

dacht werden“, heißt es aus dem BMASGK. „Gleichzeitig haben auch die Hersteller eine große Verantwortung und müssen Engpässe möglichst früh melden.“

Digitale Gesundheits-Infrastrukturen

Was die Versorgung der Gesundheitssysteme mit digitaler Infrastruktur betrifft, sei letztendlich bei den vielen einzelnen „Datenproduzenten“ anzusetzen, um sie „fit für das Zeitalter von Digital Health zu machen“, wie eine Fachperson aus dem Ministerium formuliert. In jüngster Zeit von der Kommission vorgeschlagene Finanzierungsinstrumente, wie etwa das Programm *Digitales Europa*, enthielten zwar eine – verglichen mit vorherigen Dokumenten – detailliertere Beschreibung dieser Problematik, jedoch nach wie vor keine Vorschläge für konkrete Maßnahmen, um dieser zu begegnen. „An einer transparenten und gut auf die konkreten Bedürfnisse der Gesundheitsdiensteanbieter abgestimmten gesundheitspolitischen Strategie, die dann auch gemeinsam gegenüber anderen Politikbereichen verteidigt werden kann, muss im Detail erst gearbeitet werden.“

Gesundheitsförderliche Ernährung

Bei der Fachkonferenz *People's Food – People's Health. Towards healthy and sustainable European Food Systems* am 22. und 23. November 2018 wird das Ernährungssystem entlang der Lebensmittelwertschöpfungskette einer gesamtheitlichen Betrachtung unterzogen. Es sollen Strategien der Versorgung erarbeitet werden, die gesundheitsförderliches Verhalten erleichtern und ernährungsbedingte Gesundheitsrisiken EU-weit reduzieren. Am ersten Tag der Konferenz sollen Best-Practice-Beispiele aus verschiedenen Ländern erörtert werden. Die Erhebung dieser Leuchtturmprojekte sei derzeit noch im Laufen, heißt es aus dem Ministerium. Sie würden mit Unterstützung des Directorate-General Santé der Kommission über deren Best-Practice-Plattform gesucht und evaluiert. Die Betreiber der vielversprechendsten dieser Projekte würden zur Konferenz eingeladen.

Um das Thema gesunde Ernährung auch in Zukunft europaweit vorantreiben zu können, strebe Bundesministerin Beate Hartinger-Klein ein gemeinsames, intersektorales *Commitment to Act* sowie eine Roadmap zur weiteren Umsetzung an. ::

Literatur und Anmerkung:

¹ Programm des österreichischen Ratsvorsitzes, Vorsitz im Rat der Europäischen Union 1. Juli-31. Dezember 2018.
Zugang: https://www.sozialministerium.at/site/Ministerium/Willkommen_im_Ministerium/EU2018/#intertitle-18, Zugriff: 16.8.2018.

² Die letzten beiden Punkte wurden bereits unter der früheren Gesundheitsministerin Pamela Rendi-Wagner als Themen für den Ratsvorsitz geplant und unter den Titeln *Ensuring access to pharmaceuticals* und *Transforming Food Systems* in einem Vorausblick des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen auf das Jahr 2018 als Schwerpunkte für den Ratsvorsitz bezeichnet.

Dr. Erika Pichler
pichler@schaffler-verlag.com

Brücke nach nirgendwo

Übertherapie ist in der Medizin allgegenwärtig, besonders in der Intensivmedizin, Geriatrie und Onkologie. Nicht zufällig mehrten sich gerade in diesen Sparten Bestrebungen, internationale Initiativen wie *Slow Medicine* oder *Choosing wisely* auch in Österreich umzusetzen.

Erika Pichler

Das Übertherapie unserem Gesundheitssystem inhärent ist, wird kaum ein Mediziner bestreiten. Das Problemfeld, dessen Schwesterphänomene die Überdiagnostik und die Überversorgung sind, scheint jedoch im klinischen Alltag unter tausend anderen Herausforderungen eine Nebenfront zu sein. Besonders bei Patienten, die dem Lebensende nahe sind, spitzt sich allerdings die Frage zu, ob die technischen Möglichkeiten und der therapeutische Imperativ eher eine Lebens- oder eine Sterbeverlängerung bewirken.

