
4. Kärntner Ethik-Tag

Der aufgeklärte Patient: Anspruch und Wirklichkeit

Freitag, 20. November 2009 • Casineum Velden 9.00–15.30 Uhr

Kurzfassungen der Vorträge

Sitzung	Referenten
4	 Dr. Gerald Bachinger NÖ Patienten- und Pflegeanwalt
1	 Univ.-Prof. Dr. Manfred Borovcnik Institut für Statistik, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt
2	 Mag. David Dapra, MSc Medizinphysiker, Abt. für Nuklearmedizin und Endrinologie, LKH Klagenfurt
3	 DSA Irmtraut Jungbauer Diplomsozialarbeiterin, Fachbeirat Selbsthilfe Kärnten
1	 Dr. Erwin Kalbhenn Patientenanwalt für Kärnten
3	 OA Dr. Manfred Kanatschnig Onkologe, Medizinische Abteilung, LKH Klagenfurt
4	 Dr. Sabina Kropfitsch Leitende Ärztin, Kärntner Gebietskrankenkasse
2	 Prim. Univ.-Prof. Dr. Thomas Leitha Vorstand, Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie, SMZ Ost, Wien
0	 Dr. Claudia Wild Leiterin, Ludwig Boltzmann-Institut für Health Technology Assessment, Wien

Die Abstracts zum Ansehen anklicken

4. Kärntner Ethik-Tag

20. November 2009



Klicken Sie den Titel des Vortrags, um zu den Folien zu gelangen

Gerald Bachinger: Anspruch und Wirklichkeit : Offenheit und Transparenz im Umgang mit Behandlungsfehlern sowie einige Gedanken zur Aufklärungsproblematik



Abstract

Was bedeuten die „vier mittleren medizinethischen Prinzipien“ (Selbstbestimmung des Patienten – Autonomie, Prinzip der Schadensvermeidung, Fürsorgepflicht, Gerechtigkeit) ethisch und rechtlich in Hinblick auf das Auftreten von medizinischen Behandlungsfehlern. Wie kann man diese anerkannten Prinzipien im täglichen Betrieb der Gesundheitseinrichtungen umlegen?

Ausgangslage

Zur Traumatisierung durch den Zwischenfall kommt durch eine problematische Kommunikation eine zusätzliche psychische Verletzung. Juristische Reaktionen entstehen oft durch den Wunsch nach genauer Information, um den Vorfall verstehen zu können und durch das Bedürfnis, psychische Verletzungen auszugleichen (fehlende Ehrlichkeit, keine Entschuldigung).

Gründe für die fehlende offene Fehlerkultur liegen u. a. in einer kulturell bedingten Suche nach „Sündenböcken“, den strengen Anzeigepflichten im juristischen Umfeld sowie in einem ein zwar bestehenden aber noch auszubauenden „strafrechtlichen Privileg“ für Gesundheitsberufe.

Patienten wollen Empathie spüren und ehrlich informiert werden. Sie wollen verstehen, was schief gelaufen ist, und, dass die Institution aus dem Fehler lernt. Vertrauen kann aufrechterhalten werden, das Risiko für Rechtsstreit kann minimiert werden; ein Weg zu einer konstruktiven Bewältigung für alle Betroffene ist möglich (www.sorryworks.net).

Methoden der offenen Kommunikation

- Sagen Sie dem Patienten unmittelbar nach dem Zwischenfall, was geschehen ist, auch wenn Ursachenforschung oft Zeit benötigt.
- Übernehmen Sie die Verantwortung, denn Patienten möchten, dass jemand für sie verantwortlich ist und die Situation zu beherrschen versucht.
- Entschuldigen Sie sich; das erhöht keineswegs das Risiko für gerichtliche Auseinandersetzungen.
- Erklären Sie was getan wird, um derartige Ereignisse in Zukunft zu vermeiden.

Dokumentation

Eine einwandfreie Dokumentation dient den Interessen sowohl des Patienten als auch des Gesundheitspersonals. In der Besprechung mit dem Patienten sollen jegliche abwertende Bemerkungen über andere Betreuer vermieden werden. Eintragungen, die selbstwertunterstützend erscheinen, sollten unterlassen werden.

