

im blickpunkt

INFORMATION FÜR VERTRAGSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE

Antidiabetische Therapie bei Typ-2-Diabetes in Diskussion

Wundmanagement



B **KGK**

Burgenländische
Gebietskrankenkasse

Inhalt

Antidiabetische Therapie bei Typ-2-Diabetes in Diskussion	Seite 3
Wundmanagement	Seite 5
Arzneimittelnebenwirkungen in der Praxis: Allopurinol und ACE-Hemmer	Seite 7
Leitlinien – Pro & Kontra	Seite 9
Zahlenspiele in der Medizin	Seite 11
Strafzahlungen	Seite 12
Mütter- und Kindergesundheit – ein weltweiter Vergleich	Seite 13
End-of-life care – Sterbegleitung	Seite 14

Impressum

Kontaktadresse:

Dr. Silvia Eder, Dr. Werner Krischka
 Chefärztlicher Dienst der Burgenländischen Gebietskrankenkasse
 Telefon: 02682/608, Kl. 1050
 E-Mail: silvia.eder@bgkk.at und werner.krischka@bgkk.at

DI Berthold Reichardt, Behandlungsökonomie
 Telefon: 02682/608 Kl. 1405, E-Mail: berthold.reichardt@bgkk.at

Druck:

Wiener Gebietskrankenkasse
 1100 Wien, Wienerbergstraße 15–19

Satz- und Druckfehler vorbehalten

Bildquelle: Bilderbox und WGKK

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher
 Genehmigung der BGKK gestattet

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wie intensiv sollte der Blutzucker bei Diabetikern gesenkt werden? Wir haben für Sie die Ergebnisse der rezenten Studienergebnisse zur Bewertung der HbA1c-Zielwerte zusammengefasst und mit den Abrechnungsdaten mehrerer KV-Träger ergänzt.

Bei chronischen Hautwunden steht neben lokaltherapeutischen Maßnahmen die Abklärung und Behandlung der Ursache im Vordergrund.

In unserer Themenreihe Arzneimittelwechselwirkungen informieren wir Sie diesmal über die Interaktionen von Allopurinol und ACE-Hemmern und stellen entsprechende Maßnahmen vor.

Der vierte Artikel fasst die wichtigsten Inhalte und Botschaften der Veranstaltung „Leitlinien, pro und contra“, die am 3.11.2010 im Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger stattfand, zusammen.

Für den Arzt, der täglich wichtige Entscheidungen für seine Patienten trifft, kann das Buch „Zahlenspiele in der Medizin“ von Claudia Wild und Brigitte Piso eine Bereicherung sein, weil aus unterschiedliche Perspektiven die Grundlage für Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen aufgezeigt wird.

Im Vergleich zu den von der EU-Kommission verhängten Strafen nahmen Strafzahlungen der Pharmafirmen in den USA in den letzten drei Jahren ein beachtliches Ausmaß an.

Die Mütter- und Kindergesundheit zählt zu den wichtigsten Zielsetzungen der Gesundheitssysteme. Während in den Industrienationen die bestmögliche Betreuung von (werdenden) Müttern und Kindern großteils erreicht wird, sind die Verhältnisse in den Entwicklungsländern weit unter den Standards der Industrienationen.

Abschließend informieren wir Sie über einen internationalen Vergleich zur Qualität der Sterbegleitung.

Freundliche Grüße

DI Berthold Reichardt
 Behandlungsökonomie

Antidiabetische Therapie bei Typ-2-Diabetes in Diskussion

Altes Weltbild

Diabetes ist mit einer reduzierten Lebenserwartung verbunden, vor allem als Folge kardiovaskulärer Erkrankungen. Diese gelten als vermeidbar und dementsprechend sind die Therapieziele:

1. Senkung der Herzinfarkt- und Schlaganfallsrate,
2. Reduktion von diabetesbedingten Amputationen,
3. Erblindungen und Dialysepflichtigkeit.

Bis vor kurzem war das Weltbild der antidiabetische Therapie bei Typ-2-Diabetes klar: Ein hoher Blutzuckerwert bzw. ein hoher Langzeitblutzuckerwert korreliert mit einem hohen Risiko für Spätkomplikationen. Um diese zu verhindern, galt es, den HbA1c zu senken, da bereits 1998 mit der UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) gezeigt wurde, dass Diabetiker von der Blutzuckersenkung, vor allem von einer Therapie mit Metformin, profitieren (1,2).

Hypothese

Wenn schon die Senkung des HbA1c-Wertes von 8,0 % auf 7,4 % mit Metformin die Herzinfarktrate und Gesamtsterblichkeit senkt, um wie viel größer wird der Patientennutzen bei einer Senkung auf noch niedrigere Werte sein? Die Empfehlungen der einschlägigen Fachgesellschaften zum HbA1c-Zielwert lauten daher:

Österreichische Diabetes Gesellschaft (3)	≤ 6,5%
Schweizerische Diabetes Gesellschaft (4)	< 7,0%
(< 6,5 bei geringem Hypoglykämierisiko)	
American Diabetes Association (5)	< 7,0%
Canadian Diabetes Association (6)	< 7,0%
International Diabetes Federation (7)	< 6,5%

Herausforderung

Mit der ACCORD- und der ADVANCE-Studie wurde die Hypothese für niedrigere HbA1c-Werte überprüft (8, 9). In beiden Studien wurde ein sehr niedriger HbA1c-Wert in der Interventionsgruppe von 6,4 % bzw. 6,5 % gegenüber 7,5 % bzw. 7,3 % in der Kontrollgruppe erreicht. ACCORD wurde vorzeitig nach 3,5 Jahren wegen erhöhter Sterblichkeit in der Interventionsgruppe abgebrochen und auch ADVANCE zeigte keinen Patientenbenefit in den Parametern Sterblichkeit, makrovaskuläre Ereignisse und Retinopathien. ADVANCE wird allerdings als Argument für einen niedrigen HbA1c-Wert herangezogen, weil die Inzidenz der Nephropathie und der



Wie intensiv sollte der Blutzucker bei Diabetikern gesenkt werden?

kombinierte Endpunkt makro- und mikrovaskulärer Ereignisse signifikant gesenkt wurde.

Eine zusätzliche Perspektive ergibt sich durch eine aktuelle retrospektive Kohortenanalyse mit über 27.000 Diabetikern und der Mortalität als dem primären Studienendpunkt (10). ACCORD wird bestätigt, weil niedrige HbA1c-Werte um 6,4 % mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden sind. Außerdem steigt die Mortalität, wenn Typ-2-Diabetiker (zusätzlich) mit Insulin therapiert werden.

