

ELGA: ÄNGSTE, BEFÜRCHTUNGEN UND WIDERSTÄNDE AUS ÄRZTLICHER SICHT

Hackl W¹, Ammenwerth E¹

Kurzfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Ängsten und Befürchtungen, die niedergelassene Ärzte im Zusammenhang mit der Einführung der Elektronischen Gesundheitsakte in Österreich (ELGA) haben. Acht Ärzte wurden interviewt. Mittels qualitativer Inhaltsanalyse wurde eine Theorie generiert, die Widerstände der Ärzte gegen ELGA zu erklären versucht. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Ärzte sich schlecht informiert fühlen. Sie sind verunsichert, fürchten zusätzliche Kosten, vermehrten Arbeitsaufwand und Kontrolle ohne zusätzlichen Nutzen für ihre tägliche Arbeit. Objektive, speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Informationskampagnen sowie umfassende Kosten- Nutzen- Analysen könnten sich positiv auf die Meinung der Ärzte auswirken.

1. Einleitung

Die geplante Einführung der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) in Österreich wurde zwischen Ärzten und Politik emotionsgeladen diskutiert. Während Untersuchungen vorliegen, die sich mit dem Kenntnisstand, Interesse und Akzeptanz der Elektronischen Gesundheitsakte bei den Bürgern befassen [1, 3], scheint keine wissenschaftliche Studie vorzuliegen, die diese Themen in der Ärzteschaft untersucht.

Emotionen können eine wichtige Rolle spielen, wenn Menschen Entscheidungen treffen. Negative Emotionen wie Angst und Furcht, die Ärzte im Zusammenhang mit der ELGA Einführung haben, können zu Widerständen gegen die Einführung, zu so genannten Wandlungsbarrieren, führen. Krüger führt aus, dass trotz vieler Bemühungen, Änderungen so erfolgreich wie möglich zu implementieren, bis zu 70 % dieser Projekte nur mangelhaft durchgeführt werden können oder scheitern [4]. Einen der Gründe hierfür sieht er in der systematischen Unterschätzung des Implementierungsproblems. Implementierung wird als eigenständige, abgeschlossene Phase im Wandlungsprozess gesehen. Dadurch scheitern Projekte oft, sobald Wandlungsbarrieren auftreten, die aus Unsicherheit und Furcht der Betroffenen entstehen.

Die negativen Emotionen können auch eine sachliche Diskussion über die Elektronische Gesundheitsakte in Österreich verhindern. Um eine möglichst sachliche, auf Fakten basierende und vorurteilsfreie Diskussion über die Einführung der Elektronischen Gesundheitsakte und ihre Auswirkungen, Chancen und Folgen zu ermöglichen, scheint es angezeigt und wichtig, sich mit den Emotionen, die diese geplante Einführung auszulösen vermag, näher auseinanderzusetzen.

¹UMIT – Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik; Institut für Informationssysteme des Gesundheitswesens

Ziel der vorliegenden Studie, die im Rahmen einer Diplomarbeit an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT) durchgeführt wurde, war es, mittels qualitativer, problemzentrierter Interviews zu untersuchen, ob und welche Emotionen, vor allem Befürchtungen und Ängste, bei den Ärzten, die ja neben den Patienten die primären Nutzer dieser Gesundheitsakte sein werden, bestehen und wie diese deren Meinung und Urteil in Bezug auf ELGA zu beeinflussen vermögen.