Gedanken zur Aufklärung

Vorerst ein Plädoyer für standardisierte, schriftliche Aufklärungsunterlagen:

- für Aufklärung/Einwilligung keine Formvorschriften/kein Formzwang;
- schriftlich wegen Beweissicherung.

Die Gefahren von professionell erstellten Formularen liegen darin, dass sie nicht auf die individuelle Situation eingehen können und ein ärztliches Gespräch vermeiden lassen. Dem stehen an Vorteilen gegenüber, dass eine Checkliste hilft, alles zu beachten und ferner der Stand der Wissenschaft berücksichtigt wird.

„Schmerzende Punkte“:

- Auffangtatbestand, um doch noch Ersatz/Haftung zu erreichen.
- Nahezu keine gesetzten rechtlichen Vorgaben.
- Richterrecht (case law).
- Kommunikation wird dokumentiert, muss richterlich bewertbar sein.
- Vorhersehbarkeit und Rechtssicherheit stellen ein großes Problem dar.
- Von Einzelfall und Persönlichkeit des Patienten abhängig.
- Nach Jahren erst erfolgt eine Bewertung, die vor allem auf Beweiswürdigung beruht.

Entwicklungspotentiale:

- mehr Verrechtlichung durch gesetztes Recht oder Leitlinien:
 - Zeitpunkt der Aufklärung
 - Komplikationshäufigkeit
 - Aufklärung bei Medikamenten (Beipacktext)
 - schriftliche Aufklärung mit Möglichkeit der Nachfrage
- Ausbau der außergerichtlichen Möglichkeiten:
 - Patientenanwaltschaft
 - außergerichtliche Streitbeilegung
 - Patienten-Entschädigungsfonds
- Konsequenzen des Aufklärungsmangels rechtlich neu regeln:
 - Beschränkung des Schadenersatzes

Oft hat ein einziger Satz weitreichende Konsequenzen.

4. Kärntner Ethik-Tag

20. November 2009



Klicken Sie den Titel des Vortrags, um zu den Folien zu gelangen

Manfred Borovcnik: Informationsflut in Gesundheitsfragen?



Abstract

Information richtet sich auch nach ihrem Wahrheitsgehalt und ihrer Brauchbarkeit, in einer anstehenden Frage eine Entscheidung zu treffen. Selbst wenn alle Information wahr und zutreffend wäre, müsste sie noch interpretiert werden. Die Beurteilung von Risiken allgemein, so auch in Gesundheitsfragen ist jedoch häufig mit theoretischen Aussagen verbunden, die nur eingeschränkt gelten und dazu noch einen hohen Komplexitätsgrad aufweisen.

Ihre Interpretation ist daher keineswegs ohne Schwierigkeiten. Nicht nur die medizinischen Fachkenntnisse könnten einem fehlen, sondern auch methodologisches Wissen aus der empirischen Forschung, die sich damit beschäftigt, wie man Experimente oder Beobachtungsstudien plant, damit man aus den damit gewonnenen Daten die anstehenden Fragen beantworten kann. Die Ergebnisse solcher Studien sind oft mit mathematischen und statistischen Hilfsmitteln dargestellt. Und beruhen auf Einschränkungen, unter denen die verwendeten Modelle gelten, welche auch die Ergebnisse einschränken. Ja, man bräuchte eigentlich einen Experten, der einem dabei hilft, dies zu lesen. Kein Wunder, dass sich die Menschen daher häufig auf indirekte Kriterien, auf äußere Kriterien verlassen, wenn sie die Qualität von Information bewerten, und sich etwa auf die Meinung eines „opinion leaders“ (etwa eines berühmten Schauspielers) beziehen.

In einer mechanistischen Welt, in der wir erwarten, dass alles ohne unsere Anstrengung funktioniert, ist auch das Gesundheitswesen einem enormen Erfolgsdruck ausgesetzt. Das mag wohl erklären, dass komplementäre Maßnahmen zu medizinischer Behandlung so wenig erforscht und dokumentiert sind. Es kann aber auch im „System“ begründet sein, das seinen Bereich schützt.

