

Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen

Rücknahme des Überflusses: Wohlstand ohne Wachstum

Der *Club of Rome* löste mit seinen Ausführungen zu den „Grenzen des Wachstums“ (1972) weltweite Debatten zur Endlichkeit der Ressourcen und zur Notwendigkeit ökologischer Nachhaltigkeit aus. Die „Energiewende“ (vom Verbrauch fossiler zu erneuerbaren Rohstoffen) fand nur bedingt statt und wird inzwischen ob ihrer Effekte sehr kontrovers diskutiert. Der *Brundtland Report* (1987) beschäftigte sich etwas später auch mit sozialer Nachhaltigkeit, blieb aber vor der Konzeption einer Umsetzung stehen. Wirtschaftswachstum (gemessen am Bruttoinlandsprodukt/BIP) als (alleiniger) Indikator intakter Gesellschaften steht seit langem am Pranger: alternative Indikatoren wurden entwickelt, aber werden nur halbherzig erprobt, geschweige denn eingesetzt. Seit einiger Zeit befassen sich (Post-Wachstums) ÖkonomenInnen und politische ÖkologInnen mit den Möglichkeiten einer (westlichen) Welt in „Wohlstand ohne Wachstum“ unter Rücknahme des Konsumverhaltens.

Eine Diskussion zu Nachhaltigkeit unseres Gesundheitswesens resp. des medizinischen Handelns findet nicht statt: hier widmen wir uns allein dem Management des Wachstums. Die Diskussion zu wirksamen Instrumenten für Kostendämpfung ist begleitet von defensiver Mutlosigkeit und Verängstigung, irgendeinem/r Patienten/in etwas „vorzuenthalten“, eine mögliche Innovation in der Medizin zu übersehen. Aus unterschiedlichen Motivationen und gänzlich unverbunden, sprießen aber auch im Gesundheitswesen immer mehr „grass-root“ Initiativen, die für eine Rücknahme des Überflusses und des konsumistischen Denkens im Gesundheitswesen plädieren. Während die einen primär an die knappen Kassen denken (Disinvestment) oder den Schaden durch das Zuviel an Medizin betonen (Too much Medicine: Overdiagnosis, Over-treatment; Choosing Wisely; Slow Medicine, End-of-Life Decisions), reflektieren nur wenige normative Konzepte die Not-

wendigkeit für Wachstumsreduktion. Alle politischen Strömungen versprechen ein Mehr statt mit einem Weniger punkten zu wollen, Wachstum wird immer noch als Lösung nicht als Problem begriffen.

Aber was könnte nachhaltige Gesundheitsversorgung sein? Es liegt auf der Hand, dass jede Investition in konsumptive Aktivitäten (Spitalszentrierte Akutmedizin, Maximalversorgung mit geringen Gesundheitseffekten; Massenscreenings mit hohem Schadens- und geringem Nutzenpotential, etc.), die Ressourcen von investiven Aktivitäten (größtmögliche Bildung auch für Kinder aus bildungsfernen Gruppen; Gesundheitsbildung zur Selbstverantwortung; Resilienz-Förderung und Förderung von akzeptierendem Umgang mit Krankheit etc.) ablenkt. Eine Reallokation scheint – bei großem Optimismus – langfristig möglich. Ziel nachhaltigen Handelns ist die gerechte innere Verteilung (soziale Gerechtigkeit als Indikator) der limitierten Ressourcen und die Stärkung des Human- und Sozialkapitals (Chancengleichheit, Recht auf menschenwürdiges Leben, politische Partizipation als Indikatoren).

Wir sind Getriebene eines rein technisch orientierten Fortschrittsbegriffs, der die soziale Komponente ignoriert. Unser (unreflektierter) Fortschrittsbegriff unterminiert zukünftige Visionen einer nachhaltigen Gesellschaft und eines nachhaltigen Gesundheitswesens. Aus diesem Grund müssen Visionen zu einem nachhaltigen Gesundheitswesen bei der Befüllung des Fortschrittsbegriffs und bei der Neubesetzung des Innovationsbegriffs beginnen. Und hier haben Modell-Projekte zu sozialen Innovationen ihren Platz, zeigen uns vor, wo – mit wahrscheinlich höherem Personal- statt Technologieaufwand – würdige medizinische und pflegerische Versorgung passiert, konkretisieren und besetzen „Innovation“ mit neuen Bildern.

