei an allem selbst Schuld. Ich habe überall höhere Selbstbehalte zu bezahlen. Man wirft mir eine genetische Disposition für Sucht vor. Noch viel größerer Schaden ist mir jedoch durch die Übermittlung der Stellungnahme des Konsiliar-Psychologen an die Betriebsärztin meines Arbeitgebers entstanden. Institutionen wie Arbeiterkammer und Bundessozialamt verwehrten mir aufgrund der Verbreitung dieser Fehldiagnose jegliche Hilfestellung. Ich wurde auf allen Ebenen stigmatisiert. Meiner Meinung nach handelt es sich um eine Verletzung der Grund- und Menschenrechte, Verletzung des Selbstbestimmungsrechtes, sämtlicher anderer

Persönlichkeitsrechte, eine Verletzung des Datenschutzgesetzes und Verletzungen der ärztlichen Schweigepflicht, der psychologischen Schweigepflicht und sogar auch um eine eigene Heilbehandlung.“ Das ist nur ein konkreter Fall mit einer ganz einfachen Verletzung des Datenschutzes auf menschlicher Ebene. Der Fall zeigt zwei Aspekte, denen ich auch in der Praxis immer wieder begegne. Das eine ist die Problematik von Verdachtsdiagnosen. Ich glaube, dass ein Großteil der Medizin auf Verdachtsdiagnosen beruht. Ein Großteil der Allgemeinmediziner wird Verdachtsdiagnosen stellen und wird diese behandeln. Der Mensch wird wieder gesund. Es ist völlig egal - war die Diagnose richtig oder war sie falsch? Das wird zum Großteil auch in Spitalsambulanzen so sein, wenn Leute mit leichteren Verletzungen dort hinkommen. Die werden aufgrund einer Verdachtsdiagnose behandelt, aus dem Spital wieder entlassen. Wenn die Therapie anspringt und die Patienten wieder gesund werden ist es völlig egal, ob die anfänglich vermutete Diagnose richtig war oder nicht. Problematisch wird es nur, wenn diese Verdachtsdiagnosen in den Akten drinnen bleiben und irgendwann nicht einmal mehr erkenntlich ist, dass es sich um Verdachtsdiagnosen gehandelt hat. Weil dann sind es fixe Diagnosen, die sind in den Akten drinnen, die haben die Patienten.

Und solche Verdachtsdiagnosen, dass die ein Eigenleben entwickeln können, das sehen wir Rechtsanwälte, wenn wir strafverteidigen, tagtäglich. Wenn der eine den anderen verletzt, dann geht der Verletzte ins Krankenhaus, da gibt es eine Verdachtsdiagnose, Contusio capitis, bekommt irgend ein paar Schmerzmittel, ein paar Salben und wird wieder nach Hause geschickt und in drei Tagen ist alles vorbei. Ob der jetzt tatsächlich eine Contusio capitis hatte oder nicht, ist eigentlich für die medizinische Behandlung völlig egal. Aber im Strafrecht, da wird der Täter zur Rechenschaft gezogen. Und für den Strafrechtler ist völlig klar, das war eine Contusio capitis. Und dafür, für das Zufügen dieser Contusio wird der Täter auch bestraft. Und versuchen Sie als Strafverteidiger zu sagen: „Aber bitte Herr Rat, das ist eine Verdachtsdiagnose.“ Da sagt er: „Hinsetzen und ruhig.“ Und wenn Sie irgendwelche Beweisanträge stellen wolle, um zu beweisen, dass eigentlich das Verletzungsbild doch nicht eingetreten ist, dann sagt man Ihnen: „Naja, das sind Beweisanträge, die gehen ins Leere und danke.“ Das ist ein riesengroßes Problem, dass Verdachtsdiagnosen festgehalten werden und als solche dann ein Eigenleben entwickeln können. Ein anderes Problem, und das muss ich auch den anwesenden



