**Interview QA**

Marko Miletic: Welche Akteure könnten im System eingeschlossen werden, wenn die Zielbenutzergruppe ein Arzt ist der Suchtpatienten betreut?

Michael Lehmann: Das kommt auf das Setting darauf an. Wenn es eine ambulante Sprechstunde ist, dann..

Marko Miletic: Ich glaube wir haben uns festgelegt auf den stationären Bereich.

Alain Nippel: Wir werden stationär machen, weil wir uns für die User Story schon ein paar Gedanken gemacht haben, die ambulant schwierig lösbar wären und darum haben wir uns eher stationär fokussiert.

Michael Lehmann: Es kommt ganz darauf an was eure Ausgangslage ist.

Sugeelan Selvasingham: Die Ausgangslage ist eigentlich die folgende: Die übergeordneten Ziele sind, dass die Informationen rechtzeitig das medizinische Personal erreichen und ein weiteres Ziel ist zu helfen, dass die Patienten und Angehörigen die Krankheit bewältigen können. Bei uns wäre der Patient nicht zuverlässig, sprich unorganisiert, vergisst Termine, vergisst und oder verliert beabsichtigt oder unbeabsichtigt Rezepte oder Medikamente.

Michael Lehmann: Also jetzt die Frage stationär oder nicht stationär, denn was Ihr aufzählt ist eher ambulant. Denn wenn man stationär in der Klinik ist und der Therapeut zu euch auf die Station kommt, dann kann man nicht so einfach den Termin verpassen. Im Gegensatz wenn man ambulant behandelt wird ist dies viel einfacher. Es gibt auch keine Rezepte stationär, man muss die Medikamente auch nicht holen gehen in der Apotheke. Darum müsst ihr euch eigentlich einigen, denn die Frage ist stationär würde einfach bedeuten jede Woche eine Kontrolle und Substitutionstherapie mit Betäubungsmittelgesetzt und so weiter und sofort. Anders wenn ich ein Rezept bekomme ist dies ein ambulantes Setting, denn in einem Ambulanten Setting stellt man keine Rezepte aus.

Alain Nippel: Diese Probleme welche wir genannt haben würden sich erübrigen wenn man ein stationäres Setting auswählt.

Michael Lehmann: Das ist einfach ein anderes Setting. Als Beispiel wenn ihr im Hotel seid, dann müsst ihr auch nicht selber kochen. Darum muss man sich jetzt entscheiden welches Setting dass es ist. Sonst kommt ihr mit diesen Fragen in einen Wiederspruch hinein.

Marko Miletic: Dann ist das Setting klar ambulant.

Michael Lehmann: Gut. Okay dann ist das Setting ambulant.

Marko Miletic: Also dann in dem System welches ambulant ist wären dann welche Akteure?

Michael Lehmann: Wir hätten dann mehrere Akteure. Der Arzt oder die Ärztin, die Praxisassistentin oder jemand der dort in der Pflege mitarbeitet. Dann noch der Patient oder die Patientin selber plus seine Angehörigen eventuell. Mittendrin wäre dort, wobei man noch schauen müsste, wer darf was sehen.

Sugeelan Selvasingham: Unsere Zielgruppe sind dann die Ärzte.

Michael Lehmann: Mhmm.

Sugeelan Selvasingham: Es gibt dann auch noch verschiedene Gruppen, welche die Software aus Patientensicht machen oder health visitors, ich nehme an, dass das die Pflegenden sind.

Marko Miletic: Wobei für uns der Begriff health visitor komisch ist.

Michael Lehmann: Ja ich wollte gerade sagen, ich weiss auch nicht was ich mir darunter vorstellen könnte.

Marko Miletic: Aber das ist auch nicht unser Zielbenutzergruppe von dem her auch nicht so schlimm.

Michael Lehmann: Wenn man in einem ambulanten Setting ist, dann wäre ein Follow Up, oder regelmässige Verlaufsdokumentation ein Thema.

