

Versorgungsforschung im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Die Arbeiten der Abteilung EWG 2016 –2017

Teil 2

Anreizsysteme

Pay-for-Performance (P4P) im Gesundheitswesen

In P4P-Programmen wird die Vergütung der ärztlichen Leistung an das erbrachte und durch Kennzahlen dargestellte Leistungsniveau gekoppelt. P4P als qualitätsorientiertes Steuerungsinstrument wurde – ausgehend vom englischsprachigen Raum – als eine Möglichkeit zur Optimierung der Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen entwickelt und implementiert.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass P4P-Programme dazu beitragen können, die Behandlungsqualität zu optimieren, die Transparenz im Gesundheitswesen zu steigern und Kosten zu reduzieren. Als herausfordernd wird erachtet, dass P4P-Programme mit Selektionseffekten behaftet sein können, die eventuell die medizinische Praxis beeinflussen, dass Messergebnisse eventuell nicht aussagekräftig sind und dass die Akzeptanz durch die Ärztinnen und Ärzte nicht gegeben ist.

Auf Basis der internationalen Literatur stellt der Bericht folgende Forschungsfrage:

Welche Aussagen zur Evidenz im Hinblick auf die Wirksamkeit von P4P-Projekten können mithilfe von aktuellen wissenschaftlichen Daten getroffen werden?

Ergebnisse

- Die Heterogenität der bis dato durchgeführten P4P-Programme erschwert Aussagen zur Evidenz.
- Die Evidenz ist oftmals nur auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren nachweisbar.

Im ersten Teil dieses Artikels (Soziale Sicherheit 4/2018) wurden vor allem die Ergebnisse zu den Arbeiten der Abteilung für evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung (EWG) zu den Themen Epidemiologie und regionale Versorgung, Planung und Steuerung der (ärztlichen) Versorgung, Qualität, Versorgungsforschung und allgemeinmedizinischer sowie fachärztlicher Versorgung, vorgestellt. Der zweite Teil beschäftigt sich genauer mit den Arbeiten zu Anreizsystemen und zur Wirksamkeit von bestimmten Leistungen. Die Berichte stehen allen Interessierten am Gesundheitswesen auf unserer Webseite zur Verfügung und dienen als Wissens- und Entscheidungsunterstützung (www.hauptverband.at/EWG).

- Bisherige Evaluationsergebnisse zeigen widersprüchliche Ergebnisse im Hinblick auf die Wirksamkeit. Diese konnte somit in den Studien noch nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden.
- Die Wirksamkeit ist je nach chronischer Erkrankung unterschiedlich.
- Aufgrund der teilweise in Kombination verwendeten monetären und nichtmonetären Anreize kann der Anteil der finanziellen Anreize an der Wirksamkeit bislang noch nicht eindeutig nachgewiesen werden.
- P4P kann ein wirksames Instrument zur Optimierung der Versorgungsqualität sein, wenn Versorgungsdefizite eruiert werden konnten. Bei der Interpretation der Evaluationsergebnisse muss der Einfluss der Komplexität medizinischer Versorgung sowie der systematischen Optimierungs- und Umgehungsreaktionen berücksichtigt werden.
- P4P stellt nur eine der Möglichkeiten der Optimierung der Qualität im Gesundheitswesen dar.



Mag. Ingrid Wilbacher PhD ist stv. Leiterin der Abteilung für „Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung“ (EWG) im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein eindeutiger Beleg der Wirksamkeit von P4P durch die Analyse der Studienergebnisse nicht gegeben ist. Dennoch kann P4P zu einer optimaleren Ressourcenallokation und Versorgungsqualität beitragen, wenn die Limitationen des Instruments bekannt sind und bei der Konzipierung der Programme Beachtung finden.¹

Anteil pauschaler Vergütungen in der Allgemeinmedizin

In diesem Bericht wird der Frage nachgegangen, wie hoch der Anteil pauschaler Honorierung wirklich ist. Dahinter steckt die Überlegung, dass aus der hohen Anzahl an verrechenbaren Honorarordnungspositionen für Einzelleistungen im Gegensatz zur geringen Anzahl an Pauschalen noch keine Aussage über die Bedeutung der Pauschalen abgeleitet werden kann. Der Blick in die Honorarordnungen offenbart noch nicht, wie oft die verschiedenen Positionen abgerechnet werden (Frequenzen). Schließlich ermöglicht erst die Analyse der Umsätze eine qualifizierte Aussage über die Bedeutung von Einzelleistungen bzw. über den Pauschalierungsgrad des Honorierungssystems.²

Motivatoren und Zufriedenheit von niedergelassenen Ärzten

Die Beziehungen der Ärztinnen und Ärzte zu ihren Umwelten beeinflussen ihre Motivation und Zufriedenheit. Geprägt werden diese Beziehungen durch

die Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte an die Patientinnen und Patienten, die Sozialversicherung, die Politik sowie weitere Umwelten. Aber auch umgekehrt beeinflussen die Erwartungen dieser Umwelten die Beziehung zu den Ärztinnen und Ärzten. Die Beziehungen sind von impliziten Spielregeln geprägt. Anhand der vorliegenden empirischen Studien wurden die Erwartungen der Umwelten herausgearbeitet, um diese Spielregeln sichtbarer zu machen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Zufriedenheit und Motivation nur bis zu einem gewissen Grad mittels monetärer Anreize beeinflusst werden können. Entscheidend für die Optimierung der Behandlungsqualität ist ein Paket aus monetären und nichtmonetären Anreizen. Zur Gestaltung dieses Pakets zeigen Theorie und Empirie bereits einige Empfehlungen auf. Die Übertragbarkeit dieser Empfehlungen auf die regionalen Anforderungen muss in einem nächsten Schritt noch geprüft werden.³

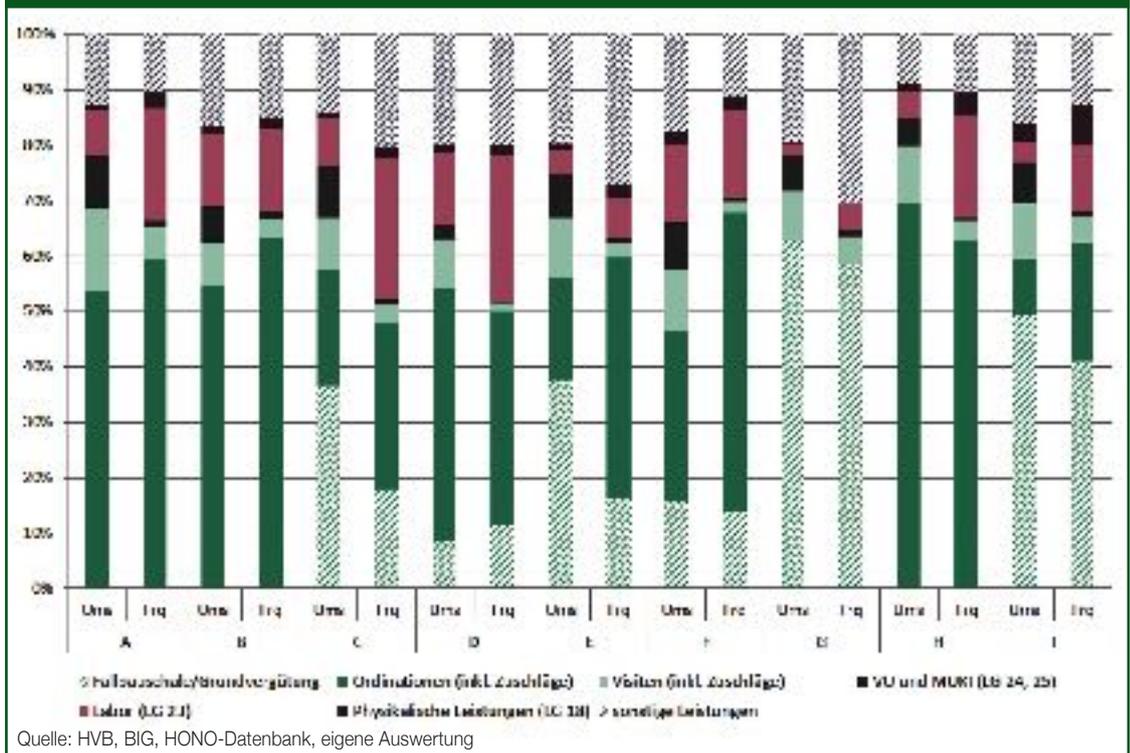
EBM- und HTA-Analysen

Massage

Massageanwendungen werden u. a. bei Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen, unspezifischen Nackenschmerzen, unspezifischen chronischen (muskuloskeletalen) Schmerzen, Kopfschmerzen sowie bei Fibromyalgiesyndrom (FMS) eingesetzt.

Zufriedenheit und Motivation niedergelassener Ärzte können nur bis zu einem gewissen Grad mittels monetärer Anreize beeinflusst werden.

Abbildung 1: Prozentuelle Verteilung von Umsatz (Ums) und Frequenz (Frq) in der Fachgruppe Allgemeinmedizin im Jahr 2013 auf verschiedene Leistungskategorien. Darstellung pro Gebietskrankenkasse (anonymisiert A bis I)



In dieser Arbeit liegt der Fokus auf der „schwedischen Massage“ (klassisch) und der Triggerpunktmassage. Unter Bewegung verstehen wir alle aktiven Therapieformen zu Beweglichkeit, Muskeltraining (Kraft und Ausdauer) und Gleichgewichtsübungen. Bewegung soll Funktionsdefizite beseitigen oder reduzieren. Die klassische „schwedische Massage“ soll entspannen und Wohlbefinden erzeugen. Die Triggerpunktmassage soll gezielt Muskelverspannungen lösen. International wird Massage als komplementäre bzw. alternative Therapie geführt. Im nationalen wie im internationalen Bereich wird Massage vom Gesundheitssystem bzw. von den Sozialversicherungen nur auf ärztliche Anordnung übernommen und erstattet.

Es wurde in den Datenbanken von G-I-N, SIGN und AWMF nach Guidelines, in der Cochrane Database of Systematic Reviews nach Übersichtsarbeiten und für ein Update in PubMed nach kontrollierten Studien gesucht. Insgesamt wurden 20 Leitlinien, vier Übersichtsarbeiten und vier kontrollierte Studien zur Fragebeantwortung verwendet. Studien, die bereits in den Übersichtsarbeiten inkludiert waren, wurden exkludiert, um Duplikationen zu vermeiden. Studien, die in mehr als einer Übersichtsarbeit verwendet wurden, wurden dokumentiert und dargestellt.

Für die Behandlung von Rückenschmerzen gibt es eine geringe positive Evidenz für die kurzfristige Wirkung von Massagen. Für einen langfristigen Therapieerfolg wird in acht von neun Leitlinien die Kombination von Massage mit Bewegungstherapie empfohlen.

Für die Behandlung von chronischen Schmerzen wird in einer Leitlinie und für die Behandlung von Kopfschmerzen in zwei Leitlinien die Kombination von Massage mit Bewegungstherapie empfohlen.

Für die anderen inkludierten Indikationen zeigen sich die Evidenz bzw. die darauf beruhenden Leitlinienempfehlungen inkonsistent; es besteht die Wahrscheinlichkeit, dass weitere Studien von besserer Qualität zu anderen Ergebnissen als den bisher verfügbaren kommen.

Für ein generelles Leistungsangebot ohne Einschränkung auf bestimmte Indikationen ist nach derzeitiger Evidenzlage davon auszugehen, dass Massage als Krankenbehandlung in Kombination mit Bewegungstherapie eine bessere Wirksamkeit erzielen kann als ohne Bewegung.⁴

Bindegewebsmassage

Die Bindegewebsmassage ist eine manipulative Therapie, die sich von der traditionellen Massage in der Technik und in den Effekten unterscheidet. Streichbewegungen werden an bestimmten Körperzonen angewandt und sollen nützliche Reflexeffekte in den Organen und Geweben, die aus diesen Zonen innerviert werden, bewirken. Die Behandlung erfolgt eher kräf-

tig bzw. durch starke Druckausübung und kann daher auch unangenehm bis schmerzhaft sein, und sie erfordert viel Zeit.

Mit dieser Übersichtsarbeit soll die Frage beantwortet werden, bei welchen Indikationen Bindegewebsmassage wirksam ist.

Es wurde eine systematische Literatursuche in den Datenbanken PubMed, PEDRO und Cochrane Database of Systematic Reviews erstellt und Studien inkludiert, welche die Bindegewebsmassage in der standardisierten Definition als Anwendung beinhalten. Pilotstudien, Fallserien und Studien zu kosmetischen Anwendungen wurden exkludiert.

In PubMed wurden 138 Ergebnisse, in PEDro 29 Ergebnisse und in der Cochrane database for systematic reviews wurde ein Bericht gefunden. 98 Studien wurden exkludiert, fünf Studien wurden nur für Basisinformationen genutzt. Zehn Studien wurden inkludiert und analysiert, davon sind neun RCTs und bei einer handelt es sich um eine Beobachtungsstudie.

In den in dieser Arbeit inkludierten Studien zur Behandlung von Fibromyalgie, PAVK, chronischem Nackenschmerz bzw. Spannungskopfschmerz und chronischer Konstipation konnte durch Bindegewebsmassage nur der Druckschmerz bei Nackenschmerzen signifikant gebessert werden. Bei allen anderen Endpunkten ergaben sich im Vergleich zur jeweiligen Kontrollgruppe keine Unterschiede.

Aufgrund der Art der Studien und deren methodischer Qualität ist es aus unserer Sicht wahrscheinlich, dass weitere Studien hoher Qualität das Ergebnis dieser Arbeit zur Bindegewebsmassage verändern können.⁵

Antibiotikaverbrauch

Antibiotika sind Medikamente zur Behandlung bakterieller Infektionen und zählen zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln im niedergelassenen Bereich. Es sind vor allem akute Erkrankungen wie Infekte der Atemwege, die häufig mit Antibiotika behandelt werden, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.

Die Arbeit untersucht die regionale Variabilität von Antibiotikaverordnungen mit Fokus auf Kinder und

Im nationalen wie im internationalen Bereich wird Massage nur auf ärztliche Anordnung übernommen und erstattet.

© Voyageenx - Fotolia.com



Jugendliche auf Ebene der Versorgungsregionen und der politischen Bezirke.

Für die Auswertungen werden Personen berücksichtigt, die im Jahr 2015 in Österreich anspruchsberechtigt waren. Die Grundgesamtheit bilden 8.506.913 Anspruchsberechtigte (51 Prozent weiblich), davon 1.674.489 (20 Prozent) Kinder und Jugendliche bis zu 19 Jahren. Es werden Verordnungsprävalenzen berechnet, definiert als der Anteil Anspruchsberechtigter, die im Bezugszeitraum mindestens eine entsprechende Verschreibung erhalten haben. Es werden regionale Unterschiede mit Fokus auf Kinder und Jugendliche dargestellt und mittels eines synthetischen sozioökonomischen Indikators aus Einkommen und Ausbildung Zusammenhänge analysiert.

Im Jahr 2015 haben 33 Prozent der Anspruchsberechtigten mindestens eine Antibiotikaverordnung bekommen. Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 19 Jahren erhielten mit 35 Prozent häufiger Antibiotika als der Durchschnitt. Kinder im Vorschulalter (bis sechs Jahre) bekommen mit 42 Prozent deutlich häufiger Antibiotika verordnet als Kinder und Jugendliche von sieben bis 19 Jahren mit 31 Prozent. In allen Bundesländern ist eine höhere Verordnungsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu den Erwachsenen zu erkennen, ausgenommen die Bundesländer Salzburg und Vorarlberg. Bei Kleinkindern bis zu zwei Jahren finden sich die höchsten Verordnungsprävalenzen in Wien mit 45 Prozent, die niedrigsten in Salzburg mit 27 Prozent. Die höchsten Verordnungsprävalenzen finden sich bei Kindern (bis sechs Jahre) in den politischen Bezirken Mattersburg (57 Prozent) und Völkermarkt (56 Prozent), die niedrigsten im Bezirk Wien-Innere Stadt (25 Prozent) sowie Salzburg-Stadt (27 Prozent).

Die Auswertungen für Kinder und Jugendliche zeigen deutliche regionale Unterschiede auf Ebene der Versorgungsregionen und der politischen Bezirke. Die Ursachen für regionale Variabilitäten sind anhand der

vorliegenden Daten schwer zu identifizieren. Es gibt Hinweise, dass vor allem sozial schwächer gestellte Personen häufiger Antibiotika verschrieben bekommen. Eine Korrelation zwischen sozioökonomischen Faktoren und Verordnungsprävalenzen war nicht nachweisbar. Ein weiterer Grund für regionale Unterschiede könnten unterschiedliche Versorgungsstrukturen sein. In den österreichischen Daten konnte kein Zusammenhang zwischen der Ärztedichte und den Verordnungsprävalenzen, dargestellt für politische Bezirke, hergestellt werden. Analysen nach Indikationen und Altersgruppen könnten helfen, die bestehende regionale Variabilität, die Hinweise für eine Über- und Fehlversorgung aufzeigt, besser zu erklären. Die fehlenden Diagnosen und damit einhergehend die Unmöglichkeit von diagnosenbezogenen Auswertungen stellen eine Limitation dieses Berichts dar.⁶

Tumortherapiefelder bei Glioblastom

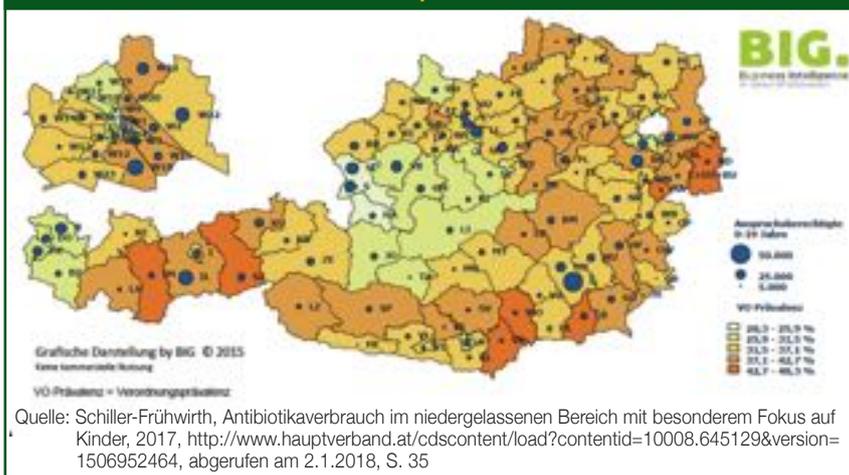
Das Glioblastom, von der WHO als Astrozytom Grad IV kategorisiert, ist der aggressivste und häufigste der primären malignen Hirntumoren. Die mediane Überlebenszeit liegt zwischen zwölf und 18 Monaten bei maximaler Therapie. Ohne Intervention versterben die Patientinnen und Patienten bald nach Diagnosestellung. Trotz initialer maximaler chirurgischer Resektion und multimodaler Therapie kommt es in 70 Prozent der Fälle innerhalb eines Jahres zu einer Progression mit weniger als fünf Prozent Überlebenschance nach fünf Jahren. Das Behandlungsmanagement eines Glioblastoms umfasst die neurochirurgische Intervention, Bestrahlung und Chemotherapie. Zusätzlich ist die Tumorfeldtherapie (TTF) als vierte Therapiemodalität mit dem Ziel der Lebensverlängerung und einer besseren Lebensqualität verfügbar.

Die Arbeit untersucht die Wirksamkeit und Sicherheit der Tumorfeldtherapie anhand von Studien.

Es erfolgte eine systematische Suche in zwei Datenbanken, PubMed und Cochrane Library, ohne keine Einschränkung hinsichtlich der Sprache oder des Suchzeitraums. Für die Wirksamkeit wurden RCTs, für die Sicherheit RCTs, Fallserien mit zehn oder mehr Patientinnen und Patienten und einem Beobachtungszeitraum von zumindest sechs Monaten und Registerdaten mit 100 oder mehr Patientinnen und Patienten eingeschlossen.

Bei Patientinnen und Patienten mit einem Glioblastom-Rezidiv zeigt die TTF-Therapie eine zumindest gleiche Wirkung auf die Gesamt mortalität wie die Chemotherapie. Die Erhebung der Lebensqualität zeigt, dass Patientinnen und Patienten, die die TTF-Therapie erhielten, tendenziell bessere kognitive und emotionale Funktionen behalten als jene, die mit Chemotherapie behandelt werden. In Bezug auf die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität fand sich jedoch kein bedeutsamer Unterschied zwischen den Gruppen.

Abbildung 2: Verordnungsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre nach politischen Bezirken



Bei Patientinnen und Patienten mit einem neu diagnostizierten Glioblastom zeigt die TTF-Therapie plus Temozolomid eine statistisch signifikant höhere generelle Überlebenszeit von 19,6 Monaten gegenüber alleiniger Temozolomid-Therapie mit 16,6 Monaten. Die TTF-Therapie plus Temozolomid zeigt mit 7,1 Monaten in Bezug auf die mittlere progressionsfreie Überlebenszeit ebenfalls ein statistisch signifikantes Ergebnis gegenüber alleiniger Temozolomid-Therapie von vier Monaten. In diesem Patientenkollektiv wurden keine Ergebnisse zur Lebensqualität berichtet. Die häufigste dermatologische Nebenwirkung der TTF-Therapie ist eine Kontaktdermatitis (Grad 1 bis 2) mit einer Bandbreite von 16 bis 43 Prozent in den klinischen Studien und der Studie mit Registerdaten. Eine klinische Studie zeigt für Patientinnen und Patienten mit Glioblastom-Rezidiv eine zumindest gleiche Wirkung auf die Gesamtmortalität wie eine Chemotherapie, die TTF-Therapie war der Chemotherapie jedoch nicht überlegen. Bei neu diagnostiziertem Glioblastom zeigt eine klinische Studie eine statistisch signifikant höhere Überlebenszeit und progressionsfreie Überlebenszeit der TTF-Therapie plus Temozolomid gegenüber alleiniger Temozolomid-Therapie.

Therapieadhärenz dürfte ein wichtiger Prädiktor für ein verbessertes Überleben sein. Wenn das Gerät mehr als 18 Stunden pro Tag getragen wurde, führte das laut einer Post-hoc-Analyse bei Glioblastom-Rezidiv-Patientinnen und -Patienten zu einem signifikant längeren Überleben. Unerwünschte Ereignisse der TTF-Therapie sind hauptsächlich milde bis moderate Hautirritationen, nicht erfasst wurden in den Studien unerwünschte Ereignisse, die zu einer Unterbrechung oder einem Abbruch der TTF-Therapie führten.⁷

Pränatale Testung – Guidelines und Testgenauigkeit

In der Schwangerschaftsbetreuung unterscheidet man zwischen pränatalem Screening und pränataler Diagnostik. Das pränatale Screening umfasst Basisuntersuchungen zur Entwicklung des Fötus (bzw. Fetus) sowie zur Gesundheit der Mutter und besteht in erster Linie aus Ultraschalluntersuchungen und Blutuntersuchungen der Mutter. Pränatale Diagnostik umfasst weiterführende bildgebende sowie genetische Diagnostik. Die Grenzen zwischen Screening und Diagnostik sind unscharf.

Das Risiko für eine intakte Schwangerschaft mit einem Fetus mit Chromosomenanomalie wird mit etwa 1:1.000 beziffert. Als „Hochrisiko“ wird in den meisten Studien eine Wahrscheinlichkeit von 1:300 angenommen.

Der NIPT (nichtinvasiver pränataler Test) ist ein Test, der aus der fetalen DNA, die im mütterlichen Blut in geringer Menge während der Schwanger-



© Olesia Bilkei - Fotolia.com

schaft vorhanden ist, Informationen zu Chromosomenanomalien generiert. Die Alternativen zum NIPT sind Ultraschall und der Combined oder Triple Test, bei dem jeweils die Nackenfaltenmessung im Ultraschall mit dem mütterlichen Alter, dem Alpha-Fetoprotein A und dem Beta-hCG zu einer kumulierten Wahrscheinlichkeit für ein Risiko der fetalen Aneuploidie kombiniert wird.

Bei allen nichtinvasiven Tests ist das gemeinsame Ziel die Vermeidung von invasiven Untersuchungen (also z. B. Amniozentese oder Chorionzottenbiopsie) durch Vorselektion der sicher oder wahrscheinlich negativen Fälle.

Die Fragestellung dieses Berichts ist, Empfehlungen zur Untersuchung bei Schwangeren auf Chromosomenanomalien des Fetus aus internationalen und nationalen Leitlinien zum nichtinvasiven pränatalen Screening sowie Aussagen zur Wirksamkeit des zellfreien fetalen DNA-Tests aus mütterlichem Blut (NIPT) zu recherchieren.

Es wurde eine Übersichtsarbeit erstellt, da derzeit im Rahmen des Europäischen Netzwerks für Health Technology Assessment (EUnetHTA) eine Bearbeitung des Themas erfolgt. Von diesem EUnetHTA-Bericht ist eine detailliertere Information zum NIPT zu erwarten.

Es erfolgte eine systematische Suche nach Guidelines in G-I-N, AWMF, SIGN (jeweils keine Ergebnisse) und in Google (ein Ergebnis mit 15 Leitlinien), nach systematischen Übersichtsarbeiten in der Cochrane Database (fünf Ergebnisse, eines davon ein Protokoll) und nach Einzelstudien in PubMed.

Die wenig konkreten Empfehlungen in den 15 inkludierten Leitlinien basieren mehrheitlich auf Expertenkonsensus und beziehen sich vorwiegend auf die Art der Durchführung bestimmter Untersuchungen und nicht auf deren Genauigkeit.

Der NIPT zeigt Sensitivitätswerte von 90,2 bis 99,8 Prozent bei Spezifitätswerten von 98,4 bis 99,9 Prozent und hat damit im Vergleich zum Combined Test im ersten Trimester (Sensitivitätswerte von 25 bis 76 Prozent, Falsch-positiv-Raten von fünf bis sieben

Bei der Frage welcher pränatale Screening-Test das beste Nutzen-Schaden-Verhältnis aufweist, kann keine klare Empfehlung abgegeben werden.

Prozent) und dem Combined Test im zweiten Trimester (Sensitivitätswerte von 41,9 bis 88,9 Prozent, Falsch-positiv-Raten von 2,1 bis 8,5 Prozent) eine bessere Testgenauigkeit.

Das Screening auf Down-Syndrom wird in Europa sehr unterschiedlich gehandhabt bzw. erstattet. Genetisches Testen ist überall – außer in Malta – bei bestimmten festgelegten Indikationen möglich. Ultraschallscreening auf strukturelle Anomalien wird überall angeboten.

Der NIPT zeigt eine bessere Performance als der Combined-Test, wobei ein Selektionsbias hin zu Hochrisikopopulationen für beide Testarten in gleicher Form angenommen werden kann.

Vier Kosteneffektivitätsstudien aus den USA, Belgien und den Niederlanden zeigen eine starke Abhängigkeit von der Art des Einsatzes (als First- oder Second-Line-Option). Ein Kosten-Nutzen-Vergleich zwischen NIPT und Combined Test wurde nicht gefunden.

Aus den Testgenauigkeitsergebnissen wurde ein Modellansatz entwickelt (Kapitel 7.3).

Für eine Strategie zum Einsatz und zur Kostenerstattung von pränatalen Tests auf Chromosomenanomalien ist ein nationaler Konsens zum diagnostischen Ablauf und zu ethischen Aspekten erforderlich. Beim Einsatz als primärer Screening-Test sind zusätzlich die Kosten des NIPT oder des Combined Tests abzuwägen.

Derzeit wird der NIPT nicht als Screening-Test empfohlen. Hintergrund ist, dass der NIPT davon abhängig ist, ob und wie viel fetale DNA im mütterlichen Blut verfügbar ist, sowie eine bessere Performance bei männlichen Feten zeigt (möglicherweise aufgrund der besseren Abgrenzung von der mütterlichen DNA). Er bietet daher nicht die Sicherheit eines Karyotyping und kann nicht an dessen Stelle eingesetzt werden.⁸

Pränatale Testung – ein gesundheitsökonomisches Modell

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, welcher pränatale Screening-Test das beste Nutzen-Schaden-Verhältnis zu welchen Kosten hat. Basierend auf einer Übersichtsarbeit zu pränataler Testung (Wilbacher 2017) werden die Effektivität und die Kosten von Combined Test und NIPT anhand von konkreten Zahlen für Österreich verglichen. Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, durch welchen Screening-Test die invasiven Eingriffe in der Pränataldiagnostik – und damit die Zahl der iatrogenen Aborte – stärker verringert werden können und wie sich die Kosten dazu verhalten.

Es wurde ein entscheidungsanalytisches Modell erstellt und drei unterschiedliche Screening-Strategien zur Erkennung von Aneuploidien miteinander vergli-

chen: (1) die aktuelle klinische Praxis mittels Combined Test, (2) der NIPT als nachgeschaltete Ergänzung zum Combined Test und (3) der NIPT als primäre Screening-Strategie. Die Endpunkte des Modells sind „Fehlgeburt“ oder „keine Fehlgeburt“ und als Effekt wurde die „Anzahl der gescreenten Schwangeren“ ohne Fehlgeburt definiert.

Strategie 1 ist die preiswerteste Option, erzielt aber auch den geringsten Effekt, während Strategie 2 den höchsten Effekt aufweist. Die beiden Alternativstrategien weisen höhere Kosten als die aktuelle Praxis auf, wobei Strategie 3 die teuerste der drei Strategien ist. Hinsichtlich der Kosten und des Effekts wird Strategie 3 von Strategie 2 dominiert und somit in der Kosteneffektivitätsanalyse nicht weiter berücksichtigt. Beim Vergleich der ersten mit der zweiten Strategie ergibt sich ein ICER (Incremental Cost-Effectiveness Ratio) von 38.803 Euro pro vermiedene Fehlgeburt.

Strategie 3 erkennt fast doppelt so viele richtig positive Ergebnisse wie Strategie 1, während Strategie 2 mit nur vier von rund 88 tatsächlich erkannten Fällen in diesem Bereich das schlechteste Ergebnis bietet. Dennoch werden in dieser Strategie über 99 Prozent als richtig negativ identifiziert.

Bezüglich der falsch positiven Ergebnisse schneidet die Strategie 2 am besten und die Strategie 1 am schlechtesten ab. In Letzterer kommen knapp 3.000 Schwangere fälschlicherweise für eine invasive Untersuchung infrage.

Was die aus invasiven Untersuchungen resultierenden Komplikationen betrifft, so lässt sich durch Strategie 2 die Zahl der invasiven Untersuchungen und damit die Zahl der Fehlgeburten am stärksten reduzieren: In einem Zeitraum von zwei Jahren wären nur drei Schwangere von einem Abort betroffen. Zudem liegt der Anteil an Fehlgeburten aus einem falsch positiven Ergebnis in dieser Strategie bei unter 15 Prozent, im Gegensatz zu 98,5 Prozent bzw. 43,8 Prozent in Strategie 1 bzw. 3.

Im Ergebnis kann keine klare Empfehlung für eine der Strategien gegeben werden. Liegt die Betonung auf der Vermeidung von Fehlgeburten, ist die Strategie 2 klar überlegen. Geht es jedoch um die korrekte Identifizierung möglichst vieler Fälle von Aneuploidien, sind Strategie 1 und (bei sehr hohen Kosten) vor allem Strategie 3 effektiver.⁹

Fraktioniertes exhalirtes Stickstoffmonoxid

Asthma bronchiale ist eine chronische Entzündung und Überempfindlichkeit der Atemwege. Die zugrundeliegende Pathologie von Asthma ist häufig, aber nicht immer eine eosinophile Entzündung der Atemwege. Die klassischen Symptome von Asthma sind intermittierende, anfallsartige Atemnot, Kurzatmig-

keit, Brustenge, Husten und pfeifende Atemgeräusche. Obwohl typisch für Asthma, sind diese Symptome unspezifisch und machen es manchmal schwierig, Asthma von anderen respiratorischen Erkrankungen zu differenzieren.

Seit der Identifikation von exhaliertem Stickstoffmonoxid (NO) als Indikator einer eosinophilen Entzündung der Atemwege, kommt die Messung zur Diagnostik, zur Vorhersage und Beurteilung bei der Diagnostik, der Vorhersage und Beurteilung des Ansprechens auf eine antiinflammatorische Therapie und dem Monitoring der Compliance zum Einsatz.

Die dieser Arbeit zugrundeliegende Frage ist, ob die Messung des exhaliereten Sauerstoffs eine geeignete Testvalidität im Vergleich zu derzeit in Leitlinien empfohlenen Diagnostikoptionen hat. Dazu wurden 13 systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zum prognostischen Wert von FeNO und zum Management von Asthma bronchiale ausgewertet.

FeNO als einzelner Surrogatparameter zur Erkennung von eosinophiler Atemwegsentzündung hat eine mäßig gute diagnostische Genauigkeit und führt zu einer substanziellen Anzahl von falsch positiven und falsch negativen Diagnosen. FeNO zur Diagnose von Asthma zeigt ebenfalls eine eingeschränkte diagnostische Genauigkeit.

Bei steroidnaïven Patientinnen und Patienten dürfte ein hohes FeNO ein gutes Ansprechen auf inhalative Kortikosteroide (ICS) vorhersagen können, wobei die FeNO-Schwellenwerte in den Studien unterschiedlich waren. Es gibt Hinweise, dass ein niedriges FeNO bei erwachsenen Asthma-Patientinnen und -Patienten, die einer Dauertherapie mit inhalativen Kortikosteroiden unterzogen werden, eine geringe Wahrscheinlichkeit für eine Exazerbation vorhersagt und unabhängig von einer möglichen Symptomatik eine Erhöhung der ICS-Dosis keinen Benefit bringt.

Das Monitoring zur Therapieanpassung mittels FeNO zeigt bei Erwachsenen keine statistisch signifikante Änderung für schwere Exazerbationen, die einen Spitalsaufenthalt oder eine Behandlung mit oralen Kortikosteroiden erforderlich machen, gegenüber der Kontrolle ohne FeNO. Werden aber alle Exazerbationen oder die Rate von einer oder mehreren Exazerbationen betrachtet, findet sich eine statistisch signifikante Reduktion in der FeNO-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Bei schwangeren Frauen findet sich für alle Schweregrade von Exazerbationen ein statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der Intervention.

Die Rate der Kinder mit mehr als einer Exazerbation war ebenfalls in der FeNO-Gruppe signifikant geringer als in der Kontrollgruppe

Bezüglich des Effekts auf den inhalativen Kortikosteroid-Verbrauch zeigt die Intervention bei Erwachse-



© Robert Krieschke - Fotolia.com

nen gegenüber der Kontrollgruppe keinen signifikanten Unterschied der ICS-Dosis bzw. einen statistisch nicht signifikanten geringeren ICS-Verbrauch. Es erscheint wahrscheinlich, dass in der FeNO-Gruppe der ICS-Verbrauch gleich bleibt oder etwas sinkt. Bei Kindern findet sich eine Zunahme des ICS-Verbrauchs in der FeNO-Gruppe.

Im Ergebnis kann anhand der Studienlage keine Empfehlung zur Verwendung der FeNO-Messung für die Diagnose von Asthma abgegeben werden, da der klinische Nutzen als gering eingeschätzt wird.

Zum Stellenwert des prädiktiven Werts von FeNO bei Asthma fehlen Daten von guter Qualität, um verbindliche Schlussfolgerungen ziehen zu können.

Das Monitoring zur Therapieanpassung mittels FeNO führt zwar zur Reduktion von Asthmaexazerbationen, hat aber keinen Effekt auf Asthmasymptome und Lebensqualität. Die inhalative Kortikosteroid-Dosis ändert sich bei Erwachsenen nicht unter einem FeNO-Regime, als nachteilig ist die Erhöhung der inhalativen Kortikosteroid-Dosis bei Kindern anzusehen.¹⁰

Magnet Resonance Spectroscopy Imaging (MRSI) zur Diagnostik des Prostata-Karzinoms

Der Einsatz eines multiparametrischen MRI (mpMRI) erfolgt in der Diagnosekette des Prostatakarzinoms üblicherweise beim symptomatischen Patienten nach digitaler rektaler Untersuchung mit Verdacht und erhöhtem PSA-Wert, und zwar entweder vor der ultraschallgezielten 12-Stanzen-Biopsie oder nach einer solchen.

Durch das mpMRI kann der Tumor genauer lokalisiert werden, sodass z. B. statt zwölf nur vier bis sechs Stanzen zur Gewinnung von Tumormaterial für die Histologie ausreichen könnten. Dazu müssten aber die MRI-Bilder die Lokalisation so klar definieren, dass eine transrektale Ultraschall (TRUS)-Biopsie gezielt möglich wird, oder die Biopsie müsste direkt unter mpMRI-Sicht erfolgen. Letzteres wäre nur unter multiprofessionellem Einsatz (Urologe und Radiolo-

Eine eindeutige Aussage zur Effektivität des mpMRI bei Männern mit Verdacht auf ein Prostatakarzinom ist derzeit schwierig.

ge) möglich, was derzeit für einen Einsatz im intramuralen Bereich spricht.

80 Prozent der Prostatakarzinome sind im peripheren Bereich der Prostata lokalisiert und benötigen aufgrund ihrer Genese keine Therapie, sie streuen nicht, wachsen langsam und erfordern in erster Linie eine aktive regelmäßige Beobachtung auf Veränderung. Eine eindeutige Aussage zur Effektivität des mpMRI bei Männern mit Verdacht auf ein Prostatakarzinom ist derzeit schwierig. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse zur diagnostischen Genauigkeit zeigt sich, dass die TRUS-Biopsie die dominante Diagnosemethode darstellt, da durch ihre Verwendung die Zahl der richtig diagnostizierten Fälle um zehn Prozent höher liegt als mit vorherigem mpMRI. Dies bezieht sich primär auf die Tatsache, dass die Biopsie die einzige Methode ist, mit der man falsch positive Befunde ausschließen kann (Spezifität von 100 Prozent). Die Kosten für das kombinierte Untersuchungsverfahren (mpMRI + Biopsie) pro untersuchten Mann mit Verdacht auf Prostatakarzinom sind um ca. 43 Prozent höher als bei der Vergleichsalternative (Biopsie).¹¹

TENS – Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit?

TENS ist die transkutane elektrische Nervenstimulation, angewandt mittels eines tragbaren batteriebetriebenen Geräts, das über Elektroden den Reizstrom über die Haut abgibt. Der Einsatz erfolgt sowohl im medizinischen Setting als auch durch die Patientinnen und Patienten zu Hause. TENS wird vorwiegend zur additiven Schmerzbehandlung und meist bei muskuloskeletalen oder neuropathischen Schmerzen eingesetzt, auch Funktionsbesserungen sollen erreicht werden können.

Sämtliche Übersichtsarbeiten zu TENS zeigen statistisch nicht signifikante Ergebnisse für die Wirksamkeit von TENS im Vergleich zu Placebo-TENS (Einschalten des Geräts ohne Stromfluss). Statistisch signifikante, aber klinisch kaum relevante Ergebnisse werden für den Einsatz von TENS bei rheumatoider Arthritis der Hand und bei Menstruationsschmerzen berichtet.

Der Nutzen von TENS liegt laut den verfügbaren Übersichtsarbeiten in einer Schmerzreduktion im Placeboeffektbereich von bis zu 25 Prozent. Völlige Schmerzfreiheit oder Krankheitsheilung ist in keiner der gelesenen Studien ein Endpunkt.

Zur Kosteneffektivität von TENS wurden nur zwei Studien gefunden; die erste kann keine Aussage treffen zur Wirtschaftlichkeit von TENS bei Tenniselbogen und die zweite errechnet eine positive Kosteneffektivität für Elektrostimulation bei fäkaler Inkontinenz.

Nicht thematisiert wurde in den Studien, wie sich der gleichzeitige Einsatz zusätzlicher Therapiemodalitäten (z. B. Schmerzmedikamente) auswirkt, auch der natürliche Krankheitsverlauf ist unklar.

Aufgrund der geringen Nachweise für die Wirksam-

keit von TENS und den Wirksamkeitsumfang erscheint derzeit die Wirtschaftlichkeit zweifelhaft. Es wurden daher keine Kostendaten erhoben und keine Kostenanalyse durchgeführt.

Anzumerken ist jedoch, dass TENS als zusätzliche Schmerztherapiemodalität seit Jahrzehnten zum Einsatz kommt und für Anwenderinnen und Anwender, Patientinnen und Patienten zu einer Art „liebgewonnenen Gewohnheit“ geworden ist.¹²

(Be-)Handlungspfad Übergewicht & Adipositas

Dieser Bericht wurde von der Medizinischen Universität Graz in Forschungszusammenarbeit mit dem Hauptverband erstellt.

Eine gewichtsreduzierende Therapie ist übergewichtigen und adipösen Erwachsenen bei einem Body-Mass-Index (BMI) ≥ 30 , falls Begleiterkrankungen bestehen, bei einem BMI ≥ 25 indiziert. Diese soll in erster Linie durch eine multifaktorielle Lebensstilintervention, bestehend aus Ernährungs-, Bewegungs-, und Verhaltenstherapie, erfolgen. Das Ziel der Therapie soll eine Reduktion des Körpergewichts um mindestens fünf Prozent innerhalb von sechs Monaten sein. Eine medikamentöse Gewichtsreduktion kann bei Personen mit einem BMI ≥ 30 oder (falls Begleiterkrankungen bestehen) ≥ 28 im Einzelfall zusätzlich zur Lebensstilintervention in Betracht gezogen werden.

Die bariatrische Chirurgie steht adipösen Personen mit einem BMI ≥ 40 oder (falls Begleiterkrankungen bestehen) ≥ 35 als Therapieoption zur Verfügung, wenn alle konservativen Behandlungsoptionen ausgeschöpft sind. Ein umfassendes prä- und postoperatives Management in Zusammenarbeit mit einer bariatrischen Spezialeinrichtung sowie eine lebenslange postoperative Nachsorge sind hierbei notwendig.

Bei übergewichtigen Kindern bzw. Jugendlichen (zwei bis fünf Jahre: $\geq 97.$ < 99,9. Perzentile, sechs bis 18 Jahre: $\geq 85.$ < 97. Perzentile der World Health Organization (WHO) growth chart 2006/2007) oder adipösen (zwei bis fünf Jahre: $\geq 99,9.$ Perzentile, sechs bis 18 Jahre: $\geq 97.$ Perzentile der WHO, growth chart 2006/2007) wird in der Regel alleine eine Lebensstilintervention, bestehend aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie (mit Fokus auf Eltern), als Therapie empfohlen. Für übergewichtige Kinder und Jugendliche bzw. adipöse Kinder bis sechs Jahre stellt dabei die Gewichtsstabilisierung ein sinnvolles Therapieziel dar. Bei älteren Kindern und Jugendlichen mit Adipositas ist eine Gewichtsreduktion im Ausmaß von 0,5 kg bis 1 kg pro Woche sinnvoll. Eine medikamentöse Gewichtsreduktion wird bei übergewichtigen oder adipösen Kindern unter zwölf Jahren generell nicht empfohlen. Bei adipösen Kindern und Jugendlichen ab dem zwölften Lebens-

Eine gewichtsreduzierende Therapie soll in erster Linie durch eine multifaktorielle Lebensstilintervention, bestehend aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie erfolgen.

jahr kann sie im Einzelfall zusätzlich zur Lebensstilintervention in Betracht gezogen werden, wenn schwerwiegende Begleiterkrankungen vorliegen. Dabei soll die Einleitung der Therapie ausschließlich in spezialisierten pädiatrischen Einrichtungen erfolgen.

Die bariatrische Chirurgie stellt bei adipösen Kindern und Jugendlichen primär keine Therapieoption dar. Bei adipösen postpubertären Jugendlichen mit einem BMI ≥ 40 oder (falls Begleiterkrankungen bestehen) ≥ 35 kann im Einzelfall ein Laparoscopic Adjustable Gastric Banding (LAGB) erfolgen, wenn alle konservativen Behandlungsoptionen ausgeschöpft sind. Ein umfassendes prä- und postoperatives Management in Zusammenarbeit mit einer bariatrischen Spezialeinrichtung sowie eine lebenslange postoperative Nachsorge sind auch hier notwendig.

Die einzelnen Behandlungspfade, bestehend aus den Algorithmen sowie ihren begleitenden Infoboxen, finden sich im Anhang B und C des Berichtes.¹³

Self-Controlled Energo Neuro Adaptive Regulation (SCENAR)

Die Scenar-Methode (Selbst Kontrollierte Energo Neuro Adaptive Regulation) ist eine Therapieform, die das vegetative Nervensystem reguliert. Es ist eine Form der Elektrotherapie, aber nicht mit TENS vergleichbar.

SCENAR wird in der Traumatologie und bei Beschwerden des Bewegungsapparats eingesetzt. Seine Wirkungsweise ist im Einzelnen nicht exakt geklärt. Eine systematische Literatursuche findet keine ausreichende Evidenz, um zu belegen, dass die Scenar-Therapie für Patientinnen und Patienten mit akuten oder chronischen Schmerzen des Bewegungsapparats wirksamer ist als die Vergleichsintervention „keine Behandlung“ oder medikamentöse Schmerzbehandlung. Vielleicht werden aber neue Studien zu einer anderen Einschätzung führen.¹⁴

Niederenergetischer Ultraschall zur Wundbehandlung

Chronische, schlecht heilende Wunden stellen eine Belastung für die betroffenen Patientinnen und Patienten sowie eine Herausforderung im Wundmanagement dar. Ihre Entstehung ist häufig durch eine arterielle Durchblutungsstörung, durch eine venöse Rückflussbehinderung oder durch die verschlechterte Gefäßsituation bei Diabetes mellitus bedingt. Auch Druckgeschwüre bei immobilen Personen mit reduziertem Allgemeinzustand sind schlecht heilende Wunden.

Niederfrequenter, niederenergetischer Ultraschall als Adjuvans zum üblichen Wundmanagement soll dazu beitragen, die Wundheilung zu beschleunigen und die Lebensqualität zu verbessern sowie die Behandlungskosten zu senken. Der genaue Mechanismus

des Ultraschalls in der Wundheilung ist unklar, die feinen Schwingungen sollen granulationsfördernd wirken. Der Ultraschall wird entweder ohne direkten Kontakt mit Abstand zur Wunde oder direkt über eine Leitsubstanz (z. B. Salzlösung) lokal appliziert. Derzeit ist auch ein Gerät am Markt, das tragbar ist und bei dem der Ultraschall mittels Pflaster appliziert wird.

Die derzeitigen wissenschaftlichen Beweise für die Wirksamkeit von niederfrequentem, niederenergetischem gepulstem Ultraschall im Einsatz bei chronischen Wunden sind schwach.

Die Ergebnisse zu Heilungsraten, Heilungszeit, Reduktion der Wundfläche oder des Wundvolumens sind inkonsistent, die weiteren verwendeten Endpunkte in den Studien sind heterogen und dadurch nicht vergleichbar.

Wunden werden als chronisch definiert, wenn die Heilungszeit mehr als sechs bis acht Wochen beträgt; der natürliche Verlauf ist unklar, weil nicht untersucht. Für chronische Wunden – verursacht durch Durchblutungsstörungen, venösen Rückstau oder diabetische Gefäßerkrankungen – ist primär die Basistherapie der Ursache von Einfluss auf die Entwicklung der chronischen Wunde.

Unter Berücksichtigung des unklaren Nutzens scheinen die Kosten des Ultraschallgeräts sowie die Zusatzkosten für die zur Ultraschallapplikation benutzten Pflaster unverhältnismäßig hoch, zumal die Standardbehandlung nicht reduziert werden kann.

Die postulierte Reduktion der Medikamentenkosten, der Krankenstände und der Krankenhausaufenthalte kann nicht nachvollzogen werden.¹⁵

Niederenergetischer Ultraschall und katheterassoziierte Harnwegsinfektionen

Harnwegsinfektionen zählen zu den häufigsten von durch Katheter erworbenen Infektionen. Der Katheter ist die primäre Quelle dieser Infektionen aufgrund der Kolonisation von Bakterien auf der Katheteroberfläche und der Bildung eines Biofilms. In-vitro-Studien zeigen, dass niederenergetischer Ultraschall Effekte auf die Bakterienadhäsion und das Bakterienwachstum und sogar bakterizide Wirkung hat. Katheterassoziierte Harnwegsinfektionen (CAUTI) sind von katheterassoziierten asymptomatischen Bakteriurien (CA-ABS) zu unterscheiden. Da eine asymptomatische Bakteriurie keine nachteiligen Folgen hat, wird bei dauerkatheterisierten Patientinnen und Patienten nach einer asymptomatischen Bakteriurie weder ein Screening noch eine Therapie derselben empfohlen. Das Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit ist es, die Wirksamkeit und Sicherheit von niederenergetischem Ultraschall im Vergleich zu keiner Intervention, Schein-Ultraschall oder Präventi-

Die derzeitigen wissenschaftlichen Beweise für die Wirksamkeit von niederenergetischem Ultraschall sind schwach und jegliche Einschätzung des Effekts unsicher.

onsmaßnahmen bei Patientinnen und Patienten mit Harnkathetern zu bewerten.

Die Reduktion von Bakteriurie und Biofilm auf der Katheteroberfläche durch niederenergetischen Ultraschall wurde nicht als patientenrelevanter Endpunkt gewertet, da keine Daten vorliegen, die eine Reduktion von behandlungspflichtigen Harnwegsinfektionen durch Reduktion von Bakteriurie und Biofilm belegen.

Sowohl die Daten zur Beeinflussung katheterassoziierter Beschwerden durch niederenergetischen Ultraschall als auch die Daten zur Beurteilung der Sicherheit sind von sehr niedriger Evidenz, jegliche Einschätzung des Effekts ist unsicher. Die gegenwärtige Studienlage lässt keine Rückschlüsse zu, ob niederenergetischer Ultraschall bei Patientinnen und Patienten mit Harnkatheter wirksamer und sicherer oder gleich sicher ist wie die Vergleichsintervention Schein-Ultraschall oder „keine Intervention“. Bei Vorliegen neuer Studien sollte eine nochmalige Bewertung erfolgen.¹⁶

Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz

Im Rahmen des Europäischen Netzwerks für Health Technology Assessment (EUnetHTA) wurde ein gemeinsamer Bericht zum Telemonitoring bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz erstellt. Dabei wurde der Teilbereich der strukturierten telefonischen Unterstützung im Zeitraum nach der Krankenhausentlassung in allen neun HTA-Kategorien (Basiswissen zur Krankheit, Basiswissen zur Intervention, Wirksamkeit, Sicherheit, Kosten-Nutzen-Relation, Organisation, ethische, soziale und rechtliche Aspekte) untersucht.

Dieser Bericht umfasst die Ergebnisse der EUnetHTA-Arbeit, ergänzt um einige für Österreich spezifisch relevante Punkte:

- Unter Telemonitoring mittels strukturierter Unterstützung der Patientinnen und Patienten per Telefon versteht man die regelmäßigen Anrufe durch eine Person mit entsprechender Profession (diplomierte Krankenpflegepersonen mit Spezialbereichswissen, Angestellte einer entsprechenden Abteilung, Kardiologen etc.).
- International zeigt sich in der wissenschaftlichen Literatur ein uneinheitliches Bild der Intervention, wobei Frequenz und Dauer der Anrufe, die Gruppe der inkludierten Patientinnen und Patienten, die durchführenden Personen, die abgefragten Details, Inhalt, Umfang und Art der Patientenschulung, der Grad des Selbstmonitorings und die Art der Betreuung durch die Hausärzte variieren.
- Einigkeit besteht darüber, dass der Patientenschulung große Bedeutung zukommt, wobei die Schulung nicht unbedingt im Rahmen der telefonischen

Unterstützung erfolgen muss. Betreuungskomponenten betreffen Selbstmanagement, Schulung, Gewichtsmonitoring, Ernährungsanpassung inklusive Salzreduktion, Überwachung der vorgeschriebenen Medikamenteneinnahme, Bewegungsanleitungen und Medikamenten-Nachjustierung.

- Zur Wirksamkeit der Intervention zeigen sich Hinweise auf eine Senkung der generellen Mortalität (um zwölf bis 25 Prozent) und der krankheitsbezogenen Spitalsaufnahmen (um acht bis 24 Prozent), andere Endpunkte wie krankheitsspezifische Mortalität, Funktionsbesserungen oder Unterschiede bei der Frequentierung der Hausärzte zeigen keine oder sehr widersprüchliche Ergebnisse. Zu beachten ist, dass diese Ergebnisse im Studiensetting erzielt wurden.
- Die Kosteneffektivität der strukturierten telefonischen Unterstützung kann mit den Daten, die aus wissenschaftlichen Studien vorliegen, nicht berechnet werden.
- Organisatorisch sind die Studienergebnisse nur begrenzt auf Österreich anwendbar. Vor allem die Implementierung der Personengruppe, die strukturierte Telefonunterstützung operativ betreiben (also anrufen, die Patientenmesswerte dokumentieren und gegebenenfalls entsprechend reagieren) soll, ist unklar, da Berufe wie z. B. „Gemeindeschwester“ nicht existieren.
- Die Ergebnisse der sozialen Aspekte zeigen, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten relativ rasch mit der Selbstmessung, dem Umgang mit eventuell dazu erforderlichen Geräten sowie der Lebensstilumstellung zurechtkommen und dass sie den telefonischen Direktkontakt als sicher empfinden. Auch der durch die entsprechende Schulung geförderte selbstverantwortliche Umgang mit der Erkrankung führt zu mehr Sicherheit. Die entsprechende Compliance ist jedoch immer von der Flexibilität der einzelnen Personen abhängig und kann nach Alter oder Typ (aktiver oder passiver Patiententyp) variieren.
- Rechtlich scheinen noch einige Bereiche ungeklärt, vor allem jene der Verantwortlichkeit (wer ist wofür zuständig?), der möglichen Zuständigkeit für die Kostübernahme (Software-Lizenzen, Schulungsmaterialien, Hosting, Datenschutz bei Telefonübertragung, Dokumentationssicherheit, Vorhaltezeit etc.) und die der Wartung der Systeme. Noch bestehen bei diesem komplexen Thema Unklarheiten.
- der Selektion der geeigneten Patientinnen und Patienten (in den Studien werden vorwiegend Patientinnen und Patienten in einem mittleren Schweregrad-Stadium inkludiert),
- der Art des Leistungsangebotes (nur ein Add-on oder eine tatsächliche zielgerichtete Umstrukturierung?),

International zeigt sich in der wissenschaftlichen Literatur ein uneinheitliches Bild bei dem Einsatz von Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz.

- der organisatorisch-rechtlichen Einbettung der Zuständigkeiten und
- der Kosten und der Kosteneffektivität.¹⁷

Brustkrebs-Screening

Es wurde eine Befragung unter den SV-Mitarbeiterinnen durchgeführt, um den Informationsstand zum Brustkrebs-Screening-Programm zu erheben.

Der Fragebogen beinhaltet Fragen zum Wissensstand (über Screening allgemein, Brustkrebs-Screening und das Brustkrebs-Screening-Programm) und statistische Angaben im Single-Choice- und Multiple-Choice-Verfahren. Für die Online-Durchführung wurde das Programm Survey Monkey™ verwendet, der Link zum Fragebogen wurde über die Personalstellen der SV-Träger an die Mitarbeiterinnen verteilt. Die Befragung führte zu einer Rücklaufquote von 28 Prozent, 4.270 Antworten wurden ausgewertet.

Die Fragen zur Definition von Screening, zu (Brustkrebs-)Screening-Begriffen, zur Testgenauigkeit der Mammographie, die allgemeine Frage zum neuen Programm und die Frage zur Einladung als Voraussetzung zur Teilnahme wurden zu 70 bis 90 Prozent richtig beantwortet.

Die Fragen zur Schätzung der Inzidenz (Erkrankungsrate), der Mortalitätsrate und der Überdiagnose durch das Mammographie Screening sowie die Fragen zum Einlade-Alter wurden zu 40 bis 50 Prozent richtig beantwortet.

Die Schätzung, wie viele Frauen (von 1.000) in einem Zehnjahreszeitraum mindestens einen falsch positiven Screening-Befund erhalten (100–199 wäre richtig) wurde nur zu sieben Prozent richtig beantwortet, die Frage nach dem „Warum der Einladung“ bzw. der e-card-Freischaltung in einer bestimmten Alterskategorie wurde nur zu zehn Prozent richtig beantwortet. Die Mitarbeiterinnen der SV, die bereit waren, den Fragebogen zu beantworten, sind bereits relativ gut über das Brustkrebs-Screening-Programm in Österreich informiert.¹⁸

Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei Fersenschmerz, Kalkschulter, Tennisarm (Tennisellbogen), Trochanter-major-Schmerzsyndrom und verzögerter oder ausbleibender Frakturheilung

Aufgrund des schwachen Wirksamkeitsnachweises und des Mangels von Studien mit einer ausreichenden Nachbeobachtungszeit, die die behauptete Sicherheit des Verfahrens belegen könnten, ist die Evidenzlage bei allen untersuchten Indikationen schwach.

Bei Patientinnen und Patienten mit chronischen, plantaren Fersenschmerzen nach erfolgloser konservativer Therapie gibt es Belege für einen Nutzen, da



© Robert Kneschke - Fotolia.com

es zu signifikanten Verbesserungen nach Anwendung von hochenergetischer fokussierter sowie von radialer Stoßwellentherapie kommen kann. Unklar ist, bei welchen Patientinnen und Patienten ein Behandlungserfolg zu erwarten ist (bei 40 bis 50 Prozent hilft die Therapie unter Umständen nicht). Kein Anhalt für einen relevanten Nutzen findet sich bei Anwendung von niedrigenergetischer fokussierter ESWT.

Aufgrund der limitierten Evidenzlage finden sich derzeit bei Kalkschulter mit chronisch rezidivierenden Beschwerden keine Belege, aber Hinweise, dass die hochenergetische fokussierte und radiale Stoßwellentherapie Schmerzen und Funktionseinschränkungen der Patientinnen und Patienten möglicherweise lindern kann. ESWT ist bei subakromialem Impingement-Syndrom nicht wirksamer als eine Scheinbehandlung.

Bei Epicondylitis lateralis, Trochanter-major-Schmerzsyndrom und ausbleibender bzw. verzögerter Frakturheilung fehlen weiterhin belastbare Studien, die einen Nutzen belegen können. Es gibt Hinweise aus einer rezenten unkontrollierten Studie, dass nach Anwendung von hochenergetischer ESWT die Heilung von atrophischen Pseudoarthrosen schlechter ist als bei hypertrophen und oligotrophen Pseudoarthrosen.¹⁹

Fußnoten

- 1 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.772998&viewmode=content
- 2 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.772016&viewmode=content
- 3 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.769578&viewmode=content
- 4 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.785420&viewmode=content
- 5 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.779365&viewmode=content
- 6 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.784826&viewmode=content
- 7 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.784818&viewmode=content
- 8 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.782268&viewmode=content
- 9 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.784369&viewmode=content
- 10 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.778688&viewmode=content
- 11 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.777150&viewmode=content
- 12 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.777148&viewmode=content
- 13 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.775475&viewmode=content
- 14 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.772940&viewmode=content
- 15 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.768772&viewmode=content
- 16 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.768477&viewmode=content
- 17 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.768267&viewmode=content
- 18 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.768262&viewmode=content
- 19 www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.767014&viewmode=content