Ärzten hier sagen, das ist der Verkehr von Ärzten untereinander. Ich erlebe das immer wieder. Ein Arzt fordert bei einem Arzt einen Befundbericht über einen Patienten an und bekommt ihn sofort zugefaxt. Es hinterfragt aber niemand - bitte wer ist dieser Arzt? Ist der Patient wirklich bei diesem Arzt auch in Behandlung? Hat der Patient diesen Arzt auch ermächtigt Befundberichte über mich einzuholen? Also das sind Sachen, wo ich den von mir vertretenen Ärzten immer sage: „Vorsicht, wenn es irgendwelche Zweifel gibt, und wenn es nur die geringsten Zweifel gibt, bitte nachfragen. Hat der Patient das auch genehmigt, dass diese Daten weitergegeben werden?“ Wenn es zu Haftpflichtfällen kommt, sage ich das immer wieder. Der niedergelassene Arzt holt sich noch schnell den Befundbericht aus dem Krankenhaus ein, damit er weiß, was danach passiert ist, um abschätzen zu können, ob er wirklich einen Fehler gemacht hat. Und das, obwohl der Patient schon längst nicht mehr sein Patient ist und er deshalb gar kein Recht mehr hat, diese Unterlagen einzufordern. Ein anderer Fall, das ist jetzt keine Datenschutzverletzung mit Gesundheitsdaten, aber es ist im Gesundheitsbereich passiert und er zeigt, dass auch die Sozialversicherungsträger ganz gerne auch einmal Datenschutzverletzungen machen. Ich habe einen Mandanten vertreten, den hat die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft vorgeworfen, er verdiene viel zu viel, erbringe viel zu viele Leistungen an den Patienten, das sei alles zu Unrecht. Hat Geldbeträge von ihm zurückgefordert, die er verrechnet hat und hat ihm schlussendlich auch den Vertrag gekündigt. Jetzt kommt das allgemeine Sozialversicherungsgesetz für Kündigungsanfechtungsverfahren, ein kompliziertes Verfahren vor Sonderbehörden. Der Arzt hat in diesem Verfahren vorgebracht, unter anderem, also er hat gesagt: „Ich habe nicht überarztet. Ich habe nicht zu viele Leistungen erbracht. Ich bin ein guter und braver Arzt, nur die Sozialversicherung gängelt mich.“ Und er hat aber auch vorgebracht, und das steht im Gesetz drinnen, dass das ein berücksichtigungswürdiger Grund ist, dass eine soziale Härte vorliegt, die dafür den Ausschlag geben soll, dass er seinen Vertrag doch behalten darf. Was tut die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft? Sie bringt in dem Kündigungsanfechtungsverfahren vor, das kann ja gar nicht sein, dass das eine soziale Härte für den Arzt ist, weil er hat ja im Jahr 2000 nach seinem Einkommenssteuerbescheid soundsoviele Millionen Schilling verdient. Und nur, wenn die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft mit ein paar Hunderttausend Schilling wegfällt, verdient er immer noch mehr als genug. Da kann

keine soziale Härte vorliegen. Was ist passiert? Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft führt die Pensionsversicherung für die meisten niedergelassenen Ärzte durch. Um das durchführen zu können, hat sie gesetzlich das Anrecht, und kann es nur so machen, auf Kopien des Einkommenssteuerbescheides, aber ausschließlich dazu, um die Pensionsversicherung durchzuführen und für keine anderen Zwecke. In dem Fall ist die Sozialversicherungsanstalt hergegangen, hat diese Daten einfach aus dem Bereich Pensionsversicherung genommen und hat sie ins Vertragspartnerrecht übertragen und dort verwendet. Der Fall endete schließlich vor der Datenschutzkommission und die Datenschutzkommission hat auch eine Verletzung des Datenschutzes angenommen. Jetzt wollte der betroffene Arzt noch die Kosten dieses Verfahrens von der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft ersetzt bekommen, weil er hatte ja das Datenschutzverfahren zu bezahlen. Hat sich die Sozialversicherungsanstalt wieder geweigert, bis wir dann eine Amtshaftungsklage gemacht haben und dann ist halt irgendwann freiwillig bezahlt worden. Das Beispiel soll Ihnen nur zeigen, auch im Bereich der Sozialversicherung kann es durchaus zu solchen Datenschutzverletzungen kommen. Und jetzt komme ich schon zum letzten Beispiel und das erachte ich für ganz ungeheuerlich. Es ist mir vor ein paar Wochen berichtet worden, dass es in Niederösterreich ein mittelgroßes Krankenhaus gibt, in dem die Patientenverwaltung so funktioniert, dass jeder Angestellte, der Zugang zu einem Computer hat, zu den gesamten Patientendaten Zugang hat. Also wo immer ein Computer in diesem Krankenhaus steht, wo das Programm geöffnet ist mit Patientendaten, kann eigentlich nicht nur das Personal, sondern jeder, der mit solchen Computerprogrammen ein bisschen umgehen kann, sich Patientendaten anschauen. Nicht gesichert durch Passworte, wo Angestellte einsteigen, um sich zu identifizieren, damit man im Nachhinein nachvollziehen kann, wer hat welche Daten eingesehen. Sondern einfach nur Programm öffnen - gesamte Patientendaten vorhanden. Es hat sich der Fall zugetragen, dass ein Angestellter dieses Hauses, ein Pfleger, mit der Rettung eingeliefert werden musste in dieses Spital, dort reanimiert werden musste, und ein paar Tage im Spital gelegen ist. Es gibt 1600 Angestellte in diesem Spital. Was glauben Sie, wie oft wurde die Patientenakte dieses Pflegers angeklickt? Nicht ganz 1600 mal, aber 1400 mal. Das war medizinisch ganz sicher nicht notwendig, da hat einfach die Neugier gesiegt. Und man hat sich diese Daten angeschaut. Stellen Sie sich vor, jeder Mann kann in