Marko Miletic: Genau das wäre eigentlich genau unsere zweite Frage. Was mögliche Use Cases wären, wenn man die vorher genannten Akteure miteinbeziehen möchte. Eben wie ein Follow Up.

Michael Lehmann: Eben die Erstkonsultation, wenn man das erste mal in die ambulante Sprechstunde geht an diesen Ort. Dazu gehört Anamnese wirklich solche Sachen. Was ist die Vorgeschichte, zusammen Ziele zu definieren und dann wöchentlich weitere Termine zu vereinbaren, bei denen man schaut wie es lauft ob es die letzte Woche gelaufen ist, was sind Ziele für die nächste Woche, braucht es Medikamente, gibt es sonst irgendwelche spezielle Sachen, dass ist es eigentlich grundsätzlich.

Marko Miletic: Gibt es noch etwas speziell im Hinblick auf Suchtpatienten? Was auch noch ein UseCase sein könnte, bezüglich dem was sie gesagt haben über das Follow Up oder die Erstkonsultation?

Michael Lehmann: Es gibt eine spezielle Anamnese. Es wird geschaut welche speziellen Stoffe genommen werden, es gibt Personen die mischen Sachen kreuz und quer. Stichwort Multiintoxikation. Sie mischen Kraut und Kabis miteinander. Wenn das eine nicht verfügbar ist, dass man darauf einfach das andere nimmt. Das man dort anamnestisch sich anschaut was wurde zuerst genommen wie ist es weitergegangen. Diese Sachen sind typisch für Patienten mit Suchterkrankungen. Dann ist die frage in der Ambulanten Sprechstunde gibt es irgendeine passende Ersatztherapie. Wenn man beispielsweise überlegt, sieht man, dass Arud in Zürich die ersten gewesen sind die Methadon abgegeben haben, dies vor etwa 20 Jahren. Das haben sie gestartet. Sie haben es aber nicht abgegeben, im Sinne du bekommst ein Rezept und gehst nach Hause, sondern man geht dort hin und in Anwesenheit der Pflege nimmt man dann dieses Methadon ein. Damit man es ebben nicht holen geht und dann in der Gasse vertickt. Wenn man Drogen abgibt wird das gerade auch dort eingenommen. Im geschützten Rahmen und dann natürlich auch quittiert wie viel genommen wurde. Dies muss auch bereitgestellt werden. Eure Kollegen die das App für den Patienten machen müssten dann den Termin schön in der Agenda implementieren hinter einem unverfänglichen Namen. Das ist ja dann dort der Punkt.

Marko Miletic: Welche Informationen werden dann in welcher Form benötigt? Eben zu diesem PMS.

Michael Lehmann: Die Frage ist hier wie viel ist Freitext und wie viel ist strukturiert. Freitext könnte man alles hineinschreiben zudem man Lust hätte. Jetzt muss man sich gut überlegen mit was man weiterarbeiten könnte. Was sinnvoll ist, ist es so strukturiert zu erfassen, dass man dann damit arbeiten kann.

Alain Nippel: Dies ist dann ein Punkt welchen wir gerne umsetzten möchten. Nämlich wie können wir den Arzt unterstützen, damit er so wenig wie möglich selbst überlegen muss in diesem Freitext, sondern gut durch die strukturierten Daten Auswertungen machen kann.

Michael Lehmann: Sachen strukturieren, z.B. welche Drogen genommen worden sind als Checkbox und dass man auch sagen kann seit wann. Solche Sachen eben. Wenn man es im Hintergrund dann irgendwie weiterverwenden möchte um Statistiken zu machen. Dann muss es auch so sein, dass es als einzelnes Feld drinnen ist. Wirklich das eine Jahreszahl drinnen ist oder dass eine Menge drinnen Platz hat, dies natürlich strukturiert. Information, welcher Stoff, sprich Droge genau es ist. Wie viel? Wann angefangen. Das kann man beliebig genau. Die Frage ist dabei aber was hilft dann wirklich und was ist dann nur mühsam einzutragen.