Die Informationsflut, der wir äußerlich begegnen, ist jedoch wenig von echten Belegen und harten Entscheidungsunterlagen geprägt als vielmehr von Meinungen. Nicht zuletzt dieser Umstand aber verursacht eine gewisse Ratlosigkeit bei wohl informierten Patienten.

Im Vortrag wird auch exemplarisch darauf eingegangen, welche Informationen man als Entscheidungsunterlagen brauchen könnte, und, wie man diese Informationen so darstellt, dass sie verständlicher werden.

Der Zugang zu Information ist heute leichter geworden, man muss sich keine Fachbücher mehr anschaffen. Man sucht im Internet nach Schlagwörtern und findet. Die Fülle an angebotener Information kann man kaum sichten, denn bewerten. Hier sind alle Beteiligten gefordert, Qualitätssicherung anzubieten und einzufordern. Hilfesysteme sind erst rudimentär vorhanden; ein Ausbau erscheint dringlich erforderlich.

4. Kärntner Ethik-Tag

20. November 2009



Klicken Sie den Titel des Vortrags, um zu den Folien zu gelangen

David Dapra: Das "As Low as Reasonably Achievable" (ALARA) - Prinzip in der Praxis



Abstract

Das Alara Prinzip (Strahlendosen so niedrig wie sinnvollerweise erreichbar zu halten) und gesetzliche Grundlagen des Strahlenschutzes werden besprochen. Im Bereich von niederen Strahlendosen (<100mSv) wird dem linearen (LNT) Strahlenwirkungsmodell das Hormesis-Modell gegenübergestellt.

In einigen Studien kann festgestellt werden, dass eine dauerhaft höhere Strahlendosis zu einem Rückgang der Krebsmortalität führen kann.

Strahlendosen in der Radiologie in Europa werden mit einer amerikanischen Studie verglichen und schließlich wird ein aktueller Strahlenzwischenfall bei Perfusions-CTs in Los Angeles vorgestellt.

4. Kärntner Ethik-Tag

20. November 2009



Klicken Sie den Titel des Vortrags, um zu den Folien zu gelangen

Irmtraut Jungbauer:

Sozialarbeit – Schnittstelle zwischen intra- und extramuralem Bereich – Entwicklung der letzten 30 Jahre



Abstract

(Wieder-) Eingliederung statt Isolation. Hilfe zur Selbsthilfe

Die Sozialarbeit im Krankenhaus setzt sich aus 2 wesentlichen Bestandteilen zusammen

- Persönliche Einzelfallhilfe (Case-Work)
- Die individuelle Ressourcenerschließung

Entwicklung der letzten 30 Jahre aus der Sicht des Krankenhaus-Sozialdienstes

- 1.7.1993 Pflegegeldgesetz
- Installierung wohnortnaher Pflegeheime
- Marktentwicklung verschiedener Anbieter für Hauskrankenpflege, Heimhilfe mit Regelung der Finanzierung
- Regelmäßige Information über aktuelle Angebote bzw. Veränderungen durch das Amt der Kärntner Landesregierung bzw. Gesundheits- und Sozialsprengel
- Kärntner Heimgesetz

Erwartungshaltung aus der Sicht der Patienten

- Viele Patienten haben die Erwartungshaltung, dass sie zu Hause im eigenen Wohnbereich wieder vieles eigenständig erledigen können
- Bei Erstbedarf: evtl. Vorbehalte gegen fremde Betreuungspersonen in den eigenen 4 Wänden

Erwartungshaltung aus der Sicht der Angehörigen

- Nicht immer im Einklang mit den Wünschen des betroffenen Patienten

Finanzielle Situation

- Nicht alle bestehenden Angebote im extramuralen Bereich (24 Stundenbetreuung) sind für alle Patienten realistisch
-

4. Kärntner Ethik-Tag

20. November 2009



Klicken Sie den Titel des Vortrags, um zu den Folien zu gelangen

Erwin Kalbhenn: ‚Shared Decision Making‘ aus der Sicht des Patientenanwaltes



Abstract

S_hared D_ecision-M_aking

Es gibt 50 Google Seiten zu diesem Begriff, aber überwiegend Publikationen und Beiträge in Englischer Sprache. Man meint, im anglo-amerikanischen Sprachraum (auch Indien!) kommt HEALTH-CARE ohne SDM nicht aus. Erwähnt man in Österreich oder Deutschland SDM im Zusammenhang mit Medizin bzw. Gesundheit, muss man mit der Frage rechnen

„Ist das ansteckend?“

Offenbar nicht.