dieses Krankenhaus hineingehen, irgendwo findet man ein Zimmer, das offen ist, wo ein Computer eingeschaltet ist und man kann sich solche Daten allenfalls auch herunterladen. Was da alles passieren kann. Mein Fazit: Keine Datenschutzgesetzgebung und keine Datenschutzgerichtsbarkeit können so effektiv sein, um genau solche Fälle zu vermeiden. Das gibt es einfach nicht. Es können sich Juristen Gedanken machen, es können sich Datenschützer Gedanken machen, es wird einfach nicht funktionieren. Es ist ein menschenindes System und wo Menschen sind, wird es zu Missbrauch kommen. Missbrauch vor allem deshalb, weil in unserer heutigen Informationsgesellschaft Daten bekanntlich sehr, sehr viel bares Geld wert sind. Ich glaube, dass die Konsequenz aus solchen Fällen sein müsste, dass dann, wenn neue Systeme erdacht werden müssen, wie dasjenige, das Frau Mag. Anditsch heute vorgestellt hat, dass man im Zweifel solche Systeme hernimmt, die nicht auf irgendeine Art und Weise missbraucht werden können. Z. B. bei der elektronischen Gesundheitsakte. Die kann man so ausgestalten, dass sie vernetzt ist und überall die Daten hin- und hergespielt werden können und von überall zugegriffen werden kann. Man kann sie vielleicht aber auch so gestalten, dass nur der Patient darüber entscheidet, wer über diese Daten verfügen kann. Meines Erachtens hat im Mittelpunkt immer der einzelne Mensch zu stehen, weil es um dessen Rechte geht. § 16 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches formuliert das eigentlich ganz schön und in dieser Sprache des frühen 19. Jahrhunderts auch sehr bildhaft, indem es sagt: Jeder Mensch hat angeborene, schon durch Vernunft einleuchtende Rechte und ist daher als Person anzusehen. Eines dieser Rechte ist das Recht auf Schutz seiner eigenen Daten. Und danach sollte unser Tun und Handeln auch ausgerichtet sein. Danke.

Euler:

Um es gleich vorweg zu nehmen: Ist da zu erwarten, dass die Leute, die ELGA konzipieren, sagen, sehen Sie genau solche Fälle wird es bei uns nicht geben, denn wir haben das alles bedacht, wir protokollieren jeden Zugriff mit usw. Und da darf ich den Herrn Dr. Zeger fragen, der immer wieder ja diese Zahl bringt: Wie viele Menschen völlig legal mit Gesundheitsdaten arbeiten werden? Und das ist meiner Meinung nach die wichtigste Botschaft aus dem, was der Herr Mag. Lechner jetzt gesagt hat. Dass nicht einmal die böse Absicht, vielleicht bisschen eine Geschwätzigkeit, eine Gschafthuberei schon einen ungeheuren Schaden anrichten

kann, der einfach zu erwarten ist, wenn im großen Rahmen Daten gesammelt werden. Wie viele Leute greifen auf diese Daten zu, die - sagen wir mit der Sozialversicherungsnummer - verknüpft sind?

Zeger:

Naja, da muss man jetzt einmal sagen, ELGA gibt es ja noch nicht und es wird da seit langem gebastelt. Das Problem ist, wie definiere ich den Gesundheitsdienstleister? Das ist ja schon so ein schrecklicher technokratischer Begriff - Gesundheitsdiensteanbieter oder Gesundheitsdienstleister. Wenn ich die Kriterien des Gesundheitstelematikgesetzes heranziehe, bin ich ja bei mehreren 100.000. Weil das sehr breite Kriterien sind. Da sind dabei nicht nur die behandelnden Ärzte und Spitäler, sondern da sind ja auch die Lieferanten, da sind auch aus dem Pharmabereich Leute dabei. Da sind Lieferanten von medizinischen Geräten dabei usw. Das geht bis zu den Aufsichtsorganen in den Behörden oder auch bei den Verrechnungsstellen von den Sozialversicherungen. Bei ELGA sollen aber nicht alle diese Leute in den Bereich hineinkommen. Das ist auch ein großes Problem, das eigentlich noch nicht wirklich klar am Tisch liegt, welche Personengruppe auf die medizinischen Daten tatsächlich zugreifen wird. Wie eng sehe ich das? Zum Teil gibt es die Aussage, es seien nur die niedergelassenen Ärzte und die Spitalsärzte. Also die unmittelbar mit der Behandlung zu tun haben, z. B. Amtsärzte und Betriebsärzte wären nicht mehr dabei. Die große Frage, die der Kollege schon angesprochen hat, ist natürlich dann, was mache ich mit dem Arzt, der beides ist, Niedergelassener und etwa Betriebsarzt? Der muss sich dann spalten und darf die eine Hälfte nicht wissen, was die andere Hälfte tut. Also das sind ja praktische Probleme, die ungelöst sind. Es sind sicher mehrere zehntausend, wie viele es dann wirklich werden, werden wir sehen müssen. Das ist noch ganz offen. Was ich aber noch ergänzen wollte zu Ihren Ausführungen: Sie sprechen natürlich ein Problem an, das irgendwo in der Medizin immanent ist bzw. es sind zwei Probleme: das eine Problem ist - ich brauche, egal Diagnosen, Verschreibungen, immer zu zwei Gründen. Das eine ist, um den Patienten zu behandeln und ihn auch wieder gesund zu machen und der zweite Grund ist, ich brauche diese Daten auch, um allfällige Haftungen und Fehler zu dokumentieren. Für den ersten Fall sind die Daten nach der Behandlung eigentlich nicht mehr interessant. Nach der Behandlung kann man sagen, es war irgendeine Diagnose, irgendwelche Medikamente, am Ende

