

A u f d e n

S t a n d P u n k t

g e b r a c h t

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum jeweiligen Schwerpunktthema der Ausgabe. Darüber hinaus präsentieren uns einige Mediziner ihre Erfahrungen mit der Lehrpraxis aus erster Hand.

Dr. Artur Wechselberger

Präsident der Österreichischen Ärztekammer, Präsident der ÄK Tirol

„Neue Entwicklungen im Bereich der Telemedizin sind auch in Österreich ein wichtiger und interessanter Bestandteil der Zukunft. Der medizinische Nutzen und das Patientenwohl müssen aber immer an erster Stelle stehen und vor einer tatsächlichen Einführung abgeklärt werden.“

Aufgrund des technischen Fortschrittes kommen in und rund um Österreich immer öfter telemedizinische Anwendungen zum Einsatz. Technologien zum Einholen einer zweiten ärztlichen Meinung oder computerunterstütztes Patienten-Monitoring sind aus meiner Sicht zeitgemäße Möglichkeiten, ärztliches Handeln zu unterstützen. Wichtig ist allerdings, dass ihr Einsatz nicht als Ersatz, sondern nur als Ergänzung zum konventionellen ärztlichen Vorgehen gesehen wird. Kernelement jeder Behandlung muss nach wie vor die persönliche, vertrauliche Arzt-Patienten-Beziehung bleiben. Äußerst kritisch sehe ich daher diverse Angebote von „Internet-Doktoren“, die, ohne ihre Patientinnen und Patienten zu kennen, Ferndiagnosen und Fernbehandlungen anbieten und damit den persönlichen Arztkontakt, das direkte Anamnesegespräch, die körperliche Untersuchung und die patientenzentrierte, persönliche Aufklärung und Information ersetzen wollen.

Durchaus positiv scheinen mir hingegen die Entwicklungen im Bereich der Teleradiologie, der Telepathologie und im Bereich des Telemonitorings. Letzteres kann besonders chronisch Kranken Erleichterung im Sinne erhöhter Sicherheit durch verbesserte Überwachung bringen. Auch ein gesteigerter Komfort durch Zeitersparnisse und die Vermeidung oft weiter Anfahrtswege ist zu erwarten. Richtig angewandt sehe ich Chancen und Vorteile, die besonders in der Geschwindigkeit, der Patientensicherheit und der Dokumentation liegen. Aber auch die Wirtschaftlichkeit spielt hier eine zentrale Rolle.

Einen großen Risikobereich im Zusammenhang mit Telemedizin bilden alle Fragen der Vertraulichkeit und des Datenschutzes. Und auch die Auswirkungen auf die weiteren Patientenrechte dürfen nicht vernachlässigt werden. Die Technik selbst muss richtig verstanden und sinnvoll eingesetzt werden. Es

geht bei Telemedizin nicht nur um den Einsatz von elektronischen Geräten und von Software, sondern um eine neue Behandlungsform unter Einsatz eines neuen Mediums. Die neuen Behandlungsverfahren müssen definierten Regeln gehorchen. Es muss auch ihre Wirksamkeit und Unbedenklichkeit aus medizinischer und ärztlicher Sicht nachgewiesen sein. Nur technisch zu funktionieren, ist ganz klar zu wenig.

Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte stellt sich zusätzlich die Frage der Haftung, die keinesfalls vernachlässigt werden darf. Denn die Mittelbarkeit von ärztlichem Handeln setzt klare Regeln voraus. Ebenso müssen die Verantwortlichkeiten der Patientinnen und Patienten und jener, an die ärztliche Aufgaben delegiert werden, geklärt werden. Gleiches gilt auch für die Provider der technischen Hilfen.

Vor dem Einsatz von telemedizinischen Anwendungen sind Datenschutzthemen ebenso zu klären wie die Frage, wer die entstehenden Kosten trägt. Es darf bei der Entwicklung von Telemedizin nicht dazu kommen, dass unausgereifte Systeme, mit fehlender Usability für die Ärztinnen und Ärzte und ohne klares Finanzierungskonzept, aus einem politischen Opportunismus heraus einfach durchgesetzt werden. Dieser Fehler wurde beim Projekt ELGA gemacht, und das stimmt Ärztinnen und Ärzte natürlich besorgt. Mögliche Vorteile einer neuen technischen Anwendung können von solchen Vorgehensweisen schnell negativ überschattet werden.

