

„Auf dem Holzweg in die Sackgasse“

11. Mai 2010: „e-Medikation – Ein Schritt zu mehr Transparenz und Sicherheit oder in die Überwachungsmedizin“

Danke für Ihr Kommen zu diesem zweiten Abend, zu dem der österreichische Hausärzterverband einlädt, um Gedanken zu sammeln zum Thema „Gesundheitsreform“. Ich habe schon beim letzten Abend gesagt, dass wir in den Reihen der Ärzteschaft Gott sei Dank Kolleginnen und Kollegen haben, die man nur bitten muss, von ihrem Schreibtisch aufzustehen und zu einem Thema Stellung zu nehmen, weil sie dieses Thema durch Jahre hindurch in ihrem Arbeitsleben begleitet. Und so ist es auch heute Herr Dr. Wendler, der diesen Abend moderieren wird, befasst sich seit Jahrzehnten mit Ärzteausbildung auf sehr persönliche Art. Und natürlich auch mit allem, was an Lehre und Lernen dazugehört. Eine ganz besondere Freude ist es mir, Frau Doz. Wild zu begrüßen, deren Wissenschaft und deren Mut ich sehr bewundere. Und die uns heute hoffentlich ein kritisches Licht werfen wird, und unseren kritischen Blick schärfen wird, zum Thema: Leitlinien. Und Frau Dr. Rabady, die dieses Thema Leitlinien und evidenzbasierte Medizin nicht nur schon lange beschäftigt, sondern die auch schon sehr viel geleistet hat auf diesem Gebiet, wird hoffentlich davon Zeugnis geben können, dass uns diese Problematik nicht von außen aufgedrängt werden muss, sondern dass es auch Ärzte gibt, die sich seit Jahren damit befassen und die das Problembewusstsein haben und an Lösungsvorschlägen arbeiten und durchaus ernst zu nehmende Vorschläge auch vorweisen können. Lieber Michael, ich bitte dich, in das Thema einzusteigen, mit deinem Referat und ich wünsche Ihnen einen anregenden Abend.

Wendler:

Ja auch von mir aus ein herzliches Willkommen an alle Damen und Herren, die gekommen sind und sich zu diesem Thema etwas näher bringen lassen wollen. Danke gilt auch dem Christian Euler, der unermüdlich ist, kritische Themen immer wieder zur Sprache zu bringen, nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch unter der Kollegenschaft. Mein Referat soll ein kleiner Einstieg sein, ein Impulsreferat als Vorbereitung auf das, was die beiden Referentinnen uns dann präsentieren werden. Ich möchte zunächst eigentlich alle Zuhörer, auch die aus den Medien und auch die Kollegen, die da sind, von der üblichen Höhe der akademischen Diskussion herunter

holen, auch vom politischen Diskurs am grünen Tisch, wo ständig diskutiert wird, was zu verbessern ist, was zu ändern ist, ohne uns an der Basis zu fragen. Und es möge mir dadurch gelingen, kontrastreich hervorzukehren, warum die Leistung unserer beiden Referentinnen dieses Abends für mich und meine Patientenbegleitung so wertvoll und notwendig ist. Dazu eine kurze Vorstellung meiner Person. Ich bin seit 24 Jahren in der Kassenpraxis tätig als Allgemeinmediziner am Stadtrand von Graz. In den letzten Jahren war meine Praxis ungefähr so von der Größe, die sich damit auskennen, ich habe im Quartal so meine 1150 Gebietskrankenhauspatienten und im Monat so 120 PVA Beamtenpatienten. Seit 19 Jahren habe ich eine Lehrpraxis für Allgemeinmedizin. Es sind schon 26 Turnusärzte durch meine Praxis gegangen und bei mir ausgebildet worden. Und seit 2005 bin ich auch maßgeblich involviert in der Projektierung und Umsetzung der Pflichtfamulatur für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Universität Graz. Alle Studenten, das ist jetzt etwas ganz Neues und wirklich eine Revolution in der Ausbildung, alle Studenten unserer Universität müssen vier Wochen - im sechsten Studium - vier Wochen in eine Praxis hinausgehen und vor Ort lernen. Wir haben über 200 Praxen in ganz Österreich, die bei uns mitmachen. Und somit möchte ich als Einstimmung einen Blick auf meinen Alltag werfen. Und ich denke, über dieses Praktikum habe ich auch interessanten Einblick in viele andere Praxen, die Studenten berichten uns sehr viel, und ich möchte zu den nachfolgenden zwei Themen ein bisschen schildern, in welchem Dilemma und in welchen Konflikten wir Ärzte draußen vor Ort sind. Ich möchte es einfach so in ein paar Punkte gliedern, die mir so im Alltag gekommen sind und überall so eine kleine Überschrift geben, vielleicht auch Sie ein bisschen fragen, was Sie dazu denken.

Das Erste wäre, was ich immer nenne die Gehirnwäsche durch die Pharmareferenten. Mich würde jetzt einmal interessieren, wie viel glauben Sie, wie viele Außendienste von verschiedenen Pharmafirmen besuchen mich regelmäßig? Was denken Sie? Wer schätzt einmal? Ich gebe ein paar Zahlen vor: Wer schätzt 30 Außendienste besuchen mich? Verschiedene, insgesamt. Die kommen mindestens einmal im Jahr. Manche kommen fünf Mal. 50? 70? Es sind 95, ich habe eine kleine Statistik hier. 95 verschiedene Außendienste besuchen mich regelmäßig. Und jetzt muss man sich vorstellen, einen Montag, wo ich einen Durchlauf, Vormittag und Nachmittag Ordination habe, von 130 Patientenkontakten, ist es ganz klar, unter so einem Druck, wenn dann ein Pharmareferent auch noch kommt, alles was ich mir

vorgenommen habe, ihn zu fragen, oder kritisch beizumessen, ist unter dem Druck des vollen Wartezimmers in die hinterste Schublade geschoben und ich komme gar nicht dazu, irgendwelche konstruktiven Fragen zu stellen. Er präsentiert aber seine Botschaft, gut geschult, medial gut aufbereitet und gewisse Begriffe sind dort tabu. Begriffe wie z. B. eine absolute Risikoreduktion durch ein neues Präparat. Oder eine Number needed to treat, also wie viel ich Patienten sinnvoll behandeln muss, um einen von einem Krankheitsfall zu bewahren. Das ist ein absolutes Tabuthema. Es wird aber so in typischer NLP-Manier, kommen sie so mit Sätzen, zitieren irgendwelche Professoren und Studien und sagen: „Herr Doktor, Sie kennen den ja, nicht?“ Und wer sagt dann schon „Nein“? Und dazu kommen auch dann schöne graphisch aufbereitete Papiere, wo relative Verbesserungen einfach dargestellt werden. Der Zielpunkt einfach dieses Gespräches ist, behandeln Sie jeden Bluthochdruckpatienten mit unserem Präparat und jede Bronchitis mit unserem Antibiotikum. Die Frage, ob überhaupt behandelt werden müsste, in gewissen Fällen, die stellt sich gar nicht. Das Zweite, wir kommen heute zu Leitlinien. Leitlinien sind auch die Basis für sogenannte Disease-Management-Programme, also klar strukturierte Programme für bestimmte, weit verbreitete, chronische Krankheiten. Die Verlockung ist groß, solche Disease-Management-Programme umzusetzen und zu machen. Das Problem ist aber in der normalen Einzelkämpferpraxis - ein Arzt, zwei Mitarbeiterinnen - zwei solche Programme durchzuführen, überfordert oft schon unsere Kapazität, wenn ich sie qualitativ durchführen will. Es ist ja verlockend, Patienten zu schulen, dazu einen Qualitätszirkel zu besuchen, etc. Es bleibt dann vieles andere auf der Strecke. Die Decke ist immer zu kurz. Das heißt, was ist mit anderen Präventionsprogrammen? Was ist mit Vorsorgeprogrammen? Was ist mit Begleitung von Selbsthilfegruppen? Wir sind also in unserer Struktur nicht wirklich geeignet, das zu machen. Grundsätzlich wäre es spannend, dass Praxen sich vernetzen und diese Programme aufgeteilt bringen. Ich nenne das immer virtuelle Gruppenpraxis, in einem Bezirk. Wir sind auch Kassenpraktika in unserem Bezirk in Graz. Einer macht vielleicht Diabetes-Schulung, einer macht Hypertonie-Schulung, einer macht Angehörigenberatung Palliativmedizin. Leider ist die Kultur für diese Dinge bei meiner Generation – ich bin jetzt auch schon über 50 – nicht sehr weit verbreitet. Aber es mangelt auch an Vorbildern. Die Jungen lernen es auch nicht. Außerdem, zu den Leitlinien ist zu sagen, Leitlinien sind Leitlinien, nicht mehr und nicht weniger. Wir werden das vielleicht heute noch hören. Wer sie als Richtlinien -