Marko Miletic: Das ist jetzt bezogen auf den Fakt dass man noch Informationen sammeln möchte oder halt einfach Daten strukturiert erfassen möchte.

Alain Nippel: Was noch wichtig ist anzumerken, ist, dass es bei uns jetzt nicht nur um Drogen geht, sondern auch um andere Arten von Sucht wie Social-Media.

Michael Lehmann: Dort ist es dann schwieriger die Daten zu strukturieren.

Alain Nippel: Die Schwierigkeit ist bei uns natürlich auch ganz klar, dass Sucht ein riesiges Spektrum ist und es daher schwierig wird einfach strukturiert Daten zu erfassen. Sei es Fragebogen etc.

Sugeelan Selvasingham: Ich habe zum Thema noch einen Fragebogen von der FMH gefunden.

Michael Lehmann: Das ist auch eine schwierige Thematik. Man kann beliebig viele Fragen stellen und kreuze machen. Darum tut man sich schwer wie stark strukturiert man das machen will. Hier ist ganz klar die Frage was für eine Art Auswertung möchtet ihr machen. Wenn ihr eine Statistik machen möchtet, wisst ihr dann auch was ihr ausfüllen wollt. Handumkehrt kann man auch zuerst viele Daten erheben und dann schauen was man für eine Statistik machen möchte. Dies holt die User aber nicht wirklich ab.

Alain Nippel: Ich glaube aber, dass es bei uns gar nicht darum geht einfache eine Statistik auf den Tisch zu legen, sondern wirklich den Arzt zu unterstützen und dass er dann die Informationen so einfach wie möglich und für den Patienten in einer verständlichen Form übergeben kann. Sprich das der Patient könnte nachsehen im PMS was in der letzten Sitzung alles gemacht wurde und das der Patient dies auch alles versteht. Die Idee sollte ja nicht sein, dass beim Arzt im Textfeld einfach unverständliches Fachchinesisch steht, mit dem der Patient nichts anfangen kann.

Michael Lehmann: Da stimmt schon aber in der Praxis ist das meist ein Textfeld, da dort alles Mögliche und Verrückte kommen kann, was dazu führt, dass es fast nicht strukturierbar ist. Im Sinne von was hat geholfen oder was ist besonders schwierig gewesen. Da kann man gar nicht strukturieren. Die Personen erzählen einem Irgendetwas was sie die letzten Wochen erlebt haben. Da kann irgendetwas kommen. Mehr auf der Ebene der Medikamente. Dort muss man strukturieren, dort kann man den Arzt sicherlich unterstützen. Es gibt viele Leute die haben noch somatische Medikamente. Zum Beispiel Person ist spielsüchtig und hat zu hohem Blutdruck. Das sollte man natürlich auch Wissen.

Marko Miletic: Was könnte jetzt seitens des PMS für eine Funktionalität geboten werden oder ein Feature, vor allem im Hinblick auf Medikamente?

Michael Lehmann: Das geht dann in Richtung des EPDs. Damit man sieht was der Hausarzt für Blutdrucksenker dem Patienten verschrieben hat. Was dort betreffend Medikation läuft.

Marko Miletic: Dass eigentlich dann der Arzt der ihn dann ambulant behandelt auch weiss, was sonst noch gemacht wird, sprich welche Medikamente sonst noch verschrieben worden sind. Das wäre also etwas wovon der Arzt profitieren könnte auch im Hinblick auf die Patientensicherheit.

Michael Lehmann: Ja. Je nach dem, wenn man weiss, was der Patient sonst noch für Therapie oder Medikamente bekommt, würde man dann vielleicht ein Medikament nicht abgeben. Wenn man weiss, dass sich jemand verletzt hat, würde ich aufpassen wenn ich Schmerzmedikation abgebe. Was soll ich jetzt fantasieren. Wenn der Patient beispielsweise sich den Fuss verstaucht hat und jammert das er Schmerzen hat. Wenn ihr in Richtung Suchterkrankten geht, dann muss man vorsichtig sein, welche Medikamente man einsetzt, eben welche Schmerzmedikamente. Eben wegen der Interaktionen, das ist sicher wichtig.

Marko Miletic: Wenn wir noch einmal zurück zu der Thematik des Follow Up kommen. Könnte das PMS im Hinblick darauf ebenfalls Hilfestellungen erbringen. Dort wenn man beispielsweise überlegt, dass der Suchtkranke erhebliche Probleme mit der Zuverlässigkeit hat und mit der Organisation der Termine, was man dort einbauen könnte, wenn es so weit ist, dass der Follow Up Termin ansteht, nachdem die erste Konsultation stattgefunden hat. Eine Funktionalität oder Feature?

Michael Lehmann: Terminverwaltung im weitesten Sinn. Dass man den nächsten Termin strukturiert abmacht und nicht einfach Zettel schreibt.

Marko Miletic: Und aus Sicht des Arztes?

Michael Lehmann: So Sachen, dass man auf die Agenda kommt und die Patienten des Tages sieht. Dann dort draufklicken kann und dann im Richtigen Dossier ist und dass dort dann auch gescheit darstellt.

Marko Miletic: Es ist mir eine Idee gekommen. Kann das PMS auch Suchtpatienten zur Thematik der No-Shows auch eher zu Randzeiten planen, dass falls sie nicht kommen würden dies keine allzu grossen Probleme machen würde, sprich an Flexibilität dazugewinnen könnte. Terminverschiebung etc.?

Michael Lehmann: Man muss sich hier natürlich auch fragen wieso die Patienten nicht kommen. Es gibt Patienten die es vergessen, Patienten die nicht kommen wollen oder aus Arbeitsgründen etc. Da gibt es ja X beliebige Gründe. Dort ist es schwierig Regeln zu machen. Man könnte das umgekehrte machen, wobei man schauen müsste wie man es formuliert. Es kommt beispielsweise zwei Stunden vorher eine Nachricht zum Patienten. Was aber dann bitte nicht so formuliert werden sollte: Bitte nicht die Konsultation bei XY vergessen, sondern so formuliert werden, dass wenn das Telefon auf dem Tisch liegt und vibriert, dann nicht gerade jeder der dort anwesend ist, weiss, dass diese Person zum Arzt muss. Sondern ein Reminder macht. Mit der Funktionalität, dass man den Termin verschieben kann. Solche Sachen, welche die Kommunikation auf dieser Ebene betreffen. Das wäre etwas Nützliches.

Marko Miletic: Für uns ist hat sich dann noch die Frage gestellt in wie weit dies noch abgegrenzt werden kann, dass es wirklich aus Sicht des Arztes ist.

Michael Lehmann: Das Problem mit den No-Shows das haben alle. Die höchste No-Show Quote hat eine ambulante Sprechstunde im Insel Spital gehabt mit fast 50 Prozent.

Marko Miletic: Das wäre ja aber dann schon noch eine Funktionalität vom Arzt her, wenn er eine Terminerinnerung senden kann, da dies ihm ja auch wieder zugutekommt.

Michael Lehmann: Ich meine No-Shows sind keine lustige Sache, man hat Zeit reserviert und die Leute kommen nicht.

Marko Miletic: Wir haben auch ein paar ethische Aspekte zu beachten. Da stellt sich die Frage wie realistisch das ist, wenn man bezüglich der No-Shows Suchtkranke dann plant, wenn es für den Arzt am wenigsten schlimm wäre, wenn eine No-Show entsteht. Es diskriminiert den Patienten ja nicht, denn es ist einfach eine Planung welche die Ärzteschaft dann macht.