2. Methoden

2.1. Datenerhebung

Der Anwendungsbereich sowie die Zielsetzung ließen im Fall der vorliegenden Studie das von Lamnek abgewandelte Problemzentrierte Interview nach Witzel [7] als die beste Methode zur Datenerhebung erscheinen. Das Problemzentrierte Interview stellt nämlich das zu untersuchende Problem und das untersuchte Subjekt in den Mittelpunkt der Betrachtung. Während Witzel eher den multimethodischen Ansatz in den Vordergrund stellt, der dazu dienen soll, das untersuchte Problem von mehreren Seiten zu betrachten, etabliert Lamnek das Problemzentrierte Interview als Einzelmethode. Der Forscher kann beim Problemzentrierten Interview schon mit bereits konzeptionalisierten Beobachtungen aus Vorerhebungen, mit „theoretisch-wissenschaftlichem Vorverständnis“ für den Untersuchungsgegenstand in die Interviewsituation gehen. Er kann ein „bereits bestehendes wissenschaftliches Konzept durch die Äußerungen des Erzählenden“ modifizieren. So wird eine „Kombination von Induktion und Deduktion“ möglich [5]. Dem Ablaufmodell des Problemzentrierten Interviews nach Mayring [6] folgend, wurde nach einer sorgfältigen Problemanalyse ein Interviewleitfaden konstruiert. Dieser wurde in einer Pilotphase erprobt und anschließend verbessert. Die erste Kontaktaufnahme mit den Ärzten erfolgte per Fax oder Email, die Terminvereinbarung mit Ärzten, die sich zur Teilnahme bereit erklärten, erfolgte telefonisch. Die Adressen der Ärzte wurden dazu aus dem öffentlichen Telefonbuch der Bezirke Innsbruck-Stadt/Land erhoben. Die Anzahl der zu Befragenden ergab sich nach den Grundsätzen des „Theoretischen Samplings“ nach Glaser und Strauss und folgte den darin genannten Grundsätzen der Theoretischen Sättigung, der Saturierung [3]. Es wurden 8 Interviews mit niedergelassenen Ärzten der Fachrichtungen Allgemeinmedizin (zwei Ärzte), Haut- und Geschlechtskrankheiten, Chirurgie, Augenheilkunde, Psychiatrie, Frauenheilkunde sowie Radiologie durchgeführt. Die Interviews wurden mittels mp3-Rekorder aufgezeichnet und hatten eine mittlere Dauer von 16,6 (\pm 5,95) Minuten.

2.2. Datenauswertung

Die Tonaufzeichnungen wurden wörtlich, in Schriftsprache übertragen, transkribiert, wobei 40 DIN A4 Seiten Text entstanden. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring wurde als Ablaufmodell für die Auswertung der Interviews gewählt. Um die Auswertungen effektiver voranzutreiben, wurde mittels des Software Tools „Atlas.ti“ [2] die Analyse der qualitativen Interviews computerunterstützt betrieben. Um den Informationsgehalt der Auswertung zu steigern und um die gebildeten Kategorien vergleichbarer zu machen, um auch eine Priorisierung der angesprochenen Themen liefern zu können, wurde zudem eine quantitative Auswertung der qualitativen Daten durchgeführt. Dazu wurden die in Atlas.ti implementierten Report-Funktionen genutzt.

3. Ergebnisse

Insgesamt wurden 328 Textstellen markiert und paraphrasiert. 139 verschiedene Primärkategorien wurden diesen Textstellen zugeordnet. Die 139 unterschiedlichen Primärkategorien wurden zu Familien zusammengefasst. Aus diesen Familien wurden 18 endgültige Hauptkategorien gebildet. Anhand eines grafischen Modellierungstools (Network View Manager) konnten die Codes und Co-defamilien bequem und übersichtlich am Monitor thematisch gruppiert werden, um in der Phase der Systematisierung zu übergeordneten Kategorien, in Form von Aussagen, aggregiert zu werden. Folgende Abbildung zeigt eine auf diese Weise aus Primärkategorien gebildete Hauptkategorie in der Netzwerkansicht:

