

## Wähle weise (1/2)

### Was Nachhaltigkeit heißt

# Wähle weise

Weniger ist mehr gilt auch für so manche Gesundheitsleistung. Weltweit formen sich die Initiativen, auf Ineffektives zu verzichten. In Österreich gibt es dazu bisher nur Interessenbekundungen.

Elisabeth Tschachler



Gesundheitsökonomin Maria Hofmarcher: „Das Sozialversicherungsgesetz hat die Nachhaltigkeit sozusagen schon seit Jahrzehnten eingebaut.“

„das Sozialversicherungsgesetz die Nachhaltigkeit sozusagen schon seit Jahrzehnten eingebaut“, sagt die Gesundheitsökonomin Maria Hofmarcher. „Denn darin ist festgeschrieben, dass die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muss, das Maß des Notwendigen jedoch nicht überschreiten darf.“

Die Frage ist nur, wann das Maß des Notwendigen überschritten ist und wer das bestimmt. Etwa bei Kniegelenksoperationen, deren Anzahl innerhalb von zehn Jahren um mehr als 15 Prozent angewachsen ist. Nur durch das Bevölkerungswachstum und die steigende Lebenserwartung ist dieses Plus nicht zu erklären. Ähnlich sieht es bei der Kniegelenksspiegelung aus. „Was dem Orthopäden und überhaupt uns allen extrem schwer fällt, ist, nichts zu tun“, sagt Gerald Gartlehner, Leiter des Departments für Evidenzbasierte Medizin (EbM) und Klinische Epidemiologie der Donau-Uni Krems. „Bei Ärzten kommt noch die Erwartungs-

haltung der Patienten dazu – niemand geht mit einem Problem zum Arzt, damit der dann nichts tut.“ Und so werde oft eine Behandlung mit ungewissem – oder gar widerlegtem – Nutzen einem Nichtstun vorgezogen. Beispielsweise bei Bluttransfusionen. Die Raten dafür sind in Österreich im internationalen Vergleich immer noch hoch. Das ist nicht nur teuer, sondern bringt zuweilen auch Patienten in Gefahr. Doch von der einst angekündigten flächendeckenden Implementierung des „Patient Blood Management“ ist keine Rede mehr.

#### Tu es nicht

2009 begann das US-amerikanische Board of Internal Medicine (ABIM), „Top five“-Listen zu erstellen. Darin waren für verschiedene Fachrichtungen die häufigsten Interventionen angeführt, deren Anwendung genau überlegt werden sollte, zumal deren Verzicht oftmals nicht nur gesünder ist, sondern sicherer für die Patienten und jedenfalls billiger. 2012 wurde das Projekt zur „Choosing wisely“-Kampagne erweitert und umfasst inzwischen hunderte Empfehlungen von mehr als 50 Fachgesellschaften. Das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) startete die Datenbank „Do not do“, in der Leistungen gelistet sind, auf die verzichtet oder die nicht mehr routinemäßig angewandt werden sollten, beispielsweise die Gabe von Antibiotika bei Mittelohrentzündungen mit Erguss oder das Screening auf Schwangerschaftsdiabetes mithilfe des Nüchtern-Plasmaglukosespiegels. Ähnliche Initiativen gibt es in Australien, Schweden und der Schweiz. Zwar existiert keine einheitliche Definition für dergleichen „ineffektive Leistungen“, Einigkeit besteht unter Experten jedoch darüber, dass Wirksamkeit, Sicherheit und Kosteneffektivität Kriterien sind, die bei der Identifikation solcher ineffektiven Leistungen beachtet werden müssen.<sup>2</sup> Gemeinsam ist allen Bestrebungen jedenfalls, dass bei Veränderungen im Angebot „mit Widerständen der Gesundheitsdienstleister,



Gerald Gartlehner, Department für Evidenzbasierte Medizin, Krems: „Es fällt uns schwer, nichts zu tun.“



## Wähle weise (2/2)



DigiClip für Boltzmann

## Was Nachhaltigkeit heißt

der Ärzteschaft und der Patienten gerechnet werden“ müsse, wie es im Bericht des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment (LBI HTA) heißt, der sich bereits im Jahr 2013 mit der Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien befasste.<sup>3</sup>

### Keine konzertierte Initiative

Während sich die Initiativen weltweit mehren und etwa die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DEGIM) erst im Februar dieses Jahres die Benennung unnötiger medizinischer Leistungen forderte, scheinen die österreichischen Ärzte von solchem Streben nicht beseelt zu sein. Mehrere diesbezügliche Anfragen der ÖKZ an die Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin blieben unbeantwortet. „Es gibt keine konzertierte Initiative, aber verschiedene Interessenbekundungen“, sagt Thomas Frühwald, leitender Oberarzt der Abteilung für Akutgeriatrie am Wiener Krankenhaus Hietzing und einer der wenigen, die sich hierzulande für „Weniger ist mehr“ einsetzen. Vor allem die Patientenanwaltschaft, LBI HTA, die Fachgesellschaften für Geriatrie und Gerontologie sowie die Allgemeinmediziner „würden aufspringen, aber man müsste den Zug erst einmal in Bewegung setzen“. Die Initiative des Hauptverbandes, die Polypharmazie einzudämmen, weise bereits in diese Richtung, allerdings sei es nicht damit getan, „punktuell etwas zu beginnen, da müssen die entsprechenden Strukturen geschaffen werden und man muss weiter dranbleiben“.

