

„Choosing Wisely“ für Österreich?

Eine nachahmenswerte Initiative zu Reduktion von Überversorgung

Die „Choosing Wisely“ Kampagne startete im Jahr 2011 in den USA, initiiert durch die ABIM/American Board of Internal Medicine Foundation und ihrer Präsidentin, der Geriaterin Christine Cassel gemeinsam mit „Consumer Reports“, einer mächtigen Verbraucherschutzinitiative: www.choosingwisely.org. Medizinische Fachgesellschaften wurden aufgefordert, Listen mit den Top-5 diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen aus ihrem Fach ohne ausreichende Evidenz für einen Nutzen, ohne akzeptables Verhältnis des potentiellen Nutzens zum potentiellen Schaden zu erstellen. Mittlerweile haben 26 Fachgesellschaften solche Listen unnötiger, potentiell nachteiliger, jedenfalls kostspieliger Interventionen geliefert. Diese werden einerseits durch Medien der Verbraucherschutzorganisationen, aber auch durch nationale und lokale elektronische Medien und die Presse an potentielle PatientInnen verbreitet, andererseits über Fachmedien an die Ärzteschaft. Diese erhält zu jedem Item der Listen entsprechende wissenschaftliche Literaturhinweise.

Ziel ist eine Reduktion der verschwenderischen Überversorgung und Überbehandlung durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen PatientInnen und ÄrztInnen. Auch geht es um Verbesserung der Betreuungsqualität und um mehr Sicherheit für die PatientInnen. Beispiele sind etwa die Überversorgung mit Antibiotika, chirurgische Interventionen, wenn „watchfull waiting“ angesagt wäre, oder nicht mehr sinnvolle, oft dem Patientenwillen widersprechende Interventionen am Lebensende. „Shared Decision Making“ mit dem Effekt der Reduktion einer potentiell schädlichen, jedenfalls Kosten verschwendenden Überversorgung mit medizinischen Maßnahmen für die es keine ausreichende Evidenz gibt, steht im Zentrum der Initiative „Choosing Wisely“.

Dieses Thema hat auch eine verteilungsethische Dimension: der Mythos, dass ÄrztInnen nur unbeteiligte Zuschauer sind, wie die Gesundheitskosten außer Kontrolle geraten, kann nicht aufrecht gehalten werden: Howard Brody schlug bereits 2008 vor, dass jedes medizinische Spezialfach eine Liste der 5 diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen erstellt, die häufig verordnet werden, kostenintensiv sind und für deren Nutzen es keine ausreichende Evidenz gibt. Das Vermeiden von Verschwendung von Mitteln, die sinnvoller und nützlicher zum Wohle anderer eingesetzt werden könnten, ist eine ethische Verantwortung der Medizin. Die ethische Debatte verlagert sich nun also von der Rationierung zur Vermeidung von Verschwendung.

Eine „Choosing Wisely“ Initiative für Österreich?: Fragen die beim Kongress des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) im März 2013 formuliert wurden, könnten analog auch für Österreich gelten:

1. Wie ausgeprägt ist der Bedarf und das Interesse im österreichischen Gesundheitswesen an der Umsetzung einer solchen (mehr oder weniger modifizierten) Initiative?
2. In welchem Verhältnis stünde eine österreichische Choosing Wisely Initiative zum umfassenden Thema Priorisierung in der Medizin?
3. Welche Methoden zur Umsetzung einer österreichischen Choosing Wisely Initiative wären aus der Perspektive einer patientenorientierten und evidenzbasierten Medizin angemessen?
4. Weiters: Wer macht mit? Wer führt die Initiative durch? Wer finanziert sie?

Einzig kritisch zu vermerken ist, dass das Thema der Unterversorgung nicht angesprochen wird, aber hier ebenfalls einbezogen werden müsste.

Prof. Dr. Thomas Frühwald; Oberarzt in der Abteilung für Akutgeriatrie des KH Hietzing

Quellen:

Berwick DM/Hackbarth AD: Eliminating Waste in US Health Care. JAMA, 2012.