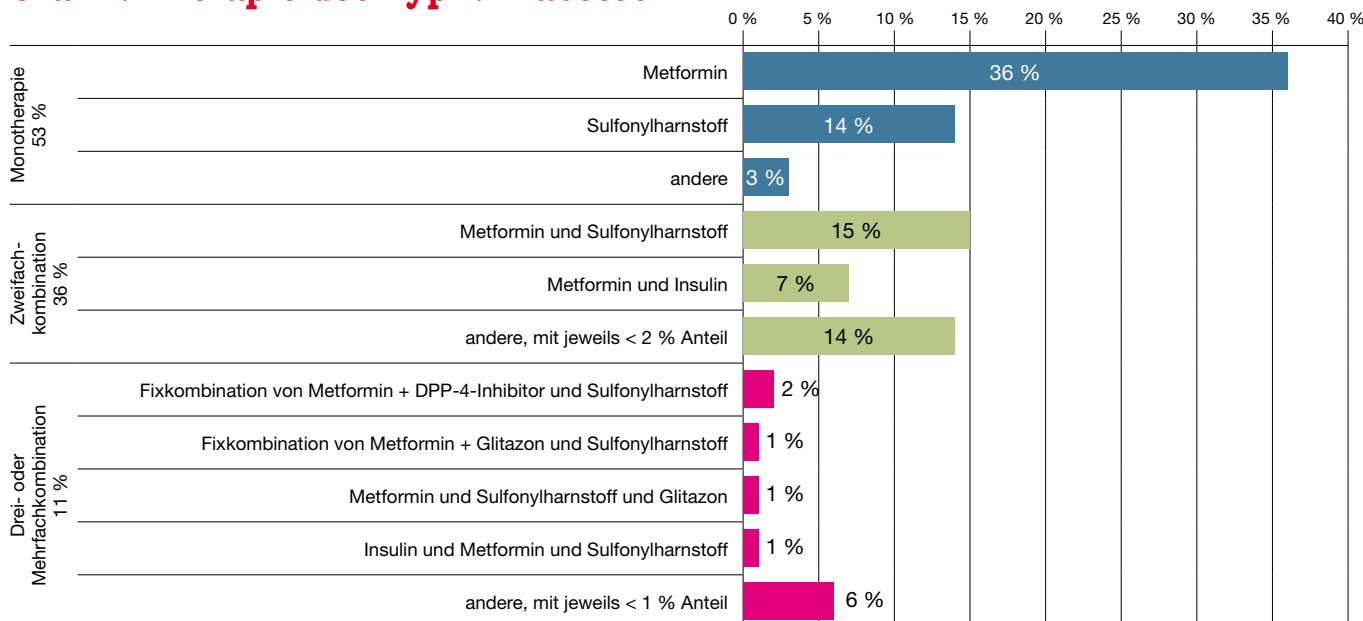
Diskussion

Die Bewertung der HbA1c-Zielwerte wurde nach ACCORD intensiv diskutiert (11, 12, 13, 14). Die deutsche Diabetesgesellschaft hält zum HbA1c-Zielwert fest, dass ein Wert < 6,5 % nur dann angestrebt werden soll, wenn

- Hypoglykämien (insbesondere schwere) weitestgehend vermieden werden,
- der therapeutische Effekt nicht mit einer wesentlichen Gewichtszunahme einhergeht,
- wenig untersuchte Mehrfachkombinationen von oralen Antidiabetika (d.h. in der Regel mehr als zwei) und insbesondere die Beibehaltung solcher Mehrfachkombinationen bei zusätzlicher Gabe von Insulin, vermieden werden.

Alternativ ist ein Zielwert von 7,0 % ausreichend.

Grafik: Therapie des Typ-2-Diabetes



Handlungsbedarf?

Die Analyse der Realversorgung von 133.274 Typ-2-Diabetikern aus den Abrechnungsdaten mehrerer KV-Träger mit insgesamt 4,4 Mio. Anspruchsberechtigten vom 2. Quartal 2010 zeigt folgende Verteilung:

- 53 % erhielten eine Monotherapie, vor allem mit Metformin (36 %) oder einem Sulfonylharnstoff (14 %)
- 36 % erhielten eine Zweifachkombination, am häufigsten dabei Metformin + Sulfonylharnstoff (15 %), Metformin + Insulin (7 %)
- 11 % erhielten eine Drei- oder Mehrfachkombination, am häufigsten dabei die Fixkombination von Metformin + DPP-4-Inhibitor und zusätzlich ein Sulfonylharnstoff (2 %), die Fixkombination von Metformin + Glitazon und zusätzlich ein Sulfonylharnstoff (1 %), Metformin + Sulfonylharnstoff + Glitazon (1 %), Insulin + Metformin + Sulfonylharnstoff (1 %)

11 % der Diabetiker werden zusätzlich zum oralen Antidiabetikum mit einem Insulin versorgt. Das Durchschnittsalter der Typ-2-Diabetiker liegt im 2. Quartal 2010 bei 66,8 Jahren und das Durchschnittsalter bei Therapiebeginn mit einem oralen Antidiabetikum bei 61,3 Jahren. 79 % der Patienten erhalten im Einstellungsquartal Metformin oder ein Kombinationspräparat mit Metformin. Im Vergleich zu den von SV-Trägern publizierten Daten von 2007–2008 (15) würde das einen Trend zu einer

früheren Diagnosestellung (2007: 63,4 Jahre, 2010: 61,3 Jahre) und zu einer vermehrten Metformintherapie (2007: 72 %, 2010: 79 %) bedeuten.

Die rezenten Studienergebnisse zum HbA1c-Zielwert sollten in den Leitlinien berücksichtigt werden.

Literatur

- 1 UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive bloodglucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352: 837–53
- 2 UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 1998; 352: 854–65
- 3 Diabetes mellitus – Leitlinien für die Praxis Wien Wochenschr (2009) 121/21–22 [Suppl 5]: S1–S87 <http://www.springerlink.com/content/3540562266364567/fulltext.pdf> (Zugang am 26.11.2010)
- 4 Massnahmen zur Blutzuckerkontrolle bei Patienten mit Typ-2-Diabetes-mellitus. Consensus statement der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und der Diabetologie (SGED) Schweiz Med Forum 2009;9(3):50–55 http://www.diabetesgesellschaft.ch/fileadmin/files/national/Informationen/Fachinfos/Blutzuckerkontrolle_le_Typ2.pdf (Zugang am 26.11.2010)
- 5 Standards of Medical Care in Diabetes—2010 *Diab Care* 33/1 Jan 2010 http://care.diabetesjournals.org/content/33/Supplement_1/S11.full.pdf+html (Zugang am 26.11.2010)
- 6 Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2008 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes* 2008;32 Suppl 1:S1–201. www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf (Zugang am 26.11.2010)
- 7 International Diabetes Federation. Global guideline for type 2 diabetes. 2005. www.idf.org/webdata/docs/GGT2D%2006%20Glucose%20control%20levels.pdf (Zugang am 26.11.2010)
- 8 Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2008;358:2545–59
- 9 Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2008;358:2560–72
- 10 Survival as a function of HbA1c in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Lancet* 2010; 375: 481–89
- 11 Editorial: Intensive Glycemic Control in the ACCORD and ADVANCE Trials *N Engl J Med* 2008;358:2630–33
- 12 Editorial: Glycemic Targets and Cardiovascular Disease *N Engl J Med* 2008;358:2633–35
- 13 Stellungnahme der DDG zu den Ergebnissen der ACCORD- und ADVANCE-tudien. http://www.deutsche-diabetesgesellschaft.de/redaktion/news/ACCORD_ADVANCE_DDG_Stellungnahme_2008_07_09.pdf (Zugang am 26.11.2010)
- 14 To lower or not to lower? Making sense of the latest research on intensive glycaemic control and cardiovascular outcomes. *EBM* April 2009;14/2:34–37
- 15 Guideline-conformity of initiation with oral hypoglycemic treatment for patients with newly therapy-dependent type 2 diabetes mellitus in Austria *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010 Nov 15

Wundmanagement

Immer wieder begegnet man den Begriffen „Wundmanagement“, „feuchte Wundbehandlung“, „moderne Wundversorgung“ im Bereich der Versorgung von Patienten mit chronischen Hautwunden. Leider werden oftmals nur die Wunden behandelt und nicht wie es das Wundmanagement vorsieht – der Patient. So führt oftmals die alleinige Anwendung der besten und teuersten Verbandstoffe zu keiner Verbesserung der Wundsituation.