Für Wilfred Druml, den langjährigen Leiter der Akutnephrologie und später der Nephrologie am AKH Wien, ist Übertherapie „eines der großen Themen der modernen Medizin insgesamt“. In einem Leitartikel dazu für die *Intensiv-News* geht der Arzt dem Phänomen in allen Phasen intensivmedizinischer Betreuung nach.¹ Insbesondere bei technologisch aufwendigen und eingreifenden Verfahren sei die Frage zu stellen, welche Patienten tatsächlich davon profitieren könnten, schreibt Druml und nennt als Beispiel die dramatische Zunahme des Einsatzes von extrakorporalen Herz-Kreislauf-

und Lungen-Unterstützungs- oder Ersatzverfahren, obwohl für die meisten Indikationen bislang dafür kein Überlebensvorteil nachgewiesen worden sei. Vielfach würde damit keine „bridge to recovery“ gebildet, sondern vielmehr eine „bridge to nowhere“. Der brisanteste Aspekt sei jedoch die Übertherapie am Lebensende. „Es kann und darf nicht das Ziel der Notfall- und Intensivmedizin sein, schwerstbehinderte Patienten, etwa mit apallischen Syndromen, oder Pflegefälle zu produzieren.“

In dieser Klarheit sind solche Äußerungen derzeit noch selten zu vernehmen. Noch könne man nicht von einem Paradigmenwechsel sprechen, wohl aber von einer größer werdenden Community innerhalb der Ärzteschaft, die sich aktiv gegen Übertherapie einsetze, sagt Claudia Wild, Direktorin des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment. Zumeist seien es Onkologen, Geriater und Intensivmediziner.

Vom Wunsch heimischer Ärzte, im klinischen Alltag durch Empfehlungen unterstützt zu werden, um eine Über- oder Unterversorgung bei medizinischen Leistungen zu vermeiden, zeugt auch die 2017 ins Leben gerufene österreichische Bewegung *Gemeinsam gut entscheiden*² nach dem Vorbild der US-amerikanischen Kampagne *Choosing Wisely*. Medizinische Fachgesellschaften benennen für solche Initiativen aus einem Pool von Empfehlungen die wichtigsten Untersuchungen und Therapien, die wenig bis gar keinen nachweisbaren Nutzen haben oder sogar schaden können.

Österreichisches Datendefizit

Laut Michael Zink, Vorstand der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in St. Veit an der Glan und am Krankenhaus der Elisabethinen in Klagenfurt, verfüge man zwar über keine validen Zahlen für Österreich, die das Thema Übertherapie am Lebensende im Querschnitt darstellten. Zink zitiert jedoch internationale Ergebnisse eines australischen Forscherteams aus dem Jahr 2016, denen zufolge etwa 33 bis 38 Prozent der Patienten am Ende des Lebens „Non beneficial treatments“ erhalten.³ „Das können sowohl aktive Therapien wie zum Beispiel die Gabe von Antibiotika, kardiovaskulären Medikamenten et cetera sein als auch die Verordnung und Durchführung von nicht förderlichen Untersuchungen – bei 33 bis 50 Prozent der Patienten mit einer DNR-Order („Do Not Resuscitate“ – geplanter Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung, Anm.). In dieser Untersuchung konnte auch gezeigt werden, dass zehn Prozent der Patienten am Ende ihres Lebens auf die Intensivstation gebracht werden, ohne dass ihnen das helfen kann“, so Zink. Die Betrachtung der letzten sechs Wochen des Lebens von onkologischen Patienten

habe zudem ergeben, dass bei 33 Prozent eine nicht förderliche Chemotherapie durchgeführt worden sei.

Chronisch kritisch krank

Der Zustand von Patienten, die nur noch auf der Intensivstation am Leben erhalten werden können, wird als Chronic Critical Illness (CCI) bezeichnet. 48 bis 68 Prozent von ihnen sterben innerhalb eines Jahres. Diese Rate hat sich trotz der verbesserten medizinischen Versorgung in den letzten 20 Jahren kaum verändert. Davon betroffen sind multimorbide Menschen, die künstlich beatmet werden müssen, Patienten nach einer Sepsis und/oder großen Operation.

Mehr als 90 Prozent der Patienten, die auf eine CCI zusteuern, sowie deren Angehörige haben laut Sonja Fruhwald von der Plattform Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin ÖGARI völlig falsche Erwartungen, weil sie nicht Bescheid wissen über die Einschränkungen funktionaler und kognitiver Art, die auf sie zukommen. Nur zwölf Prozent der Betroffenen, die nach einem Jahr noch leben, sind imstande, sich selbst zu versorgen und eigenständig zu leben.