2001 bis 2004 war ich – in der Nachfolge von Frau Dr. Lakomy eingebunden in ein bundesweites und gefördertes Projekt des Gesundheitsministeriums in Deutschland. Die mit großem Enthusiasmus betriebenen Aktivitäten und abgehaltenen Konferenzen ließen zunächst vermuten, dass ein ähnlicher Siegeszug, wie in USA und England bevorstand. Aber nach und nach wanderten Untergruppierungen der Teilnehmer und Subthemen in die Provinz ab, wurden immer leiser und verschwanden fast.

Man wird wohl nie eine rechte Erklärung dafür finden.

Was hat nun SDM mit dem Kärntner Ethiktag zu tun. Wo ist die Nahtstelle?

Stellt man sich – und ich hoffe wir tun dies – auf den Standpunkt, dass alle Menschen Würde, einen freien Willen und ein absolutes Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper besitzen, weiters diese Punkte absoluten Respekt erfordern, befindet man sich auf einer zentralen Spur der Autobahn, die Ethik genannt wird.

Fokussiert man dieses Prinzip auf Patientinnen und Patienten vor dem Hintergrund der langen Tradition einer äußerst paternalistisch geprägten Medizin, so ist der Bogen von SDM zur Medizinethik geschlagen.

Wie haben sich PatientInnen aus diesem Paternalismus gelöst und wurde parallel hierzu auch so etwas wie Patientenautonomie akzeptiert?

KAG 1920 enthielt 2 Bestimmungen, die wir heute als Patientenrechte bezeichnen.

Eine davon:

„Besondere medizinische Maßnahmen (OP´s)
bedürfen der **Zustimmung** des Pfleglings“

Dies blieb nach meiner Information lange unberücksichtigt oder fand nur punktuell Beachtung. Genauso lange brauchte viel später der „**informed consent**“, um ernst genommen zu werden. Mehr aus Respekt vor der sich entwickelnden Rechtsprechung und deren Konsequenzen für Ärzte als durch Einsicht in das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen.

Dieser Begriff bedeutet, dass einer Zustimmung Informationen vorausgehen müssen (**Aufklärung**). Nur so ist die erwartete Zustimmung zum Therapievorschlag des Arztes rechtlich wirksam.

SDM ist eine Weiterentwicklung:

- Informationsaustausch auf gleicher Augenhöhe
- Diskussion von Alternativen
- Einbauen der Meinung des Patienten als Experte für seinen Körper
- gemeinsame Entscheidung (Kompromiss?)
- gemeinsame Verantwortung

Was vermag SDM zu leisten, was wird erwartet?

Wo sind die Grenzen der Anwendbarkeit?

Dem Prinzip von SDM sind auch Grenzen gesetzt. So eignet sich nicht jeder Patient/Patientin hierzu. Ich gehe weiter: Nicht jeder will SDM, lehnt Mitverantwortung ab, sagt zum Arzt: „Mach Du!“

Auch wenn kognitive Fähigkeiten auf Seiten des Patienten - weshalb auch immer - eingeschränkt sind, funktioniert diese Strategie natürlich nicht.

Und selbstverständlich gibt es akute Erkrankungen, Notsituationen, bei denen SDM oder Ähnliches fehl am Platz ist.

Aber stellen wir das nicht in den Vordergrund, sonst wird der Blick auf die möglichen, realistischen und lohnenden Bereiche für SDM verstellt. Grenzen sollen in diesem Thema grundsätzlich von objektiven Fakten bestimmt sein und nicht von subjektiven Einschätzungen oder gar Vorurteilen auf Seiten der Behandler.