Wundmanagement muss sich mit allen Maßnahmen, die für die Erreichung des Therapiezieles notwendig sind, befassen.

Als Beispiel sei herangezogen, dass eine Dekubitalulceration, unter anderem ohne entsprechende Druckentlastung nicht zur Abheilung kommen kann.

Natürlich gehört die entsprechende Auswahl des Verbandstoffes zum Gesamtkonzept der umfassenden Wundbehandlung.

Einen weiteren wesentlichen Bestandteil des Wundmanagement stellt die Wunddokumentation in den verschiedenen Varianten – von der handschriftlichen Dokumentation bis hin zur digitalen Wundanalyse - dar. Dies ermöglicht zu jedem Zeitpunkt eine Therapieüberprüfung und eine Wundverlaufskontrolle.

Warum wird das Wundmanagement immer wichtiger?

Die demographische Entwicklung zeigt eine eindeutige Entwicklung. Im Jahr 2030 wird jeder dritte Österreicher über 60 Jahre alt sein (Datenquelle: Statistik Austria). Von chronischen Hautwunden ist vorwiegend die ältere Generation betroffen und aufgrund der uns bevorstehenden Entwicklung wird somit auch mit einer Zunahme der Patienten mit chronischen Hautwunden zu rechnen sein.

In Österreich belaufen sich die jährlichen Kosten für das Gesundheitssystem auf ca. 250–290 Mio. Euro.

Warum feuchte Wundbehandlung?

Die Vorteile der „modernen“ feuchten Wundbehandlung

Für den Patienten:

- Atraumatischer Verbandwechsel
- Reduktion des Wundschmerzes

Für den Heilungsverlauf:

- Absorption und Retention von Exsudat → feuchter Wundgrund
- Beschleunigung autolytischer Prozesse
- Steigerung der Zellaktivität
- Erhaltung einer optimalen Wundtemperatur
- Schnellerer Heilungsverlauf
- Gasaustausch ermöglichen (MVTR vs. Kompressionsverband)
- Kontaminationsschutz

Aufgrund der aufgelisteten Vorteile der feuchten Wundbehandlung ist es dem Anwender möglich, den definierten Anforderungen an den optimalen Wundverband unter Berücksichtigung der Individualität des Patienten und der Wundheilungsphase gerecht zu werden.

Anforderungen an den optimalen Wundverband

- Schutz gegenüber physikalischen, chemischen und mikrobiellen Belastungen
- Anpassungsfähigkeit an die in der Wunde herrschenden Wundheilungsphasen
- gutes Preis-Wirksamkeits-Verhältnis
- Reduktion von Schmerz und Juckreiz
- Aufnahme von Wundexsudat, ohne die Wunde auszutrocknen

Wesentlicher Bestandteil des Wundmanagements ist die Wunddokumentation.





Die Auswahl des richtigen Verbandstoffes gehört zum Gesamtkonzept der umfassenden Wundbehandlung.

- nicht allergenes bzw. nicht irritatives Material von Material und Kleber
- Ermöglichung eines atraumatischen Verbandwechsels
- Vermeidung des Zurückbleibens von Verbandbestandteilen in der Wunde nach der Abnahme
- Gewährleistung des Gasaustausches

Verbandstoffe der feuchten Wundbehandlung

Der Markt bietet unzählige Materialien zur lokaltherapeutischen Behandlung von chronischen Hautwunden.

„Moderne“ Wundverbände sind oft in der Beschaffung kostenintensiver, können jedoch bei *fachge-*

rechter Anwendung und vor allem unter Berücksichtigung einer bestimmten *Tragedauer* ökonomischer sein als konventionelle Verbandstoffe.

Fazit

Bei der Behandlung von chronischen Hautwunden (z.B. Ulcus cruris, Dekubitus) steht die Abklärung und Behandlung der Ursache im Vordergrund.

Die lokaltherapeutischen Maßnahmen sind *ein Teil des Gesamtkonzeptes* der Behandlung. Moderne Wundverbände ermöglichen bei richtigem, phasengerechtem Einsatz eine Unterstützung des Heilungsverlaufes und eine Verbesserung der Lebensqualität des Patienten.

Wer die Wahl hat, hat die Qual



Arzneimittelnebenwirkungen in der Praxis: Allopurinol und ACE-Hemmer

Die Wechselwirkung zwischen Allopurinol und ACE-Hemmern gehört zu den häufigsten potenziellen Interaktionen. Sie tritt in rund 9 % aller angezeigten Interaktionsmeldungen auf. (1) Die Heilmittelabrechnungsdaten von einem KV-Träger zeigen, dass von Jänner bis September 2010 für insgesamt 5.071 Patientinnen und Patienten Allopurinol mit einem ACE-Hemmer gleichzeitig für mindestens 2 Monate verordnet wurde.

Erhöhte Gefahr von immunologischen Reaktionen vor allem bei Erstverordnungen

Bei gemeinsamer Verabreichung von ACE-Hemmern und Allopurinol besteht die erhöhte Gefahr von immunologischen Reaktionen wie Leukopenie und Hautreaktionen. Die Interaktion kann innerhalb von Tagen bis mehreren Wochen auftreten.

Bei Therapien mit den beiden Interaktionspartnern, die länger als drei Monate dauern, ist eine Wechselwirkung eher unwahrscheinlich. Besondere Vorsicht ist daher bei Erstverordnungen der Kombination geboten: Es wird empfohlen, vor Beginn der gleichzeitigen Behandlung und in regelmäßigen Abständen währenddessen Blutbildkontrollen durchzuführen.

Außerdem sollen die Patientinnen und Patienten darüber informiert werden, dass sie bei Auftreten von Hautreaktionen oder Infektionen (z.B. Fieber, Halsschmerzen) umgehend ihre Ärztin/ihren Arzt informieren, damit bei Bedarf sofort ein Blutbild erstellt werden kann. Bei einer Neutropenie oder Verdacht darauf sollen beide Arzneimittel abgesetzt werden. Der Mechanismus für das Zustandekommen dieser Interaktion ist bislang nicht bekannt. Grundsätzlich können aber auch Allopurinol und ACE-Hemmer alleine bereits immunologische Reaktionen hervorrufen. (2, 3)

Niereninsuffizienz als Risikofaktor

Niereninsuffizienz stellt einen Risikofaktor für die Interaktion dar. Zu Beginn einer Therapie mit ACE-Hemmern sollte aber ohnehin das Serumkreatinin engmaschig kontrolliert werden. Ähnliches gilt auch für den Therapiebeginn mit einem Urikostatikum: Hier wird bei Niereninsuffizienz eine Dosisreduktion empfohlen.