Ao. Univ.-Prof. DDr. Matthias Beck

Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Wien, Forschungsschwerpunkt Medizinethik

„Natürlich bringt es für Patientinnen und Patienten in bestimmten Situationen Vorteile mit sich, wenn medizinische Daten für behandelnde Personen gesammelt einsehbar sind. Jedoch können auch gravierende Nachteile entstehen, deren Ausmaß oft unterschätzt wird.“

Derzeit haben wir in Österreich vor allem im Bereich der Genetik strenge Vorschriften zur Weitergabe von Daten, die auch eingehalten werden. Ansonsten gibt es allerdings überall Grauzonen und „undichte“ Stellen, so dass nicht immer gewährleistet ist, dass mit Gesundheitsinformationen diskret umgegangen wird. Daher sollte sich der Patient grundsätzlich immer bestmöglich darüber informieren, was mit seinen Daten geschieht. Vor allem das Internet sehe ich hier als potentielle Gefahr, wenn die Patienten im Sinne einer partizipativen Medizin dieses Medium nutzen. Das ist einerseits legitim, wenn sich Patienten im Internet über Krankheiten informieren und zum Teil mit Diagnose- und Therapievorschlügen zum Arzt gehen. Zum anderen kann es aber auch sein, dass Patienten per Internet an internationalen Studien teilnehmen und ihre Daten übermitteln. Dann weiß womöglich niemand, was mit diesen Daten geschieht. Hier sollte man eher zurückhaltend sein.

Im Rahmen telemedizinischer Anwendungen müssen dem Patienten Möglichkeiten geboten werden, um seine Autonomie und „Hoheit“ über die eigenen Daten zu bewahren. Ich würde hier vorschlagen, im Sinne des informed consent (informierte Zustimmung) zu verfahren. Auch vor einer Blutabnahme, die ein invasiver Eingriff ist, muss der Patient zuerst darüber informiert werden, wozu dieser Eingriff vorgenommen wird, und muss dann seine Zustimmung zu dieser Maßnahme geben. So sollte auch mit Daten verfahren werden. Der Patient muss informiert und aufgeklärt werden, wozu bestimmte Daten erhoben und weitergegeben werden sollen. Erst wenn er dazu seine Zustimmung gegeben hat, darf es zu einer Weiterverarbeitung kommen.

Wird mit Patientendaten nicht sorgsam umgegangen, kann dies für die Betroffenen durchaus auch ernsthafte Konsequenzen nach sich ziehen. Es könnten sich etwa Versicherungen, Krankenkassen oder Arbeitgeber für Gesundheitsdaten interessieren und diese missbräuchlich verwenden. Zum Beispiel könnte jemand gar nicht erst eingestellt werden, wenn negative gesundheitliche Konstellationen bekannt werden. Vor allem genetische Risiken für Erkrankungen spielen eine wesentliche Rolle beim Thema Missbrauch. Es könnte von Eltern eine Pränataldiagnostik verlangt werden, um vom Embryo/Fötus genetische Daten beizubringen, bevor dieser von einer Krankenkasse aufgenommen wird. Bei bestimmten genetischen Veranlagungen könnten in Folge höhere Prämien verlangt werden. Oder wenn man dieses Szenario noch weiter denkt, könnte werdenden Eltern sogar empfohlen werden, das Ungeborene abzutreiben, da die Folgekosten z.B. einer wahrscheinlichen Behinderung von der Versicherung nicht übernommen werden. Zurzeit hat Österreich zwar, wie bereits erwähnt, ein sehr gutes Gentechnikgesetz, das es Arbeitgebern, Versicherungen und Krankenkassen untersagt, solche Daten zu erheben oder anzunehmen, falls diese angeboten werden, weltweit ist das aber nicht überall so streng geregelt.