Michael Lehmann: Es kommt drauf an, wenn der Suchtkranke arbeitet, kann es auch gut sein dass diese Person am Nachmittag arbeitet. Dann kann er nicht sagen, dass der Patient um 16:00 Uhr in die Sprechstunde kommen soll und wenn du nicht kommst ist auch nicht schlimm. Wenn es mit einer Drogenabgabe verbunden ist, dann macht man das auch nicht irgendeinmal, wenn es dem Arzt passt, sondern eher am Morgen. Damit der Patient über den Tag keine Entzugs-Symptome hat. Als Argumentation wieso das vielleicht keine gute Idee ist bei Suchterkrankten. Manchmal hat das aber auch interne Gründe, weil man einfach zu gewissen Zeiten Sprechstunden durchführen kann.

Marko Miletic: Jetzt haben wir uns einen Überblick geschaffen während der Konsultation bezüglich Informationen erheben, dass dies strukturiert ablaufen soll.

Michael Lehmann: Genau. Beispielsweise, wenn es darum geht Medikamente zu verschreiben, dass man es nicht einfach übernimmt, sondern wenn man eine Liste hat sagen kann: Das übernehme ich oder das passe ich noch an. Solche Funktionalitäten helfen wenn man nicht alles schreiben muss.

Marko Miletic: Eben das der Arzt dann sehen kann welche Medikamente auch wegen somatischen Gründen genommen werden.

Michael Lehmann: Genau welchen Weg man dann auch immer wählt.

Marko Miletic: Das ist dann sicherlich auch ein wichtiger Use Case.

Michael Lehmann: Jawohl.

Alain Nippel: Eine Funktion wäre, dass es eine Übernahme der Medikamente welche der Patient schon nimmt, direkt in das System einfliesst und der Arzt dann beispielsweise die Dosis anpassen könnte.

Michael Lehmann: Ja, dass wenn man sieht, dass sich etwas nicht bewehrt hat, dass man dann dies Ändern kann und allgemein nicht alles abtippen muss. Denn wenn es etwas komplexer ist und der Patient zehn Medikamente einnimmt, da wird man ja wahnsinnig, wenn man dies von Hand eintragen muss. Übernehmen ja aber nicht im Sinne von eins zu eins übernehmen, sondern dass man schon noch darüber schaut und sich entscheidet was man weiterführt und was nicht. Auch schaut man ob es eine Dosisanpassung gibt, gibt es eine Absetzung, gibt es etwas Neues oder eine Umstellung. Dort ist es sicher sinnvoll zu strukturieren.

Marko Miletic: Habt ihr aus dem Team noch irgendwelche Anmerkungen zu Use Cases.

Sugeelan Selvasingham: Gibt es irgendeinen Workflow, wenn es um die Inhaftierung von Patienten geht, also auf Grund von Aggressivität.

Michael Lehmann: Man kann sie Fürsorgelich einweisen. Also eine Inhaftierung gibt es nicht da müsste die Polizei kommen. Aber wenn es darum geht jemanden einzuweisen. Dazu gibt es Formulare die man ausfüllen muss. Man kann nicht einfach sagen so jetzt müssen sie gehen.

Sugeelan Selvasingham: Gibt es da Schnittstellen zu einer anderen Organisation?

Michael Lehmann: Ja dort ist der Regierungsstatthalter involviert.

Marko Miletic: Das wäre ein Use Case bei uns, wenn der Patient gegen seinen Willen eingeliefert werden müsste. Aber dass wäre dann die Einlieferung in eine stationäre Behandlung.

Nippel Alain: Was man hier machen könnte ist, dass dieses Formular zu einem gewissen Teil schon ausgefüllt ist, z.B. der Name und dann direkt drucken können. Ich denke dass das schon noch über Papier funktioniert.

Michael Lehmann: Ja das funktioniert schon noch grösstenteils über Papier.