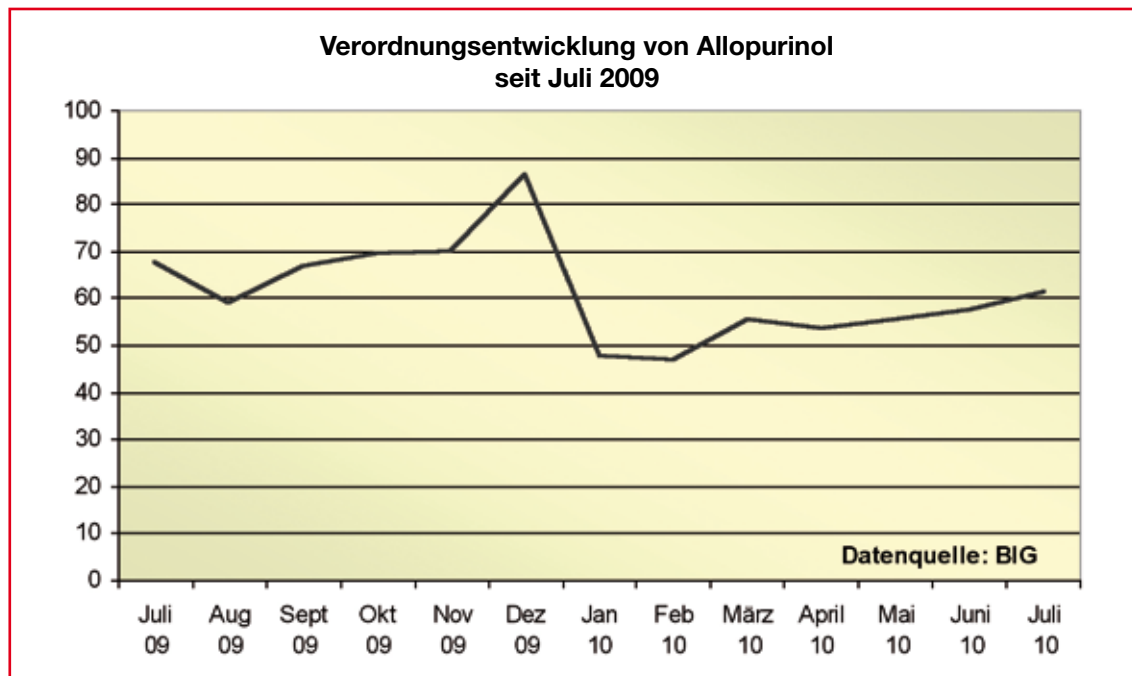
Besondere Vorsicht ist bei Erstverordnungen der Kombination Allopurinol und ACE-Hemmer geboten.

Keine medikamentöse Therapie bei asymptomatischer Hyperurikämie

Die asymptomatische Hyperurikämie stellt keine Indikation für eine medikamentöse harnsäuresenkende Therapie dar. Diese ist erst bei manifester Gichtkrankung bei Patientinnen und Patienten mit mindestens zwei Gichtanfällen im Verlauf eines Jahres angezeigt, sowie bei destruierenden Gelenkveränderungen mit/ohne Tophi und bei Bestehen einer Uratnephropathie mit/ohne Harnsäuresteinen. Teil des Therapiemanagements sollten jedenfalls Allgemeinmaßnahmen sein wie die Reduktion von purinreicher Kost, die Einschränkung von fruktosehaltigen Getränken und Alkoholkonsum, sowie eine vorsichtige Gewichtsreduktion um < 1 kg pro Monat mit leichtem Training. (4)

Allopurinol ruft am häufigsten Stevens-Johnson-Syndrom und toxisch epidermale Nekrolyse hervor. Das Risiko für diese schweren Arzneimittelreaktionen der Haut steigt mit der Höhe der Dosierung (bei > 200 mg täglich) und sinkt mit der Dauer der Anwendung. Allopurinol sollte daher nicht unkritisch zur „Laborkosmetik“ von leicht erhöhten, asymptomatischen Harnsäurewerten angewendet werden. (5)

Den Heilmittelabrechnungsdaten der österreichischen Krankenversicherungsträger zufolge unterliegen die Verordnungen von Allopurinol einem stetigen Wachstum:



Die Niereninsuffizienz ist ein Risikofaktor für die Interaktion.



Im Jänner 2010 kam es zwar mit der Anhebung der Rezeptgebühr auf EUR 5,00 zu einem Einbruch der Verordnungszahlen. Ab diesem Zeitpunkt haben jedoch die Verordnungen zugenommen. Wenn man bedenkt, dass der Kassenpreis von 60 % der Allopurinol-hältigen Arzneispezialitäten unter der Rezeptgebühr liegt und diese daher nur noch bei gebührenbefreiten Personen mit den KV-Trägern verrechnet werden, dürften die realen Verordnungszahlen wesentlich höher sein.

Literatur:

- (1) Wichtige Arzneimittelwechselwirkungen in der Praxis; Top Tipps der NÖGKK Nr. 2/2009
- (2) Austria Codex Interaktionsprogramm des Apotheker-Verlags, Stand: 09/2010
- (3) Gerdemann A. et al.: Interaktionen- Allopurinol und ACE-Hemmer; Pharmazeutische Zeitung online 18/2008, <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=5605>; Zugriff am 9.12.2010
- (4) Tausche, AK. et al.: Gicht – aktuelle Aspekte in Diagnostik und Therapie; Deutsches Ärzteblatt 2009, 106 (34-35): 549-555
- (5) Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, „UAW-News International“ – Allopurinol ist die häufigste Ursache für Stevens-Johnson-Syndrom und Toxisch epidermale Nekrolyse in Europa und Israel; Deutsches Ärzteblatt 2009, 106 (36): A 1753-1754

Leitlinien – Pro & Kontra

Am 3. November 2010 fand im Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger die Veranstaltung „Leitlinien – Pro & Kontra“ statt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer stammten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens wie z.B. dem Bundesministerium für Gesundheit, der Sozialversicherung, der Ärztekammer, der Apothekerkammer und der Pharmaindustrie.

Eröffnet wurde die Veranstaltung vom Verbandsvorsitzenden des Hauptverbandes, **Dr. Hans Jörg Schelling**, der darauf hinwies, dass sich die Sozialversicherung nicht zuletzt aufgrund ihres gesetzlichen Auftrags in der Verantwortung für Qualität im Gesundheitswesen sieht. Leitlinien sind kein Ziel in sich, sondern sehr gute Instrumente, um das Qualitätsziel zu erreichen – vorausgesetzt, sie werden richtig verstanden, entwickelt und eingesetzt.