Mir ist jedoch wichtig zu erwähnen, dass zum Thema Telemedizin außer dem Datenschutz noch ein weiterer Aspekt von großer Bedeutung ist: Das Wichtigste in der Medizin ist der Kontakt des Patienten zum Arzt. Der Mediziner muss sich vom Patienten in seinem gesamten Umfeld mit Familie, Beruf und Hobbys ein Bild machen und sollte mit dem Patienten über dessen Einstellungen, Ängste und Weltbilder sprechen können. Der ganze Mensch in seinem komplexen Umfeld und seiner Innenwelt kann nur dann annähernd ganzheitlich erfasst werden, wenn es zu einem wirklichen Dialog zwischen Arzt und Patient kommt. Außerdem können bei der Übermittlung der Daten Fehler passieren, Unschärfen bei der Bildqualität können zu Fehlteilen führen. In Ausnahmefällen kann es sinnvoll sein, wenn keine Fachärzte zur Verfügung stehen (z.B. auf dem Land), mittels Telemedizin eine Meinung zu einem Röntgenbild oder aber auch eine zweite Meinung zu einer Diagnose oder einem Therapievorschlag einzuholen. Dies sollte jedoch eher die Ausnahme bleiben.

Dr. Christoph Fürthauer

Arzt für Allgemeinmedizin, KO-Stv. NL Ärzte, ÄK Salzburg

„Die Umgestaltung des hausärztlichen Nachtdienstes in eine telefonische Beratung ab 23 Uhr zeigt nach nun gut einem Jahr Laufzeit eine starke Verringerung der ärztlichen Belastung mit nur geringfügiger Einschränkung der Patientenversorgung und war eine wichtige Maßnahme zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung am Land.“

Vor etwas mehr als einem Jahr wurde der hausärztliche Bereitschaftsdienst in Salzburg in der Nacht auf eine telefonische Beratung umgestellt. Im Detail ist wochentags zwischen 19:00 und 23:00 Uhr (Fr 17:00 bis 23:00) und an den Wochenenden und Feiertagen zwischen 07:00 und 23:00 Uhr jeweils ein Hausarzt pro Region wie gewohnt im Dienst. Während dieser Zeiten ist in der Stadt Salzburg auch eine Notdienstordination besetzt. Neu ist vor allem, dass zwischen 22:00 und 07:00 Uhr ein Telefondienstarzt für das gesamte Land Salzburg beratend tätig ist und ab 23:00 Uhr keine Visiten mehr vorgenommen werden.

Die Umstellung auf dieses neue Modell wurde hauptsächlich deshalb notwendig, weil es den Vertragsärzten der Salzburger Gebietskrankenkasse, die zum Bereitschaftsdienst verpflichtet sind, nicht mehr länger zugemutet werden konnte, den gewohnten Modus aufrecht zu erhalten. Die Belastung für die Hausärztinnen und Hausärzte durch die zahlreichen Nachtdienste war einfach zu groß. Bei Analyse der Dienstverläufe war auffällig, dass es ab etwa 22 Uhr bis in die frühen Morgenstunden landesweit zu einer deutlichen Abnahme der direkten Patientenkontakte kam, jedoch telefonische Beanspruchungen weiter stattfanden. Es sollte also ein neues Modell gefunden werden, welches es den Vertragsärzten ermöglicht, den Bereitschaftsdienst zu bewerkstelligen, ohne dabei auf Vertretungsärzte angewiesen zu sein. Einerseits wurden für den neuen Bereitschaftsdienst die Dienstsprengel vergrößert, um die Häufigkeiten der Dienste pro Vertragsarzt zu verringern. Andererseits musste die sich daraus ergebende gesteigerte Belastung durch höhere Patientenzahlen und längere Anfahrtswege durch eine zeitliche Begrenzung bis 23:00 Uhr abgeschwächt werden.