Für SDM gibt es darüber hinaus folgende unverzichtbare Voraussetzungen:

- Der echte Wille von Ärzten, dem Anspruch und Recht von Patienten zu mehr Information und **Selbstbestimmung** zu entsprechen. Studien haben diese Sehnsüchte – meist unausgesprochen – nachgewiesen.
- Ein **Empowerment** der Patienten, d.h. Strategien und Maßnahmen, welche dazu beitragen, Urteilskraft und Entscheidungswillen zur Mitbestimmung zu entwickeln. Beispiele:
Aktuelle Ziele in Kärnten zur evidenzbasierten Patienteninformation oder das bekannte und bereits seit längerem angebotene MiniMed-Studium.
Auch Aktivitäten von Selbsthilfegruppen leisten Gewaltiges in dieser Hinsicht.
- Ein weiteres wichtiges Detail, geeignet für den „Einstieg“, ist die barrierefreie und

zunehmende Ermöglichung einer **Second Opinion**. Hier sind Toleranz und Unvoreingenommenheit von Ärzten sowie die Anerkennung dieser Möglichkeit durch die Sozialversicherungen gefragt. Erste Ansätze zu letzterem sind erfreulicherweise erkennbar (Obmann Bittner in Wien).

Wie Sie aus meinen Ausführungen entnehmen konnten, ist SDM in gewisser Weise eine futuristische Vorstellung mit dem Charakter einer idealen Interaktion zwischen Patienten und Behandlern. In vielen Situationen nicht einfach zu realisieren. Auch regelrechte Barrieren – um nicht zu sagen Kontraindikationen - gibt es und wurden diese von mir erwähnt.

Aus Sicht eines Patientenvertreters, immer aufgefordert, Rechte von Patienten und ethische Grundsätze bei medizinischen Entscheidungen und deren Umsetzung einzufordern, bitte ich jedoch alle, die daran auf Behandlerseite teilhaben, nach Möglichkeit die dargelegten Prinzipien und Ziele anzunehmen.

Das heißt vor allen Dingen:

- Achtung des Selbstbestimmungsrechts von Patienten
- Beachten deren Ausnahmesituation und Ängste
- Bereitstellung von wesentlichen, ehrlichen und hilfreichen Informationen
- abseits vorgedruckter Formulare –
- Berücksichtigung und Respektierung von individuellen Situationen, Wünschen und Entscheidungen der Patienten, auch wenn diese unlogisch, schädlich und unvernünftig anmuten
- Zeit, auch für wiederholte Gespräche und Ratschläge ermöglichen – auf gleicher Augenhöhe
- Immer die Fragen stellen:
 - Wer ist in einer bestimmten Entscheidung zu stärken ohne ihn zu bevormunden?
 - Wer ist tatsächlich in der Lage als Patient Mitverantwortung im Sinne von SDM zu tragen?

Dies sind wesentliche Grundsätze, denen wir uns mehr als bisher für die schrittweise aber wünschenswerte Umsetzung es Prinzips SDM nähern sollten.

European Charter of Patient`s Rights – November 2002, Rom

Präambel

„Rights are indeed correlated with both, duties and responsibilities“.

4. Right of Consent

„Every individual has the right of access to all information that might enable him or her to actively participate in the decisions regarding him or her health; ... information is a prerequisite for any procedure and treatment, ...“

5. Right to Free Choice

„Each individual has the right to freely choose from among different treatment procedures and providers on the basis of adequate information.“

4. Kärntner Ethik-Tag

20. November 2009



Klicken Sie den Titel des Vortrags, um zu den Folien zu gelangen – [zum Aufsatz hier](#).

Manfred Kanatschnig: Der aufgeklärte Patient: „Bin kein ausgeklügelt Buch, bin ein Mensch mit seinem Widerspruch“ top

Abstract

"Bin kein ausgeklügelt Buch, bin ein Mensch mit seinem Widerspruch" - die Widersprüchlichkeit des Begriffs "aufgeklärter Patient" und daraus resultierende ethische Dilemmata

Im Vortrag soll es um die Widersprüchlichkeit des Begriffs "aufgeklärter Patient" gehen.

Viele verbinden damit eine meist rationale, "objektive", juristisch ausgefeilte und formale Aufklärung. Letztere soll dann auch noch von beiden "Vertragspartnern" unterzeichnet werden.