Marko Miletic: In unserem ambulanten Umfeld?

Michael Lehmann: Dies könnte genau der Grund sein wieso es nicht mehr ambulant funktioniert. Im Hinblick auf Selbstgefährdung. Das passiert ja schon im ambulanten Setting dass man sagt, dass man Angst hat es könnte etwas passieren. Es kann sein dass man im ambulanten Setting sich einig wird, dass es ambulant nicht mehr geht und ein stationärer Aufenthalt, sprich eine Zuweisung in eine Klinik angebracht ist. Das wäre als Use Case die Informationen für die Weitergabe zu strukturieren und zu kompaktieren.

Sugeelan Selvasingham: Gibt es dazu Scores?

Michael Lehmann: Wenn ihr Scores zum psychischen Status eingebt werdet ihr x Treffer finden, dort ist die Frage was die Fachgesellschaften empfehlen. Dort gibt es viel zu viel Informationen.

Marko Miletic: Noch zu der Frage Use Cases zum Rezept.

Michael Lehmann: Ja die Frage ist was kommt auf das Rezept.

Marko Miletic: Interessant aus Sicht des Arztes wäre es auch zu sehen was der Patient alles für Medikamente wirklich eingenommen hat und welche nicht.

Michael Lehmann: Das wäre mehr aus Sicht eurer Kollegen.

Marko Miletic: Wir können dann sagen dass wir diese Funktionalität nicht implementieren, sondern sie wäre schon gegeben, dass in der PMS dann eine Maske enthalten ist, worauf wir zugreifen könnten. Das wäre bei uns ein Use Case. Bevor das Follow Up stattfindet kann der Arzt schauen welche Medikamente genommen wurden.

Michael Lehmann: Ja. Das kennt man auch aus der medizinischen Dokumentation. Das man in der Maske den zeitlichen Verlauf sehen könnte, Wann sind Medikamente genommen worden und wann nicht. Einfache Darstellung der letzte(n) Woche(n) was ist genommen worden und was nicht.

Marko Miletic: Das können wir sicher auch aufgreifen aus Sicht des Arztes.

Michael Lehmann: Ja sicher. Das ist sicherlich auch ein Problem, das dort zu viel, zu wenig oder gar nicht die Medikamente genommen werden.

Marko Miletic: dann hätten wir eigentlich zum Ganzen Prozess schon Use Cases gesammelt. Bei den Suchtpatienten stellt sich die Frage ob es noch etwas Spezielles gibt im Hinblick auf die letzte Konsultation. Bei der Abrechnung vielleicht Schwierigkeiten die ich mir noch vorstellen kann.

Michael Lehmann: Ja das kommt wirklich noch dazu. Im ambulanten Setting verschickt man Rechnungen alle drei Monate. Es gibt auch solche die das monatlich machen. Aber die meisten machen dies im drei Monate Takt. Das schlichtweg mit einer Tarmed Position am Schluss.

Marko Miletic: Und das wird schlichtweg einfach gesammelt und dann nach drei Monaten wird der Patient zur Kasse gebeten.

Michael Lehmann: Genau. Hier ist noch interessant zu wissen ob man es dem Patienten direkt schicken möchte oder direkt der Krankenkasse oder sogar einem Vormund.

Marko Miletic: Hier wäre es sicherlich auch noch interessant, wenn man eine Maske hätte wo der Arzt dies anschauen könnte.

Michael Lehmann: Genau wo der Arzt schauen kann ob die letzten Rechnungen gezahlt worden sind. Das man das in einem Follow Up auch noch einmal anschneiden kann. Dem Patienten sagen kann du hast noch offene Rechnungen bei mir und der Fakt klar wird, dass man es beispielsweise in Zukunft direkt dem Vormund schicken kann. Damit die Rechnung auch bezahlt wird oder direkt an die Krankenkasse. Dies kann an auch mitnehmen. Vielleicht strenggenommen nicht speziell auf den Use Case denn diese Thematik hat man immer an, wenn die Rechnung gehen sollte.

Marko Miletic: Vielleicht doch, weil die Gefahr grösser ist bei einer Person die suchterkrankt ist.

Michael Lehmann: Ja aber vielleicht auch eher, dass sie es bewusst machen. Heutzutage ist das Problem auch oftmals so, dass viele Personen mit ihren Rechnungen Monate im Verzug sind. Das verkompliziert die Situation noch einmal, denn man ist mit dieser Person in der Therapie und dann denkt man, dass es langsam besser wird, aber man den Patienten dann rausschmeissen muss, weil er die Rechnungen nicht bezahlt. Ich sage es extra zugespitzt. So etwas kann eher der Hausarzt sagen. …

Makro Miletic: Ich denke auch noch mit den Rechnungen haben wir die Use Cases recht umfassend diskutiert. Hier werden sicher viele Storyboards entstehen. Ich denke für die Use Cases sind es jetzt genug Informationen. Kommen wir jetzt zum zweiten Teil des Interviews zu den Systemrequirements. Welche technischen Anforderungen müssen gegebene sein z.B. im Bezug der Anamnese oder Medikamente etc.?

Michael Lehmann: HospIndex und HCI Solutions als Stichwort was da sein muss. Damit man nicht etwas hineinschreibt was es gar nicht gibt oder nur anfangen muss zu schreiben und das Feld mit Auto-Complete ergänzt wird. Man hat dann die ganzen Informationen dazu.

Marko Miletic: Dann wäre auch eine Schnittstelle zum EPD nötig?

Michael Lehmann: Wenn man dann in die Tiefe geht wird es dann sagenhaft kompliziert.

Marko Miletic: gibt es sonst noch eine wichtige Anforderung?

Alain Nippel: Zu den Use Cases eigentlich nicht. Wenn man eine Mail verschicken möchte dann braucht es natürlich noch einen SMS-Provider.

Michael Lehmann: Ja ausser man hätte dann ein App welches der Benutzer auch hat wobei man direkt über das System miteinander kommunizieren könnte. Diese würde aber wieder zu viel verraten. Das der Patient dann angesprochen wird im Sinne von: Ach du hast auch die Sucht-App! Etc. Also ist solches Zeug zweischneidig.

Alain Nippel: Viele Zahnärzte machen dies über E-Mail.

Michael Lehmann: Eigentlich dürfte man das nicht machen. Aber bei den Zahnärzten ist es noch so eine Sache.

Alain Nippel: Bei ihnen steht dann einfach Terminerinnerung und das wars schon.

Michael Lehmann: Ja aber es steht dann von der Zahnarztklinik XY und nicht von der Suchtklinik XY. Das ist heikel. Wenn das Handy wiederum auf dem Tisch liegt und man die Benachrichtigung bekommt und der Kollege gerade darauf schaut ist es auch schon verloren. Man muss sich daher gut überlegen wie man das verschicken möchte.

Marko Miletic: Auch ein Thema für Storyboards.

Michael Lehmann: Ja die Schwierigkeit ist dass man ja möchte dass man es sieht aber auf der anderen Seite auch nicht. Unauffällig aber wirksam. Daher ist es schwierig zu sagen wie man unauffällig das machen kann. Benachrichtigungen sollen ja auffällig sein.

Alain Nippel: Hier befinden wir uns ja schon im Rahmen des Datenschutzes.

Michael Lehmann: Per Mail darf man nicht kommunizieren.

Marko Miletic: Dies ja, weil man nicht in einem gesicherten Kanal ist.

Alain Nippel: SMS ja auch nicht.

Michael Lehmann: Ja. Das bedeutet es braucht im Grunde wirkliche ein App oder einen anderen gesicherten Kanal um zu Kommunizieren.