Bei den Hausärztinnen und Hausärzten erfreut sich das neue Modell des Bereitschaftsdienstes großer Beliebtheit, da die dadurch gesicherte Nachtruhe als außerordentlicher Gewinn an Lebensqualität gewertet wird und die Berufszufriedenheit massiv gestiegen ist. Das Projekt ist ein wichtiger Beitrag zur Attraktivierung des Landarztberufes und damit auch zur nachhaltigen Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung für die Bevölkerung am Land.

Seitens der Patientinnen und Patienten bekommen wir immer wieder positive Rückmeldungen zum telefonischen Nachtdienst, Beschwerden gehen hingegen äußerst selten bei uns ein. Um eine weitere Verbesserung der telefonischen Beratung zu erreichen, überarbeiten wir derzeit die organisatorische Hilfestellung für die Patienten, die wir den Dienstärzten zur Verfügung stellen.

Trotz der positiven Erfahrungen mit dem telefonischen Nachtdienst in Salzburg möchte ich betonen, dass es sich dabei um ein Angebot zu Zeiten niederfrequenter Nachfrage handelt, bei dem eine kurzfristige Überbrückung im Vordergrund steht. Der direkte Kontakt zwischen Patient und dem ihm gut vertrauten Hausarzt kann durch ein solches Angebot keinesfalls ersetzt werden und ist auch mit einem Telefonat oder einer E-Mail an den eigenen Hausarzt nicht zu vergleichen.

MR Dr. Wolfgang Ziegler

Kurienobmann-Stellvertreter der niedergelassenen Ärzte
in Oberösterreich

„Der Bereitschaftsdienst ist ein hoher Aufwand für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, und es braucht daher eine auf die jeweiligen Bedürfnisse abgestimmte Organisation, die sowohl den Medizinerinnen und Medizinern als auch den Patientinnen und Patienten dient.“

Bei der Beantwortung der Frage, ob der persönliche Kontakt zum Arzt einem ausschließlich telefonischen Notdienst zu den Randzeiten vorzuziehen ist, kommt es in erster Linie einmal darauf an, welche Qualität der basismedizinischen Versorgung der Bevölkerung man anbieten möchte. Es geht nämlich nicht immer darum, dringende medizinische Probleme zu erkennen und zu behandeln, sondern oft auch darum, Sorgen zu zerstreuen, Ängste zu nehmen und Sicherheit zu geben. Hier ist der persönliche Kontakt, ein Blick in die Augen und eine Hand auf der Schulter einer anonym-telefonischen Beratung deutlich überlegen.

Zweifellos können manche gesundheitlichen Probleme auch durch telefonische Auskunft zufriedenstellend gelöst werden. Der andere Teil erfordert eine persönliche Beurteilung durch einen Arzt direkt vor Ort oder im Krankenhaus. Ferndiagnosen sind insgesamt jedoch nicht unproblematisch, denn sie verlangen eine langjährige praktische Erfahrung des Beraters. Aber auch dann bleiben eine Menge Unsicherheitsfaktoren, wie etwa die Variablen Leidensfähigkeit, Schmerztoleranz oder die Psychognomie eines Patienten. Darüber hinaus erschweren das Fehlen optischer, akustischer, taktiler und olfaktorischer Inputs sowie einfacher diagnostischer Informationen (z.B. Blutdruck, Blutzucker, Harnstreifenbefund etc.) eine sichere Beurteilung der geschilderten Symptome durch den beratenden Arzt. Hinzu kommt dann noch ein bei Telefonaten häufig schlechteres Sprachverständnis. In manchen Situationen ist eine persönliche Beurteilung vor Ort unverzichtbar. Stellen Sie sich vor, Sie hören nachts Geräusche in Ihrem Haus und vermuten einen Einbrecher. Unter der Notrufnummer der Polizei erteilt Ihnen ein freundlicher Polizist Rat-

schläge, was Sie tun können, weil es nämlich keinen Streifendienst gibt, der Ihnen helfen kann. Es gibt nur die Möglichkeit, sich ein Taxi schicken zu lassen, das einen zur nächstgelegenen Polizeidienststelle in Sicherheit bringt. Würde Sie das beruhigen? Würde sich die Bevölkerung sicherer fühlen?

Insgesamt muss die Umstellung auf einen telefonischen Notdienst jedenfalls zu häufigeren Einweisungen in ein aufnahmebereites Krankenhaus und den damit erforderlichen Krankentransporten führen, schon allein aus rechtlichen Gründen. Und nicht unbedingt notwendige Transporte und Krankenhausbehandlungen sind, neben Nachteilen für die betroffenen Patienten, ein zu berücksichtigender Kostenfaktor. Welches System aus wirtschaftlicher Sicht insgesamt zu bevorzugen wäre, kann nur mittels eines Kostenvergleichs beider Systeme beantwortet werden, jedoch muss dabei die in der Bevölkerung subjektiv empfundene Qualität der Versorgung mit berücksichtigt und bewertet werden.

In Oberösterreich kann derzeit noch ein Rund-um-die-Uhr-Dienst durch die Ärztinnen und Ärzte gewährleistet werden, und bis Ende 2017 ist auch dessen Finanzierung durch die OÖ Gebietskrankenkasse und das Land Oberösterreich gesichert. Eine weitere Schwächung der niedergelassenen praktischen Ärztinnen und Ärzte, fehlender Nachwuchs oder eine nicht gesicherte Finanzierung können jedoch durchaus auch bei uns eine andere Organisation des hausärztlichen Notdienstes erforderlich machen. Schon heute ist es nicht mehr möglich, den Bereitschaftsdienst nur auf die Struktur der Gemeindeärzte, die noch einen Vertrag haben, der sie letztlich zu einer ständigen Bereitschaft verpflichtet, zu stützen. Denn bereits der Hälfte aller oberösterreichischen Gemeinden fehlen diese Gemeindeärzte. Und diese Tendenz wird sich aufgrund der bevorstehenden Pensionierungswelle noch verstärken. Diese ursprüngliche Gemeindearztvertragsstruktur hat auch die Entwicklung des hausärztlichen Notdienstes (HÄND) in Oberösterreich mitbestimmt und stellte einen zentralen Unterschied zu Salzburg dar, wo sich der telefonische Notdienst durchgesetzt hat.

In den inzwischen knapp 30 Jahren meiner Praxistätigkeit hat sich jedenfalls die laienmedizinische Kompetenz der Bevölkerung dramatisch verschlechtert. Wurden früher bei milden Beschwerden noch ganz selbstverständlich zuerst verschiedene Hausmittel angewendet, stellen heute manchmal schon Art und Ort der Anwendung von Fieberzäpfchen eine Hürde dar. Der Rückgang der Großfamilien, das schier unbegrenzte Angebot an (zumeist kostenfreien)

Hilfestellungen aller Art wie auch gelegentliche Medienberichte über seltene, dramatisch verlaufende Ereignisse haben jede Bereitschaft, auch Eigenverantwortung zu übernehmen, schwinden lassen. Diesbezüglich besteht heute ein verbreitetes Informations- und Haltungsdefizit, dessen Aufarbeitung schon in den Schulen beginnen müsste. Dieses Defizit bezieht sich im Übrigen nicht nur auf laienmedizinische Kompetenzen, es berührt genauso Wirtschafts-, Erziehungs- und Bildungsbelange und wäre daher ein wichtiger Ansatzpunkt, um eine Entlastung des öffentlichen (Gesundheits-)Systems zu erreichen, auch um für wirklich notwendige Unterstützung qualitativ hochwertige Angebote aufrecht erhalten zu können.

Univ.-Prof. Dr.med. Florian Eyer

Leitung Abteilung für Klinische Toxikologie und Giftnotruf München

„Wir vom Giftnotruf München können aus Erfahrung sagen, dass telemedizinische Anwendungen unter bestimmten Voraussetzungen Vorteile für Patientinnen und Patienten bringen können.“

Der Giftnotruf München, eine bewährte Anwendung aus dem Bereich der Telemedizin, existiert nun bereits seit einigen Jahrzehnten und hat sich immer weiter etabliert, was sich in den kontinuierlichen Steigerungen der Anfragen ablesen lässt. Heute ist der Giftnotruf bei akuten Vergiftungsfragen bei Kindern und Erwachsenen wie auch bei z.B. Chemieunfällen die erste Adresse. Alle eintreffenden Anfragen werden bei uns grundsätzlich durch Ärzte beantwortet. Außerdem existiert ein technischer Dienst, der bei Erstanrufern wichtige Punkte wie Name, Rückrufnummer, beteiligte Noxen etc. abfragt. Nur sehr häufig gestellte Anfragen, wie etwa der Fall, in dem ein Kind eine kleine Menge eines haushaltsüblichen Spülmittels ingestiert, werden auch von speziell geschulten nicht ärztlichen Mitarbeitern beraten. Aber auch in diesen Fällen wird die Beratung in jedem Fall ärztlich supervidiert.

Pro Jahr erreichen den Giftnotruf München in etwa 36.000 Anrufe. Davon betreffen etwa die Hälfte Anfragen zu Vergiftungen bei Kindern. Bei diesen kann glücklicherweise meist Entwarnung gegeben oder auch durch einfache Maßnahmen, wie etwa der Gabe von medizinischer Kohle, ein Aufenthalt in

der Klinik verhindert werden. Vor allem bei Kindern, aber auch bei anderen Personen können vielmals belastende oder potentiell riskante oder unnötige medizinische Maßnahmen (z.B. Magenspülung) vermieden werden. So trägt der Giftnotruf auch zu einem ökonomischen Einsatz der begrenzten finanziellen Mittel im Gesundheitssystem bei. Bei Vergiftungen, die Erwachsene betreffen, rufen im Normalfall Notärzte, Rettungsdienste oder Ärzte aus Kliniken an. Hier handelt es sich meist um akute lebensbedrohliche Vergiftungen, insbesondere nach suizidaler Einnahme von Medikamenten.

Beim Wählen der Notrufnummer erhält der Anrufer rasch kompetente Informationen, die ihm einen Klinikaufenthalt ersparen können. Ein unbestreitbarer Vorteil des Giftnotrufes ist die Einschätzung einer relevanten Gefährdung für Betroffene, aber auch für Anfragende aus den Gesundheitsbereichen. So kann der Giftnotruf bei unklaren Fällen oder medizinischen Notfällen zwar einen Klinikaufenthalt nicht immer vermeiden, jedoch in jedem Fall zur Akutversorgung vor Ort unterstützend beitragen.

Zur Weiterentwicklung des Service wurde vom Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) bereits eine App entwickelt, die es gestattet, auch Fotomaterial an die Giftnotrufe zu übermitteln. Allerdings ist die Zuverlässigkeit und die Möglichkeit, per Foto sicher in etwa eine Giftpflanze identifizieren zu können, limitiert und ersetzt nicht immer die fachkundige Vor-Ort-Expertise. Außerdem sehen diese Systeme vor, dass Experten im Giftnotruf z.B. E-Mail-Konten regelmäßig und rund um die Uhr abfragen. Und das kann derzeit personell nicht gewährleistet werden.

Ein großes Problem ist in Deutschland die Finanzierung der Giftnotrufe, denn die Zuschüsse der Länder an die Giftnotrufe sind keinesfalls kostendeckend. Deshalb sind alle Giftnotrufe in der Bundesrepublik darauf angewiesen diese Lücken über zusätzlich angeworbene Mittel zu schließen. In etwa wird für die Beratung von institutionalisierten Anrufern aus Spitälern eine Kostenbeteiligung im Sinne einer externen ärztlichen Konsildienstleistung eingefordert. Bereits 6 von 8 Giftnotrufen in Deutschland haben eine diesbezügliche Beratungspauschale eingeführt, in einem weiteren steht die Einführung unmittelbar bevor. Die prekäre finanzielle Lage lässt es derzeit dennoch nicht zu, die Giftnotrufe ausreichend zu besetzen, sodass Anrufe oft erst nach längerer Wartezeit oder gar nicht bearbeitet werden können. Vor allem tagsüber wäre eine Doppelbesetzung in der Beratung dringend notwendig, um den gestiegenen Anruferzahlen gerecht zu werden.