und dieser semantische Unterschied wird meistens übersehen - sieht, ist völlig falsch. Und es gibt Institutionen, die uns suggerieren, dass diese Leitlinien Richtlinien sind, nach denen wir uns halten müssen. Das ist ein völlig falscher Begriff. Und solche Institutionen gehören sofort hinterfragt. Leitlinien sollen nicht als Richtlinien missbraucht werden. Also als unabdingbare Vorgangsweise, die, wenn ich sie nicht einhalte, sogar unter Umständen mit Sanktionen gemäßregelt werden. Und im Übrigen, auch bei Leitlinien, vor dem Einsatz kommt sowieso die Psychologie und die Menschenkenntnis. Welchem Patienten kann ich was zumuten? Unser Professor Biber, Diabetologe in Graz, sagt immer: „Die evidence based medicine endet am Mund des Patienten.“ Wenn er die rote Tablette nicht schlucken will, dann muss ich dieses Kapitel schließen und muss schauen, wie ich ihm sonst eine Besserung beibringe. Der Druck der alltäglichen Situation, auch so ein Punkt. Was glauben Sie, an welchem Wochentag steigt die Verschreibungshäufigkeit von Antibiotika unverhältnismäßig an und ist unter Umständen nicht den evidence based Richtlinien gemäß geschehen? Freitag. Ja. Am Freitag mache ich es mir bequem, unter Umständen. Ein Kind mit Mittelohrentzündung, das ich vielleicht eigentlich nur am nächsten Tag kontrollieren müsste, ein schnell aufgeschriebenes Antibiotikum erspart uns die Kontrolle am Wochenende oder den aufgeregten Anruf der Eltern. Solche Drucksituationen gibt es im Alltag immer wieder. Da gehört z. B. auch dazu: Blutabnahme bei einem Patienten, größerer Katalog, den man für irgendwelche – vielleicht ein Hypertoniker, bei dem man gewisse Werte anschauen will – und während der Blutabnahme sagt er: „Können Sie nicht einen PSA für die Prostata auch machen?“ Man lässt sich breitschlagen und macht ihn. Und dann ist der grenzwertig erhöht. Und schon ist man bei der Besprechung der Laborwerte in einem Dilemma: Was macht man mit ihm? Und wie erklärt man ihm, dass man vielleicht gar nichts unter Umständen machen muss? Also unter dem Alltagsdruck besteht die große Gefahr, eigene Bequemlichkeit zur Maxime therapeutischer und diagnostischer Entscheidungen zu machen. Dann ein wichtiger Punkt, der in der Diskussion immer ist: die Vermischung von Information und Autorität, nenne ich das einmal. Was glauben Sie, wie viel ein durchschnittlicher niedergelassener Praktiker, Kassenpraktiker in der Steiermark an Nettoarbeitszeit pro Woche hat? 40, 50, 60 Stunden? 60 Stunden, das ist von uns erhoben worden. Im Kampf um die Einzelleistungen sind wir mit der Stoppuhr gestanden und haben einige Praxen durchleuchtet. Und wir sind ungefähr, es gibt ein Stadt-Land-Gefälle, aber ungefähr

auf eine durchschnittliche Nettoarbeitszeit von 58 bis 60 Stunden gekommen. In diesem Alltag sind wir ständig Bevormundungen, Maßhaltungsgeboten, auch nicht zu ignorierenden Sensationsmeldungen etc. ausgeliefert. Sozialversicherung, die Arztakademie der Ärztekammer, die Medien, der Patient mit Internetinformationen, Arztbriefe, die Eminenz aus der benachbarten Universität oder der Primarius des Bereichsspitals, auch die Industrie - alle überbieten sich mit Angeboten und erhobenen Zeigefingern. Und wir sollen uns wonach eigentlich richten? Wem zuhören? Wem glauben? Wohin gehen? Das ist also schon allein in dieser engen Zeit, die ich noch übrig habe, außerhalb meiner Arbeitszeit, ich habe auch eine Familie mit vier Kindern und Hund, also so einfach ist das nicht, dass ich mich dann noch am Abend hinsetze und zu recherchieren beginne, muss ich sozusagen, ich nenne es Fortbildungstriache machen. Also ich muss mir überlegen, in welche Richtung hole ich mir meine Informationen, wem kann ich trauen und was mache ich? Und das ist eine ganz schwierige Geschichte. Noch dazu, wenn man nie gelernt hat, kritisch zu hinterfragen. In unserer Ausbildung war das nicht drinnen. Das hat überhaupt schon bei den Prüfungen im Studium begonnen. Was der Primarius gesagt hat, hat gegolten. Und ich kann Ihnen sagen, wir haben z. B. in Graz einen internen Primarius gehabt, der hat alle geprüft und niemanden anderen zum Prüfen zugelassen. Und bestimmte Medikamentengruppen waren österreichweit gar nicht mehr so im Vordergrund - und in Graz wurde nur das verschrieben. Weil wir haben es bei ihm so gelernt. Also so sind wir aufgewachsen. Und wir haben nicht gelernt, zu hinterfragen, wo diese Informationen herkommen. Das ist also eine ganz schwierige Geschichte. Die Jungen lernen es immer noch nicht ganz. Und eigentlich wäre es gut, dieses Dilemma in der Lehrpraxis draußen zu erleben. Meine jungen Ärzte lernen das. Wir diskutieren das. Und auch sie haben in ihrer Ausbildung das kaum drinnen. Auch heute noch ist einfach das, was die Universität sagt gilt. Und die Universität ist halt auch nicht immer unabhängig. Wenn ich aber jetzt dieses breite Spektrum von Informationen nicht wirklich werten kann, besteht die Gefahr, dass die Kunst des Heilens zu einer schier freien Improvisation wird. Ich denke, Kunst heißt aber heute bei uns im Rahmen fundierten Wissens, dem Individuum sein persönliches, ich nenne es immer biopsychosoziales Behandlungsportfolio zu erarbeiten. Und da muss genügend Wissen einfließen. Fortbildung als soziale Gewohnheit, auch ein Problem in unseren Kreisen. Geprägt durch jahrzehntelange Rituale, soll Wissenszuwachs jetzt plötzlich ganz anders laufen. Also am Land ist das

ja so: Der Fortbildungsabend wird von den Pharmafirmen gesponsert als Belohnung für die Alltagsmühen, ist ein sozialer Event. Und der soll jetzt ausgedient haben? Jetzt nutze ich diese Zeit, wenn ich mir Wissen selber aneignen will, dann sitze ich unter Umständen alleine im Kämmerlein und habe keinen Kontakt außerhalb meiner Arbeit mit meinen Kollegen. Ich verzichte auf ein gemütliches Zusammensein. Also die Decke ist schon wieder zu kurz. Es gibt Formen, wie man das umgehen kann, z. B. Qualitätszirkel oder Journal Clubs. Aber da gibt es auch bei uns noch eine sehr rudimentäre Kultur. Ein junger Kollege von mir, meine jungen Ärzte schicke ich auch immer fleißig ins Ausland, der war im Ausland in einer Gruppenpraxis. Einmal in der Woche treffen sich die Kollegen dieser Gruppenpraxis und diskutieren wirklich wissenschaftliche Erkenntnisse und werden dazu noch von ihrer Standesvertretung unterstützt. Das wäre ein schöner Zug auch bei uns. Der Druck der Medien: Der Druck der Medien ist auch etwas, was uns ein bisschen einengt und die Situation schwieriger macht. Denn die Patienten kommen zwischen den Aussagen: „Machen Sie das auch?“ „Gibt es das schon bei Ihnen?“ Bis zu den Aussagen: „Tun Sie das ja nicht bei mir, ich habe gelesen, dass ...“. Da gibt es natürlich verschiedene Patientengruppen. Ihnen kann man das an der Nasenspitze ablesen. Aber das ist so, dass der Patient einfach rasche Antworten zu komplexen Problemen hat. Und wenn man verantwortungsvoll damit umgeht, kommt man in eine Schwierigkeit. Es gibt nämlich auf dem Gesundheitsmarkt andere, die diese raschen Antworten haben um teures Geld. Und Anbieter fragwürdiger Methoden sind dann oft Gewinner am Spielfeld, da sie ohne Skrupel Schnellschusslösungen anbieten. Sollen wir auch Schnellschusslösungen anbieten? Die Pharmaindustrie hat oft sehr verlockende Angebote. Bei mir hat sich bewährt, offensiv den Patienten in die Bewertung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einzubinden. Ich diskutiere das mit meinen Patienten. Aber um diese Diskussion zu führen, braucht man auch sichere Grundlagen. Schließlich noch in dieser ganzen Diskussion: Wie beeinflussbar sind wir und wie beeinflussbar sind wir nicht? Sind wir käuflich durch verschiedene Interessensgruppen? Auch immer die Frage, die ich mir selber stelle: Bin ich schon korrumpiert? Inwieweit bin ich schon korrumpiert in meinem ureigensten Bereich? Ich kämpfe seit ca. 13 Jahren - ja eigentlich seit 13 Jahren - kämpfe ich öffentlich für die Lehrpraxis, für die Ausbildungsordination für junge Ärzte. Am Anfang habe ich gekämpft ums Überleben. Dann habe ich gekämpft um die Anerkennung. Seit neuestem kämpfe ich um die Qualitätssicherung und Verbesserung der Qualität in