Intensivmedizin

Ein typisches Beispiel für Übertherapie ist für Zink jede Situation, in der eine operative Sanierung einer lebensbedrohlichen Situation nicht möglich ist und eine Intensivtherapie weitergeführt wird, obwohl klar ist, dass ein Überleben des Patienten unmöglich ist. „Wir führen in solchen Fällen ein Ethikkomitee durch, bei dem die behandelnden Disziplinen zusammen mit anderen Mitgliedern der Ethikkommission die Besonderheiten des Patienten diskutieren. Als Ergebnis wird ein Vorschlag für das weitere Vorgehen formuliert, der dann auch mit Patienten oder Angehörigen diskutiert wird. Die schlussendliche Entscheidung über die weitere Therapie bleibt selbstverständlich immer beim verantwortlichen behandelnden Arzt.“



Intensivmediziner Michael Zink:
Nicht förderliche Chemotherapie.

Wichtigste Maßnahme wäre aus Zinks Sicht jedenfalls die klare Festlegung eines Therapieziels, die auch einer der zu beurteilenden Faktoren bei der bundesweit einheitlichen Messung der Ergebnisqualität anhand der Austrian Inpatient Quality Indicators A-IQI im Bereich der Intensivmedizin sei. Einen sehr modernen Ansatz verfolge man auch bei der Therapie geriatrischer Patienten. „Bei orthopädischen Problemen versuchen wir im Krankenhaus der Elisabethinen in Klagenfurt ältere Risikopatienten zu identifizieren und sie dann einem Assessment durch den Geriater zu unterziehen. In weiterer Folge wird dann interdisziplinär zwischen Operateur,

Anästhesist/Intensivmediziner und Geriater die Entscheidung abgestimmt, inwieweit dieser Patient vom Eingriff profitieren würde. Der Patient wird in alle Schritte miteinbezogen und offen aufgeklärt.“

Bei Menschen, die kritisch krank werden, klarzustellen, was nach bestem medizinischen Wissen das optimale Verhältnis von Nutzen und Risiko für die Betroffenen sei, werde noch einmal schwieriger, wenn es sich um hochbetagte Patienten handle. Man bewege sich dabei im Spannungsfeld zwischen Altersdiskriminierung (Ageism) und Nutzlosigkeit (Futility), sagt Bernhard Iglseider, Abteilungsvorstand an der Universitätsklinik für Geriatrie der PMU an der Christian-Doppler-Klinik der SALK. „Ausschließlich aufgrund des Lebensalters sollte eine sinnvolle und zielführende Therapie niemandem vorenthalten werden, andererseits sollte man aber vermeiden, Leiden oder die Sterbensphase unnötig zu verlängern. Diese Entscheidungsfindung wird insofern erschwert, als evidenzbasierte Studiendaten für betagte und hochbetagte Menschen nur in sehr geringem Maße vorliegen.“



Geriater Bernhard Iglseider:
Kaum evidenzbasierte Studiendaten
für hochbetagte Menschen.

Auch unter geriatrischem Gesichtspunkt sieht Iglseider *Gemeinsam gut entscheiden* als wichtige Initiative. Der mutmaßliche Wille der Betroffenen müsse freilich in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht seien dabei für die entscheidenden Ärztinnen und Ärzte eine wesentliche Hilfe. Für die Entscheidungsfindung sei es zudem bedeutsam, nicht nur das kalendarische Alter der betroffenen Patienten als Grundlage zu nehmen, sondern deren funktionellen Status, also das Ausmaß an Gebrechlichkeit (Frailty) und Selbsthilfefähigkeit. „Zudem hat man zu überlegen, was der konkrete Nutzen der Diagnostik oder Therapie für die Betroffenen ist, da man letztlich keine Befunde behandelt, sondern Menschen – das gilt aber letztlich für jedes Lebensalter.“

Datenanalysen für ganz Österreich

Mit Übertherapie am Lebensende speziell bei Krebspatienten beschäftigt sich das Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment. Derzeit arbeite man an Datenanalysen dazu für ganz Österreich, sagt Direktorin Claudia Wild. Kürzlich wurden dazu Ergebnisse eines Pilotprojekts aus Niederösterreich veröffentlicht.⁴ Grundlage dafür waren die Routinedaten der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse des Jahres 2015 zu knapp 2800 Krebspatienten mit stationärem Krankenhausaufenthalt. Dabei zeigten sich speziell in Bezug auf die Aufnahmen im letzten Lebensmonat und auf die Sterblichkeit im Krankenhaus Werte, die im internationalen Vergleich sehr hoch liegen. Die Daten wurden nämlich verglichen mit einer im Jahr

2016 im *Journal of the American Medical Association (JAMA)* veröffentlichten Studie⁵ mit Zahlen aus sieben Ländern (Belgien, Kanada, England, Deutschland, die Niederlande, Norwegen und die USA) hinsichtlich Therapie am Lebensende bei Krebspatienten über 65 Jahre.

Selbst unter Vorbehalt verschiedener Limitationen sind einzelne Ergebnisse alarmierend: Der Anteil der im Krankenhaus Verstorbenen liegt in der Altersgruppe über 65 Jahren bei den NÖGKK-Versicherten mit 58,4 Prozent über dem höchsten internationalen Referenzwert (52,1 Prozent in Kanada), dies im Vergleich zu den niedrigsten Werten von 29,4 Prozent in den Niederlanden und 22,2 Prozent in den USA. Besonders bemerkenswert ist, dass unter den niederösterreichischen GKK-Versicherten bei 17,9 Prozent der Patienten der Aufnahmetag gleichzeitig auch der Todestag war. Rund ein Viertel der Patienten wird im Sterben liegend (moribund) aufgenommen und verstirbt innerhalb von zwei Tagen. Im internationalen Vergleich seien dies mittelmäßige bis schlechte Ergebnisse, resümiert Autorin Fabiola Fuchs, die diese Beurteilung anhand der Indikatoren der American Society of Clinical Oncology trifft, welche sie auf den österreichischen Kontext übertragen hat. Danach gelten etwa kurze Intervalle zwischen der letzten Chemotherapie und dem Tod, hohe Anteile im Krankenhaus verstorbener Personen und geringe Anteile von Patienten, die in Hospizeinrichtungen betreut werden, als Indikatoren für mangelhafte Versorgungsqualität.

Schlechte Versorgungsqualität

„Es gilt als schlechte Qualität, wenn bis zum Ende bei Krebserkrankungen noch systemisch statt palliativ therapiert wird“, sagt Claudia Wild. Die in Niederösterreich erhobenen Zahlen legen nahe, dass gerade diese Vorgangsweise hierzulande typisch ist. Die Autoren Fabiola Fuchs und Martin Robausch vermuten deshalb: Zwar gebe es in Österreich sehr wohl vereinzelte Orientierungshilfen wie zum Beispiel den *Leitfaden zum Prozess der Entscheidung am Lebensende* des Europarates oder die *Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen* der Bioethikkommission des Bundeskanzleramtes, aber auch medizinethische Leitlinien etwa der ÖGARl. „Ob und inwieweit diese in der Regelversorgung Anwendung finden, konnte nicht untersucht werden. Die vorliegende Arbeit liefert hinreichende Hinweise darauf, dass dies in Österreich nicht in ausreichendem Maße gelingt.“ ::

Literatur:

- 1 Druml W: Übertherapie [2018]: Erbkrankheit der Intensivmedizin. Intensiv-News, Nr. 2, S.6-8.
- 2 Glechner A, Horvath K [2017]: Zu viel oder zu wenig? Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ 8-9, S. 14-16.
- 3 Cardona-Morell M et al [2016]: Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. International Journal for Quality in Health Care. 28(4):456-69.
- 4 Fuchs F, Robausch M [2018]: Krebserkrankungen – Therapie am Lebensende: eine retrospektive Datenanalyse. Wiener Medizinische Wochenschrift, Online-Veröffentlichung 13. März 2018. Zugang: <https://doi.org/10.1007/s10354-018-0631-5>. Zugriff: 16.8.2018.
- 5 Bekelmann JE et al [2016]: Comparison of site of death, health care utilization, and hospital expenditures for patients dying with cancer in 7 developed countries. JAMA 315 (3): 272-283.

Dr. Erika Pichler
pichler@schaffler-verlag.com