Das LBI-HTA hat sich in seinem Leitbild einem „qualitativen“ Fortschrittsbegriff verschrieben. Derzeit arbeiten wir an der Konzeption einer Dialogreihe mit dem Ziel, den Begrifflichkeit „nachhaltiges Gesundheitswesen“ greifbarer zu machen.

Priv. Doz. Dr. Claudia Wild, Leiterin des LBI-HTA

Quellen:

Hubmann, G. und J. Kapeller: Fortschrittsidee und politische Vision. Kongress Momentum „Fortschritt“ 2013.

Howaldt, J. und H. Jacobsen: Soziale Innovation.

Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma. 2010.

Jackson, T: Prosperity without Growth.

The transition to a sustainable economy. Sustainable Development Commission 2009.

Pennkamp, J: Wohlstand ohne Wachstum Ein Literaturüberblick.

Max Planck Institut für Gesellschaftsforschung 11/1. 2011.

Littig, B. und E. Griebler: Social Sustainability:

a catchword between political pragmatism and social theory. IntJ Sustain Develop 8(1/2): 2005.

✦ Inhalt

End-of-Life Initiativen	2
Chronische Erkrankungen	2
Versorgung von chronischen Wunden	3
Inkontinenz bei Frauen	4
Impressum	4



End-of-Life Initiativen

USA: (Pilot-)Projekt-evaluationen

Unter dem Überbegriff „Innovation Exchange: Tools to Improve Quality and Reduce Disparities“ werden seit einiger Zeit in der AHRQ/Agency for Health Research and Quality (USA) Datenbank auch Beschreibungen und Evaluierungen zu (Pilot-) Projekten in verschiedenen Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereichen und deren Wirksamkeit beschrieben. Im Bereich End-of-Life finden sich 3 Projekte: Die Auswirkungen auf Patientenverfügungen, auf öffentliche Wahrnehmung des Themas, auf Richtlinien und Rahmengesetze zur Überwindung von Barrieren im Zugang zu palliativmedizinischer Betreuung beschreiben und in Form von Evaluationsberichten vorlegen.

Nicht mehr als Pilotprojekt zu klassifizieren ist das bereits 2002 in Maryland gegründete „Council on Quality Care at the End-of-Life“. Die staatliche Agentur hat zur Aufgabe, edukative Angebote zu entwickeln, Datensammlungen und -analysen zu palliativen Betreuungsangeboten durchzuführen und den Impact von Gesetzen und Politiken zu monitoren (insb. mit dem Blick auf Barrieren im Zugang) sowie als Anwaltschaft zu wirken und Empfehlungen für Palliativeinrichtungen auszuarbeiten. Die post-hoc Analyse zeigt, dass die Agentur als Koordinator und Katalysator für wesentliche Fortschritte bei End-of-Life Initiativen diente: anwendungsfreundliche Patientenverfügungen, Ethik-Rahmenwerk zur Entscheidungsfindung in schwierigen Situationen, Mandat und Berichterstattung zur Palliativversorgung von Kindern.

In „Respecting Choices“ stehen die Ausbildung und der Einsatz von sog. „Facilitators“ zur Überwindung der Barrieren zur Erarbeitung von „Advance Care Planning“ und das Monitoren der „Compliance“ der behandelnden ÄrztInnen im Zentrum. Die Evaluierungsergebnisse zeigen, dass zum einen – seit Beginn der Beratungen durch

ausgebildetes Gesundheitspersonal – die Patientenverfügungen deutlich zunahmen, zum anderen diese auch in hohem Ausmaß respektiert werden und nicht zuletzt auch das Verständnis für PatientInnen-Präferenzen steigt. Das Pilotprojekt ist derzeit US-bundesweit im „Roll-Out“ und wurde auch in Australien als Modell übernommen.

Das Projekt „HealthPartners“ (Minneapolis) hat das Ziel, Patientenverfügungen insb. in bildungsfernen sozialen Gruppen bekannt zu machen und durch eine nicht-technischen sozial-adäquate Sprache die Unterschiede zwischen weißen und schwarzen US-AmerikanerInnen im Zugang zu End-of-Life Care zu reduzieren. CW

AHRQ/US 2013: End-of-Life Care Issues.
<http://www.innovations.ahrq.gov/issue.aspx?id=169>.

Chronische Erkrankungen

Optimierung des Disease-Managements

Chronische Erkrankungen wie COPD, KHK, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Diabetes oder chronische Wunden stellen zunehmend eine Belastung -nicht nur für betroffene PatientInnen- sondern auch für Gesundheitssysteme dar. Effektive Versorgungsstrukturen im niedergelassenen Bereich sind wichtige Faktoren, um ungünstige Folgeerscheinungen, inklusive (vermeidbarer) Rehospitalisierung, zu reduzieren.

Health Quality Ontario (Canada) ging daher in einer 15-teiligen „Mega-Analyse“ der Frage nach, mit welchen evidenzbasierten Maßnahmen die Versorgung chronisch Kranker im niedergelassenen Bereich optimiert werden könnte. Die untersuchten Maßnahmen reichten dabei von der Beeinflussung von Versorgungsprozessen und -strukturen bis hin zur Bewertung eigentlicher „Health Technologies“. Auf Basis

Termine

❖ 10. – 11. April 2014

2nd European Health Literacy Conference Aarhus/Denmark
<http://www.healthliteracyeurope.net/>

❖ 15. – 16. Mai 2014

„The international dimension in comparative health services research“
Utrecht/The Netherlands
<http://www.healthservicesresearch.eu/events>

❖ 22. – 23. Mai 2014

17. wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health – „Gesundheitsziele – der Weg als Ziel oder Wege zum Ziel?“
St. Pölten/Österreich
<http://www.oeph.at>

❖ 15. – 18. Juni 2014

HTAi 11. Annual meeting –
„Optimizing patient-centered care in an era of economic uncertainty“
Washington DC/USA
<http://www.htai2014.org/>

❖ 24. – 26. Juni 2014

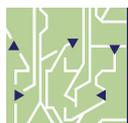
EHMA 2014 Annual conference –
„Leadership in healthcare: from bedside to board“
Birmingham/UK
<http://www.ehma.org/>

❖ 20. – 23. August 2014

11th G-I-N Conference: „Creation and Innovation: Guidelines in the Digital Age“
Melbourne/Australien
<http://www.g-i-n.net/conference/11th-conference>

❖ 15. – 17. September 2014

„Second Preventing Overdiagnosis Conference“
Oxford/UK
<http://www.preventingoverdiagnosis.net/>



der Übersichtsarbeiten wurden die Interventionen schließlich zusammenfassend in 3 Kategorien eingeteilt: jene, die sich als klinisch wirksam erwiesen, jene die zwar eine Wirksamkeit vermuten lassen, jedoch im nationalen Versorgungskontext einer näheren Analyse bedürfen und jene Maßnahmen, die keine Vorteile gegenüber der Routineversorgung aufwiesen.

Als erfolgsversprechend wurden das individualisierte Entlassungsmanagement, häusliche kurative, präventive oder unterstützende Maßnahmen, die Versorgungskontinuität (Informations-, Therapie- und Beziehungskontinuität), die Versorgung durch speziell ausgebildete Pflegekräfte sowie einige der bewerteten Technologien eingestuft. Einer eingehenderen Analyse bedürfen das „Stanford Chronic Disease Self-Management Program“ (zur Verbesserung der Selbstwirksamkeit) sowie elektronische Hilfsmittel zum Informationsaustausch. Ohne Zusatznutzen wurden poststationäre Unterstützungsmaßnahmen (zusätzlich zum Entlassungsmanagement), alternative Terminvereinbarungsmodelle (Möglichkeit des Arzttermins binnen 24h) sowie das Screening auf und Management von Depressionen bei chronisch Kranken eingestuft.

Die hier grob zusammengefassten Ergebnisse basieren jedoch auf sehr unterschiedlichen Evidenzleveln. Als weiteres Ergebnis wurde aufgezeigt, für welche Indikationsbereiche bzw. patientInnenrelevante Ergebnisparameter bislang gar keine Studienergebnisse verfügbar sind und daher noch dringender Forschungsbedarf besteht. BP

OHTAC/CA 2013: Optimizing chronic disease management in the community (outpatient) setting (OCDM): an evidentiary framework. OHTAC OCDM Collaborative. <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/eds/ohtas/evidentiary-framework-ocdm-130906-en.pdf>.

Versorgung von chronischen Wunden

Vergleich von Zweitlinientherapien

In einem systematischen Review des Evidence-based Practice Center der Johns Hopkins University in Baltimore (USA) wurde die Wirksamkeit verschiedener Zweitlinientherapien zur Behandlung chronischer Wunden untersucht. In dem Bericht ging es vorrangig um sogenannte venöse Beingeschwüre (auch als „offenes Bein“ oder „Ulcus cruris“ bezeichnet), die in Folge einer chronisch-venösen Insuffizienz auftreten können.

Beingeschwüre sind mit erheblichen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen verbunden. Hauptsächliche Krankheitsursachen sind Venenthrombosen und -entzündungen. Bei der Hälfte der PatientInnen kann eine Heilung durch Kompressionsverbände/-strümpfe und Wundsäuberung erzielt werden. Für die andere Hälfte ist eine zusätzliche Zweitlinientherapie nötig: aktive Wundauflagen, Antibiotika und Venenoperationen. Doch in der Fachwelt besteht kein Konsens welche der Interventionen das beste Behandlungsziel vorweisen.

In o.g. Review wurden von 10.000, durch systematische Suche, identifizierten Artikeln 60 Studien für die Analyse ausgewählt. Dabei kam zu Tage, dass für alle hydroaktiven Wundauflagen – gleich ob sie nun Hydrokolloide, Alginate, Schaumstoffe oder Hydrogele, etc. verwenden – die Studienlage für Schlussfolgerungen nicht ausreichend ist. Lediglich die bioaktiven Wundverbände (beinhalten sog. Hautsubstitute) konnten eine etwas schnellere Wundheilung, als Kompressionsverbände zeigen. Die Studienlage zur Therapie von Beingeschwüren mittels Antibiotika erwies sich als noch unzureichender. Hier konnte nur eine Studie eine marginal schnellere Heilung im Vergleich zur Behandlung mit Kompressionsverbänden nachweisen. Ein chirurgischer Eingriff an den Venen scheint

Rezente Assessments



Age.Na.S – Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

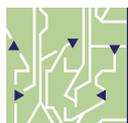
http://www.agenas.it/HTA_report.htm

- ❖ Prostheses for primary total hip replacement in Italy
- ❖ Rapid (bed-side) tests for influenza
- ❖ Wireless Capsule Endoscopy in the diagnosis of small bowel disease
- ❖ Prostheses for primary total knee replacement in Italy
- ❖ Technologies for the identification of osteoporosis
- ❖ HIFU for the treatment of prostate cancer
- ❖ HTA report: new devices for the management of glycaemia in young diabetics
- ❖ FDG-PET/CT for cancer staging

CTAF – Canadian Technology Assessment Forum

<http://www.ctaf.org/assessments>

- ❖ Treatments for Hepatitis C
- ❖ Supplemental Cancer Screening for Women with Dense Breasts
- ❖ Transcatheter Aortic Valve Replacement For Patients with Severe Aortic Stenosis Who Are At High Risk For Complications
- ❖ Use of Thrombectomy Devices for the Emergent Treatment of Acute Ischemic Stroke
- ❖ Percutaneous Coronary Intervention As An Alternative to Coronary Artery Bypass Graft (CABG) In Patients with Diabetes Mellitus and Multi-Vessel Disease
- ❖ Intra-Aortic Balloon Pump (IABP) For The Treatment Of Cardiogenic Shock



die Heilungsrate im Vergleich zur Behandlung mit Kompressionsverbänden nicht zu erhöhen.

Die Ergebnisse bedeuten nicht, dass die Zweitlinientherapien zur Behandlung von chronischen Wunden ihre Wirkung verfehlen. Die dürftige Studienlage erlaubt lediglich keine eindeutigen Schlüsse. SF

AHRQ/USA 2014: Chronic Venous Ulcers: A Comparative Effectiveness Review of Treatment Modalities.
<http://effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/367/1737/venous-ulcers-treatment-report-erratum-140127.pdf>

Inkontinenz bei Frauen

umstrittene Methoden

Bei den operativen Methoden, die zur Behandlung von Inkontinenz bei Frauen zum Einsatz kommen, werden oftmals stützende Netze oder Bänder eingesetzt. Bei den synthetischen Netzen traten aber gehäuft starke Beschwerden auf, die sogar zu Gerichtsverfahren gegen die Hersteller führten. Eine Literaturanalyse zur unterschiedlichen Sicherheit der Materialien bestätigt das erhöhte Risiko.

In der Studie wurden sowohl diverse Materialien, die im Rahmen von „Schlingen-Methoden“ verwendet werden, (z. B. spannungsfreie Bänder [TVT], Single-Inzision Schlingensystem, Pubovaginale Schlingen), als auch Netze, die bei Operationen

wegen Organvorfall (Prolaps) verwendet werden, auf ihre Sicherheit geprüft. Alle untersuchten unerwünschten Wirkungen traten bei den Prolaps-OPs mit nicht absorbierbaren synthetischen Netzen am häufigsten auf.

Beispielsweise berichteten Frauen nach erfolgter Schlingenmethode nach 6 Monaten kaum über Schmerzen, nach Verwendung synthetischer Netze im Rahmen einer Prolaps-OP litten hingegen bis zu 8 % der Frauen unter Schmerzen.

Eine wesentliche Komplikation ist die Erosion, worunter das Vorhandensein von Naht- oder Netzmaterial in den Organen im Umfeld der Scheide verstanden wird. Auch diese trat nach den Schlingemethoden seltener (1-2 %) auf, als nach der Prolaps-OP mit Netzen (1 von 15 Frauen), wobei sie bei Verwendung absorbierbarer Materialien weniger häufig sein dürfte, als bei nicht-absorbierbaren synthetischen Netzen. Mit der Erosion ist ein erhöhtes Re-Operationsrisiko verbunden. In den Studien war bei rund 5 % der „Netz-PatientInnen“ eine neuerliche Operation nötig.

Zu kritisieren ist, dass es zu einigen wichtigen Sicherheitsparametern kaum aussagekräftige Daten gibt, etwa zum Vergleich der Schmerzen nach Prolaps-OP mit bzw. ohne Netz oder zur Auswirkung auf die Sexualfunktion. IZ

Health Economics Consortium/UK 2012: Summaries of the Safety/Adverse Effects of Vaginal Tapes/Slings/Meshes for Stress Urinary Incontinence and Prolaps. York.
<http://www.mhra.gov.uk/home/groups/comms-ic/documents/websitesresources/con205383.pdf>

LBI-HTA Empfehlung

Slow Medicine Manifest



http://www.slowmedicine.it/Manifesto_ENG.pdf

Themen-Vorausschau April

- ❖ Comparative Effectiveness Methoden
- ❖ Technology Assessment at SickKids (TASK)
- ❖ Qualität in Palliativmedizin
- ❖ Musiktherapie in Palliativmedizin

Impressum

Redaktion:

Claudia Wild/CW
Judith Erdös/JE

BP: Brigitte Piso
CW: Claudia Wild
IZ: Ingrid Zechmeister-Koss
SF: Stefan Fischer

Graphik: Florian Bettel

Satz: Manuela Kaitna

Medieninhaber und Herausgeber:

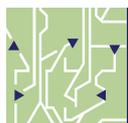
Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
A-1090 Wien, Nußdorfer Straße 64/6. Stock
<http://hta.lbg.ac.at/page/imprint>

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