diesen Ausbildungspraxen. Die einzigen, die mich dabei substantiell unterstützt haben, das ist in den letzten Jahren der Hausärzteverband, der mir eine mediale Schiene aufgemacht hat, eine zusätzliche, und Pharmafirmen. Ich habe z. B. ein sehr gefälliges Logo bekommen. Das wurde um teures Geld von einer Pharmafirma gesponsert, der Entwurf. Ich darf das verwenden. Ich habe die Rechte sofort für das Logo bekommen. Ich kann es verwenden, wo ich es will. Ich kann es auch irgendwo institutional einsetzen, sollte sich das einmal ergeben. Und musste keine wirkliche Gegenleistung eigentlich bringen, außer - wir haben eine kleine Werbeaktion gemacht. Lehrpraxisleiter haben ein Briefpapier mit diesem Logo bekommen. Von der Ärztekammer habe ich in 13 Jahren nie nur irgendeine Unterstützung bekommen. Dasselbe Problem ist jetzt. Ich versuche jetzt ein geriatrisches Netzwerk in Graz aufzubauen, fächerübergreifend und Versorgungsebenen übergreifend. Braucht ein bisschen einen Aufwand über eine Peer-Group und einen Qualitätszirkel. Wieder bin ich auf der Suche nach Unterstützung. Wieder wird eine Pharmafirma das wahrscheinlich unterstützen. Irgendwo hat das Gutmenschentum ein Ende und dann muss man auch „Ja“ sagen. Zu klaren Regeln natürlich. Aber man begibt sich unter Umständen aufs Glatteis. Ja, das sind so einige Schlaglichter auf den Alltag, der viele Kollegen auch wahrscheinlich betrifft. Ich habe für diese Punkte in letzter Zeit überall versucht, ansatzweise eine individuelle Lösung zu finden. Ich denke, ich habe sie auch in manchen Bereichen gefunden. Kann auch vielleicht noch kurz zwei Sätze dazu sagen. Ich denke, dass sich der österreichische Praktikalltag in meinen Ausführungen schon widerspiegelt. Dennoch ist es interessant: Sie haben jetzt so ein bisschen meine Zweifel gehört. 70 Prozent eines befragten Allgemeinmedizinerkollektivs behaupten, evidence basiert zu agieren und sind überzeugt, richtig zu handeln. Das möchte ich einfach so im Raum stehen lassen. Eine Untersuchung von Professor [Seinegsten ? 19:11.8]

Vielleicht noch ein paar Lösungen, wie ich das Problem angehe. Ich bin seit einem Jahr, seit dem vorigen Jahr, im Kongress für Allgemeinmedizin in Salzburg. Ein sogenannter No-see-Arzt. Das ist ein Ausdruck, den es erst im Ausland gibt. Ich empfangen keine Pharmareferenten mehr. Die werden von mir eingeladen. Ganz selten, zu ganz bestimmten Problemen. Da habe ich eine halbe Stunde Zeit, aber das ist eine harte Zeit für den Pharmareferenten. Ich mache jetzt wieder einen Anlauf einer virtuellen Gruppenpraxis, dass also Kollegen im Bezirk sich zusammensetzen und wir auch in der Fortbildung auf einer EBM-Schiene weitermachen und auch

vielleicht einzelne verschiedene Dinge anbieten. Weil wenn der Einzelkämpfer alles anbietet, kann er nicht überall die Kompetenz haben. Wenn man sich aber auf etwas spezialisiert, und der Nachbarkollege auf etwas anderes spezialisiert, und der Dritte wieder auf etwas anderes spezialisiert, da kann jeder in seinem Bereich kompetent sein. Und das hebt die Qualität. Die EBM-Leitlinien, die Guidelines in der Allgemeinmedizin, stehen bei mir, ich habe die elektronische Form nicht so gern, am Schreibtisch, und werden oft aufgeblättert. Vor allem auch in der Diskussion mit den Jungen. Aber auch wirklich klar in der Lösung von Fragestellungen, wo ich mir nicht sicher bin. Und das Tolle an diesen Guidelines ist, dass es ganz banale Dinge sind. Wo man glaubt, sicher zu sein, dann liest man nach und man sieht, man tut entweder übertherapieren oder überdiagnostizieren. Dann rate ich jetzt allen meinen jungen Leuten, und natürlich färbt das auch auf die Patienten ab, Basiswissen im evidence based medicine sich zu erarbeiten und auch sich mit public health zu befassen. Das Buch von Frau Doz. Wild ist da ein wichtiger Diskussionspunkt und Startpunkt in dieser Diskussion. Es liegt auch bei mir im Wartezimmer draußen. Es ist ganz erstaunlich, wie viel die Patienten dann auch dazu fragen. Und das dient sehr, auch bei dieser Diskussion, den Patienten selber kompetenter zu machen. Ja, das so ein Schlaglicht, wie ich mich gegen manche Einflüsse wehre oder sie versuche zu sortieren. Also zwei Lösungen habe ich schon angesprochen, die die beiden Referentinnen betreffen. Und genau für diese zwei Lösungen muss ich eigentlich den beiden persönlich danke sagen im Namen meiner Patienten. Danke schön. Ich darf das Wort gleich weitergeben und Frau Doz. Wild wird jetzt übernehmen.

C. Wild:

Ich bin jetzt vielleicht hier eine Themaverfehlung, aber nachdem ich ganz großes Vertrauen habe in den Herrn Dr. Euler, wird er wissen, warum er mich eingeladen hat. Wo ist er? Weil ich genau am anderen Ende bin. Ich arbeite nicht mit Patienten, ich bin nicht Allgemeinmedizinerin, sondern ich gebe mein Wissen für das System her. Sprich, ich leite ein Institut das heißt „Institut für Health Technology Assessment“. Da werden jetzt viele von Ihnen gar nicht wissen, was das ist. Das ist quasi der große Bruder oder die große Schwester der Evidence Based Medicine. Nur ist es eben eine Art von Wissensproduktion für Kostenträger. Welche Art von Leistungen von Solidarsystemen geleistet werden sollen? Und welche möglicher Weise nicht geleistet werden sollen, weil sie sehr teuer sind, keinen Nutzen haben