Brody H: Medicine's Ethical Responsibility for Health Care Reform – The Top Five List. NEJM 2010.

Brody H: From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. NEJM 2012.

Borasio, GD: Süddeutsche Zeitung, 10.6.2013.

✦ Inhalt

Erythropoetin	2
Serum Biomarker	2
Chronischer Schmerz	3
Akutschmerztherapie	4
Impressum	4



Erythropoetin

bei tumor-induzierter Anämie

Erythropoetin ist ein Hormon, das als Wachstumsfaktor für die Bildung roter Blutkörperchen (Erythrozyten) während der Blutbildung (Hämatopoese) von Bedeutung ist. Als Therapeutikum wird biotechnologisch hergestelltes Erythropoetin vorwiegend bei der Behandlung der Blutarmut von DialysepatientInnen und nach aggressiven Chemotherapiezyklen eingesetzt. EPO rangiert unter den weltweit erfolgreichsten Medikamenten unter den Biopharmazeutika und gehört es zu den herausragenden Blockbustern mit enormen – trotz Umsatzeinbrüchen wegen schlechter klinischer Ergebnisse – Umsätzen. Ein rezenter US-amerikanischer Bericht, der im Rahmen des „Comparative Effectiveness Programms“ entstand, verglich die zahlreichen EPO-Produkte auf ihre Wirksamkeit untereinander.

Der vom BCBS/BlueCross Blue Shield Technology Evaluation Center for Evidence-based Practice durchgeführte systematische Review versteht sich als update des 2006 publizierten Berichts. Neben dem Vergleich der ESAs (erythropoiesis-stimulating agents) waren zusätzlich der Impact verschiedener Grenzwerte bei der Initiierung und die optimale Dauer einer Therapie Forschungsfragen. Inkludiert in den Review und Meta-Analyse wurden nur Studien, die mehr als 50 PatientInnen einschlossen. Insgesamt wurden Studien mit direkten (n=5), aber auch indirekten Vergleichen (n=49) zwischen analysiert. In den Endpunkten Reduktion des Transfusionsrisikos, thromboembolische Ereignisse, Lebensqualitäts-Assessment mittels FACT/Functional Assessment of Cancer Therapy/Fatigue unterschieden sich die Ergebnisse nicht. Die Lebensqualitätverbesserung war zwar unter EPO-Therapie besser, das Ausmaß erreichte aber nicht die MID/minimal-important difference. Weniger thromboembolische Ereignisse und Mortalität unter EPO-Therapie wurden gefunden, wenn der Therapiebeginn hinausgezögert wurde, bis

der Baseline HB-Wert unter 10 g/dl fiel, aber ohne dabei statistische Signifikanz zu zeigen. Keine Evidenz konnte zur optimalen Therapiedauer gefunden werden. Unter EPO Therapie zeigte sich ein Anstieg der Mortalität während und kurz nach der Therapie: sofern die „Hintergrund“-Mortalität in der Studienpopulation (Kontroll- wie Interventionsgruppe) bei 10 % ist, dann ist mit EPO 1 zusätzlicher Todesfall in 59 behandelten PatientInnen (NNH) zu erwarten; ist die Mortalität der PatientInnen-Population nur 1 %, dann ist mit 1 zusätzlichen Todesfall in 588 zu rechnen.

Die Studie schlussfolgert, dass diese Ergebnisse sich nicht von jenen 2006 unterscheiden und keine zusätzlichen Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Viele Fragen wie etwa zum Einfluss der Dauer der Behandlung auf Nebenwirkungen und Mortalität unter Therapie bleiben unbeantwortet. CW

AHRQ/USA 2013: Epoetin and Darbepoetin for Managing Anemia in Patients Undergoing Cancer Treatment: Comparative Effectiveness Update. <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/170/1481/cancer-anemia-treatment-executive-130425.pdf>.

AHRQ/USA 2006: Comparative Effectiveness of Epoetin and Darbepoetin for Managing Anemia in Patients Undergoing Cancer Treatment. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK42982/>.