So wie eine rein verstandesmäßige, rationale Aufklärung im historischen und politischen Sinn sich oft in ihr Gegenteil verkehrte, also sogar in Despotie und Unmenschlichkeit endete (Horkheimer, Adorno: Dialektik der Aufklärung), so besteht diese Gefahr auch für das Grundverhältnis der Beziehung von Arzt und Patient.

Im Sinne der Dialogphilosophie Martin Bubers ausgedrückt, besteht dieses Grundverhältnis in einer Dialektik von ICH – DU und ICH – ES.

In der Behandlung des "Objekts Patient" haben wir es bereits zu einer gewissen Meisterschaft gebracht. Nun geht es darum, in der Patientenaufklärung dem Subjekt Patient mit seinen Ängsten, Zweifeln, aber damit auch möglichem Vertrauen, wieder zu seinem Recht zu verhelfen – in dieser Kunst sind wir Anfängliche geblieben, haben sie vielleicht sogar verlernt.

Dazu bedarf es aber Voraussetzungen, die im Vortrag genannt werden sollen...

4. Kärntner Ethik-Tag

20. November 2009



Klicken Sie den Titel des Vortrags, um zu den Folien zu gelangen

Sabina Kropfitsch: Ist Ethik auch sozial versichert?



Abstract

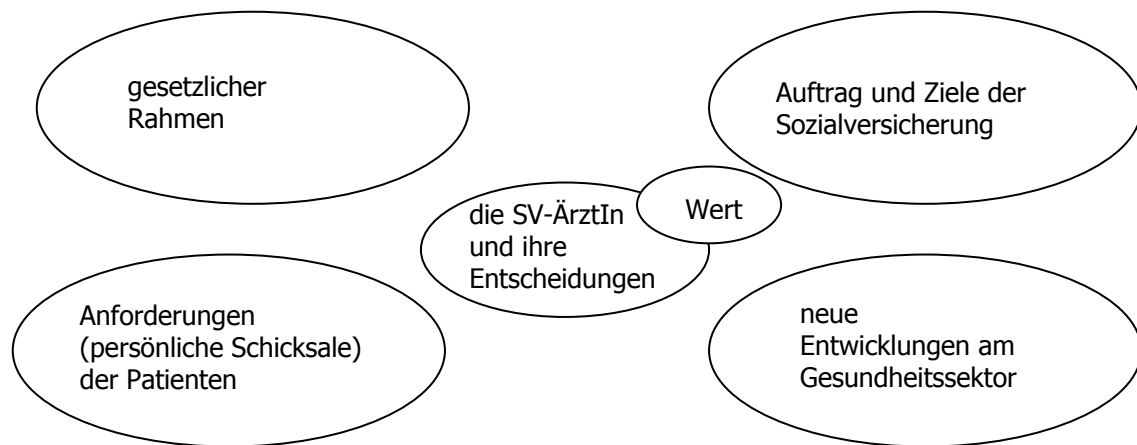
Überlegungen zur Ethik im Kontext Sozialversicherung

Verhält sich die Sozialversicherung ethisch gegenüber dem Einzelnen und wie ist es um ethisches Handeln und Entscheiden im Hinblick auf die Allgemeinheit bestellt? Wie können Ablehnungen von ärztlichen Anträgen für besondere Leistungen ethisch reflektiert werden? Korreliert das Wohl des Patienten mit dessen Wunscherfüllung? Kann ethisch sein, was den individuellen Blickwinkel und die eigenen Interessen ohne Rücksicht auf die Allgemeinheit legitimiert? Anders gefragt: Wann ist die sozialversicherungsärztliche Ablehnung eines individuellen Patientenanliegens ethisch?

Die moderne Medizin und ihre Leistbarkeit, die Situation des Gesundheitssystems in Österreich und sein Reformbedarf werden derzeit regelmäßig in den Medien diskutiert. Etliche Themen – wie die Genitalchirurgie – werden in vielen medizinischen Bereichen außerordentlich kritisch erörtert. Übersehen wird, dass die Sozialversicherung und damit die Gemeinschaft der Zahler oft die erste Anlaufstelle ist, die sich mit Trends in der Medizin auseinandersetzen muss. Bei der Frage der Kostenübernahme wird immer gerne gefragt, nachgehakt, persistiert, legitimiert und interveniert. Was sind die ethischen Implikationen die sich in diesem Kontext ergeben und wie gehen wir als ÄrztInnen und Angestellte der Sozialversicherung bzw. der Kärntner Gebietskrankenkasse damit im Alltag um?