Als nächstes folgte ein Vortrag von **Dr. Gottfried Endel**, dem Leiter der Abteilung für Evidence Based Healthcare im Hauptverband. Eingangs brachte Dr. Endel verschiedene Definitionen, wobei zwischen medizinischen Leitlinien und Richtlinien klar zu differenzieren ist: Leitlinien sind – anders als Richtlinien – nicht bindend und müssen an den Einzelfall angepasst werden. Auch das Gesundheitsqualitätsgesetz unterscheidet zwischen Bundesqualitätsrichtlinien, die vom Bundesminister für Gesundheit durch Verordnung erlassen werden und verbindlich sind, und Bundesqualitätsleitlinien, die empfohlene Standards darstellen. Für Dr. Endel liegt der Zweck von Leitlinien darin, medizinische Informationen für die Ärztin/den Arzt entsprechend aufzubereiten. Die Hausärztin/der Hausarzt müsste, um über den Bereich der Evidence Based Medicine aktuell informiert zu sein, pro Tag 8.000 Studien lesen, wobei ohnehin 95 % der klinischen Studien im klinischen Alltag nicht verwendbar sind. Um die Arbeitslast der Ärztinnen und Ärzte zu reduzieren, braucht man Leitlinien, mit denen 80 % der Patientinnen und Patienten gut behandelt werden können. Ein weiteres Ziel für die Erstellung von Leitlinien ist die Steigerung der Qualität durch Verringerung der Variabilität und durch Schaffung von Chancengleichheit für alle Patientinnen und Patienten. Überdies führt die Verwendung von Leitlinien zur Erhöhung der Sicherheit.

Auch **Dr. Silvia Türk**, die Leiterin der Abteilung I/B/13 für Qualitätsmanagement und Gesundheitsforschung im Bundesministerium für Gesundheit, ging auf die verschiedenen Vor- und Nachteile von Leitlinien, Standards und Behandlungspfaden ein: Die Vorteile von medizinischen Leitlinien sieht sie unter anderem in der Entscheidungshilfe für Ärztinnen und Ärzte, in der Information für Patientinnen und Patienten und in der Vermeidung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Schritte. Die Nachteile liegen darin, dass vorhandene Strukturen oft nicht berücksichtigt werden, keine Informationen zu Kosten und Nutzwert gegeben werden und Leitlinien eine lange Vorlaufzeit haben. Das Bundesministerium für Gesundheit sieht seine Aufgabe in der Etablierung eines flächendeckenden Qualitätssystems im Gesundheitswesen. Dafür werden medizinisch wissenschaftliche Leitlinien als Basis und genau definierte Standards und Behandlungspfade als Handlungsrahmen benötigt.

Eva-Maria Baumer, MPH, vom Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) sprach über Qualitätsstandards: Diese sind nicht nur für Ärztinnen und Ärzte sondern auch für andere Gesundheitsberufe notwendig. Standards sollten patientenbezogen sein und die organisatorischen Rahmenbedingungen wiedergeben. Die Metaleitlinie stellt die Entwicklungsmethode für Qualitätsstandards dar. In der Folge legte Baumer die einzelnen Schritte dieser Entwicklungsmethode dar und stellte die vom BIQG bisher entwickelten Standards vor.

Mag. Karin Eger, die Leiterin des Competence Centers für Integrierte Versorgung, widmete sich der Bedeutung von Leitlinien in der Integrierten Versorgung. In indikationsspezifischen Versorgungsmodellen werden Versorgungsleitlinien gebraucht. Ziel dieser Modelle ist die Verbesserung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit. Mag. Eger stellte als Beispiel für die Integration von medizinischen Leitlinien in ein Projekt der Integrierten Versorgung das „Netzwerk aktiv – besser leben mit Demenz“ vor. Eine eigens dafür entwickelte medizinische Leitlinie bildet das Kernstück der Versorgung im Netzwerk und ist Grundlage für den sektorenübergreifenden Versorgungspfad. Die Leitlinie wurde durch die Medizinische Universität Wien in Kooperation mit dem BIQG und unter Beteiligung von Expertinnen und Experten aus der Demenzversor-



Leitlinien können helfen, unnötige diagnostische und therapeutische Schritte zu vermeiden.

gung entwickelt und mit den betreffenden Fachgesellschaften und dem Hauptverband abgestimmt. Sie beinhaltet primäre Prävention und Risk Assessment, Diagnostik inklusive Früherkennung, Therapie, die Beschreibung der Nahtstellen und der Rolle und Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte im Netzwerk. Durch die Leitlinie sollen evidenzbasierte Diagnosestellung und entsprechende Behandlung/Versorgung ermöglicht werden. Die bereichsübergreifende Zusammenarbeit und die Versorgungssituation sollen dadurch verbessert und ein möglichst langer Verbleib in häuslicher Pflege ermöglicht werden. Neben dem „Netzwerk aktiv – besser leben mit Demenz“ hat das Competence Centers für Integrierte Versorgung die Disease Management Programme „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ und „Therapie Aktiv – Risikofaktor Herzinfarkt“ entwickelt.

Im letzten Vortrag der Veranstaltung beschreibt **Dr. Monika Nothacker, MPH**, vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin in Berlin die Situation der nationalen Versorgungsleitlinien in Deutschland. Das Programm für nationale Versorgungsleitlinien wurde 2002 initiiert und durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin organisiert. Bisher wurden nationale Versorgungsleitlinien für die Themen Asthma, COPD, Herzinsuffizienz, KHK, Kreuzschmerz und die Diabetes-Module Fuß-, Netzhaut- und Nierenkomplikationen erstellt, die unter www.versorgungsleitlinien.de abrufbar sind. Sie werden interdisziplinär mit Beteiligung von Patientenvertreterinnen und -vertreter, als auch Vertreterinnen und Vertreter nichtärztlicher Berufe erarbeitet, umfassen die gesamte Versorgungskette (ambulant und stationär) einschließlich Rehabilitation und enthalten grundsätzlich je ein Kapitel zum Versorgungsmanagement und zum Qualitätsmanagement. Im Jahr 2005 wurde beschlossen, Qualitätsindikatoren für die nationalen Versorgungsleitlinien festzulegen, auf

Basis derer die Überprüfung der Leitlinien-Anwendung in der Praxis, die individuelle Ergebnisqualität der Therapie und die Auswirkungen der Leitlinie auf alle von ihr betroffenen Patientinnen und Patienten beurteilt werden können. Probleme bei der Erstellung der Qualitätsindikatoren für die bestehenden Leitlinien ergeben sich allerdings in der Praxis daraus, dass die Mehrzahl der starken Empfehlungen bisher schlecht messbar ist, und dass selbst als potenziell messbar eingestufte Empfehlungen oft nicht für einen Qualitätsindikator präzise genug formuliert sind.

Bei der anschließenden Diskussion hatten die Podiumsgäste die Möglichkeit, Statements zur Leitlinienthematik abzugeben: **Dr. Friedrich Hackl**, der Referent QS der Ärztekammer für Wien, erklärte, dass Leitlinien als Basis für die Vermittlung von Wissen von der Ärztekammer für Wien gut geheißen werden, aber als Vorgabe für „Dienst nach Vorschrift“ qualitätsvernichtend seien.

Der niederösterreichische Patientenanwalt **Dr. Gerald Bachinger** sagte, dass seiner Meinung nach aus medizinischen Leitlinien sicher nie Richtlinien würden. Leitlinien würden zwar bei der Überprüfung, ob ein Fehler/Schaden auf die Ärztin/den Arzt rückführbar ist, herangezogen, läge aber kein leitlinienkonformer Fall vor, so dürfe nicht, sondern müsse die Ärztin/der Arzt sogar von den Leitlinien abweichen.

Dr. Irmgard Schiller-Frühwirt, MPH, von der Abteilung für Evidence Based Healthcare im Hauptverband bedauerte, dass in Österreich eine Leitlinien-Clearingstelle in Form einer Institution, die von allen Stakeholdern bezahlt wird, fehle. Der Sinn einer solchen Clearingstelle läge in der methodischen und inhaltlichen Bewertung von Leitlinien.

Dr. Susanne Rabady, die Projektleiterin von „EbM-Guidelines für Allgemeinmedizin“, meinte, dass ein ärztliches Grundbedürfnis jenes nach Sicherheit ist, der Patientin/dem Patienten nicht zu schaden. Aus diesem Grund sei ein Instrument zur Kontrolle und Steuerung durchaus erwünscht. EbM könne nur Dinge umfassen, die quantitativ messbar sind. Die Anwendung von Leitlinien am Individuum setze voraus, dass die Komplexität, die bei der Leitlinienerstellung eliminiert wurde, wieder hergestellt wird. Dies sei die Kunst ärztlichen Handelns.

Zahlenspiele in der Medizin

Als die Herausgeberinnen Claudia Wild und Brigitte Piso ihr Buch im März 2010 erstmals präsentierten, war die Aufregung groß. Ein gutes Dutzend von Autoren zeigt anhand von zum Teil ganz aktuellen Beispielen wie der Schweinegrippeimpfung auf, wie Anbieterinteressen vor Patienteninteressen gestellt werden können und tatsächlich auch werden. Dies hat zum Teil sehr heftige Kritik an den Autoren und den Herausgeberinnen hervorgerufen. Die Themen der darauf folgenden Diskussion, die sich transparent in Internetforen wieder findet, waren polarisierend. Ein gutes halbes Jahr später sollte auch eine objektivere Buchbesprechung möglich sein.

Das Buch „Zahlenspiele in der Medizin“ ist jedenfalls auch für Insider im Gesundheitswesen eine Bereicherung und daher empfehlenswert. Ein positiver Aspekt des Buches ist, dass die 15 Kapitel von 14 unterschiedlichen Autoren und Autorengruppen geschrieben wurden. Die einzelnen Kapitel können daher einerseits in willkürlicher Reihenfolge gelesen werden und andererseits kann in jedem Artikel problemlos abgebrochen werden, wenn man sich mit dem Stil, den Inhalten oder der Argumentation nicht identifizieren kann. Für den Arzt, der täglich wichtige Entscheidungen für seine Patienten trifft, kann dieses Buch eine Bereicherung sein, weil aus unterschiedlichen Perspektiven die Grundlage für Entscheidungsfindungen im Gesundheitswesen aufgezeigt wird.

Anhand von konkreten Problemstellungen wird auf unterschiedliche Perspektiven in der Bewertung von Daten, die auch als Entscheidungsgrundlage im öffentlichen Gesundheitswesen herangezogen werden, hingewiesen. Es werden ja nicht jene Themen diskutiert, die ohnehin trivial sind. Es sollten im Gesundheitssystem jene Interventions- und Finanzierungsvorschläge besonders kritisch gesehen werden, die mit „perspektivischen Verzerrungen“ einhergehen. Dies wird erreicht, wenn das Problem als sehr groß und bedeutend dargestellt wird, z.B. wenn mit der weltweiten Anzahl der Betroffenen oder Patienten argumentiert wird. So können zehntausende Patienten angeführt werden, obwohl in Österreich nur wenige betroffen sind. Um den Aufwand der vom Anbieter gewünschten Intervention möglichst niedrig darzustellen, werden die Fol-

gekosten der Nichtintervention extrapoliert. Einer Intervention, die z.B. 100 Euro kostet, werden die Kosten eines Herzinfarktes oder eines Intensivstationaufenthaltes gegenübergestellt, um so die Kosteneffizienz der Intervention zu rechtfertigen. Leider beruhen diese Folgekostenverhinderungen allerdings oft nur auf Hypothesen und theoretisch möglichen Überlegungen und der Anbieter geht nicht einmal das Risiko ein, seine Hypothese in einer wissenschaftlichen Studie überprüfen zu lassen.

Von den konkret dargestellten unterschiedlichen Beurteilungen von Gesundheitsinterventionen sind zwischenzeitlich einige geklärt. Die Vogel- und die Schweinegrippe waren für die Bevölkerung doch nicht so gefährlich und Schutzmasken, Impfstoffe und Grippemedikamente liegen in großer Stückzahl auf Vorrat. Die ursprünglich „möglicherweise lebensverlängernde Therapie“ mit Erythropoietin besetzt in der Onkologie nur noch eine Nischenindikation. Bei anderen Themen, wie z.B. den neuen Krebsmedikamenten, wird in absehbarer Zeit entschieden sein, ob sie wirklich das bringen, was manche Experten jetzt schon als gesichert sehen und bei der Gebärmutterhalskrebsimpfung wird erst in einigen Jahrzehnten der Patientennutzen bzw. fehlende Patientennutzen zweifelsfrei evaluierbar sein.

Entscheidungsträger im Gesundheitswesen sollten sich daher nicht nur auf die aufbereiteten Daten des Anbieters beschränken, sondern diese auch unter einer kritischer Perspektive würdigen und dann jene Entscheidung treffen, die mit dem größten Patientennutzen und der höchsten Effizienz einhergeht. Die „Zahlenspiele in der Medizin“ können helfen, den kritischen Blick zu schärfen.

Zahlenspiele in der Medizin: Eine kritische Analyse

Brigitte Piso, Claudia Wild (Herausgeber)

Verlag Orac März 2010

ISBN: 978-3-7015-0523-4

Strafzahlungen

Pfizer	\$ 2.300 Mio.
Lilly	\$ 1.400 Mio.
GlaxoSmith Kline	\$ 750 Mio.
AstraZeneca	\$ 520 Mio.
Bristol-Myers Squibb	\$ 515 Mio.

Tabellarisch sind die Strafzahlungen der Pharmafirmen als Verhandlungsergebnis mit den staatlichen Stellen in den USA in der New York Times angeführt (1). Diese betreffen den Zeitraum der letzten drei Jahre und erfolgten wegen

- illegaler Bewerbung von Bextra, Geodon (Ziprasidon), Lyrica und Zyvox (Linezolid) durch Pfizer (2)
- illegaler Bewerbung von Zyprexa außerhalb der Zulassung bei Demenz durch Lilly (3)
- jahrelangem Verkaufs von Medikamenten, die möglicherweise verunreinigt waren, darunter Avandia und Paxil (Paroxetin). Möglicherweise wurde auch eine Charge des Antidepressivums ohne aktivem Wirkstoff verkauft (GSK) (1)
- illegaler Bewerbung von Seroquel außerhalb der Zulassung bei Demenz durch AstraZeneca (4)
- illegaler Zahlungen an Ärzte, Bewerbung von Abilify bei Kindern und bei Demenz und illegaler Preisabsprachen durch BMS (5)

Im Vergleich ist die von der EU-Kommission verhängte Strafe von EUR 60 Mio., von der AstraZeneca schließlich EUR 52,5 Mio. für den Missbrauch von Patenten zur Abwehr von generischen Mitbewerbern bezahlen musste, gering (6). Gibt es in Europa die illegalen Praktiken der forschenden Pharmaindustrie nicht in diesem Ausmaß, oder ist die europäische Gesetzgebung großzügiger?

Was das österreichische Gesundheitssystem und die Patienten benötigen, sind:

- patientenbezogene Zielsetzungen als Gesundheitsziele
- Innovationen
- fairen Wettbewerb
- Transparenz
- eine Medikamentenversorgung auf Basis einer evidence based medicine

Was das österreichische Gesundheitssystem und die Patienten nicht brauchen, sind:

- Verkaufsförderung durch Argumentation von Unterversorgungsbereichen auf unwissenschaftlicher Datenbasis
- Argumentation einer Innovationsfeindlichkeit des Gesundheitssystems, wenn fundierte Analysen zum gegenteiligen Ergebnis kommen (7,8,9)
- Me-too-Präparate, die als Schrittinovation mit hohem Preisaufschlag vermarktet werden
- Generikaabwehrstrategien, für die Ärzte als Testimonials missbraucht werden

Literatur

- 1 Glaxo to Pay \$750 Million for Sale of Bad Products
The New York Times October 26, 2010
- 2 Pfizer Pays \$2.3 Billion to Settle Marketing Case
The New York Times September 3, 2009
- 3 Eli Lilly and Company Agrees to Pay \$1.415 Billion to Resolve Allegations of Off-label Promotion of Zyprexa
US Department of Justice <http://www.justice.gov/opa/pr/2009/January/09-civ-038.html>
- 4 Pharmaceutical Giant Astrazeneca To Pay \$520 Million US Department of Health and Human Services
<http://www.hhs.gov/news/press/2010pres/04/20100427a.html>
- 5 Bristol-Myers Squibb to Pay More Than \$515 Million to Resolve Allegations of Illegal Drug Marketing and Pricing
Department of Justice http://www.justice.gov/opa/pr/2007/September/07_civ_782.html (Zugang am 26.11.2010)
- 6 Wettbewerb: Geldbuße von 60 Mio. EUR gegen AstraZeneca wegen Missbrauchs des Patentsystems zur Hinauszögerung des Markteintritts von konkurrierenden Generikaherstellern <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/05/737&format=HTML&aged=1&language=DE&guiLanguage=en> (Zugang am 26.11.2010)
- 7 Wilkin N. et. al: Comparator Report on Patient Access to Cancer Drugs in Europe, 23. November 2009 (hardcopy)
<http://www.efpia.eu/Content/Default.asp?PageID=559&DocID=6335> (Zugang am 26.11.2010)
- 8 Access to Innovative Treatments in Multiple Sclerosis in Europe: A Report prepared for the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA), October 2009
- 9 Reichardt B, Füzi J: Supply of Patients with TNF-Blockers in Austria
Ann Rheum Dis 2009;68(Suppl3):343

Mütter- und Kindergesundheit – ein weltweiter Vergleich

Die Mütter- und Kindergesundheit zählt zu den wichtigsten Zielsetzungen der Gesundheitssysteme. Während in den Industrieländern die bestmögliche Betreuung von (werdenden) Müttern und Kindern großteils erreicht wird, sind die Verhältnisse in den Entwicklungsländern weit unter den Standards der Industrienationen.

„Women on the Front Lines of Health Care“ (1)

In einer Vergleichsuntersuchung von 160 Ländern, davon 43 Industrieländer und 117 Entwicklungsländer, wird aufgezeigt, wo die besten gesundheitlichen Voraussetzungen für Mütter und Kinder gegeben sind.

Die Rankingliste wird in mehrere Gruppen eingeteilt. Eine davon enthält die 43 entwickelten Industrieländer auf die sich die vorliegende Zusammenfassung konzentriert. An erster Stelle steht Norwegen, gefolgt von Australien und Island. **Österreich liegt an Stelle 26 und könnte sich daher in einigen Bereichen noch verbessern.**

Die Berechnung des „Mother’s Index“ setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen:

Mortalitätsrisiko

Einer der Hauptfaktoren zur Bewertung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Müttern ist deren Tod bei der Geburt. Das lebenslange Risiko des mütterlichen Todes bei der Geburt liegt in Österreich bei 1:21.500 und damit auf Platz 5 der 43 Industrieländer.

Die durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen in Österreich beträgt bei deren Geburt 83 Jahre. Die österreichischen Frauen sind dadurch an 8. Stelle im internationalen Vergleich.

Familienplanung

Eine besondere Rolle bei Müttern spielt die Verwendung von modernen Verhütungsmitteln. In Österreich werden diese von 47 % aller Frauen verwendet (Rang 26).

Ausbildung

Je besser die Ausbildung ist, umso stärker ist das Gesundheitsbewusstsein ausgeprägt und wird auf

die eigene Gesundheit und die des Kindes geachtet. Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass die allgemeinen Voraussetzungen für ein gesundes Leben dort besser sind, wo finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, die eine lange und angemessene Ausbildung ermöglichen. Österreich liegt hier im Durchschnitt.

Finanzielle Mittel und sozialpolitische Weichenstellung

Die finanzielle und sozialpolitische Unterstützung der Mütter und Kinder durch den Staat spielen beim Wohlbefinden und der Gesundheit eine große Rolle. Die finanzielle Unterstützung von Müttern durch das Wochengeld und in weiterer Folge des Kinderbetreuungsgeldes ist in Österreich flächendeckend ausgebaut. Das Einkommen der Frauen liegt in Österreich immer noch deutlich unter dem Durchschnittseinkommen der Männer. Dies wird im aktuellen Frauenbericht 2010 bestätigt (2).

Mit einem Frauenanteil von 28 % aller Sitze in der nationalen Regierung befindet sich Österreich international gesehen im Mittelfeld.

Ausblick

Um die Mütter- und Kindergesundheit weltweit zu verbessern und den Zugang zu Gesundheitsanbietern und -leistungen zu ermöglichen oder zu verbessern, ist in erster Linie dort anzusetzen, wo die meisten Mängel festgestellt werden. In den Ländern, in denen der Zugang zu den Gesundheitsleistungen bereits flächendeckend ausgebaut ist, kann durch verstärkte Ausgaben für die Gesundheitsprävention und -interventionen die Qualität der Leistungen gesteigert werden.

Letztendlich liegt es jedoch in der Eigenverantwortung der Mütter, wie sie mit ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Kinder umgehen, welches Gesundheitsbewusstsein sie im Zuge der Schwangerschaft entwickeln und ob und welche Leistungen sie für sich und ihre Kinder in Anspruch nehmen.

Quellen für detailliertere Informationen zum Thema, das im Artikel nur auszugsweise behandelt wurde:

- 1 Women on the Front Lines of Health Care, State of the World’s Mothers 2010 http://www.savethechildren.net/alliance/what_we_do/every_one/reports/SOWM2010_Report.pdf (Zugang am 29.9.2010)
- 2 Frauenbericht Teil II, S. 474 http://www.frauen.bka.gv.at/studien/frauenbericht2010/Frauenbericht_Teil2_3Biffl.pdf (Zugang am 29.9.2010)

End-of-life care – Sterbebegleitung

Maßnahmen zur Verbesserung im Bereich Public Health rücken in der Gesundheitspolitik immer mehr in den Mittelpunkt des Interesses. Ziel von Public Health ist es, Krankheiten vorzubeugen, die Lebenserwartung zu erhöhen und die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern. Die wichtigsten Maßnahmen sind all jene, welche die Lebensqualität von Kranken verbessern. Zur Messung der Lebensqualität wird als Indikator die „Quality of life“ herangezogen.

Aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung müssen zukünftig die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung so ausgelegt werden, dass sie den Bedürfnissen der älteren Gesellschaft gerecht werden. Besondere Betreuung soll den Patienten vor allem in ihren letzten Lebenswochen geschenkt werden (1).

Palliative Versorgung

Obwohl es gerade im letzten Lebensabschnitt einer besonders intensiven und umfassenden Betreuung bedarf, ist diese in vielen Ländern – auch in solchen mit einem sonst gut funktionierenden Gesundheitssystem – verbesserungsbedürftig. Es handelt sich hierbei um die palliative Versorgung, die nicht nur versucht, die physischen Schmerzen zu lindern, sondern auch stärker auf die psychischen, sozialen und seelischen Aspekte eingeht. Solch eine Begleitung in den letzten Lebenstagen trägt sehr zur Lebensqualität eines Menschen bei (2). Zusätzlich geht es bei der palliativen Versorgung auch darum, die Situation der Angehörigen zu berücksichtigen. Der Umgang mit der kranken Person und mit dem Tod ist für viele Angehörige schwierig – es bedarf auch hier einer Betreuung durch ausgebildetes Personal (1).

Quality of death

Zur Bewertung der Versorgung von unheilbar Kranken in ihren letzten Lebenswochen wurde von der „Economist Intelligent Unit“ der „Quality of death“ Index erstellt. Bewertet wurde die Versorgung in 40 Ländern unter 4 Gesichtspunkten: Versorgungsstruktur der „end-of-life care“, Verfügbarkeit und Zugang zu „end-of-life care“ Leistungen, sowie die Kosten und die Qualität der „end-of-life care“. Für die Gesamtbewertung wurden diese 4 Punkte

unterschiedlich gewichtet, wobei die Qualität mit 40 % an erster Stelle liegt, gefolgt von der Verfügbarkeit mit 25 % und der Versorgungsstruktur mit 20 %. Der Kostenfaktor wurde mit 15 % gewichtet. An erster Stelle befindet sich in der Gesamtbewertung das Vereinigte Königreich, gefolgt von Australien und Neuseeland. Österreich liegt an 6. Stelle. Betrachtet man die Rangliste nach den 4 Schwerpunkten liegt Österreich bei der Versorgungsstruktur, beim Zugang und bei den Kosten im ersten Viertel. Gerade bei der Qualität ist das größte Entwicklungspotential vorhanden. Österreich befindet sich hier nur auf Platz 12. Als Qualitätsparameter werden unter anderem Bevölkerungsbewusstsein über das Angebot und die Notwendigkeit solcher Leistungen, Ausbildungs- und Trainingsmöglichkeiten des Fachpersonals, Zugang zu Schmerzmitteln und die Transparenz in der Arzt-Patient-Beziehung angeführt (1).

Gründe für Versorgungsmängel

In erster Linie ist die Qualität der Versorgung vom Gesundheitssystem und der vorhandenen Gesundheitsstruktur abhängig. Während normalerweise Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Ländern mit gut ausgebauten Gesundheitssystemen leichter umgesetzt werden können, kann in manchen Fällen in einem bereits bestehenden System oft schwer eine „neue Richtung“ eingeschlagen werden. In vielen industriellen Ländern wurde die Notwendigkeit einer umfassenden palliativen Versorgung inklusive einer Verankerung dieser in der nationalen Gesundheitspolitik noch nicht erkannt. Der positiven Folgen sind sich einige Entwicklungsländer bewusst, die gerade erst dabei sind, ihr Gesundheitssystem aufzubauen und versuchen, die palliative Versorgung gleich von Anfang an zu integrieren.

Notwendig für die Umsetzung ist eine ausreichende Bereitstellung finanzieller Mittel. Derzeit werden die meisten Bereiche der end-of-life care auf freiwilliger und gemeinnütziger Basis durchgeführt. Meist wird wenig bis kein Budget dafür freigesetzt.

Die Qualität der end-of-life care ist ein weiterer Punkt, den es zu verbessern gilt, um eine angemessene Versorgung zu gewährleisten. Die Schmerztherapie spielt hier eine wesentliche Rolle. Die derzeitige Situation zeigt, dass in vielen Ländern

ein begrenzter Zugang zu Schmerzmitteln besteht, aufgrund der Angst vor verbotenen Gebrauch und illegalem Handel. Die Verfügbarkeit von Schmerzmitteln muss für die end-of-life care für alle Betroffenen gewährleistet werden können, weiters bedarf es der Ausweitung der Ausbildung und Trainings zur Behandlung sterbenskranker Personen. Abgesehen von der Schmerztherapie bedarf es nämlich einer verstärkten Berücksichtigung der psychischen, sozialen und seelischen Komponenten. Nicht nur die Patienten selbst, auch die Angehörigen sollen durch eine psychologische Betreuung auf den Sterbefall vorbereitet werden.

Ausblick

Durch palliative Versorgung und end-of-life care wird einerseits die Gesundheitsversorgung qualitativ verbessert, da sie in jenen Lebensjahren angeboten wird, wo die meiste Hilfe benötigt wird, jedoch eine noch vergleichsweise geringe flächendeckende Versorgung besteht. Kostenmäßig gesehen kommt es zu Einsparungen im stationären

Bereich, denn wenn die Notwendigkeit der end-of-life care rechtzeitig erkannt wird, kann sie zu Hause durchgeführt werden. Dadurch werden die Kosten durch verringerte Krankenhausaufenthalte langfristig gesenkt. Durch einen verstärkten Ausbau der palliativen Versorgung, einer Bewusstseins-schaffung der Gesundheitspolitik über die Notwendigkeit der end-of-life care und durch geeignete Strukturveränderungen soll erreicht werden, das Gesundheitssystem an die alternde Bevölkerung anzupassen und den Patienten einen angemessenen Lebensabend zu ermöglichen.

Quellen:

- (1) The quality of death: Ranking end-of-life care across the world
http://graphics.eiu.com/upload/QOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf
 (Zugang am 17.12.2010)
- (2) Hospiz- und Palliativführer Österreich
http://www.palliativ.at/fileadmin/user_upload/Broschueren/Hospizfuehrer_2008.pdf (Zugang am 17.12.2010)

Gerade im letzten Lebensabschnitt bedarf es einer intensiven und umfassenden Betreuung.