Serum Biomarker

Prediction of cardiovascular risk

Cardio-vascular diseases are the main cause of death in Europe. Only a fraction of yearly 4M cases are identified as at high risk by current screening strategies. Evidence evolves rapidly in the novel field of molecular, predictive biomarkers, ready to challenge traditional risk prediction models with their unsatisfactorily low prediction rates. In a recent report Belgium's KCE assessed the potential of novel serum biomarkers to increment the predictive power of existing risk scores.

Termine

❖ 18. – 21. August 2013

10th G-I-N Conference – „Integrating Evidence into Practice – Strategies for the future“
San Francisco/California, USA
<http://www.gin2013.net/>

❖ 9. – 13. September 2013

Graz EbPH Summer School
Graz/ Österreich
<http://www.medunigraz.at/EbPHsummerschool2013>

❖ 13. September 2013

„Evidenz von Prävention und Gesundheitsförderung“
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.
Wittenberg/Deutschland
<http://www.ebm-netzwerk.de/ebm-events/akademie>

❖ 12. – 13. September 2013

2nd World Congress of Clinical Safety – „Risk in Clinical Care“
Heidelberg/Deutschland
http://www.iarmm.org/2WCCS/2WCCS_2013eshot.shtml

❖ 2. – 4. Oktober 2013

16th European Health Forum Gastein – „Resilient and Innovative Health Systems for Europe“
Bad Hofgastein/Österreich
<http://www.ehfg.org/home.html>

❖ 9. – 10. Oktober 2013

NIHR HTA Conference 2013
London/UK
<http://www.profbriefings.co.uk/nihrrhta2013/>

❖ 5. – 7. November 2013

ESCAIDE 2013 „European Scientific Conference on applied Infectious Disease Epidemiology“
Stockholm/Schweden
<http://ecdc.europa.eu/en/escaide/Pages/ESCAIDE.aspx>



Three factors contribute to improve predictive power: better discrimination of individuals at risk (change in c-statistics or IDI/Integrated Discrimination Improvement), better calibration of the risk estimates to the target population and improved precision in risk classification (NRI/Net Reclassification Improvement, CNRI/Clinical NRI). These statistical measures of test accuracy need to be complemented by evidence on the effect on clinical decisions and outcomes and on the costs of alternative approaches.

CRP/C Reactive Protein is by far the best studied CVD/Cardiovascular Disease biomarker. It is already included in the US prediction algorithm Reynolds Score. Somewhat in contrast to this, the authors come to the conclusion that the predictive increment of the inflammation marker, albeit significant, is only relatively modest in comparison with the risk prediction based on the Framingham Risk Score. The added value was higher in men, in intermediate-risk individuals and in the prediction of coronary heart disease alone. 7 cost-effectiveness studies included in the review assessed CRP screening followed by statin and/or aspirin treatment, but all harboured methodological weaknesses, and hence did not allow to draw robust conclusions.

Very few studies analysed other markers of inflammation such as fibrinogen and leukocyte count and only one showed significant changes in NRI.

In the category of lipid-based markers, 4 studies consistently reported a predictive increment by HDL cholesterol, which appeared to be more pronounced in intermediate-risk individuals. None of the other lipid-based markers significantly improved the risk reclassification.

In other categories, NT-proBNP, a marker of vascular function, showed substantially increased discrimination and reclassification in 4 studies out of 5. One study proposed a new score based on three biomarkers (CRP, NT-proBNP and troponin I) which led to a substantially increased NRI.

Despite some promising accuracy results, the authors point out that good-quality evidence on the impact of biomarker screening on clinical management and health outcomes is missing and cost-effectiveness results were not robust. Consequently the authors issued no recommendation to use any of the reviewed biomarkers in primary CVD screening in the general population. With appropriate clinical evidence one or more CVD biomarkers might come into play in secondary screening in intermediate risk individuals. AK

KCE/BE 2013: Novel serum biomarkers for the prediction of cardiovascular risk. <https://kce.fgov.be/publication/report/novel-serum-biomarkers-for-the-prediction-of-cardiovascular-risk>.