Die Auseinandersetzung mit der „aufgeklärten“ PatientIn ist vielschichtig. Wissenserwerb und Selbstempowerment des Erkrankten sind absolut zu begrüßen, sie gehen Hand in Hand mit Selbstverantwortung und Patientenautonomie. Informationen stehen in Fülle zur Verfügung und werden auch „konsumiert“. Einseitiges, vereinfachendes Wissen in der manchmal verzweifelten Situation des Kranken können aber auch dazu führen, dass PatientInnen überzogene und unrealistische Heilserwartungen an Behandlungen/Eingriffe haben. Dann sind Menschen bereit sich in finanzielle Unkosten zu stürzen in der Hoffnung ihre Gesundheit, ihr Leben würde besser. Aber auch das Anspruchsdenken gegenüber der anonymen Sozialversicherungsgemeinschaft ist enorm und nicht selten überzogen. Derartige Konstellationen werden anhand von anonymisierten und verfremdeten Fällen vorgestellt. Damit wird auch das Dilemma der Entscheidung in der Sozialversicherung skizziert.

Im Spannungsfeld zwischen:



4. Kärntner Ethik-Tag

20. November 2009



Klicken Sie den Titel des Vortrags, um zu den Folien zu gelangen

Thomas Leitha: Überlegungen zur ethischen Beurteilung von Strahlenexposition im Rahmen wissenschaftlicher Studien



Abstract

Rechtliche Grundlagen der Beurteilung sind neben der Helsinki Deklaration, Stellungnahmen von WHO, ICRP, Euratom und deren Überführung in nationales Recht (AllgStrSchV, MedStrSchV).

Die Präsentation erklärt die begrifflichen Grundlagen der Strahlenexposition und arbeitet die Unterschiede zwischen deterministischen und stochastischen Strahlenfolgen heraus. Gerade für den "low-dose" Bereich < 100 mSv besteht wenig gesichertes Wissen über das individuelle Risiko und auf die Problematik einer linearen Extrapolation des Risikos wird eingegangen.

Es wird auf Empfehlungen hingewiesen, wie das Risiko in Relation zu dem zu erwartenden wissenschaftlichen Ertrag zu werten ist und wie Risiko an Patienten und Probanden kommuniziert werden kann.

Schließlich werden Probleme aus der Erfahrung mit Anträgen an eine Ethikkommission aufgezeigt und besprochen, wie diese lösbar wären.

4. Kärntner Ethik-Tag

20. November 2009



Klicken Sie den Titel des Vortrags, um zu den Folien zu gelangen

Claudia Wild: Kritische Bewertung medizinischer Interventionen: Wissen PatientInnen wirklich alles oder ist Glaube/Hoffnung das tragende Motiv ?



Abstract

Vor dem Hintergrund der steigenden Ausgaben für die Gesundheitsversorgung nahm die „Evaluierung“ von Gesundheitsleistungen – unter dem Oberbegriff Health Technology Assessment bekannt geworden – in den letzten Jahren an Bedeutung zu.

Health Technology Assessment/ HTA bezeichnet die Methode der systematischen, interdisziplinären Synthese und der transparenten und politikrelevanten Aufbereitung von Wissen zu (neuen, innovativen, aber auch etablierten) medizinischen Interventionen.

Die Evaluierung und Benennung von tatsächlichem Patientennutzen wird aber zunehmend nicht nur für Refundierungs- und Investitionsentscheidungen genutzt sondern auch für Patienteninformation.

ethik@kabeg.at

Ethikkommission des Landes Kärnten – Vorsitz: Prim. EOA Dr. Gerhard Kober
Sekretariat: Frau Yvonne Wernig – St. Veiter Straße 47 – A 9020 Klagenfurt
Tel.: +43 463 538-29 103 – FAX: 0463 538-23 184

Für die grün [unterlegten Vortragstitel](#) wird es per Mausclick Unterlagen in Powerpoint geben