Nippel Alain: Also müsste der Patient dann einwilligen, dass man ihm Termine per SMS oder Mail schickt.

Michael Lehmann: Ja. Wobei je nach dem welcher Jurist man fragt gehen dort die Meinungen auch wieder auseinander. Ich bin nicht Jurist, von dem her kann ich euch auch nicht sagen wie das genau funktioniert. Ich weiss, dass viele Leute E-Mails beantworten, Punkt.

Alain Nippel: Müssen wir im Hinblick des Datenschutzes noch weitere Sachen beachten? Beispielswiese, dass wir E-Mail und SMS nicht verwenden.

Michael Lehmann: Ausser dem Üblichen, fällt mir gerade nichts ein.

Marko Miletic: Im klinischen Umfeld aus Sicht des Arztes, wenn er sensible Daten hat und sich dann von seinem Arbeitsplatz entfernt, dass dann die Maske sich minimiert oder sich sperrt, damit andere nicht auf den Monitor sehen können.

Michael Lehmann: Hier ist die Frage wie ich einlogge. Wie schnell bin ich im Dossier via Agenda, wer heute kommt. Mit dem Papier früher hat man einfach das Richtige dossier in die Hand gedrückt bekommen. Jetzt sucht man effektiv nach den Patienten. Das dies vielleicht länger geht oder mühsamer ist das leuchtet ein. Früher hat einem die Medizinische Praxisangestellte das Dossier in die Hand gedrückt. Heute nicht mehr. Das sind so Banalitäten.

Marko Miletic: Wegen den Schnittstellen nochmals. Bezüglich der Schnittstelle wo der Arzt Rückmeldung vom Patienten bekommen hat wegen der Medikamenteneinnahme. Gibt es dort Datenschutzbedenken, da dieses App ja ein Medizinprodukt ist und strenge Auflagen erfüllen muss?

Michael Lehmann: Genau.

Marko Miletic: Wie das eMediplan-App. Jetzt noch zu dem Mental Health Act. Aus Sicht der Ethik was wir dort noch beachten müsste? Was wir schon gesagt haben, dass die Terminplanung die Suchtpatienten nicht benachteiligen. Ich denke aber, dass es keine speziellen Sachen auf die wir achten müssen. Denn die Software zielt ja ab dem Patienten zu helfen und nicht ihn zu benachteiligen.

Michael Lehmann: Genau.

Makro Miletic: Haben sie sonst noch spezielle Erfahrungen bei dem Umgang mit Suchtpatienten gemacht?

Michael Lehmann: Nein mir fällt gerade nichts spezielles ein. Ausser das Suchtpatienten manchmal aggressiv werden können. Das ist in dem Sinn aber nicht ausserordentlich. Es gibt x Gründe warum jemand aggressiv wird.

Marko Miletic: Wird das dann auch dokumentiert?

Michael Lehmann: Ja es gibt dann gewisse Verfahren wie man mit solchen Situationen umgeht. Das kann dann auch traumatisierend sein, wenn man plötzlich von einem Patienten angegriffen wird.

Makro Miletic: Wäre das auch etwas, dass man in das System einbinden könnte?

Michael Lehmann: Ja aber das würde schon sehr weit gehen.

Nippel Alain: Das wäre dann so wie ein Wiki bei dem man Informationen holen kann wie man sich zu verhalten hat.

Michael Lehmann: Dazu gibt es auch intern Richtlinien wie man mit diesen Situationen umgehen kann. Was man tolerieren muss und was nicht, sowie was muss man weiterleiten.

Alain Nippel: Ich finde auch dass das zu weit gehen würde.

Michael Lehmann: Wenn man in einem grösseren Verband arbeitet könnte man dazu auch CIRS sagen. Es gibt ein CIRS System dahinter was helfen kann was passiert ist. Dort würde ich aber nicht zu weit gehen. Sonst hört es überhaupt nicht mehr auf.