hat es geholfen, daher könnten wir das eigentlich alles wieder vergessen. Wir können es aber nicht vergessen, weil es kann ja Langzeitfolgen haben und daher brauche ich es zur Dokumentation für allfällige Fehler, um dann auch Regressforderungen zu haben. Das ist das eine. Und das zweite Problem ist: Natürlich sind alle diese Diagnosen immer von einer Situation heraus gegeben. Und egal, das muss gar nicht Inkompetenz sein, aber durch eine Fehleinschätzung kann eine falsche Information entstehen und die bringe ich nicht so ohne weiteres weg, weil eben genau diese falsche Information später Auswirkungen für andere Entscheidungen haben kann. Also ich denke mir, man müsste in dem Gesundheitssystem irgendwo zu einem System kommen, das einerseits die aktuellen Informationen, die der Patient für die Behandlung braucht, von denen, die ich irgendwo vielleicht einmal zur Absicherung von Schadenersatzklagen benötige, dass man das abtrennt. Wie man das im Detail macht, das wird sicher nicht so einfach sein. Aber in die Richtung wird man etwas schaffen müssen.

Anditsch:

Wie gehen Sie denn jetzt schon vor? Jetzt geben Sie die Medikamente ein in Ihr Programm, wenn der Patient kommt.

Zeger:

Also ich bin ja kein Arzt. Aber wie läuft es jetzt ab? Jetzt ist es doch so: Der Patient, der mit einem Arzt nicht zufrieden ist, geht zum nächsten. Und das was bei dem alten Arzt angefallen ist, verschwindet früher oder später irgendwo in Vergessenheit. Ich weiß es von mir selber: Vor 20 Jahren war man noch nicht so heikel mit der Sozialversicherungsnummer. Ich habe sicher sieben, acht Sozialversicherungsnummern gehabt damals. Und bei mir gibt es dutzende, uralte Bestände mit irgendwelchen Sozialversicherungsnummern, die mit irgendwelchen Leuten jetzt verknüpft sind. Es stört aber niemanden, weil sie niemand findet, diese Daten. Es ist unbefriedigend, weil es der Qualität natürlich nicht entspricht, aber das System erhält sich dadurch, dass einfach Daten unsystematisch verloren gehen. Wenn ich jetzt sage, nein das geht nicht, wir müssen bessere Qualität haben, muss man sich aber im Klaren sein, dass dann Informationen auftauchen, die einfach falsch sind. Und ich muss irgendein System finden, wie ich mit diesen falschen Informationen umgehe.

Euler:

Es ist vielleicht noch zu ergänzen: Es war ja bei dem ersten Fall, den Sie gebracht haben, ich kenne die Dame auch, die hat sich ja bemüht, diese Fehldiagnose wieder herauszukriegen aus ihren Akten. Was bis heute nicht gelungen ist. Und das ist das Problem. Was liegt das pickt sozusagen und auch elektronisch - offenbar.

Anditsch:

Auch jetzt schon ohne E-Medikation.

Euler:

Auch jetzt schon. Die E-Medikation ist deshalb so prominent und vielleicht deshalb jetzt so kritisch betrachtet, weil es ja der erste konkrete Schritt zu ELGA ist. Und dass die Medikation eines Menschen Begehrlichkeit weckt und einen Wert hat, das steht einerseits außer Frage. Wirtschaftlich. Ich bringe immer das Beispiel, das uns Marktforschungsinstitute Bögen zuschicken mit der Aufforderung, wir sollen aus dem Gedächtnis ausfüllen, was wir verschreiben, bei Hypertonie, wie viel usw., und uns dafür Geld bieten. 40 Euro, wenn ich diesen Bogen ausfülle. Und da bringe ich immer das Beispiel: Die Gebietskrankenkasse schickt mir oft Listen zu, was ich tatsächlich verschrieben habe im Vergleich zu anderen. So mit ein bisschen mahnendem Charakter oder auch lobendem, je nachdem wie das ausschaut. Das heißt, wenn ich diese Liste nehme und sage: „Passt auf, nicht aus dem Gedächtnis, sondern tatsächlich und ich will 60 Euro.“ Ich würde sie wahrscheinlich kriegen. Natürlich macht man es nicht. Also damit nur als Beispiel. Es gibt eine ganz abstrakte Begehrlichkeit, ohne dass der Mensch hat, das zu wissen. Geschweige denn die Begehrlichkeit vielleicht, über wen etwas zu wissen. Wir hören immer wieder, mit welcher unglaublichen Penetranz heute auch in der Wirtschafts- und Arbeitswelt auch in der politischen Welt gesucht wird nach Schwachpunkten, nach einem Kritiker. Von dem zu wissen, dass er seit zehn Jahren Antidepressiva nimmt, das kann ja die Wende sein im in einem Riesenskandal. Man muss sich das vor Augen führen. Man eröffnet hier schon eine Front oder eine Möglichkeit. Es liegt hier auf der Waagschale: Zweifellos ein großes Problem und die unbestrittene Einsicht, dass man es angehen soll, irgendwie zu lösen. Und es liegt auf der anderen Seite die Gefahr. Das ist eigentlich bei jeder Therapie, das ist immer so. Wenn die Indikation stark

genug ist, wenn das Problem groß genug ist, dass auch ein Risiko einzugehen den Lösungsversuch rechtfertigt, dann ist dieses Risiko einzugehen. Man muss es aber doch im Auge behalten. Wenn es Ihnen Recht ist, würde ich jetzt gerne unsere drei Abende noch kurz zusammenfassen und vielleicht, dass wir dann noch ein paar Minuten darüber sprechen. Wir hatten den ersten Abend, den der Herr Medizinalrat Fuchs gemanagt hat. Es ist uns darum gegangen, darauf zu pochen, dass der große und uns sehr störende Satz des Herrn Sektionschef Auer, der ein sehr prominenter und sehr einflussreicher Mann im Gesundheitsministerium schon unter mehreren Gesundheitsministern ist, und dieser Satz lautet: die Intimität zwischen Arzt und Patient ist im Zeitalter von e-health zu hinterfragen. Und dieser Satz wird für uns gehört als wäre durch die Einführung von Gesundheitselektronik die zwischenmenschliche Interaktion nicht mehr so notwendig. Es ist uns also darum gegangen, in diesen drei Abenden Argumente gegen diese Behauptung und gegen dieses Denkmuster aufzubringen. Und so haben wir sehr provokant gesagt oder haben wir darüber gesprochen im ersten Abend. Ist die e-card ein Instrument im Sinne einer sozialen Ambition oder ist sie ein Verwaltungsinstrument? Und Herr Mag. Schenk, der in der Diakonie arbeitet, wie Sie sich vielleicht erinnern und in der Armutskonferenz, der hat hier drei Dinge genannt, die so wichtig sind für das Wohlbefinden eines Menschen, die so heilsam sind: Das soziale Netz, dass dieser Mensch Freunde hat, Leute auf die er sich verlassen kann, zu denen er gehen kann. Eine Selbstwirksamkeit, dass jemand das Gefühl hat, wenn ich etwas in die Hand nehme, dann gelingt es auch. Und Anerkennung und Respekt. Und wenn wir uns die e-card anschauen, so müssen wir sagen, sie stützt den sozial Schwachen nicht. Im Gegenteil. Bedenken Sie, dass Sozialhilfeempfänger keine e-card haben. Dass diese Menschen bei jedem Arztkontakt in der Ordination beschämt werden, weil sie müssen der Ordinationshilfe sagen, die routinemäßig sagt: „Bitte Ihre e-card“ „Ich habe keine.“ Sie müssen sich erklären. Mag. Schenk hat angeführt, dass das ein Grund ist, warum sehr viele Sozialhilfeempfänger in Krankenhausambulanzen gehen, weil es dort noch etwas anonymer runter geht. Verwitwete Mitversicherte verlieren den Versicherungsschutz bis ihre Pension ausgerechnet ist. Das ist ein eindeutiges Indiz, dass das ein Bürokrateninstrument ist. Die Bürokratie sagt, wir können dem erst bestätigen, dass er versichert ist, wenn wir wissen, wie viel Witwen- bzw. Witwerpension er kriegt. Was ja überhaupt nicht zusammenhängt. Aber das ist so. Arbeitslos gewordene - die Meldung vom Arbeitsamt zur Sozialversicherung im

Burgenland dauert mehrere Tage. Also in Eisenstadt, nicht im Burgenland. Ich habe jetzt einen ganz kuriosen Fall unmittelbar erlebt. Ein Patient liegt im Krankenhaus, eine Krebsoperation, er hat einen künstlichen Darmausgang, also wirklich was Schwerwiegendes. Er wird aus dem Spital entlassen und ich werde zur Visite gerufen. Ich bereite die Visite vor und sehe, der Mann ist nicht versichert. Ich rufe bei der Sozialversicherung an, weil ich es ihm gar nicht gesagt habe. Wie ich hingegangen bin, habe ich ihn jetzt nicht beschämt oder ihn beunruhigt: Sie sind gar nicht versichert! Der liegt so krank da und weiß, ich habe jetzt eine Patientenkarriere vor mir, wo man eigentlich zu meinem Unglück nichts Schlechteres passieren kann, als nicht versichert zu sein. Des Rätsels Lösung: Er hat einen Termin beim Arbeitsamt versäumt, während er stationär war und wurde beinhart aus der Versicherung hinausgeschmissen. Bitte das rechtfertigt den Satz: die e-card ist das, natürlich nicht die e-card, aber das Konzept, das dahinter steckt. Es muss stimmen, dass diese Sozialversicherungsnummer, die hier verwaltet wird, die muss für die Bürokraten immer verfolgbar sein. Und dass diese e-card verwendet wird, vielleicht um etwas zu überbrücken, dem Patienten Sicherheit zu geben, was die Bürokratie sich erst sozusagen auf der zweiten Ebene ausmachen muss, das ist nicht drinnen. Es wird beinhart und zwar ohne die Patienten zu verständigen, hier über Versicherungsschutz und Nichtschutz entschieden. Eine zweite tolle Aussage von diesem ersten Abend: Martin Rümmele, nicht bekannt als Ärztefreund, sondern als sehr kritischer Mann - auch den Ärzten gegenüber. Der sagt: Seit einem Jahrzehnt haben wir die gleichen prozentuellen Gesundheitskosten. Von Kostenexplosion in dem Sinne ist nicht die Rede. Natürlich ist die Zahl größer geworden, so wie auch das Bruttoinlandsprodukt größer geworden ist, aber nicht die Kosten explodieren, sondern die Einnahmen brechen weg. Wir haben immer weniger Leute, die einzahlen in dieses System. Ich finde, das ist eine ganz wesentliche Aussage, die man sich vor Augen halten muss. Denn es schwingt ja immer der Vorwurf mit, es wird zu viel ausgegeben, die Begehrlichkeit ist zu groß. Dieser Vorwurf oder sagen wir, das kritisch zu hinterfragen, ist gerechtfertigt, aber das ist nicht der Grund für die Finanznot im Gesundheitssystem. Und die zweite Forderung: Es muss mehr Wirtschaftlichkeit hinein. Also ich will jetzt nicht die Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft oder die Wirtschaftskammer hier ins Spiel bringen, aber diese Grundforderung, mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem. Auch Martin Rümmele: Dort wo die höchsten Kosten sind, ist das System nicht am Effektivsten.



Und was er auch so schön gesagt hat: Während die Kriterien der Wirtschaft der Garant für das Funktionieren, es dürfte nie ein Wirtschaftsbetrieb in Konkurs gehen. Wirtschaft und Wissenschaft. Wir hatten am zweiten Abend, wenn Sie sich erinnern, die mutige Frau Dozentin Wild, die also Nomen est Omen, ziemlich wild gegen das Establishment antritt und darauf hinweist, dass es furchtbar schwer ist, gesichertes Wissen zu haben. Sie weist darauf hin, dass auch die Evidence basierte Medizin zu 90 Prozent auf Studien zurückgreift, die von Firmen gesponsert sind und die nicht ohne Absicht publiziert wurden. Sie hat uns gezeigt, dass auch in der Betreuung der Ärzte immer mehr Geld abgezogen wird, Betreuung, also der Arzt als Letztverordner, als letztlich der, der entscheidet, ob die Firma ihr Arzneimittel an die Frau, an den Mann bringt oder nicht, sondern es werden jetzt ganz andere Strategien gefahren. Es werden Konferenzen veranstaltet, international, mit großen Kapazitäten. Es wird die Aufmerksamkeit erregt, die Presse herbeigeht. Es werden – ich sage nur HPV-Impfung Vortrag des Nobelpreisträgers in Wien – große Schelte für die Politik dieses Landes, usw. Es wird Forschung gelenkt. Ich war gestern bei einer Veranstaltung, wo also ganz nebenbei, also das war eine Veranstaltung, die absolut nicht kritisch war, aber es war sehr schön zu sehen, wie in den letzten zwei Jahren die Arbeiten über Influenza explosionsartig gestiegen sind. Die Quantität im Jahr 2008/2009 wurde 20 Mal soviel publiziert als die Jahre zuvor, weil man weiß, das ist ein Thema, da kriegen ich Aufmerksamkeit. Da kriegen ich wahrscheinlich wen, der sich für diese Arbeit interessiert usw. Die Frage, die uns interessiert hat als niedergelassene Ärzte und auch im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem: Werden Leitlinien durch Fachgesellschaften wirklich ein gutes Rezept sein, um unsere Arbeit in Diagnose und Therapie zu schützen? Sie haben es heute auch gesagt. Jeder der ein Medikament gibt, kann zunächst einmal wahrscheinlich erklären, warum er es gegeben hat. Und trotzdem muss es nicht richtig sein. Also genau diese besondere Intimität zwischen Arzt und Patient wird dadurch nicht zu ersetzen sein. Die Frau Dr. Rabaty, Allgemeinmedizinerin, Mitarbeiterin in der Leitlinienplanung, die so schön gesagt hat: Schon bei der Zusammensetzung des Gremiums nehmen sie ein Ergebnis vorweg. Leitlinien sind Orientierungshilfen, niemals Vorschriften. Und was der Herr Mag. Lechner uns auch gesagt hat und was wir alle wissen und was der Prof. Robert Braun schon vor Jahrzehnten gesagt hat: Es ist ein Mythos, dass man nur das behandeln kann, was auch eine Diagnose hat. Und es schreibt auch Michael Palin so schön in seinem Buch, wenn ich mich recht erinnere: Noch immer geht der Glaube

um, dass man den Teufel austreiben kann, wenn man ihn beim Namen nennt. Und so ähnlich ist es da. Der Erfinder der Evidence basierten Medizin, David Sackett, stellt den Willen des Patienten und die klinische Erfahrung neben die beste Evidence. Also auch hier, die besondere Intimität, die Interaktion zwischen Arzt und Patient wird nicht zu ersetzen sein. Vor mehr als 100 Jahren wurde schon diagnostiziert, dass an der gleichen Diagnose, an der gleichen Krankheit leidende Menschen durchaus verschiedene Patientenkarrieren haben können. Und wir haben eine große Tradition. Sigmund Freud soll einmal gesagt haben: Eigentlich heilen wir mit Liebe. Michael Palin spricht von der Droge Arzt. Er hat übrigens auch das ewige Lehrer-Schüler-Verhältnis der Allgemeinmediziner gegenüber den Fachgesellschaften und Fachärzten angesprochen. Und ich glaube, dass da auch noch sehr viel drinnen liegt in Zukunft an Reformierbarem. Und Robert Braun, der eben in der Fallverteilung gesehen hat, wie viele Leute gesund werden durch Betreuung, ohne dass man genau weiß, oder den Teufel benennen kann. Und wenn wir bedenken, dass das Gesundheitssystem vielleicht, oder E-Health uns hineinpressen will in Leitlinien für Diagnose und Behandlung, so müssen wir sagen, dass wir hier um Erkenntnisse, die schon hundert Jahre alt sind, zurückgeführt werden. Nicht die Behandlung Kranker, sondern das Verwalten von Krankheiten wäre das Ziel einer solchen Reform. E-Health ist ein Wirtschaftszweig. Die Wirtschaft hat sicher schon gewonnen und wird noch gewinnen und wir müssen uns sehr anstrengen, dass nicht nur die Investoren, sondern auch Ärzte und Patienten etwas davon zu erhoffen haben. Das große Misstrauen schlägt uns ja immer wieder entgegen und wir merken es dann, wenn wir z. B. wie jetzt in einer Auseinandersetzung sind, in einer Sozialversicherung, also es wird da von beiden Seiten sehr respektlos argumentiert und das belastet das ganze Verhältnis. E-Medikation, die Salzburger Studie wurde heute auch zitiert. Und das Interessante war und ist das, was Sie selbst auch gesagt haben und in Ihren Arbeiten auch gesehen haben: es heißt nicht immer, diese E-Medikation wird nicht immer zur Einsparung führen. Es wird vielleicht eine Enttäuschung sein für die, die das erhoffen. Es kann vielleicht manchmal zu einer Verteuerung führen, manchmal zu einer Einsparung. Aber sagen wir, wenn die Qualität um selbe Geld gestiegen ist, wäre es ja schon eine tolle Einsparung. Wir haben heute, vielleicht auch respektlos und misstrauisch, aber sicherlich nicht grundlos, die Sorge, dass es zur Einsparung herangezogen werden muss. Wir haben ja schon ein bisschen Erfahrung mit dem

Arzneimittelbewilligungssystem. Wir haben ja schon die Erfahrung dieser Hürde, bei einem Chefärztee pool ein Arzneimittel bewilligen zu lassen, dessen Notwendigkeit durchaus wir selbst aus unserer Kenntnis des Patienten und aus der Kenntnis der Richtlinien der Sozialversicherung verschreiben könnten. Und eine ganz neue Fassung mit dem letzten Update unserer Ordinations- und e-card-Programme, ist schon so ein kleiner Vorgeschmack gekommen, dass wenn wir die e-card stecken, wir von der Zentrale sozusagen die Anweisung bekommen, eine Ausweiskontrolle durchzuführen. Eine Beschämung des Patienten letzten Endes.

Anditsch:

Also was wir da anderes erleben im Spital mit e-card und ausländische Patienten, also ich weiß es nicht, ob das eine Beschämung ist, wenn man einen Ausweis dazuverlangt. Also, wir sehen die andere Seite. Es gibt schon Missbrauch.

Euler:

Wir beharren natürlich auf das Vertrauensverhältnis. Und es ist nicht lange her, dass die Frau Mag. Weißmann von der Chipcardgesellschaft gesagt hat, dass die Fälle des Missbrauchs marginal sind.

Anditsch:

Ach, das glaube ich nicht. Also dann sind wir ein Einzelfall im 22. Bezirk.

Euler:

Gut. Also stellen wir das einmal in den Raum. Wir können das nachher diskutieren. Fest steht, dass sich die Allgemeinmediziner dagegen wehren, die Exekutivbeamten der Sozialversicherung zu sein. Es gibt jetzt zwei Meldungen. Das eine ist: Verlangen Sie einen Ausweis - übrigens eine nette Geste allen ausländischen EU-inländischen Patienten gegenüber müssen wir es ohnehin schon tun. Also könnte man sagen, Gleichheitsbehandlung. Und das Zweite ist, dass wir, bevor der Patient noch irgendein Begehren vorgetragen hat, schon darüber informiert werden, wenn der Verdacht besteht, dass er ein Übermaß an Arzneimittel bezogen hat bei anderen Ärzten. Sie sehen also dass diese Daten sehr wohl auch zur Kontrolle verwendet werden. Nicht nur zur Kontrolle der bestmöglichen Therapie, sondern auch zur Missbrauchskontrolle. Darüber kann man diskutieren. Fest steht, dass wir uns

dagegen wehren, wenn die Sozialversicherung mit ihrem Kunden Probleme hat, hier als Polizisten aufzutreten, den Ausweis zu verlangen oder Meldungen zu erstatten und solche Dinge. Natürlich wird man sagen, wer soll es sonst machen? Da sagen wir: Wir nicht! E-Medikation als Datensammlung. Wir können heute einerseits sagen, dass der Datenschutz die Verschwiegenheitspflicht nicht ersetzen kann. Wir können aber andererseits, und müssen sagen, dass wir die Verschwiegenheit unseren Patienten gegenüber nicht mehr garantieren können. Wir müssen die Daten melden. Und jetzt sagt die Sozialversicherung: Ja tun Sie sich nichts an, das haben Sie ja immer schon gemacht. Sie haben ja auch beim Krankenschein hinten darauf die Position geschrieben und vorne die Diagnose und den Krankenschein haben Sie uns geschickt und das ist seit Jahrzehnten so. Und da sage ich und wir: Datenschutz durch Datenfülle. Das ist halt etwas anderes, ob im Keller bei der Gebietskrankenkasse Eisenstadt 500.000 Zettel liegen und irgendwer sollte sich die theoretisch mögliche Arbeit machen, hier die Querverbindungen zu knüpfen oder ob jemand auf seinem Schreibtisch auf einen Knopf drückt und diese Verbindungen herstellen kann. Der Bearingpoint als Voraussetzung für den automatisierten Datenaustausch der Gesundheitsdienstleistungsanbieter. Es steht definitiv drinnen für den automatisierten Datenaustausch, welche Daten zwischen wem automatisiert ausgetauscht werden können wir jetzt nicht sagen, aber wir können eines sagen: Die Daten, die wir melden, werden auf die Reise gehen, ohne dass wir es beeinflussen können. Tausende Menschen arbeiten völlig legal mit Gesundheitsdaten und es ist nicht darauf Verlass, dass diese Leute alle taktvoll sind und die Gefahr erkennen. Die Verschwiegenheitspflicht ist passé. Datenschutzverletzung von Schlamperei am allerwenigsten bis zur kriminellen Energie. Aber was mich z. B. in den letzten Monaten sehr berührt hat. Erinnern Sie sich, wie die Leute umgegangen sind mit dem Gesundheitsdatenskandal bei der ÖBB. Nach einem ersten Tag, wo das noch so geheißen hat, Gesundheitsdatenskandal bei der ÖBB, kam dann schon das Verständnis. Na, die Eisenbahner, die so früh in Pension gehen, die viel länger krank sind als alle anderen, denen hat es eh gehört. Und selbst der Verantwortliche dieses Betriebes hat gesagt: „Wir hatten ein Problem, wir mussten dieses Problem lösen und schauen Sie, wir haben es gelöst, die Krankenstandstage sind zurückgegangen.“ Also es war überhaupt kein Problem. Eine Minderheit, in dem Fall die Eisenbahner, durch Gesetzesbruch zu benachteiligen und dafür die Billigung der Mehrheit zu erhalten. Und dieses Schema ist etwas sehr gefährliches. Gestohlene

Bankdaten nur so nebenbei. Auch hier großes Verständnis. Die Politik wird immer eine Möglichkeit finden, Daten zu gebrauchen und eine Mehrheit davon zu überzeugen, dass es nötig war. Die Datenschutzgesetzgebung ist eine Variable. Es ist ein EU-weiter Konsens, dass der Behörde jene Daten zur Verfügung zu stellen sind, die sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben braucht. Die Aufgaben werden immer wieder neu bestimmt. Die Daten werden jetzt gesammelt. Die Daten sind jetzt da und was mit ihnen geschieht in fünf Jahren, in zehn Jahren, in fünfzehn Jahren wissen wir nicht. Und bedenken Sie eines: 80 Prozent der Gesundheitskosten werden von 20 Prozent der Bürger gebraucht. Und wenn Sie sich erinnern, was wir erlebt haben mit Mehrheit und Minderheit, so finde ich, dass wir nicht das Gras wachsen hören oder nicht zu pessimistisch sind, wenn wir zumindest zur Aufmerksamkeit und Vorsicht aufrufen. Denn dass dieses System eigentlich Geld sparen will und all diese elektronischen Hilfsmittel, Dokumentationen und Programme natürlich wunderbare Modelle rechnen lassen, wie man Geld sparen kann, durchaus gerecht, durchaus an jedem, durchaus transparent und wahrscheinlich auch mit Bewilligung einer Mehrheit, das steht außer Frage. Und das wird unsere Gesellschaft belasten und das belastet uns niedergelassene Ärzte, wenn wir diesen Beruf sehr emotional und ambitioniert ausführen schon jetzt. Wir haben diese Veranstaltungen, wo heute die letzte ist, auch mit schriftlichen Protokollen auf unserer Homepage, und deswegen ist noch diese Seite hier angeführt. Wer sich dafür interessiert kann ein paar Tage immer nach der Veranstaltung das dort nachlesen, es ist ein eigener Button „Auf dem Holzweg in die Sackgasse“ und es sind die Gespräche drauf. Damit bin ich am Ende mit meinen Gedanken und würde jetzt noch gerne aus dem Publikum und auch von Ihnen vielleicht gleich zum Missbrauchsthema, diese Frage. Es ist auch eine ganz prinzipielle Frage, ob sich eine so reiche Gesellschaft nicht einen gewissen Grad von Missbrauch leisten kann, weil sie einfach sich einem vertrauensvollen Umgang miteinander verpflichtet fühlt. Man kann sich vieles leisten. Vielleicht kann man sich auch das leisten.