aber gut vermarktet wurden. Ich habe absolut nichts mit der Allgemeinmedizin zu tun. Ich werde auch nicht über Leitlinien sprechen. Aber ich werde Ihnen ein bisschen über die Hintergrundmusik der Märkte erzählen. Die Musik, die gespielt wird und wie Märkte aufbereitet werden. Und Sie werden vielleicht in ein paar Dingen sich wiederfinden oder ein paar Dinge der Strategien, die so aufgesetzt sind, wiederfinden. Wir haben Märkte, die unter Druck geraten sind. Auf der einen Seite sind die Märkte für die ich arbeite, nämlich das [unklar 23:22.7] mit Finanzierungsnoten aufgrund von verschiedenen Gründen, die erzähle ich jetzt nicht, die wissen Sie eh. Das ist die Demographie, die hohe Produktivität der Industrie aber auch der forschenden Ärzteschaft, die immer neue Technologien erfindet. Das heißt, man muss sich überlegen, welche Technologien oder Interventionen man in die Leistungskataloge aufnimmt etc. Aber auch auf der anderen Seite sind diejenigen, die Produzenten, die unter Druck geraten sind aufgrund von abnehmender Innovationskraft, aufgrund von auslaufenden Patenten. Und die Strategien, die sie entwickeln, sind eben Beschützen von Märkten. Und dazu werde ich jetzt ganz kurz etwas sagen. Und dann werde ich Ihnen anhand von drei Beispielen „Geschichtln“ erzählen, Anekdoten erzählen. Aber es sind mehr als Geschichten, weil sie ein Muster aufzeigen, das immer wieder kehrt. Wie Krankheiten bearbeitet werden auch. Abnehmende Innovationskraft in der Industrie. Wir wissen und wir sehen und diese Folie habe ja nicht ich erfunden, sondern die wurden von der europäischen, ein Pharmaverwandter von der [FDA? 24:24.1] aufgelegt, dass alljährlich immer weniger tatsächlich innovative Produkte auf den Markt kommen. Das heißt, es wird zwar sehr viel zugelassen, neu zugelassen, aber Innovationen sind immer weniger dabei. Innovationen sind solche, die eben etwas neu können, eine neue Wirksamkeit haben. Und nicht also Analogpräparate, quasi Abklone der Präparate, die schon am Markt sind. Also abnehmende Innovationskraft, aber gleichzeitig auslaufende Patente. Und ich wünschte, diese Folie wäre jetzt in Farbe. Aber Sie sehen, dass zumindest zwei der großen Pharmahersteller innerhalb der nächsten ein bis zwei Jahre ungefähr 30 Prozent ihrer Umsätze einbüßen werden, aufgrund von auslaufenden Patenten. Das heißt, da geht es um viel Geld. Da bricht etwas weg. Auch bei den anderen geht es um kleiner Prozentsätze, aber trotzdem laufen eben aufgrund der mangelnd nachkommenden Innovationen die Patente aus. Sprich, die Generikafirmen stehen schon an. Nun hat die EU - und die EU ist, glaube ich - nicht bekannt dafür, dass sie besonders Industrie-feindlich ist. Und in diesem Fall ist es die

DG Competition. Also das Direktorat für Wettbewerb hat eine Studie gemacht in der sie aufgezeigt hat, was für Strategien die Pharmaindustrie macht, tut, anlegt, um die Märkte zu beschützen. Und sie haben das in diesem Fall so genannt, dass die Originalhersteller, die sogenannte Toolbox erfunden haben, wonach sie eben das Generika-Nachrücken blockieren, übergroße Studien machen. Und wir wissen, dass die Orphan-Drugs, inzwischen sind über 460 Orphan-Drugs zugelassen, sogenannte rare diseases, rare Erkrankungen, aber so rar sind die eigentlich gar nicht, sondern es werden große Erkrankungen heruntergebrochen aufgrund der Biomarker, die auf den Markt brechen, wird letztendlich jede Krankheit demnächst rar sein. Weil es eben Subgruppenkrankheiten sind. Und mit Subgruppen habe ich weniger Populationen und dann kann ich oversized studies machen. Das heißt, ich mache klinische Studien, die extrem groß sind, 2000 - 3000 Patienten in den Studien drinnen, und habe eine Monopolstellung. Ich nehme die Patienten quasi vom Markt und gebe sie keinem Mitbieter mehr in seine klinische Studie. Das ist eine dieser Strategien. Eine weitere Studie, die alle im Netz zu finden sind, in diesem Fall ist es eine Studie aus Amerika, zeigt auf, wie viele Geldmengen verschoben werden von Originalherstellern zu Generikaherstellern, um die Generika vom Markt zu halten. Das heißt, es gibt bereits unglaubliche Anwaltsstäbe, die - und wenn es auch nur um drei bis sechs Monate geht nach einem Patentauslauf - Generikafirmen vom Markt zu halten. Sie quasi auszubezahlen, dass sie nicht lästig sind und das patentgeschützte Präparat kaufen wollen oder die Lizenz kaufen wollen. Da fließen viele Mengen an Geld, viele Billionen Euros und Dollars. Was Sie vielleicht in Ihrer Praxis merken, von diesem Generika vom Markt halten, ist das durchaus systematische Desavouieren von Generika. Schlecht machen, in Frage stellen. Also vor kurzem, vor zwei, drei Jahren habe ich mich insbesondere bei den Osteoporosepräparaten damit näher beschäftigt, was da eigentlich getan wird, um Generika vom Markt zu halten oder eben schlecht zu machen. Das ist jetzt einmal der Hintergrund. Was passiert? Was sich verschiebt ist und Sie sind ja nicht der einzige, der keine PharmavertreterIn mehr so gerne sieht, sondern das ist ja auch eine Bewegung, dass das lästig ist, die Besuche. Und das Direktmarketing verschiebt sich hin zu einer anderen Art von Marketing, nämlich zum Lobbyismus, sprich das Ansprechen der Patienten und das Ansprechen auf politischer Ebene von Einkäufergruppen. Das Vernetzen. Dazu werde ich anhand von Beispielen ein bisschen etwas erzählen. Aber eine von diesen Awareness-Lobbies, also die, die quasi das Schlaglicht auf die Krankheiten richten,

können wir anhand der Schweinegrippe, die ich jetzt gleich noch näher besprechen möchte, uns anschauen. Die ESWI ist eine von diesen Lobbygruppen, im Krebs die Cancer United und in Österreich finden diese Lobbygruppen Niederschlag in der Barry-Consulting und der Welldone. Die, die nichts anderes tun haben und nur als Aufgabe haben - nicht die Produktwerbung zu machen, sondern die Gruppen zu vernetzen, Parties zu machen zwischen Kostenträgern, Sozialversicherungsträgern und jenen, die eben ihre Herstellerprodukte an Mann und Frau bringen wollen. Das ist jetzt alles nicht nur Dinge, die ich Ihnen jetzt erzähle. Auch das findet sozusagen Niederschlag in ganz konkreten Zahlen. Wir sehen, dass allein zwischen 2008 und 2009 die Ausgaben für Lobbyismus dramatisch zugenommen haben bei den einzelnen Firmen. Also bei den europäischen Firmen zwischen 14 und 30 Prozent. Verschiebungen weg vom Direktmarketing in Lobbyismus hinein. Und jetzt komme ich in das Anekdotische, weil ich glaube, dass ich da dieses immer wiederkehrende Muster, in dem Sie sich wiederfinden werden, aufzeigen möchte anhand von drei Bereiche, die, zumindest die ersten beiden werden Ihnen begegnet sein, der dritte ist eher ein Spitalsbereich. Aber ich muss dazusagen, dass ich die Dinge, die bei uns am Schreibtisch landen, die die bewerten sind in erster Linie High-Tech-Medizin, High-Volume-Medizin und High-Cost-Medizin und das ist halt meistens die forschende Medizin oder wie es so schön heißt - Spitzenmedizin. Nur mag ich diesen Begriff überhaupt nicht, weil er auch wieder etwas suggeriert und möglicherweise die Hightech-Medizin gar nicht die Spitzenmedizin ist, sondern etwas anderes Spitzenmedizin sein könnte. Gut, das war jetzt der Nebensatz zu meinen eigenen Gedanken. Jetzt komme ich zu Muster. Ich habe das Muster, also zunächst habe ich das Aufmerksammachen von Krankheiten und was ich jetzt vorweg nehme vor der Diskussion, ich sage jetzt nicht, dass es diese Krankheiten nicht gibt, es gibt sie alle, aber das Licht wird darauf geworfen und dann beginnt eine Eigendynamik nach dem Licht und diese Eigendynamik wird natürlich geschürt – no na – das ist, es geht ja um Märkte, wo alle brav mitspielen. Die Wissenschaft spielt mit. Und da sind wir jetzt bei der evidence based medicine. Dass die evidence based medicine nach meiner Perspektive das lebt, das Wissen produziert und ein bisschen auf einem sandigen Boden steht. Weil 99 Prozent des Wissens, das produziert wird, Marktwissen ist, Industriestudien sind. Und ich mich die längste Zeit schon frage: Sind das die Fragen, die wir eigentlich beantwortet haben wollen? Oder sind das eh nur die Fragen, die bereits Märkte vorbereiten, die erforscht werden? Mit in dieser

seltamen Kooperation zwischen Forschung und Industrie passiert dann der Druck auf die Politik. Die Medien machen mit, weil Medien brauchen Innovationsmeldungen, wollen Innovationsmeldungen, wollen darüber berichten, dass permanent Innovation stattfindet. Und dann beginnt die Nachfrage der Patienten. Und dann kommen die Patienten zu Ihnen und den Rest kennen Sie wahrscheinlich. Muster Nummer 1: Schweinegrippe. Im Jahre 2005 wurde die „European Scientific Working Group on Influenza“ gegründet. Also lange Zeit noch bevor die Schweinegrippe über uns kam. Und auf der Homepage steht dann dort: Europäische Wissenschaftler kämpfen gegen Influenza. OK, diese europäischen Wissenschaftler sind 100 Prozent subventioniert von den 9 größten Influenza-Vaccine-Herstellern, die eben 2005 diese Institution gegründet haben und seit 2008 Jahreskonferenzen durchführen. Und eben nicht nur Konferenzen als ihre Aufgabe haben, sondern auch Ländernetzwerke zum Thema Influenza zu gründen, junge Wissenschaftler zu unterstützen und Public Health Officials – sprich, die Administration in Ministerien oder bei den Sozialversicherungen - anzusprechen und eben das Thema zu lancieren. Seit 2005 haben inzwischen - glaube ich - 12 Konferenzen insgesamt stattgefunden. In Europa ist es wie gesagt die „European Scientific Working Group on Influenza“, die Aufmerksamkeit erregt oder den Lobbyismus betreibt, je nachdem welche Perspektive man jetzt einnimmt. In Amerika ist es die ISFC, die „International Swine Flu Conference“. Die also auch 2009 die erste Konferenz machte und jetzt, die Schweinegrippe verlässt uns ja nicht, jetzt die zweite macht. Die Europäer machen jetzt die vierte Schweinegrippekonferenz im Jahre 2011. Das heißt, das wird uns noch eine Weile begleiten. Was wir auch sehen, dass dieselbe ESWI bereits im Jänner in Brüssel mit der WHO also wiederum Impfstoff herstellt, also mit der WHO gemeinsam im Jänner - noch bevor die Schweinegrippe kam - einen präpandemischen Vorbereitungsworkshop gemacht haben. Wie gesagt, es geht auch darum, nationale Netzwerke zu bilden. Das nationale Netzwerk, und ich glaube da hat sich inzwischen was geändert bei der ÖGAM soweit ich das mitbekommen habe, das nationale Counternetzwerk hier in Österreich ist eben die ÖGAM gewesen, die dann ganz brav 2009 ihren Jahreskongress zur Influenzaimpfung auch gemacht hat. Aber wie gesagt, das hat ja alles eine Folge. Eins kommt zum anderen. Und auf dieser Konferenz ist wieder von den Vaccine-Herstellern gesponsert. Zeitgleich findet eine enorme Wissensproduktion in der Forschung zum Thema Influenza statt. Eine

Vervierfachung der Publikationen. Das sind wieder die Dinge, die auf den Markt geworfen werden. Zeitgleich wieder. Wie gesagt, ich versuche Ihnen die Puzzlesteine von einem Bild zusammenzugeben. Hier haben wir die virusepidemiologische Informationen des Instituts für Virologie im AKH. Die sind im September herausgekommen und dann im zweiwöchentlichen Turnus immer neu. Das sind elektronische Informationen, sprich - nicht einmal Papier. Es steckt außer die Produktion des Wissens kein Geld dahinter. Es gäbe also eigentlich aus meiner Perspektive keinen Grund, die Logos der Firmen da draufzugeben. Es sind also wieder die Firmen, die Influenza-Diagnostiker und die Influenza-Hersteller. Es fließt kein Geld für Konferenzen, für Essen, für was auch immer und trotzdem sind die Logos drauf. Ich mutmaße, aber ich kann das nicht mit Sicherheit sagen, dass diese epidemiologischen Informationen, die ins Netz gestellt worden sind ebenfalls von den Herstellern zusammengestellt wurden. Weil das ist ja Arbeitszeit, die man da noch aufbringen muss. Das geht dann in die Medien. Zweites Beispiel: Beispiel rheumatoide Arthritis. Das ist ein Jahr früher. Dasselbe Muster. Und ich habe mich jetzt mit der Schweinegrippe viel intensiver beschäftigt als mit Rheuma, aber das selbe Muster möchte ich Ihnen jetzt noch vorexerzieren, damit Sie eben sehen, dass es ist immer wieder das gleiche ist. Zunächst kommen Lobbies, die Konferenzen machen. Und Konferenzen haben eine unglaubliche Bedeutung in Zusammenhang mit Awareness oder Aufmerksamkeitserregung von Krankheiten. Die Wissenschaft lässt sich vor den Karren spannen. Produziert Papier, produziert Studien mit den Fragestellungen, die die Marktanbieter interessieren. Die Medien springen auf den Zug, der Druck auf die Politik passiert und die Patienten fragen nach. Diese Awareness-Kampagne, die allen großen Tageszeitungen beigelegt wurde und wo Marktinsider geschätzt haben, dass sie ungefähr 30.000 Euro gekostet haben, war auf den ersten Blick für unsereins nicht sichtbar, dass es sich um eine Werbung gehandelt hat. Weil da haben vier oder fünf renommierte Personen aus dem österreichischen Gesundheitspolitikbereich, sprich Bittner, Wiener Gebietskrankenkasse, Dorner, Österreichische Ärztekammer, dafür geworben oder haben dafür Aussagen gemacht. Wir sind in Österreich unterversorgt mit neuen Biologicals bei Rheuma. Ich wurde dann darauf aufmerksam gemacht, von [unklar 36:51.8] International, dass man anhand von ein paar Zeichen auf der Seite sehen konnte, dass das also keine objektive Aussage ist von Leuten, die sich um die Patienten kümmern, sondern dass es wiederum eine riesig große Werbekampagne

war. Wo wir uns aber gefragt haben: Wenn der Chef der Wiener Gebietskrankenkasse doch eh schon weiß, dass wir in Österreich unterversorgt sind, warum tut er nicht etwas dagegen? Warum verwendete er diese 30.000 Euro statt für Anzeigen nicht für den Einkauf von Medikamenten? Zeitgleich ist dann also diese ganze Maschinerie wieder losgegangen. Barry-Consulting hat eine Impulsveranstaltung gemacht, eine Podiumsdiskussion zum Thema rheumatoide Arthritis, gleichzeitig ist die sogenannte Patienteninstitution, die allerdings wiederum ihre Websiteadresse bei Welldone hat, sprich - wieder eine Lobbyinstitution hat, Daten und Wissen produziert, sprich also Zahlen. Zahlen spielen eine enorme Rolle in der Kreierung von Epidemiologie. Dass etwas schwierig und groß ist und hat es so verbreitet in Form von Presseaussendungen. Logischer Weise ist die Presse dann auf diesen Zug aufgesprungen, weil es in Österreich ja auch keine vernunftbegabte Presseausbildung für Wissenschaftsjournalismus gibt. Zeitgleich, und jetzt ist wieder, wo kommt die Wissenschaft hinein? Im Hintergrund wird Wissen produziert, Market Access to Rheuma Biologicals. Da gibt es dann die Target Therapies. Das ist also dieser Begriff für zielgerichtete Therapie. Der ja auch hoch suggestiv ist, weil zielgerichtet würde bedeuten, dass 1:1 anspricht. Also nicht: Number needed to tread, 1:20, 1:50, 1:100. Und hier kommen eben jene Wissenschaftler ins Spiel, die sich da vor den Karren spannen lassen und sich anschauen: Wie viel Biologicals verwenden jetzt die Polen? Und wie viel die Österreicher? Und wie viel die Schweden? Und dann sind diejenigen, die weniger verwenden, die Bösen. Da gibt es dann rundum zum Market Access wiederum Konferenzen, Veranstaltungen. Ist ein wertvolles Wissen, weil wir jetzt wissen, wie viel wo umgesetzt wird. Die Wissenschaft publiziert natürlich auch. Das ist dann das, wenn man in der evidence basierten Medizin eine systematische Suche macht. Dann findet man das. Und es ist eine sich selbst perpetuierende Wissensproduktion auf diese Art und Weise. Weil eben Marktwissen produziert wird. Wir haben damals eben begonnen in unserem Newsletter diese Dinge ein bisschen zu thematisieren. Unter anderem hat eben auf Initiative der Burgenländischen Gebietskrankenkasse ein dortiger Referent begonnen sich anzuschauen, als Getriebener, wenn man unter Druck steht von Seiten der Patienten oder der Ärzteschaft, ob Österreich unterversorgt ist. Sich anzuschauen, wie sind wir eigentlich versorgt? Sprich - einmal die Daten von acht Sozialversicherungen zusammen zu tragen und zu schauen, bei einer Prävalenz von so und so viel, dass gute Versorgung heißt, dass 10 Prozent der Prävalenzfälle