Chronischer Schmerz Multimodale Therapie

Die „Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health“ (CADTH) veröffentlichte Ende 2011 eine Übersichtsarbeit zu Behandlungsprogrammen für PatientInnen mit chronischen nicht-malignen Schmerzen. Im Zentrum standen multimodale Therapiekonzepte, die hinsichtlich ihrer klinischen Evidenz und Kosten-Effektivität untersucht wurden. Zusammenfassend zeigten sich diese Behandlungen in ihrer Wirksamkeit und Nachhaltigkeit überlegen gegenüber einer ausschließlichen Symptombehandlung von chronischen Schmerzen.

Schmerz zählt zu den häufigsten Gründen für das Aufsuchen eines Arztes/einer Ärztin. Obwohl akuter Schmerz gewöhnlich gut behandelt werden kann, können Schmerzzustände unter gewissen Umständen auch einen chronischen Verlauf nehmen. Eine Chronifizierung liegt vor, wenn Schmerzen etwa mehr als 6 Monate andauern. Die Ursachen können hierfür in einer degenerativen Grunderkrankung (wie z. B. Arthritis) liegen, aber auch vielfach anders bedingt sein und neurologische oder psychische Komponenten aufweisen. Eine symp-

Rezente Assessments



AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality

<http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/search-for-guides-reviews-and-reports/>

Recently published reports:

- ✿ Local nonsurgical therapies for stage I and symptomatic obstructive non-small-cell lung cancer
- ✿ Comparative effectiveness of preventive pharmacological treatments for migraine
- ✿ Oral contraceptive use for the primary prevention of ovarian cancer
- ✿ Pharmacologic and mechanical prophylaxis of venous thromboembolism among special populations
- ✿ PCA3 testing for the diagnosis and management of prostate cancer
- ✿ Local therapies for unresectable primary hepatocellular carcinoma
- ✿ Comparative effectiveness of bariatric surgery and non-surgical therapy in adults with metabolic conditions and body mass index of 30 to 34.9 kg/m²
- ✿ Treatment strategies for patients with peripheral artery disease
- ✿ Pressure ulcer treatment strategies: comparative effectiveness
- ✿ Otitis media with effusion: comparative effectiveness of treatments
- ✿ Pulmonary arterial hypertension: screening, management and treatment
- ✿ Efficacy and safety of screening for postpartum depression
- ✿ Wireless motility capsule versus other diagnostic technologies for evaluating gastroparesis and constipation: a comparative effectiveness review



tomatische Behandlung von chronischen Schmerzen beinhaltet etwa die Anwendung von Analgetika (z. B. Opioide) und nicht-steroidale Antirheumatika. Während ausschließlich pharmakologische Therapien in der Übersichtsarbeit des CADTH den geringsten nachhaltigen Nutzen zeigten, erwiesen extramurale multimodal ausgerichtete Behandlungskonzepte einen größeren Nutzen für PatientInnen. Letztere berücksichtigen u. a. Verhaltenstraining für die Schmerzbewältigung, Schmerzmittel, Anwendung von physikalischen Maßnahmen (inkl. Physiotherapie), psychologische Unterstützung. Ein solch umfassender Behandlungszugang ermöglicht den Betroffenen laut der CADTH-Evidenzanalyse auch eine angemessene Gestaltung ihrer Lebens- und Arbeitswelt. Demnach konnte zw. 80 % und 85 % der SchmerzpatientInnen nach einer multimodalen Therapie wieder ihre Arbeit aufnehmen (vs. 40 % bei Standardbehandlung). Zudem zeigten die eingeschlossenen Studien positive Effekte hinsichtlich des biopsychosozialen Zustands der PatientInnen und eine geringere Schmerzmitteleinnahme. Eine eingeschränkte Evidenzlage zeigte sich allerdings hinsichtlich der Frage der Kosten-Effektivität solcher Programme. RW

CADTH/CA 2011: Multidisciplinary Treatment Programs for Patients with Non-Malignant Pain: A Review of the Clinical Evidence, Cost-Effectiveness, and Guidelines.
<http://www.cadth.ca/media/pdf/htis/oct-2011/RC0304-000%20Chronic%20Pain%20Programs.pdf>.