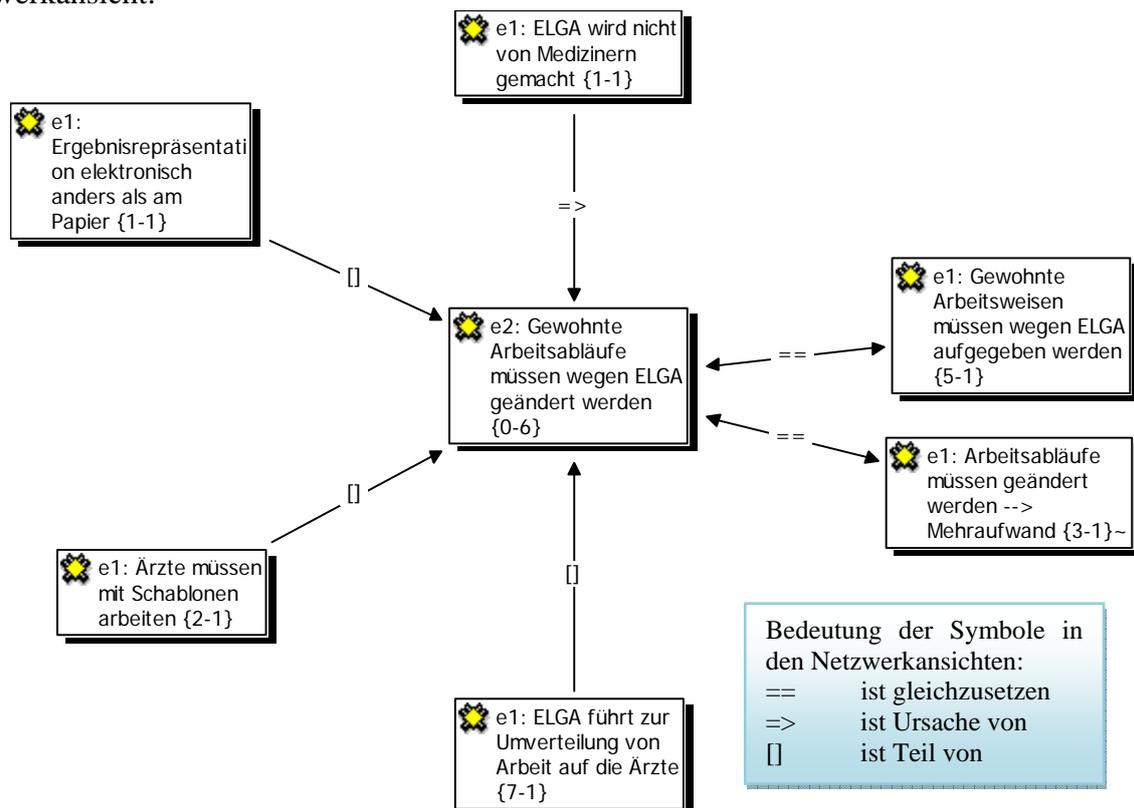


Abbildung 1: Netzwerkansicht von Atlas.ti am Beispiel der Kategorie „Gewohnte Arbeitsabläufe müssen wegen ELGA geändert werden“

3.1. Ängste und Befürchtungen von Ärzten im Zusammenhang mit ELGA

Folgende Liste enthält die 18 gebildeten Hauptkategorien absteigend geordnet nach dem „grounded-Wert“, also den summierten Häufigkeiten der Zitatstellen in den Interviews (in Klammer):

- Die Ärzte werden durch fehlende oder negative Information verunsichert (43)
- Datenschutz/Datensicherheit ist nicht gewährleistet (41)
- ELGA verursacht zusätzlichen Arbeitsaufwand und Zeitverlust (36)
- Daten werden durch unberechtigte Dritte genutzt (35)
- Ärzte werden durch ELGA fremdbestimmt (21)
- ELGA führt zum kontrollierbaren gläsernen Arzt (19)
- Gewohnte Arbeitsabläufe müssen wegen ELGA geändert werden (19)
- Kosten von ELGA werden auf die Ärzte abgewälzt (18)

- Nutzen von ELGA für Ärzte ist nicht bekannt (17)
- ELGA führt zum kontrollierbaren, gläsernen Patienten (14)
- ELGA wird eine schlechte Usability aufweisen (12)
- ELGA wird punitiv gegen Ärzte eingesetzt werden (11)
- Die Zeit ist noch nicht reif für ELGA (11)
- ELGA führt zur Zwei-Klassen-Medizin (9)
- ELGA wird mangelhaft umgesetzt (7)
- ELGA wird an der mangelnden Kooperation der Mediziner scheitern (6)
- Zuviel Information engt ein, trübt den Blick (4)
- Ein Systemwechsel stellt immer einen Medienbruch dar → Informationsverlust (1)

3. 2. Zusammenfassung der Ergebnisse

Es besteht *große Unsicherheit in Bezug auf das Thema ELGA. Der allgemeine Kenntnisstand in Bezug auf ELGA ist bei den interviewten Ärzten schlecht*, obwohl manche Ärzte sich teilweise schon recht intensiv mit der Thematik ELGA auseinandergesetzt haben und versucht haben, für sie verständliche und brauchbare Informationen zu bekommen. Es gibt wenig speziell für ihre Berufsgruppe aufbereitete Information zum Planungsstand von ELGA. Die Ärzte geben an, weder von den politisch Verantwortlichen, noch von den Sozialversicherungsträgern, noch von ihrer eigenen Standesvertretung ausreichende und vor allem objektive Informationen bekommen zu haben. Dadurch entsteht bei den Ärzten, die wissen, dass ELGA – wahrscheinlich auch gegen ihren Willen – in den nächsten Jahren eingeführt werden wird, *große Unsicherheit*.

Zu dieser allgemeinen, grundsätzlich bei allen befragten Ärzten in irgendeiner Form bestehenden Verunsicherung, einer gewissen „Angst vor dem Unbekannten“, vor dem „nicht fassbaren Neuen“, die durch mangelnde Information hervorgerufen oder verstärkt wird, *haben die Ärzte teils große Bedenken bezüglich des Datenschutzes in ELGA*. Sie befürchten einerseits, dass die gesammelten und von überall zugänglichen Patientendaten kriminelle Energien wecken, sozusagen „Hacker und Spione anlocken“. Sie sind sich nämlich dessen bewusst, dass medizinische Daten extrem wertvoll für Unternehmen (private Versicherungen, Medizinprodukte-Hersteller, Pharmakonzerne, etc.) sein können. Die Ärzte vermuten andererseits, dass diese Unternehmen durchaus legale Mittel und Wege oder Schlupflöcher in den Gesetzen finden werden, um an die in ELGA vorhandenen Daten zu gelangen. Sie befürchten also auch, dass das Datenschutzgesetz in seiner heutigen Form nicht ausreichend sein wird, um die Ärzte und die einzelnen Patienten vor unberechtigtem Zugriff auf diese Daten zu schützen. *Besondere Befürchtungen und Bedenken haben die Ärzte im Zusammenhang mit einer zentralen Speicherung der Daten*, von der sie ausgehen.

Diese Unsicherheit in Verbindung mit *Informationsmangel* führt weiter zu Befürchtungen und Ängsten vor zukünftigen Entwicklungen. *Die Ärzte befürchten, dass ihnen ELGA zusätzlichen Arbeitsaufwand beschert wird*. Sie fürchten, dass dieser zusätzliche Aufwand einerseits durch die *schlechte Bedienbarkeit* des neuen, schlecht geplanten und umgesetzten Systems hervorgerufen wird. Andererseits glauben sie, dass sie wegen des neuen Systems ihre bisherigen Arbeitsabläufe ändern werden müssen. Dass sie nun verantwortlich sind, Informationen in einer standardisierten Form ins System einzuspeisen und verantwortlich sind, sich selbst die Daten, die für sie relevant sind, im – *durch die Datenfülle unübersichtlichen* – System zu suchen.

Sie befürchten auch einen *Zeitverlust* durch die *zusätzliche Dokumentationstätigkeit*. Die Kosten für ELGA, fürchten die Ärzte, werden auf sie abgewälzt – sie haben diesbezüglich in der Vergangen-

heit, mit der Einführung anderer Systeme, schlechte Erfahrungen gemacht. Diese als sicher geglaubte *Abwälzung der Kosten auf die Ärzte* in Verbindung mit der Befürchtung, dass die ELGA Einführung die Ärzte dazu „zwingt“, gewohnte Arbeitsabläufe ändern zu müssen, ließ bei einigen die *Furcht entstehen, durch ELGA in eine fremdbestimmte Zukunft getrieben zu werden*.

Ein weiterer wesentlicher Faktor, der zum Entstehen dieser Unsicherheiten und Ängste führt, ist die Tatsache, dass die Ärzte *keinen direkten Nutzen der Elektronischen Gesundheitsakte* für ihre eigene Arbeit sehen. Sie wissen sehr wohl, für das Gesundheitssystem – vor allem auf der Ausgabenseite – großer Nutzen durch ELGA erwartet wird, allerdings spüren sie auch, dass Einsparungen vielleicht zu ihren Lasten gehen könnten. Sie entwickeln also das Gefühl, *jemand, der andere Interessen als sie hat, wolle ihnen mit ELGA etwas aufzwingen, das für sie zusätzliche Kosten bringe, nichts nütze und zudem vielleicht sogar schade*.

Zudem besteht die Befürchtung, dass „indirekt-Berechtigte“, also vor allem politische Entscheidungsträger oder Entscheidungsträger im Sozialversicherungswesen die Daten zur Kontrolle und Steuerung des Gesundheitswesens, und weiter zur *Kontrolle des einzelnen Arztes*, der so zum „gläsernen Arzt“ werde, nutzen werden. Die Befragten fürchten ebenso, ELGA führe zum „gläsernen Patienten“ und werde somit zum Entstehen einer „Zwei-Klassen-Medizin“ beitragen, weil sich wohlhabende Patienten privat behandeln lassen werden, damit ihre Daten nicht gespeichert werden.

4. Diskussion

Die vorliegende Untersuchung wurde gewissenhaft geplant. Ein Thema, dem höchste politische, gesellschaftliche, wirtschaftliche und auch wissenschaftliche Relevanz beigemessen wird und das äußerst kontroversiell, sogar schon hitzig und emotional diskutiert wird, muss mit größter Sorgfalt, Genauigkeit und unter Anwendung der richtigen Methodik gewissenhaft untersucht werden.

Es ist klar, dass eine theoriegenerierende Studie, die nur von einem Forscher geplant, durchgeführt und ausgewertet wird, auf relativ schwachen Beinen steht. Dem sei jedoch entgegengestellt, dass die Planung unter der Aufsicht einer erfahrenen Wissenschaftlerin erfolgte und das Vorgehen der Planung immer wieder mit Fachkollegen reflektiert und angepasst wurde. Den Vorwurf, dass die methodische Forderung nach Auswertung durch mehrere, unabhängige Forscher, die dann die Ergebnisse durch vergleichende Systematisierung überprüfen und zusammenfassen, nicht oder nur teilweise erfüllt wurde, muss sich die Arbeit gefallen lassen. Auch ein gewisser Selection-Bias bei der Auswahl der zu befragenden Ärzte könnte aufgetreten sein. So praktizieren sie alle in einer geografisch kleinen Region.

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass Ängste und Befürchtungen der Ärzteschaft, die in Zusammenhang mit der Einführung der Elektronischen Gesundheitsakte gebracht werden können, bestehen. Natürlich erhebt diese Studie keinen Anspruch auf Verallgemeinerbarkeit ihrer Ergebnisse, auf diesen Umstand wurde in der Studienplanung deutlich hingewiesen. Trotzdem zeigen die hier gewonnenen Ergebnisse auf, dass Ängste und Befürchtungen der Ärzte bestehen. Es gibt sie und teilweise sind sie sehr stark ausgeprägt. Diese Verallgemeinerung – im Sinne von „es gibt“ – gilt also. Umso mehr müssen die ELGA-Planer diese Ängste und Befürchtungen ernst nehmen. Natürlich sprachen sich die interviewten Ärzte nicht gänzlich gegen die Einführung der Elektronischen Gesundheitsakte aus, sie erwähnten auch Vorteile von ELGA wie zum Beispiel die Vermeidung oder Verminderung von Doppeluntersuchungen und damit verbundenes Einsparungspo-

tenzial. Systematisch untersucht und analysiert wurden in dieser Studie jedoch nur die negativen Emotionen, da diese die Entstehung von Wandlungsbarrieren bedingen können.

Die Erstellung einer Kosten/Nutzen Analyse speziell für niedergelassene Ärzte ist zwingende Voraussetzung für jede weitere akzeptanzbildende Maßnahme. Die Ärzte müssen wissen, was ELGA für sie bringen kann. Der einzelne Arzt ist sicher auch interessiert an Verbesserungen im Gesundheitswesen allgemein, aber er will wissen, was die ELGA Einführung für ihn persönlich, für seine tägliche Arbeit mit seinen Patienten bedeutet. Zusätzlich will der Arzt wissen, welche Kosten durch ELGA auf ihn zukommen. Diese Kosten müssen ganz genau aufgeschlüsselt werden nach nötigen Investitionen, Betriebskosten, Personalkosten, Arbeitszeit. Die Motivation, eine Elektronische Gesundheitsakte einzuführen, muss von den Verantwortlichen genau begründet werden (dazu ist eine genaue Nutzenanalyse unabdingbar). Die Ziele von ELGA müssen den Ärzten nachvollziehbar dargelegt werden. Zudem müssen der Planungsstand, die bereits erarbeitete Architektur sowie die in der Projektplanung erstellte Risikoanalyse transparent gemacht werden. Information ist das wichtigste Mittel, das angewendet werden muss, um den Befürchtungen und Ängsten entgegenzuwirken. Es wird notwendig sein, die Vertreter der Wissenschaft in die Erstellung dieser Informationskampagnen mit einzubeziehen. Nur so kann die Objektivität der Kampagnen und deren Glaubwürdigkeit garantiert werden. Datenschutz und Datensicherheit in ELGA sowie Informationen zum Berechtigungskonzept (*Wer darf, mit wessen Erlaubnis, unter welchen Umständen, wann, in welcher Art und Weise auf welche Daten zugreifen und wie werden diese Zugriffe dokumentiert und kontrolliert?*) sind die momentan brisantesten Themen.

ELGA muss bestmöglich vermarktet werden. Dies kann aber nur erfolgreich sein, wenn das vermarktete Produkt, also ELGA, auch hervorragend ist. ELGA muss also bestmöglich umgesetzt werden. Es darf in der Umsetzung keine, auch nicht kleinste Kompromisse geben, dass etwa Planung, Entwicklung und Umsetzung aus Performance-, Kosten- oder sonstigen Gründen nicht nach dem heutigen Stand der Forschung und Entwicklung durchgeführt wird. International geltende Qualitäts- und Interoperabilitäts-Standards müssen unbedingt eingehalten werden. Es muss zudem anwenderorientiert, vielmehr anwendergetrieben entwickelt werden. Die Ärzte müssen vor allem in die Planung der Benutzerschnittstellen und Benutzeroberflächen mit eingebunden werden, um Vertrauen in ELGA zu gewinnen. Die Bedürfnisse der Ärzte müssen berücksichtigt werden.

5. Literatur

- [1] ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN. E-Health: Weniger Staat - Mehr Privat. [Press release] Wien: Ärztekammer Wien; 2007 [cited 2008 01.06]; Pressekonferenz. Available from: http://www.aekwien.at/conf_p.py?Page=1&id_press=648&id_press_type=2.
- [2] ATLAS.TI GMBH. Atlas.ti - the knowledge workbench. 5.2 ed: ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH.; 2008.
- [3] HÖRBST A, SCHABETSBERGER T, AMMENWERTH E. Die elektronische Gesundheitsakte in Österreich aus der Sicht der Bürger. In: Zöllner I, Klar R, editors. GMDS2008 53 Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie; Stuttgart: Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (gdms); 2008. p. 242-5.
- [4] KRÜGER W. Implementierung als Kernaufgabe des Wandlungsmanagements. In: Hahn D, Taylor B, editors. Strategische Unternehmensplanung, Strategische Unternehmensführung - Stand und Entwicklungstendenzen. Heidelberg: Physica Verlag; 1999. p. 863-88.

[5] LAMNEK S. Qualitative Sozialforschung - Band 2 Methoden und Techniken. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union; 1995.

[6] MAYRING P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag; 2002.

[7] WITZEL A. Das Problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [serial on the Internet]. 2000; (1(1)): Available from: <http://www.qualitative-research.org/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm>.