sollten kriegen, und da kann man es ungefähr hochrechnen, und wir sind in Österreich nicht unterversorgt, sondern ein bisschen überversorgt, wenn diese Zahlen ernst zu nehmen sind. Wie gesagt die Epidemiologie ist ja auch eine Disziplin, die von Prävalenzen lebt und Prävalenz heißt, etwas Unterschwelliges, was noch nicht an die Oberschwelle gekommen ist. Das heißt, wir wissen viele Dinge ja eigentlich überhaupt nicht. Trotzdem wiederum, es ist ein öffentlich finanzierter Mensch, genauso wie wir öffentlich finanzierte Menschen sind, geben ihre Arbeitskraft, ihre Energie dazu her, Getriebene zu sein des Systems, Wissen hinterher zu hechten, ob das jetzt alles so stimmt, was uns präsentiert wird. Eigentlich könnten wir ja auch unser Wissen dafür hergeben, über Verteilungsgerechtigkeit nachzudenken. Oder über die Bereiche nachzudenken wo es kein Wissen gibt oder wo es keine Produkte gibt am Markt, die zu platzieren wären. Der dritte Bereich, das mache ich jetzt ein bisschen kürzer, erstens weil Sie glaube ich mit Onkologika relativ wenig zu tun haben und zum Zweiten, da Sie das Muster jetzt schon kennen. Sie kennen auch die üblichen Player. Sprich - das Erste ist, dass eine Patienteninstitution gegründet wird. In diesem Fall heißt diese Patienteninstitution Cancer United, die allerdings sehr rasch von der europäischen Transparenzinitiative aufgedeckt wurden als Lobbyinitiative weil sie zu 100 Prozent von dem Onkologika-Hersteller finanziert ist, sprich von Roche. Es hat wiederum geheißen auf der Homepage damals, die jetzt glaube ich weg ist, da hat es geheißen: Wissenschaftler formieren sich, um ihr Wissen gegen Krebs zusammenzutragen. Dieselben Wissenschaftler und einige mehr haben dann begonnen seit 2006 jährlich Market-Access-Berichte zu erstellen. Also wieder dasselbe Muster. Finanziert wurden diese Market-Access-Berichte, so wie im übrigen auch vom Rheuma und noch von einigen anderen, von der FPIA, also von der europäischen Pharmaindustrie. Wo wiederum der Druck entsteht, die einen Länder haben mehr, die anderen haben weniger. In diesem Fall geht es darum, dass wir nicht weniger haben, sondern dass wir zu den Meistverbrauchern an Onkologika in Europa zählen. Also zu den Zweitmeistverbrauchern - nur die Franzosen können es noch besser. Hier also der grüne Strich ist das, wo Österreich steht. In diesem Fall geht das dann wieder durch die Medien, dass Österreich das Innovationsland ist. Kein Mensch stellt in Frage, ob das eine Innovation ist, dieser Vielverbrauch. Aber Sie wissen oder wir wissen, eine Therapie von diesen neuen Onkologika kostet zwischen 30 und 50.000 Euro, dass dieses Geld ja wo anders fehlt. Darüber redet

niemand. Jeder redet nur darüber, dass es eine Innovation ist. Und in diesem Fall haben sich unter anderem auch die Krebschirurgen auf ihre Hinterbeine gestellt, weil sie sich also begonnen haben, dagegen zu wehren, dass alle Erfolge, die in der Krebstherapie zu verzeichnen sind ausschließlich der Pharmaindustrie zu verdanken ist und nicht möglicherweise einer besseren Technik in der Chirurgie. Gut. Ich komme jetzt zum Ende. Die Strategie in der Marktbearbeitung, der Sie da oder dort wahrscheinlich begegnet sind. Dann gibt es eben die Gegenstrategien und ein Teil dieser Gegenstrategien, bin ich ein lebendes Beispiel dafür, dass nämlich Health-Technology-Assessment eben genauer, kritischer hinschaut. Was wollen wir in unserem Solidarsystem eigentlich haben? Ist all das, was versprochen wird, wird das tatsächlich eingehalten? Dann große Länder haben begonnen, pragmatische klinische Studien zu beauftragen, das heißt, unabhängige Studien, das heißt, Head-to-Head-Trials in Auftrag zu geben von realen Vergleichen. Also Goldstandard versus neu und dann zu schauen, ob das überhaupt irgendeinen Unterschied macht. Dann diese große Bewegung der comparative effectiveness, wo eben gleiche Präparate oder Präparate, die die gleiche Indikation behandeln, gegeneinander verglichen werden und nicht ein neues Präparat gegen Placebos. Frühwarnsysteme. Hinterfragen der Endpunkte. Weil diese klinischen Studien basieren ja alle auf Endpunkten, die möglicherweise nicht patientenrelevant sind, sondern auf sogenannten [unklar 43:54.1] Endpunkten. Sind Health-Literacy und dieses Buch, dass wir da gemeinsam im Institut geschrieben haben, ist ein Beitrag zur Health-Literacy, sprich - dass es also auch andere Menschen ein bisschen besser mit diesen Zahlen, mit denen wir ununterbrochen konfrontiert werden, umgehen können. Und dann ziviler Ungehorsam. Und genau hier sind wir. Ich rufe Sie auf zum zivilen Ungehorsam indem Sie - und das ist jetzt eh die letzte Folie - selbst einmal beginnen zu unterscheiden zwischen relativen und absoluten Risiken. Dass Sie die Datenqualität hinterfragen. Der Produzent der Daten, wer ist das eigentlich? Ist das immer wieder der Hersteller, der die Daten produziert? Was man denn mit dem Geld, das Sie gerade in Ihrer Hand haben und diesen Patienten quasi in die Hand geben, was man alternativ damit tun könnte? Wo anders, möglicherweise. Und sehr wohl sich anzuschauen, wer denn überhaupt die Profiteure am System sind, die all diese Dinge, die ununterbrochen an sogenannter Innovation auf den Markt gepuscht werden. Jetzt habe ich das Verb am Ende meines Satzes verloren, aber ich glaube, Sie können es sich vorstellen. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Wendler:

Ganz, ganz herzlichen Dank für diese wirklich verständlichen und präzisen Angaben. Und für mich hat sich wunderbar der Kreis geschlossen. Denn diese Angst, am anderen Ende zu sein, von meiner Schilderung, sie war absolut nicht notwendig. Denn ich fühle mich jetzt nach dem Referat als einer, der Kleinste von diesen Getriebenen und das wollte ich ja in meiner Einleitung irgendwie darstellen. Wie vielen Einflüssen wir ausgesetzt sind und auch die Patienten ausgesetzt sind. Ich kann dann nachher in der Diskussion vielleicht dazu auch noch etwas sagen. Und der Aufruf auf der letzten Folie ist ganz, ganz wichtig. Aber es ist auch ganz schwierig. Und insofern ist es doppelt gut, dass es solche Bücher gibt. Danke.

Ich möchte gleich jetzt an die Frau Dr. Rabady weitergeben. Die liegt - so glaube ich - zwischen uns beiden.

S. Rabady:

Ja, ganz genau. Ich habe sowohl vom Dr. Wendler als auch von der Frau Dr. Wild jede Menge Anknüpfungspunkte geliefert bekommen. Ich möchte trotzdem noch etwas weiter ausholen zu Anfang. Eigentlich sogar viel weiter. Auf dem letzten Weltkongress der Leitlinienersteller in Lissabon, hat ein Kollege gesprochen aus Mozambique. Das ist ja nun eines der ärmsten Länder der Welt. Und im ersten Moment war ich irritiert und habe gedacht: Was macht der da? Eigentlich müsste der andere Sorgen haben. Stimmt aber nicht. Das war meine Vermessenheit. Natürlich hat er genau die Sorgen. Ihm geht es um Verteilung der Mittel. Sehr, sehr knapper Mittel. Das macht die Verteilung überhaupt um Häuser schwieriger. Und ich habe eines gelernt: Auch für uns geht es bei der Erstellung von Leitlinien, bei der Anwendung von EBM und von HTA im Grund genommen um gerechte Verteilung von Mittel. Ich sehe die Dinge seither ein bisschen anders, möchte Ihnen das gerne schildern. Wir leben ja wirklich in der privilegierten Situation, dass bei uns jeder die ärztliche Hilfe bekommt, die er braucht. Und er bekommt sie von weitgehend angemessen ausgebildetem Personal. Er bekommt sie in sauberen, funktionierenden Einrichtungen, die gut erreichbar sind. Und wir könnten damit auch ziemlich zufrieden sein. Nun bleibt ja aber leider nichts so wie es ist, wenn man sich nicht darum kümmert. Und gerade in der Medizin rennt die Welt ja besonders schnell. Der

technische Fortschritt überschüttet uns mit Neuerungen. Und das ist das, wo die Frau Dozent Wild ins Spiel kommt. Wer beurteilt den Nutzen? Es muss Menschen geben, die Kriterien finden. Und nichts anderes ist dieser sperrige Begriff der HTA. Die Kriterien dafür finden: Was ist es wert, öffentliches Geld dort hineinzustecken und was nicht? Das betrifft aber genauso, also nicht nur Geräte, Methoden, Medikamente, das betrifft genauso die Entstehung von Wissen. Das Internet hat zu einer unglaublichen Beschleunigung der Entstehung und des Austausches von Wissen geführt. Ich habe vor einigen Tagen aus aktuellem Anlass den Begriff „Kunst und Medizin“ gegoogelt und ich habe 3.222.000 Treffer bekommen in 0,21 Sekunden. Wer kann die Spreu vom Weizen noch trennen? Der Herr Dr. Wendler hat es sehr plastisch und sehr praktisch geschildert. Der einzelne Arzt einmal sicher nicht. Da geistern diese Zahlen herum, die schon alt sind aus 2003. Es sind sicher inzwischen noch mehr geworden. Ein Arzt in der Primärversorgung müsste 20 Artikel pro Tag lesen, um alle wesentlichen Neuerungen erfassen zu können. Dieser Satz wiederum erfasst ja nur einen kleinen Teil der Problematik. Er muss ihn ja nicht nur lesen. Er muss ja zuerst suchen und finden und aussuchen, bevor er sie lesen kann. Und wenn er sie gelesen hat, muss er sie kritisch bewerten. Und dieses kritisch bewerten erfordert eigentlich eine eigene Ausbildung - ist unglaublich schwierig. Das ist einmal zum Studienwissen. Wie ist es mit dem Erfahrungswissen? Auch da hat sich viel geändert gegenüber früher. Erfahrungen sind nicht mehr so leicht direkt zu machen. Wir behandeln ja längst nicht mehr nur Krankheiten, wir behandeln ja Zustände. Wir behandeln erhöhten Blutzucker. Wir behandeln erhöhten Blutdruck. Blutfette. Wir machen Früherkennungsuntersuchungen, Screenings. Das sind lauter Nichtkrankheiten, die vielleicht bei einem Teil der Patienten in einem unbestimmten, zum Teil sehr langen Zeitraum, Krankheiten werden können. Das heißt, Sie können zum Zeitpunkt der Intervention Erfolg oder Misserfolg überhaupt nicht abschätzen. Und wenn selbiger eintritt, können Sie es mit dem Ereignis - selbst als Individuum - sicher nicht mehr in Beziehung setzen. Abgesehen davon, dass Erfahrungen sowieso immer sehr subjektiv sind und Wahrnehmung ein hoch komplexer und stark gefilterter Vorgang ist. In dieser üblen Lage sind im Grund genommen Leitlinien entstanden. Leitlinien sollen was sehr Zeitgeistiges tun. Sie sollen Sicherheit bieten. Sie sollen uns einen Schritt weiter in Richtung Nullrisiko bringen und zwar nach Möglichkeit alle beteiligten Personengruppen. Sie sollen dem Patienten helfen, sich sicher fühlen zu können, dass er die für ihn jeweils richtige Behandlung bekommt.

Sie sollen dem Arzt helfen. Sie sollen uns helfen, sicher zu sein, die richtige Behandlung zu kennen und anwenden zu können, keine Fehler zu riskieren und damit auch keine schlaflosen Nächte. Sie sollen dem System helfen, sollen die Sicherheit geben öffentliches Geld gerecht und sinnvoll verteilen zu können, auf dass unsere Lage endlich glücklich bleibt. Das ist das Ziel. Die Realität ist ja nun leider komplexer. Das Werkzeug Leitlinie selbst, ist nicht fertig. Das Werkzeug ist mitten in einer Entwicklung begriffen. Und das ist etwas, was leider sehr wenig bekannt ist. Mir auch erst im Zuge der letzten 8 Jahre klar geworden ist, wo ich mich wirklich sehr intensiv und von sehr verschiedenen Standpunkten mit Leitlinien befasst habe. Ich bin im Hauptberuf Landärztin, Allgemeinmedizinerin. Das heißt, ich bin Leitlinienanwenderin in aller erster Linie noch immer und nur mit meinem zweiten Bein in der Leitlinienerstellung tätig. Was ich dort gelernt habe, würde ich gerne versuchen, an Sie weiterzugeben. Dazu muss ich Sie leider, und ich werde versuchen mich einzugrenzen, ein bisschen mit dem Thema Leitlinienerstellung behelligen. Wie geht das überhaupt? Wie entstehen Leitlinien? Zuerst einmal formuliert irgendwer, meistens sind das in letzter Zeit große öffentliche Institutionen, eine Frage, oder ein Thema, das in einer Leitlinie abgehandelt werden soll. Und dieser Irgendjemand stellt dann auch eine Arbeitsgruppe zusammen, die aus den diversen Experten, die für dieses Thema eben relevant sind, zusammengesetzt ist. Da ergibt sich schon das erste Problem. Mit diesen Experten tragen sie vieles ein in die Gruppe: Meinungen, Vorerfahrungen, Interessenskonflikte. Diese Interessenskonflikte sind zum Teil deklariert, zum Teil sind sie es nicht. Zum Teil sind sie geeignet, Ergebnisse zu beeinflussen und zum Teil sind sie es nicht. Wenn diese Gruppe besteht, machen sich meistens zwei Leute daran, eine so genannte Literaturrecherche durchzuführen. Das heißt, eine systematische Suche nach vorhandener Evidenz. Wenn die jetzt gefunden ist, was allein schon ein wirklich hochschwieriger und langwieriger Vorgang ist, dann muss die gesichtet werden. Dann muss, wie die Frau Dozent Wild beschrieben hat, kommt dieses Stadium des critical appraisals. Das heißt, es muss herausgefunden werden, ob diese jeweilige Evidenz beeinflusst ist. Öffentliche Gelder gibt es ja fast nicht mehr in der Forschung. Entweder sind Studien drittmittelfinanziert an Universitäten oder sie sind überhaupt pharmafinanziert. Das heißt, es muss herausgefiltert werden: Wie weit gibt es da Beeinflussung? Wo kommen die Daten her? Wie geht man mit den Daten um? Wie ist die Fragestellung formuliert? Sie haben da vorhin eh schon so viel erwähnt, da

möchte ich mich gar nicht mehr darauf kaprizieren. Das ist also der zweite Schritt. Dann haben Sie die Evidenz und Sie haben sie bewertet. Sie haben eine Meinung dazu und Sie haben ein Bild davon. Bei aller Schwierigkeit ist es immer noch etwas, was die Leitlinienszene einigermaßen im Griff hat. Gute Leitlinien, jetzt wirklich gute Leitlinien, von denen gibt es gar nicht so sehr viele. Es sind ja längst nicht alle, die sich diesem mühsamen Prozess unterziehen. Es gibt in Österreich überhaupt keine von diesen wirklich hochwertigen, klinischen Leitlinien. Die werden in Österreich nicht erstellt. Was Sie an österreichischen Leitlinien kennen, sind sekundäre Leitlinien. Das heißt solche, die auf der Basis vorhandener Leitlinien eigentlich als Expertenkonsenses erstellt sind. Also das sind zwei paar Schuhe, von denen wir da sprechen. Wie gesagt, den guten Leitlinienerstellern ist dieses Problem bekannt und bewusst. Und wer sich auskennt, kann in einer Leitlinie dann auch herausfinden, ob der Erstellungsprozess in Ordnung war oder nicht. Jetzt kommt aber erst der zweite Schritt. Sie haben einen Hauch von Evidenz, die ist zum Teil auch in sich widersprüchlich. Dann brauchen Sie ja jemanden, der sagt: So und so sollten Sie das jetzt in der Praxis handhaben. Das heißt, Sie müssen aus dieser Evidenz auf einem überschaubaren, strukturierten, geraden Weg eine Praxisempfehlung, eine Handlungsempfehlung ableiten. Da wird es dann noch spannender. Die Allgemeinärzte unter uns wissen, dass es ganz viele Bereiche in unserer Praxis gibt, auch da geistern Zahlen herum, die sind allerdings meines Wissens, allesamt nicht Evidenz basiert. Aber dass es ganz viele Bereiche in der Allgemeinpraxis gibt, auch in den anderen Fächern, wo einfach, wo es keine Evidenz gibt. Das ist zum einen einmal, weil sie diese geforderten, großen Studien nicht machen können, wenn eine Therapie etabliert ist und wenn Sie annehmen können, dass der Patient, den Sie in der Placebogruppe haben, Schaden erleidet durch das Vorenthalten der bekannt wirksamen Therapie. Denken Sie an Sultanol beim kindlichen Asthmaanfall. Oder Antibiotika bei der bakteriellen Meningitis. Da werden Sie nie eine Evidenz haben, weil Sie die Studien nicht machen können. Dann gibt es hochkomplexe Fragestellungen in der Allgemeinpraxis. Wir können bis jetzt eigentlich nur quantitative Methoden als evidenzbegründend verwenden, weil qualitative Methoden derzeit noch zu wenig entwickelt sind und noch zu wenig anerkannt sind. Die ganzen weichen Fähigkeiten und Fertigkeiten können da nicht einfließen. Das heißt, dass einfach ein ganz großer Bereich ausgeklammert bleibt - bleiben muss. Der ganze psychosoziale Bereich. Sie haben auch in der Allgemeinpraxis viele

Patientengruppen, für die keine eigenen Studien gemacht werden. Sie haben Multimorbide, Ältere, Kinder, Sie haben verschiedene Ethnien, Sie haben Frauen und Männer. Manche davon sind wohl in der Studienpopulation drin. Nur gibt es kaum Studien, die die Ergebnisse getrennt nach diesen Personengruppen vernünftig analysiert. Da gibt es noch sehr wenig und zum Teil wird es da auch nie etwas geben. Jetzt ist die Frage: Können wir die Erkenntnisse, die da gewonnen sind, auf diese unsere Patientengruppen übertragen? Geht das überhaupt? Nach welchen Kriterien? Wir wissen es nicht. Was wir tun ist: es wird extrapoliert. Man nimmt halt an, es wird schon passen. Zu dem gibt es auch keine Kriterien, wie Ergebnisse, die an Kollektiven gewonnen werden, auf das Individuum übertragen werden können - in der konkreten Situation. Auf der Ebene der Grundversorgung müssten eigentlich überhaupt andere Empfehlungen formuliert werden. Da ergeben sich ja ganz andere Problemstellungen: Wir haben andere Patienten. Wir haben andere Problemfelder. Wir haben andere Möglichkeiten. Teils bessere, das muss ich auch deutlich dazusagen, teils schlechtere oder weniger. Wir müssen damit leben, dass die Leitlinien in gemischten Gruppen hergestellt oder formuliert werden, wo da ja eine erhebliche Gruppendynamik ins Spiel kommt. Wer setzt sich durch mit seiner Meinung? Welche Empfehlung landet dann letztlich in der Leitlinie? Es ist so, dass die Grundversorger da schon auch oft überstimmt werden. Manchmal mag das gerechtfertigt sein, manchmal nicht. Sie sehen also, im Bereich der Leitlinienentwicklung ist noch lange nicht alles gegessen, gibt es ganz viele Unsicherheiten. Meiner Meinung nach schmälert das ihre Bedeutung überhaupt nicht. Sie sind immer noch das Beste, was wir haben. Aber es grenzt Art und Umfang ihrer Anwendbarkeit in der Praxis einfach ein. Die Crux ist jetzt, dass Politik und Öffentlichkeit dringend ein Instrument suchen, um Entscheidungen treffen zu können. Und dieses Instrument vielfach in Leitlinien gefunden zu haben glaubt. Das funktioniert aber nur in engen Grenzen. Entscheidungsträger selbst sind natürlich keine Experten auf dem Gebiet. Und das Vertrauen in ärztliche Experten ist zum Teil - würde ich auch meinen - mit Fug und Recht durchaus begrenzt. Gute Leitlinien, glaube ich, eignen sich zumindest in Teilbereichen auch sicher, wenn sorgfältig und im Bewusstsein ihrer Grenzen eingesetzt zu Steuerungszwecken. Um zu sagen, die Maßnahme hat einen Sinn, die hat keinen Sinn - auf der kollektiven Ebene. Wozu Sie sich aber ganz sicher nicht eigenen, das sind Handlungen und Entscheidungen auf einer individuellen Ebene. Und hiermit meine ich die Kontrolle von außen. Sie sind

nicht geeignet, Entscheidungen zwischen Arzt und Patient auf der individuellen Ebene von außen, also von nicht ärztlicher Seite, einer Kontrolle zu unterziehen. Sollte man glauben - aus dem vorher gesagten - eigentlich eh klar. Leider nein. Es geht auch in der Leitlinienbewegung eine starke Tendenz dahin, Leitlinien immer enger zu fassen. In dem man versucht, alle Eventualitäten hineinzukalkulieren - von Anfang an. Man lädt Patientenvertreter ein. Man lädt alle versorgenden Gruppen ein. In dem Bemühen, den Ermessensspielraum möglichst klein zu kriegen. Warum? Das hat ja natürlich gute Gründe. Wenn man etwas evaluieren möchte, muss man es vorher standardisieren. Nur wird dabei vergessen, dass durch diese Art von Standardisierung die vielen Graubereiche in der Medizin vernachlässigt werden und dass das Risiko besteht, dass sie Qualität damit reduzieren und nicht verbessern. EBM ist immer Reduktion, notwendiger Weise. Das Zurückführen auf die Komplexität muss in der individuellen Begegnung erfolgen, auf der individuellen Ebene. Die tatsächlichen Entscheidungen müssen in der Alltagssituation getroffen werden, allerdings, das glaube ich auch, sehr wohl unter Anwendung von Standards. Die Kunst des ärztlichen Handwerks besteht - meiner Meinung nach - in der Übertragung und in der Anwendung von Wissen in der gelebten Praxis. Das ist die Motivation, aus der heraus die EBM-Guidelines für Klinik und Praxis entstanden sind. Es war das Bestreben und ist das Bestreben, das ist ja ein laufender Prozess, wohl Standards zu setzen für die Allgemeinpraxis, aber gleichzeitig das evidenzbasierte Wissen in Kongruenz zu bringen mit einem kontrollierten, gesicherten Erfahrungswissen. Handlungsempfehlungen zu bieten, ohne zu standardisieren. Das heißt, die lassen Platz für Entscheidungen. Die beziehen Unwegbarkeiten ein bzw. weisen auf diese vielen Unwegbarkeiten hin. Sollen dadurch zwar Sicherheit bieten, auf der anderen Seite aber auch die Freiheit, die Arzt und Patient brauchen. Leitlinien sind für die Leitlinienanwender da. Wir Anwender müssen uns aber auch darum kümmern, um die Leitlinien, die für unser eigenes Gebiet gelten sollen. Wir müssen präsent sein, wir müssen da Gestaltungswillen zeigen und wir müssen formulieren, was wir von Leitlinien brauchen und was nicht und warum nicht. Meiner Meinung nach ist da noch eines an Reflexion unseres Faches notwendig und auch seiner Methodik. Ich hoffe, ich habe Sie nicht völlig überfordert mit diesen Details und ich habe Ihnen ein paar Aspekte gezeigt, die Ihnen vielleicht in Ihrem Alltag weiterhelfen, mit Leitlinien umzugehen.