Akutschmerztherapie auf operativen und konservativen Stationen

Die Akutschmerztherapie stellt immer noch eine immense Herausforderung auf operativen und konservativen Krankenhausstationen dar. Unter – oder Fehlversorgung kann nicht nur zu wesentlichen Folgeerscheinungen, sondern auch zu PatientInnenunzufriedenheit führen.

Ein HTA-Bericht des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) befasste sich mit Fragestellungen zur Wirksamkeit der Akutschmerztherapie auf operativen und konservativen Stationen, zur Effektivität der Organisation des Akutschmerzdienst (ASD) sowie Effektivität der Akutschmerztherapie im Krankenhaus und zur Qualitätssicherung der stationären Akutschmerztherapie.

Anhand 16 medizinischer Studien konnte festgestellt werden, dass sich die Anzahl der PatientInnen mit moderaten oder schweren Schmerzen gegenüber dem Jahr 2000 auf operativen Stationen auf 30 % und auf konservativen Stationen auf rund 37 % reduziert hat. Die Rate der unzureichend therapierten SchmerzpatientInnen liegt unverändert bei 55-58 %. SchmerzpatientInnen auf konservativen Stationen sind – laut diesem HTA – unterversorgt. Die analysierten Studien konnten eine signifikante Schmerzlinderung durch die Akutschmerztherapie nachweisen. Aufgrund der großen Variation eingesetzter Schmerzmedikamente, Gabeverfahren und ursächlicher Erkrankungen ist es schwierig einzelne Therapien gesondert hervorzuheben.

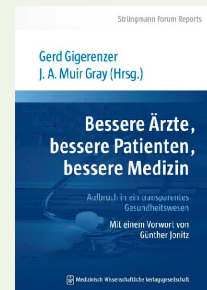
Aus fünf analysierten Studien zu gesundheitsökonomischen Fragestellungen ging hervor, dass durch die Akutschmerztherapie ein Kostenreduktionseffekt von 17,4 % pro Fall erreicht werden kann – bedingt durch die Verkürzung von Liegezeiten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Akutschmerztherapie auf den postoperativen und konservativen Stationen wirksam und kosteneffektiv ist. Eine weitere Verbesserung ist dennoch anzustreben.

Regelmäßige Schulungen des Personals, Dokumentation der durchgeführten Schmerzbehandlung sowie der medikamentösen Behandlung, Richtlinien, Lösungen für die Schnittstellenproblematik zwischen den Leistungserbringern und auch leistungsgerechte Kosten- und Mittelzuweisung werden empfohlen. JE

DIMDI/DE 2013: Akutschmerztherapie auf operativen und konservativen Stationen.
http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta346_bericht_de.pdf.

Buchankündigung (2013)

Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen



Gerd Gigerenzer, J.A. Muir Gray (Hrsg.)

Vorausschau Juli/August

Sondernummer MELs

6 MEL Themen, unter anderem:

- ❖ Perkutane transluminale koronare Angioplastie
- ❖ Duodenojejunal Bypass Liner

Impressum

Redaktion: Claudia Wild/CW

Judit Erdös/JE

AK: Agnes Kisser; CW: Claudia Wild

JE: Judit Erdös; RW: Roman Winkler

Graphik: Florian Bettel

Satz: Manuela Kaitna

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH

Operngasse 6/5. Stock, A-1010 Wien

<http://www.lbg.ac.at/de/lbg/impressum>

Für den Inhalt verantwortlich:

Priv. Doz. Dr. Claudia Wild

Ludwig Boltzmann Institut für Health

Technology Assessment (LBI-HTA)

A-1090 Wien, Garnisongasse 7/20

Der HTA-Newsletter erscheint 10 x

pro Jahr und ausschließlich auf der

HTA-Website: <http://hta.lbg.ac.at/>

ISSN: 1680-9602



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment