Ökonomie in der Praxis

4_2008

Serviceblatt für Behandlungsökonomie

Die Tricks der Pharmaindustrie 2

Für Sie gelesen: Rückenschmerzen – Diagnostik und Behandlung 4

Blick über die Grenzen Teil 2 – Schweden 7

Antipsychotika bei Kindern und Jugendlichen 10

Links und interessante Studien 11

Das Öko-Eck: Quetiapin 12

OÖ GKK
FORUM GESUNDHEIT

Die Tricks der Pharmaindustrie …

Die Oktoberausgabe des Wirtschaftsmagazins „Trend“ titelt mit diesen vielsagenden Worten und demonstriert in mehreren pointierten Artikeln ein Dilemma, gegen welches die OÖGKK schon lange Alarm schlägt: mit viel Geld und besten Kontakten zu Entscheidungsträgern wird der Pharmamarkt oft gänzlich unabhängig vom Kosten/Nutzen Gedanken diktiert.
Waren bisher in erster Linie Ärzte im Visier der Marketingstrategen, verlagert sich die Aufmerksamkeit zusehends in Richtung Patient bzw. Konsument.

Der Kommentar des Wiener Kommunikationswissenschafters Maximilian Gottschlich bringt die Problematik besonders treffend auf den Punkt. Seiner Ansicht nach würde die Gesundheitsindustrie der Kundschaft die Illusion vermitteln, „über Gesundheit wie über ein beliebiges Konsumgut verfügen zu können“ – eine Vorstellung, die suggeriert, dass Tabletten den bewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit ersetzen könnten. Die Wahrheit ist, dass die persönlichen Ressourcen jedes Menschen, zu welchen vor allem Rauchverzicht, Bewegung oder gesunde Ernährung zählen, zwar kein Geld, dafür aber Eigenverantwortung und Verzicht auf Bequemlichkeit kosten. Im Trendartikel wird in einer Grafik von Dr. Johannes Bonelli, Internist im St. Elisabeth Spital, sehr anschaulich dargestellt, dass genannte Lebensstilmodifikationen zur Prävention im Lebenszeitgewinn um ein Vielfaches effektiver sind als Medikamente.

Jedem unserer Leser, dem dieses brisante Thema ein ebenso wichtiges Anliegen ist wie uns, sei die Gesamtlektüre der Beiträge im Trend[1] ans Herz gelegt, für all diejenigen, die es kompakter wünschen, haben wir versucht, die thematisierten „Tricks“ zusammenzufassen:

Manipulation unter dem Deckmantel der Information – Awareness Kampagnen

Die Zielgruppe Patient wird im Pharmamarketing zunehmend als Nische erkannt und genutzt. Wyeth zum Beispiel trägt den Kampf um eine Auflockerung der Verschreibungsrichtlinien für Enbrel auf dem Rücken einer Awareness Kampagne zur rheumatoiden Arthritis aus, natürlich streng unter dem Deckmantel der Informationsbereitstellung für die Leid tragenden Patienten. Wird daraufhin in der Öffentlichkeit Kritik laut, soll eine eilig einberufene Podiumsdiskussion mit geschick-

ter Zusammenstellung der Diskussionspartner (eine einzelne kritische Stimme gegenüber sieben Plädoyers für besagte Kampagne) die neue Marketingstrategie wieder ins rechte Licht rücken.

Das Kreieren von Scheininnovationen

Wie bereits in unserem letzten Newsletter[2] ausführlich berichtet, versuchen Pharmaunternehmen, die gewinnbringenden Lebensabschnitte von Bestseller-Medikamenten zu verlängern, indem der Wirkstoff geringfügig verändert wird und das neu erschaffene Medikament mit Hilfe zwar schwer nachvollziehbarer, dafür umso heftiger propagierter „Vorteile" überteuert auf den Markt zu bringen. (Prominente Beispiele solcher Medikamente, die in Deutschland auf der so genannten „Me-too-Liste" genannt werden sind Nexium, Cipralex, Aerius, Actonel, … um nur einige wenige zu nennen).

Lobbying im Gesundheitswesen

Hochkarätige Entscheidungsträger im Gesundheitswesen pflegen mitunter beste geschäftliche und persönliche Kontakte zur Pharmaindustrie. Auch bei der Erstellung von Konsensusrichtlinien erhalten die Teilnehmer/Meinungsträger der Fachgesellschaften teilweise großzügige Aufwandsentschädigungen von mit der Pharmaindustrie verbandelten Consultingfirmen, also indirekt und intransparent.

Ärzte als Handlanger

Wir Ärzte werden – weil ohnehin eine kritische Zielgruppe – auf äußerst subtile Art und Weise für die Zwecke der Pharmaindustrie missbraucht. Da sehr viel Geld in die Forschung und Ärztefortbildung investiert wird, bietet sich für die Geldgeber gleichzeitig die Möglichkeit zu bestimmen, was beforscht wird und worüber wie informiert wird. Leider sind pharmagesponserte Fortbildungen nicht immer auf den ersten Blick als subtile Werbeveranstaltungen zu erkennen, sind doch die meisten auch noch DFP-berechtigt und bürgen dadurch für eine gewisse Objektivität – oder etwa nicht? Sind Studienergebnisse nicht ganz nach Wunsch gelaufen, bedient man sich einfach des Spiels mit den Zahlen. Im Trendartikel wird am Beispiel des onkologischen Präparates Herceptin der Unterschied zwischen absoluter und relativer Risikoreduktion drastisch veranschaulicht. Es ist ein gewaltiger Unterschied, ob die Chance auf ein krankheitsfreies Überleben um 30 Prozent verbessert wird, oder um 1,8 Prozent. Warum beide Zahlen stimmen und worin der Unterschied zwischen relativer und absoluter Risikoreduktion liegt, wird leider oft zu wenig hinterfragt. Auch Ärzte lassen sich nämlich von der Art und Weise, wie Studien aufbereitet werden, massiv beeinflussen. In einer zu dieser Fragestellung angelegten Studie zur Cholesterinsenkung, bei der den Ärzten entweder die absoluten oder die relativen Zahlen präsentiert wurden, unterschied sich die Verschreibungsfrequenz laut Trendartikel um mehr als 50 Prozent.

Erfundene Krankheiten –
sind natürliche Lebensvorgänge behandlungspflichtig?

Konkret schreibt der Autor Gottfried Derka im Trend von einer überbordenden „Medikalisierung" des Lebens und einer Ausweitung der medizinischen Zuständigkeit auf immer mehr Lebensbereiche. Gemeint sind zum Beispiel physiologische Alterungsprozesse bei Mann und Frau, notorisch zappelnde Kinder, Hitzewallungen im Wechsel bis hin zur vorübergehenden sexuellen Lustlosigkeit kurz nach Geburt eines Kindes. Die vom Autor in den Raum gestellte Frage, wo die Grenze zwischen sinnvoller medizinischer Innovations-Information zur Verringerung schweren Leidens und Marktgeschrei liege, sei auch hier dahingestellt und ist von jedem Leser für sich zu beantworten.

In unserer nächsten Ausgabe präsentieren wir Möglichkeiten, was Sie als Arzt konkret gegen diese Tricks unternehmen bzw. wie Sie sich davor schützen können und welchen Beitrag die Abteilung Behandlungsökonomie der OÖGKK in dieser Hinsicht leisten möchte.

OÖGKK, Abteilung Behandlungsökonomie

Quelle: Trend 10/2008

(1) Unter folgendem Link ist der Trend-Leitartikel übers Internet abrufbar:
http://www.trend.at/articles/0839/580/220477/die-tricks-pharmaindustrie-mit-mitteln-pharmafirmen-profite

(2) Unsere Newsletter sind auf der OÖGKK Homepage unter OÖGKK Portale/Vertragspartner/Informationen abrufbar.

Für Sie gelesen: Rückenschmerzen – Diagnostik und Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien – Möglichkeiten und Grenzen

Zusammenfassung des HTA-Berichts des Ludwig Bolzmann Instituts für Health Technology Assessment Wien, Mai 2008

Während Rückenschmerzen in Entwicklungsländern selten vorkommen, sind sie in allen westlichen Industrieländern ein häufiger Grund für Arztbesuche. Der naheliegende Schluss ist, dass hochentwickelte Gesellschaften auf Grund ihres gesellschaftlich bedingten Bewegungsverhaltens hohen Wirbelsäulenbelastungen ausgesetzt sind. So wurden zum Beispiel in den letzten 50 Jahren fast 70 Prozent der Arbeitsplätze in das Sitzen verlagert.
Eine deutsche Studie zeigt, dass fast jede/r 12. PatientIn den/die Hausarzt/-ärztin auf Grund von Kreuzschmerzen konsultiert. Diagnostik, Therapie, Krankenstände und Frühpensionierungen führen zu hohen direkten und indirekten Kosten.

Im vorliegenden Bericht werden nationale und länderübergreifende Leitlinien vorgestellt (Österreich, Deutschland, USA, EU) und Handlungsoptionen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von PatientInnen mit Rückenschmerzen präsentiert.
Für die Praxis sind besonders die Aussagen zu Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen wichtig.

Diagnostik

Schätzungen zu Folge sind mindestens 85 Prozent aller Rückenschmerzen nicht-spezifisch. Während bei den spezifischen Rückenschmerzen eine organische Störung oder Verletzung vorliegt (z. B. Bandscheibenvorfall, Osteoporose, Wirbelbruch, Tumore und Metastasen, rheumatische Entzündungen etc.) kann eine solche bei den nicht-spezifischen Rückenschmerzen mit den Methoden der medizinischen Diagnostik nicht eruiert werden.

