



GESUNDHEITS WISSENSCHAFTEN dokument

31

Wie viel Medizin ist gesund?

Abstract - Sammlung des Linzer Forum am 21.10.2010

Anna Labek (Hrsg.)

Erhältlich bei:

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
Referat für Gesundheitsstrategie und Wissenschaftskooperation

E-Mail: sekretariat.dwi@oegkk.at

Linz 2011

Inhaltsverzeichnis

1	Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Allgemeinmedizin <i>(Andreas Sönnichsen)</i>	4
2	„Zwischen ‚Shit happens‘ und ‚Der Krug geht so lange zum Brunnen, bis er bricht‘ – Risiko- und Fehlermanagement im Krankenhaus“ <i>(Manfred Zottl)</i>	5
3	Wert publizierter wissenschaftlicher Daten zu Ergebnissen nach Implantation künstlicher Gelenke <i>(Nikolaus Böhler, Gerold Labek)</i>	7
4	Doktor, bin ich gesund? Was Screening leistet – und was nicht <i>(Heide Said)</i>	9
5	Wie kann man Ordnung in lange Verschreibungslisten bringen ? Das Prinzip der Priorisierung <i>(Jochen Schuler)</i>	11
6	„Patientensicherheit in Österreich - Bericht über aktuelle Projekte der Gesundheit Österreich GmbH“ - am Beispiel „Leitfaden Reporting-&Learning-Systeme“ <i>(Ulrike Holzer)</i>	13
7	Abschlussstatement zum Linzer Forum 2010 <i>(Hans Popper)</i>	15

Einleitung

Linzer Forum 2010 zum Thema Risiko Medizin – Wie viel Medizin ist gesund?

Am 21. Oktober 2010 fand zum dritten Mal das „Linzer Forum“ als Kooperation der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, des AKh Linz und der Johannes Kepler Universität Linz statt. Im Rahmen dieses Forums werden jährlich aktuelle gesundheits- und gesellschaftspolitische Themen aufgearbeitet und diskutiert.

Das „Linzer Forum 2010“ beschäftigte sich mit der Frage wie viel Medizin (noch) gesund ist und in wiefern Medizin nicht auch ein Risiko darstellen kann. Österreichische und deutsche Experten präsentierten und diskutierten zahlreiche Aspekte des Themas „Risiko Medizin?“, gemeinsam mit den über 150 TeilnehmerInnen.

Die ausführlichen Präsentationen finden Sie auch unter:

www.jku.at/konferenzen/linzerforum2010

Dr. Anna Labek MPH

im Auftrag der Arbeitsgruppe Sozial- und Gesundheitsforschung, Johannes Kepler Universität Linz (Dr. Annemarie Dieplinger, Dipl. Kff. Dr. Sarvenas Enayati, Mag. (FH) Martina Weilguny, Lisa Rogl, Mag. (FH) Julia Larndorfer)

1 Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Allgemeinmedizin

Andreas Sönnichsen

In Österreich werden im Jahr 180 Millionen Packungen Arzneimittel konsumiert – eine unvorstellbare Menge. Mehr als jeder zehnte Patient wird mindestens eine unerwünschte Arzneimittelwirkung davontragen, nicht selten mit gravierenden Folgen. Nach internationalen Vergleichszahlen ist mit 50-100.000 Krankenhausaufnahmen pro Jahr allein in Österreich als Folge der Einnahme von Arzneimitteln zu rechnen.

Mit gezieltem Marketing und der Hilfe von so genannten Experten schafft es die pharmazeutische Industrie, die Bevölkerung reichlich mit unnötigen und oftmals unsicheren Medikamenten zu „versorgen“ und gleichzeitig noch auf eine vermeintliche Unterversorgung hinzuweisen. So werden einerseits schon heute zu viele Antidepressiva verschrieben, deren Wirkung aufgrund selektiver Publikation klinischer Studien maßlos überschätzt wird. Andererseits wird den Hausärzten vorgeworfen, depressive Patienten unzureichend zu erkennen und zu behandeln. Mit zweifelhaften Screening-Instrumenten werden zahlreiche falsch positive Befunde produziert, was zumindest teilweise zur Behandlung von Patienten führt, die keine medikamentöse Therapie benötigen.