### Vermeintliche Versorgungslücken

Doch Politiker tun sich schwer, das Fähnlein „Weniger ist mehr“ zu schwenken. Zu schnell kommen sie in den Rationierungsverdacht. „Wir kommunizieren zu wenig mit den Versicherten“, sagt Arno Melitopoulos, Direktor der Tiroler Gebietskrankenkasse. Und: „Wir sind immer noch vom Eifer gepackt, Leistungen zu erweitern und vermeintliche Versorgungslücken zu schließen.“ Dergleichen Versorgungslücken stellen sich bei genauerer Betrachtung nicht selten als Chimäre heraus: 2009 tauchten in Publikums- und Fachmedien Berichte auf, nach denen Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) in Österreich nicht in ausreichendem Maß in den Genuss der damals noch relativ neuen biologischen Therapien kämen. Die Burgenländische Gebietskrankenkasse ging dem Vorwurf nach. Und stellte fest: „Ein Anteil von 20 Prozent der RA-Patienten, die mit einem Biologikum versorgt werden, entspricht einem europäischen Spitzenwert, wie er nur in wenigen Ländern erreicht wird.“<sup>4</sup>

Gerade die Preise der neuen biologischen Medikamente sind eine arge Strapaze für die vorhandenen Mittel. Bestes aktuelles Beispiel: Das Hepatitis-C-Medikament Sovaldi<sup>®</sup> mit dem Wirkstoff Sofosbuvir. 14.224,35 Euro kostet eine Packung mit 28 Tabletten in Österreich, es ist bisher das teuerste orale Medikament. Ein Sturm der Entrüstung fegte durch den Blätterwald, weil die Krankenkasse die Kosten nicht für alle Hepatitis-C-Infizierten übernimmt. In der ORF-Sendung „Heute konkret“ wurden Patienten in diesem Zusammenhang darüber informiert, dass sie den Hauptverband auf Zahlung klagen können. Dass die als Durchbruch in der Therapie gefeierte Arznei jedoch laut Gutachten des deutschen Instituts für Qualität und Wirtschaft-

lichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nur für eine bestimmte Patientengruppe einen Zusatznutzen im Vergleich zur bisherigen Behandlung hat, und selbst bei diesen der Zusatznutzen aufgrund bisher vorliegender Studien nicht quantifizierbar ist, wurde nicht dazugesagt.

Der Wiener Internist Ludwig Kramer erzählt in diesem Zusammenhang von einem Hepatitis-C-Patienten, dem mehrere Ärzte anhand der vorhandenen Daten bestätigt hatten, dass er von der teuren Therapie nicht profitieren würde. Doch der Patient beschwerte sich so lange bei der Gebietskrankenkasse, bis deren Chefärztin schließlich nachgab und die Medikation genehmigte. „So sollte es nicht funktionieren“, sagt Kramer, „das ist Ressourcenverschwendung.“

### Ressourcenverschwendung in den Strukturen

Ressourcen werden jedoch nicht nur bei den Leistungen verschwendet, sie versickern auch in und zwischen den Strukturen. Was die Qualität der Koordination von Untersuchungen und Behandlungen im Gesundheitssystem betrifft, findet sich Österreich einer WHO-Studie zufolge auf dem letzten von 31 Plätzen.<sup>5</sup> Ein Forscherteam der MedUni Wien um den Allgemeinmediziner Manfred Maier hat erst unlängst in einer Untersuchung bestätigt, dass eine der heiligen Kühe des österreichischen Gesundheitssystems, die freie Arztwahl, das System unnötig teuer macht. Denn die Menschen mit Gesundheitsproblemen drängen immer häufiger in Spitalsambulanzen, auch in jene der Universitätskliniken, die eigentlich Spezialfällen vorbehalten sein sollten. Die Folge ist einerseits Überversorgung und andererseits ein Anteil der Krankenhauskosten an den gesamten Gesundheitsausgaben, der in Österreich so hoch ist wie sonst in keinem OECD-Land.<sup>6</sup>

Auf dem Gesundheitswirtschaftskongress redete Sektionschef Auer schlussendlich wenigstens den Sparwillen schön: Die 200 Millionen Euro, die künftig für höhere Ärztegehälter aufgewendet werden müssen, brächten das Ziel, die Kostensteigerung bis 2016 um 3,4 Milliarden Euro zu dämpfen, nicht in Gefahr. ::

#### Literatur:

- <sup>1</sup> Gartlehner G (2015): Geldverschwendung mit Plattfüßen und schlechten Knien. Der Standard 6.3.2015.
- <sup>2</sup> Mayer J (2013): Weniger ist mehr. Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ, 54. Jg. (2013), 11, S. 34.
- <sup>3</sup> Mayer J, Nachtnebel A (2013): Identifikation ineffektiver Interventionen und Technologien. Modelle und deren Umsetzung. HTA-Projektbericht Nr.: 68. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. Zugang: <http://eprints.hta.lbg.ac.at/>. Zugriff: 16.3.2015.
- <sup>4</sup> Reichardt B (2010): Unterdiagnostiziert und unterversorgt? Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ, 51. Jg. (2010), 10, S. 15.
- <sup>5</sup> Kringos DS et al (2014): Building primary care in a changing Europe. WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies. Zugang: <http://goo.gl/t27EWB>. Zugriff: 17.3.2015.
- <sup>6</sup> Pichlhöfer O, Maier M (2014): Unregulated access to health-care services is associated with overutilization—lessons from Austria. The European Journal of Public Health doi:10.1093/eurpub/cku189.

Elisabeth Tschachler  
tschachler@schaffler-verlag.com



Geriater Thomas Frühwald:  
„Strukturen müssen geschaffen werden.“