An anderer Stelle wiederum werden beispielsweise Diabetiker nicht ausreichend versorgt. Statt wichtiger Basismedikamente mit nachgewiesenem Langzeiteffekt wie Metformin werden teure, so genannte innovative Medikamente propagiert, deren Langzeitnutzen nicht erwiesen ist. Eines dieser Medikamente – Rosiglitazon – wurde kürzlich vom Markt genommen, weil man davon ausgeht, dass es mehr Schaden als Nutzen für den Patienten bringt.

Die Liste ließe sich beliebig fortsetzen. Wir brauchen dringend eine Stärkung der echten evidenzbasierten – nicht der „eminenz-“, oder „industriebasierten“ Medizin, um Versorgungsdefizite auszugleichen und sinnlose und gefährliche Überversorgung zu vermeiden.

Univ. Prof. Dr. Andreas Sönnichsen, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg

2 „Zwischen ‚Shit happens‘ und ‚Der Krug geht so lange zum Brunnen, bis er bricht‘ – Risiko- und Fehlermanagement im Krankenhaus“

Manfred Zottl

Worauf kommt es im Risiko- und Fehlermanagement im Krankenhaus an? Wie geht man systematisch vor? Womit fängt man an? Im Vortrag wird der Versuch unternommen, eine Landkarte des Risikomanagements zu zeichnen. Ob Fehlerkultur, CIRS oder Analysemethoden - manche „Gegenden“ sind bereits bestens erforscht, manche sehr unwegsam - und auch einige Holzwege kennt man mittlerweile sehr gut.

Um Risikomanagement im Krankenhaus sinnvoll und nachhaltig betreiben zu können, bedarf es einiger Festlegungen und Rahmenbedingungen. Der Vortrag bietet einen Überblick, welche „Systemelemente“ im Risikomanagementsystem eines Krankenhauses nötig sind, welche Möglichkeiten der Umsetzung und Implementierung erfolgversprechend sind und welche Probleme sich dabei ergeben (können).

Die „Landkarte Risikomanagement“ gliedert sich in zwei Bereiche: „Methode“ und „System“.

Zur „Methode“ zählen insbesondere:

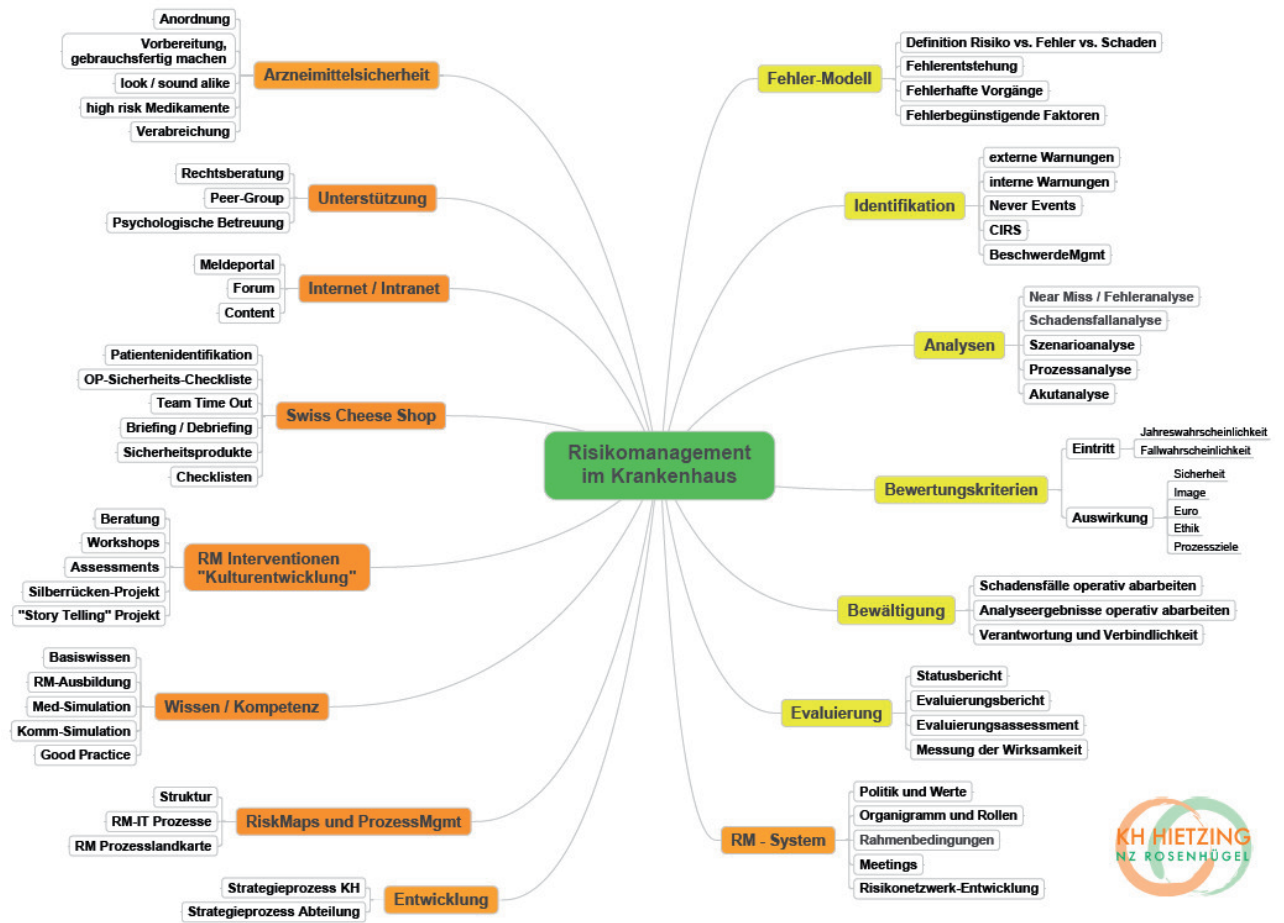
- Wie Risiken identifiziert werden;
- Mit welchen Methoden welche Art von Zwischenfall (Fast-Fehler, Schadensfall, ...) analysiert wird;
- Wie die Ergebnisse aus Risiko- und Fehleranalysen abgearbeitet werden;
- Wie die Wirksamkeit risikominimierender Maßnahmen evaluiert wird;

Im „System“ ist - unter anderem – folgendes festzulegen:

- Nach welchen Werten und Zielsetzungen RM betrieben wird;
- Welche „Rollen“ im RM nötig sind und welche Aufgaben, Kompetenzen und Ressourcen diesen Rollen zugeordnet werden;
- Wie die Entwicklung des RM-Systems auf Haus- und Abteilungsebene geplant und evaluiert wird;
- Wie Wissen und Kompetenz bezüglich RM vermittelt, entwickelt und geteilt werden;
- Welche Interventionen zur Entwicklung der Risiko-, Fehler- bzw. Sicherheitskultur getätigt werden;

Manfred Zottl, Krankenhaus Hietzing, Wien

Abbildung 1: Risikomanagement im Krankenhaus



3 Wert publizierter wissenschaftlicher Daten zu Ergebnissen nach Implantation künstlicher Gelenke

Nikolaus Böhler, Gerold Labek

Die Implantation künstlicher Gelenke (Endoprothesen) ist eine der erfolgreichsten Eingriffe hinsichtlich Zugewinn an Lebensqualität. Die Fallzahlen, ebenso wie die volkswirtschaftlichen Kosten, steigen mit einer zunehmend alternden Bevölkerung und den zunehmend steigenden Ansprüchen der Bevölkerung an die Mobilität im Alter. Trotz aller Erfolge muss aber einer von neun Patienten, der mit einem künstlichen Gelenk versorgt wurde, im Laufe seines Lebens mit mindestens einer Revisionsoperation rechnen. Zwischen einzelnen Abteilungen eines Landes sind Unterschiede in der Revisionsrate von 500 Prozent zu beobachten. Für diese Unterschiede sind neben der Qualität der Chirurgen, den Patienten vor allem Operationstechniken und die Wahl des Implantates wesentliche Faktoren. Aussagekräftige Daten für die Wahl des besten Produktes und Operationsverfahrens sind für die Qualitätssicherung und die Weiterentwicklung essentiell.

Wie auch im Bereich der Pharmakologie ist auch bei Medizinprodukten wie künstlichen Gelenken die Reproduzierbarkeit von Ergebnissen klinischer Studien in der durchschnittlichen Patientenversorgung ein kontroversiell diskutierter Punkt. Orthopädische Fachgesellschaften haben in den letzten Jahren, mit Unterstützung der europäischen orthopädischen Gesellschaft EFORT im Rahmen des Projektes „European Arthroplasty Register“ (EAR) deutliche Fortschritte beim Aufbau von umfassenden Registerdatensätzen erzielt. Register umfassen alle Eingriffe eines Landes mit wesentlichen Parametern wie Indikation und – im Falle einer Revision – den Versagensgrund, betroffene Implantate oder chirurgische Techniken. Diese Daten werden nicht nur erfolgreich für Qualitätssicherung eingesetzt, sie stellen auch einen in der Medizin einzigartigen Referenzdatensatz für Ergebnisqualität dar mit dem die Reproduzierbarkeit von publizierten Ergebnissen klinischer Studien in der Routineversorgung geprüft werden kann.

Auf Basis eines EU-Projektes, in dem die Methodologie erarbeitet wurde, wurde im Rahmen eines wissenschaftlichen Projektes unter Mitwirkung von über 30 Zentren in Europa, der Türkei und Israel eine umfassende kritische Analyse der Literatur bezüglich publizierter Revisionsraten nach Implantation künstlicher Gelenke durchgeführt. Zu 108 Implantatsystemen, darunter praktisch alle der weltweit am häufigsten verwendeten Produkte, wurden in Registern Referenzdaten erfasst. Zu 82 Implantatsystemen (= 75 % des Gesamtprojektes) ist die Datenanalyse bisher abgeschlossen.

Zu 15 Implantatsystemen konnte keine einzige Studie mit verwertbaren Daten zu Ergebnisqualität identifiziert werden. Neben Produkten, die erst kürzlich auf den Markt gebracht wurden sind darunter auch drei Produkte, die in Registern durch auffällig viele Revisionsoperationen statistisch signifikant auffällig sind. Weiters fällt auf, dass relativ häufig Produkte kleiner und mittlerer Unternehmen aus dem nicht-englischsprachigen Raum vertreten sind.

Von jenen Produkten wo ein strukturierter Vergleich möglich war weisen fast 50 Prozent im Durchschnitt statistisch signifikante und relevante Abweichungen, definiert als mindestens 300 Prozent Differenz zur Benchmark, auf. Insbesondere Publikationen der Entwickler und wissenschaftliche Studien aus den USA weisen auffällig häufig nicht reproduzierbare Ergebnisse auf. In den USA fällt im Gegensatz zu Europa auf dass auch unabhängige Literatur in erheblichem Ausmaß betroffen ist. 60 Prozent aller untersuchten Datensätze weisen Ergebnisse auf, die im klinischen Alltag weltweit nicht reproduziert werden können. Auch eine Detailanalyse der Publikationen der Veröffentlichungen von Entwicklern zeigt mit 60 Prozent Outliern einen erschreckend geringen Qualitätsgrad. Verschärfend kommt hinzu dass zu Produkten, die in den USA entwickelt wurden, etwa 50 Prozent aller weltweit publizierten Fälle vom Entwickler publiziert wurden. In Europa liegt der Vergleichswert bei zehn Prozent. Diese Rohdaten werden noch durch die Tatsache dass es zwar in relevantem Ausmaß klinische Studien europäischer Anwender zu US-Produkten gibt, jedoch kaum US-Studien zu europäischen Produkten. Wissenschaftliche, von Interessengruppen wie Entwicklern und Firmen unabhängige, Studien stellen also in den USA eine Randgröße dar. Hier zeigt sich ein auffälliger Gegensatz zu Kontinentaleuropa. Die Gründe sind zweifellos mannigfaltig, ein Einfluss des Systems erscheint aber wahrscheinlich – und er hat einen relevanten Einfluss auf publizierte Ergebnisse.

Eine Analyse der Zahl publizierter Fälle zeigt sich dass nur 18 von 82 Implantatsystemen (= 22 %) mehr als 100 Revisionsoperationen beinhalten. Das sollte als Minimalstandard für die Beurteilung des Produktes gelten. Von diesen zeigt ein Drittel signifikante und relevante Probleme im Datensatz. Es kann also bei lediglich 15 Prozent der untersuchten Implantate eine Bewertung auf Basis von ausreichenden und korrekten Daten vorgenommen werden. Auch große Zahlen an publizierten Fällen in klinischen Studien sind kein sicherer Schutz vor nicht reproduzierbaren Ergebnissen. Diese Aussage gilt primär für die nordamerikanische Wissenschaft, nicht für Europa.

Prof. Dr. Nikolaus Böhler, Dr. Gerold Labek, Allgemeines Krankenhaus, Linz

4 Doktor, bin ich gesund? Was Screening leistet – und was nicht

Heide Said

„Zu viel des Guten kann auch schaden“ – kann das aber auch für Früherkennung gelten?

Es kann doch nur von Vorteil sein über Erkrankungen frühzeitig Bescheid zu wissen, um sie entsprechend früh behandeln zu können – das war meine feste Überzeugung vor zehn Jahren. Aber es ist wie so oft: je mehr man sich mit einer Thematik beschäftigt, umso komplexer, vielschichtiger und widersprüchlicher wird das Bild.

Screening- oder Früherkennungsuntersuchungen werden an Menschen durchgeführt, die sich gesund fühlen, frei nach dem Motto: „Vorbeugen ist besser als heilen“. Ob jemand erkrankt oder nicht, können sie aber nicht beeinflussen, mit Früherkennung werden Krankheiten nicht verhindert, sie werden früher diagnostiziert. Ob dies immer mehr nutzt als schadet wird im Folgenden diskutiert.

Jede Untersuchung sollte daraufhin geprüft werden, welchen Nutzen und welche Risiken sie bringen kann. Wie bei fast allen medizinischen Maßnahmen gilt es, die möglichen Vor- und Nachteile abzuwägen, bevor man sich selbst für oder gegen eine Teilnahme entscheidet.

Jede Früherkennungsuntersuchung und jedes Vorsorgeprogramm kann auch schaden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Kriterien zur Beurteilung von bevölkerungsweiten Früherkennungsuntersuchungen festgelegt. Die WHO betont, dass es nicht automatisch von Vorteil ist, eine Krankheit früh zu erkennen. Es muss nachgewiesen sein, dass eine frühe Diagnose und Behandlung zu besseren Ergebnissen führen (Lebenszeit, Lebensqualität). Wenn dies nicht der Fall ist, verlängert eine frühe Diagnose unnötig die Zeit, in der jemand in Sorge lebt und behandelt wird – ohne dass er davon profitieren würde.

Die WHO-Kriterien die bei der persönlichen Entscheidung für oder gegen eine solche Untersuchung helfen können, sind unter anderem:

- Es muss sich um Krankheiten mit ernsthaften Folgen handeln, damit die Früherkennung auch einen klaren gesundheitlichen Vorteil bringen kann.
- Die Untersuchungsmethode muss zuverlässig sein und selbst nicht schädlich.
- Es muss eine wirksame Behandlung geben, von der nachgewiesen ist, dass sie erfolgreicher ist, wenn sie bereits eingesetzt wird, bevor Beschwerden auftreten.
- Bürgerinnen und Bürger müssen neutral und verständlich informiert werden, die Information muss wissenschaftlich fundiert sein und sich auf Ergebnisse hochwertiger Studien stützen, die sowohl den Nutzen als auch mögliche Schäden in klar verständlichen Zahlen ausdrücken.

Von entscheidender Bedeutung ist die Qualität der Untersuchung, falsch positive Befunden wiegen in falscher Sicherheit, falsch negative Befunde führen zu unnötiger und belastender weiterer Diagnostik.

Ob es sich lohnt an einem Screening teilzunehmen hängt stark davon ab, wie hoch das Risiko für die Erkrankung ist. Wenn eine Erkrankung entdeckt wird, bevor sie Beschwerden verursacht, ist das für die Betroffenen nicht immer ein Vorteil. Nicht jede diagnostizierte Veränderung wird klinisch relevant. Ist dies nicht der Fall, besteht die große Gefahr einer „Übertherapie“, also einer (oft auch belastenden) Therapie für klinisch irrelevante Erkrankungen.

Dr. Heide Said, MPH, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Linz

5 Wie kann man Ordnung in lange Verschreibungslisten bringen ? Das Prinzip der Priorisierung

Jochen Schuler

Wenn ein älterer Patient unter Diabetes, Hypertonie, einer koronaren Herzerkrankung, chronischem Vorhofflimmern, Osteoporose und einer Depression leidet, dann kann es sein, dass er - leitliniengerecht - zwölf verschiedene Arzneimittel einnehmen soll. Wenn dann noch zwei oder drei Arzneimittel mit geringer oder fehlender Evidenz hinzukommen (z.B. Pentoxyphyllin oder ein Benzodiazepin), dann resultiert hieraus rasch einer der gefürchteten Arzneimittellisten mit denen sich niemand mehr auskennt.

Polypharmakotherapie ist ein Phänomen der letzten 30 Jahre. Allein in der letzten Dekade hat der Arzneimittelkonsum in Österreich um mehr als 30 Prozent zugenommen. Pro Kopf werden heute mehr als 50 Medikamentenpackungen pro Jahr konsumiert. In Salzburg nimmt mittlerweile jeder Vierte der über 80- und über 90-Jährigen regelmässig mehr als 13 Wirkstoffe zugleich ein. Trotzdem ist nach Aussagen der Experten immer noch jeder Zweite mit Depression, Herzinsuffizienz, Osteoporose oder Schmerzen „unterversorgt“. Der Druck der Experten und Lobbyisten auf die Ärzte ist oft sehr gross, die Datenlage dagegen oft dünn.

Zwölf Medikamente, auch wenn jedes für sich gut untersucht und begründet ist, wurden, parallel verordnet, nie wissenschaftlich erprobt. Rechnerisch sind bei zwölf Arzneimitteln bis zu 66 Interaktionen möglich. Wirkverstärkungen oder –abschwächungen sind wahrscheinlich, Organstörungen und –schädigungen möglich. Polypharmakotherapie ist aus diesen Gründen irrational und nachweislich gefährlich. Das Risiko für Stürze erhöht sich ab fünf verschiedenen Medikamenten signifikant, Arzneimittelunfälle werden mit jedem zusätzlich verordneten Arzneimittel wahrscheinlicher und die Einnahmetreue sinkt dramatisch. Interessanterweise steigt mit zunehmender Arzneimittelzahl auch die Wahrscheinlichkeit dafür, dass wichtige Risiken nicht behandelt werden (undertreatment).

Eine Möglichkeit der irrationalen Polypharmakotherapie und ihrer Risiken beizukommen ist das Prinzip der Priorisierung. Hierzu werden die verordneten Arzneimittel für den Patienten nach ihrer Wichtigkeit geordnet. Zunächst wird die Behandlungsintention geklärt (Kuration – Prävention oder Krankheitsstabilisierung - Palliation), dann der potenzielle Nutzen für den Patienten bewertet. So kann etwa eine Statintherapie zur Sekundärprävention bei einem 80Jährigen durchaus gleich wirksam sein wie bei einem 50Jährigen, die Prävention ist jedoch bei dem 50Jährigen, gerechnet auf die Restlebenszeit, weit wichtiger als bei einem Hochbetagten. Daher würde man das Statin beim jüngeren Patienten als wichtig bewerten und beim Älteren eher als optional. Grundlage dieser Bewertungen ist die Evidence based medicine. Im Idealfall liegen randomisierte kontrollierte Studie vor, die die number needed to treat (NNT) und number needed to harm (NNH) angeben und dies sogar für verschieden Subgruppen (z.B. auch für Frauen und ältere Menschen).

Die zwölf Medikamente lassen nach der Bewertung in einem Tabellensystem eintragen. Die die am weitesten unten stehen, sind potenzielle Streichkandidaten. Mit Hilfe solcher Priorisierungslisten lassen sich die Medikamentenlisten um bis zu 25 Prozent reduzieren. Dadurch können bis zu 50 Prozent der potenziellen Interaktionen vermieden und im Idealfall die Therapiesicherheit erhöht werden, was allerdings noch bewiesen werden muss.

Dr. Jochen Schuler, Salzburger Landeskliniken (SALK)

6 „Patientensicherheit in Österreich - Bericht über aktuelle Projekte der Gesundheit Österreich GmbH“ - am Beispiel „Leitfaden Reporting-&-Learning-Systeme“

Ulrike Holzer

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) hat sich aufgrund verschiedener rechtlicher Grundlagen (§ 1 (1) und § 2 Z 4 Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG), Regierungsprogramm, Qualitätsstrategie und Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG („Qualität- und „Patientenorientierung“) im Rahmen des Arbeitsbereiches „Patientensicherheit und Qualitätsinformation - den Schwerpunkt „Patientensicherheit - gesetzt. Patientensicherheit umfasst Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden der Patientin / des Patienten führen können.- (§ 2 Z. 4 GQG)

Bisher wurden beziehungsweise werden folgende Projekte bearbeitet:

- Leitfaden Reporting-&-Learning-Systeme (R & L)
- CIRSmedical.at - Evaluation
- Qualitätsbericht Patienteninformation
- Gesundheitsportal

Im Folgenden wird das Projekt Leitfaden Reporting-&-Learning-Systeme näher vorgestellt.

Ausgangslage

Die Implementierung von Reporting-&-Learning-Systemen zielt auf Risikoidentifizierung ab, um die Patienten- und Mitarbeitersicherheit zu erhöhen. Daraus resultieren Maßnahmen zur Fehlerminimierung, die Einführung einer Fehlerdokumentation sowie die strukturierte Bearbeitung von Fehlern, die Implementierung von Präventions- und Verbesserungsmaßnahmen, das Schließen von Sicherheitslücken, das Erkennen von Schwachstellen in der Organisation und die Verbesserung der allgemeinen Fehlerkultur (Abschied von „blame and shame“).

In vielen österreichischen Krankenhäusern gibt es Fehlermelde- und Berichtssysteme (Reporting-&-Learning-Systeme), die zur Verbesserung der Patientensicherheit dienen. Solche Systeme können sehr unterschiedlich gestaltet sein.

Projektziel

Aufgabe der Gesundheit Österreich GmbH / BIQG war es, im Rahmen des Projekts „Reporting & Learning“ Vertreter/innen aus verschiedenen Krankenhäusern beziehungsweise -trägern „an einen Tisch“ zu bringen (Expertengremium), um die einzelnen Erfahrungen mit Reporting-&-Learning-Systemen zu bündeln und daraus einen Leitfaden für die Implementierung von Reporting-&-Learning-Systemen zu entwickeln. Dieser Leitfaden ist in erster Linie als Unterstützung für

jene Krankenhäuser gedacht, die bisher noch kein Fehlermelde- und Berichtssystem betreiben.

Methodik

- In Workshops wurde der Leitfaden entwickelt.
- Die inhaltliche Basis der Workshops bildete eine Fragebogenerhebung in zehn Krankenhäusern beziehungsweise bei Trägern, die bereits ein Reporting-&-Learning-System implementiert hatten.

Workshop-Ergebnisse

- Reporting-&-Learning-Systeme sind ein geeignetes Werkzeug des Risikomanagements, Patienten- und Mitarbeitersicherheit zu erhöhen.
- Aus Sicht der beteiligten Organisationen sind alle Bemühungen zur Fehlervermeidung zum Wohle von Patientinnen und Patienten sowie der beteiligten Berufsgruppen zu unterstützen. Dazu müssen Reporting-&-Learning-Systeme in das jeweilige Risikomanagementkonzept und die organisatorischen Strukturen der jeweiligen Gesundheitseinrichtung eingebettet werden.
- Eine erfolgreiche Umsetzung erfordert zudem die uneingeschränkte Zustimmung und das Engagement der Führungsebene.
- Eine österreichweite Vernetzung aller am Gesundheitswesen beteiligten Berufsgruppen ist wünschenswert und wird von den im Projekt vertretenen Organisationen begrüßt.

Leitfaden

Das Leitfadengrundgerüst wurde von der Gesundheit Österreich GmbH / BIQG im Jahr 2010 redigiert und in einem Workshop mit dem Expertengremium diskutiert und abgestimmt. Kommentare aus den Expertengremien/Workshops inklusive Stellungnahmen aus den teilnehmenden Organisationen wurden aufbereitet und in den Leitfaden eingearbeitet. Eine Onlineversion des Leitfadens wird demnächst auf der Website der Gesundheit Österreich GmbH als Download zur Verfügung stehen (www.goeg.at).

CIRSmedical.at

Zeitgleich mit dem Gesundheit Österreich GmbH-Projektstart bereiteten die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) und die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit das Pilotprojekt CIRSmedical.at vor, ein österreichweites Reporting-&-Learning-System nach deutschem und schweizerischem Vorbild. Die Sitzungen des Expertengremiums wurden auch zum Informationsaustausch und zur Vernetzung beider Projekte genutzt.

Dr. Ulrike Holzer, Gesundheit Österreich GmbH, BIQG

7 Abschlussstatement zum Linzer Forum 2010

Hans Popper

In Zusammenschau aller Referate des Tages lässt sich sagen, dass das Thema Risikomedizin ein sehr problembelastetes Thema darstellt. Man darf nicht vergessen, dass Medizin vor allem auch einen Segen darstellt, dass viel Gutes passiert und Menschen von den Fortschritten der Medizin profitieren. Es ist bekannt, dass Menschen immer länger bei immer besserer Gesundheit leben, vor allem in unseren Breitengraden.

Bei allen Vorteilen beinhaltet die Medizin aber auch gewisse Risiken. Hier bieten evidence based medicine, unabhängige Studien, Checklisten und ähnliches gute Ansatzpunkte zur Auflösung der Problematik. Nicht zu vergessen ist aber auch, dass Haltungen der Betroffenen verändert werden müssen, besonders die Diskussion über Werte in der Medizin (sowohl gegenüber PatientInnen als auch z.B. in der Lehre) muss vermehrt in Gang kommen. Als Grundwert in der Medizin sollte das Thema Ehrlichkeit so wie das Wohl des Patienten im Mittelpunkt stehen und besser verankert werden.

Sowohl Mediziner als auch Betroffene müssen sich aber auch mit den Grenzen der Medizin auseinandersetzen, nicht alle Leiden und Beschwerden sind durch die Medizin behebbar. Auch die soziale Krankenversicherung hat einen Handlungsbedarf und eine Änderung der Haltung vorzunehmen. Die Botschaft „du kriegt alles was du willst“ ist sicherlich in Zukunft nicht mehr die richtige. PatientInnen erwarten sehr viel von der Medizin, häufig auch mehr als die Medizin wirklich leisten kann. Dies gehört in einen rationalen Rahmen gerückt.

Aber auch Anreizsysteme wie beispielsweise LKF-Systeme in Krankenhäusern fördern einen manchmal unrationalen Einsatz von Medizin, man denke zum Beispiel an das Thema Lifestylemedizin. Ehrlichkeit ist ein Wert der auch in der Politik entsprechend verankert gehört. Es geht nicht immer nur darum neue Reformen anzustoßen und Kosten zu reduzieren, vielmehr sollte die Diskussion angeregt werden, was die Gesellschaft sich in Zukunft leisten will.

Letztendlich sollte der Mediziner als jemand, der Menschen gutes tut und Linderung und Heilung bringen kann, nicht immer in die Legitimationsrolle gedrängt werden. Im Mittelpunkt sollte letztendlich die Qualität und der Patient stehen. Bei allem Kostendruck dürfen nicht nicht die falschen Leistungen reduziert werden, beispielsweise im Pflegebereich.

Zum Abschluss und als Zusammenfassung des Themas dient eine kurze jüdische Anekdote: Die Baronin Rothschild, eine alte und multimorbide Dame, kommt zu ihrem jungen Hausarzt. Der Hausarzt sagt zu ihr: „Frau Baronin, ich kann sie leider nicht jünger machen“, woraufhin die Baronin Rothschild antwortete: „Herr Doktor ich möchte nicht jünger sondern älter werden!“

DDr. Hans Popper, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Leitender Angestellter iR.