Rückenschmerzen dauern in den meisten Fällen nicht länger als sechs Wochen und gelten deshalb als akut. Wenn Rückenschmerzen bis zu zwölf Wochen dauern bzw. in diesem Zeitraum immer wieder kehren, gelten

sie als subakut. Als chronisch werden Rückenschmerzen bezeichnet die länger als zwölf Wochen dauern.

Als Leitfaden um unter der Vielzahl akuter Rückenschmerzen die seltenen Fälle herauszufinden, die durch spezifische bzw. gefährliche Krankheitsprozesse verursacht sind, dienen die „Roten Flaggen“:

„Rote Flaggen“
(Warnhinweise auf spezifische Rückenschmerzen)
Alter < 20 J. oder > 55 J.

- Zunahme oder Persistenz der Beschwerden trotz Therapie
- Kurz zurückliegende Verletzungen
- Hinweise auf oder bekannte tumoröse oder entzündliche Erkrankung oder Osteoporose
- Schmerz der unabhängig von körperlicher Belastung ist oder sich in Ruhe verstärkt
- Gleichzeitiges bestehen von thorakalen Schmerzen
- Anhaltend schwere Einschränkung der lumbalen Flexion
- Langzeittherapie mit Steroiden und Immunsuppressiva
- Drogenabusus, HIV Infektion
- Neurologische Ausfälle und Symptome
- Allgemeines Krankheitsgefühl oder schlechter Allgemeinzustand
- Ungewollter Gewichtsverlust
- Schwere strukturelle Deformitäten
- Fieber

In den meisten Fällen lautet die Arbeitshypothese „Nicht spezifischer Rücken- bzw. Kreuzschmerz“. Bei anhaltenden Beschwerden oder neuen Untersuchungsergebnissen muss die Diagnose revidiert werden.

Bildgebung

Liegen keine „roten Flaggen“ vor kann auf eine radiologische Untersuchung verzichtet werden. Diese ist nur für den Ausschluss von schwerwiegenden Pathologien sinnvoll. Viele der im Röntgen entdeckten Veränderungen an der Wirbelsäule sind Zufallsbefunde; ihre Korrelation mit Rückenschmerzen ist vielfach nicht bekannt. Eine Überbewertung der Bildgebung – z. B. „degenerativen Veränderungen“, die ab einem bestimmten Alter normal sind, kann sogar eine Chronifizierung begünstigen.

Labor

Eine labordiagnostische Untersuchung ist vor allem beim Verdacht auf eine zu Grunde liegende systemische Erkrankung sinnvoll.

Therapien

■ Ärztliches Beratungsgespräch

PatientInnen mit akuten, nicht spezifischen Rückenschmerzen sollten über den vermutlich selbstlimitierenden Verlauf der Schmerzen aufgeklärt werden. Für die meisten PatientInnen ist es empfehlenswert aktiv zu bleiben und schnell wieder den üblichen Alltagsaktivitäten nachzugehen. Ein Cochrane-Review ergab, dass Bettruhe ein schlechteres Ergebnis bringt als Aktivität.
Auch bei nicht spezifischen chronischen Kreuzschmerzen liefert ein rezentes Review mittlere Evidenz dafür, dass Bewegung und sportliche Aktivität jeder Art besser sind als inaktiv zu bleiben. Die Wichtigkeit von aktivierenden Therapieprinzipien wird in allen Leitlinien betont.

■ Medikamente

Zur Durchbrechung des Schmerzkreislaufs werden zunächst einfache Analgetika, z. B. Paracetamol, empfohlen, aber auch nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) sind wirksam. Die Evidenz dafür, dass sie besser als Paracetamol sind, ist aber widersprüchlich. Es gibt auch keine Evidenz dafür, dass ein bestimmter Wirkstoff aus der NSAR-Gruppe besser als die anderen ist. Mukelrelaxantien werden bei akuten KreuzschmerzpatientInnen mit Muskelverspannungen zusätzlich empfohlen. Bei starken Schmerzen werden auch Opioide eingesetzt wenn andere Schmerztherapien versagen.

Tri- und tetrazyklische Antidepressiva haben bei bestimmten chronischen SchmerzpatientInnen einen mittelstarken Effekt auf die Schmerzbekämpfung. Für SSRIs konnte kein Nutzen gefunden werden

■ Manualtherapie

Die von speziell ausgebildeten ÄrztInnen durchgeführte Manualtherapie stellte sich in Studien als gleich

effektiv wie andere Therapieoptionen (übliche hausärztliche Behandlung, Physiotherapie, Heilgymnastik oder Rückenschule) heraus.

Infiltration/Injektionstherapie

Injektionen eines Lokalanästhetikums in die schmerzhafte Region werden sehr häufig in der Praxis eingesetzt, da damit eine schnelle Schmerzerleichterung erreicht werden kann.

Für die Wirksamkeit von epiduralen Steroidinjektionen, Facettenblockaden, Blockaden der Ileosakralgelenke, Triggerpunkt-Injektionen und intramuskuläre Injektionen von Botulinum-Toxin gibt es keine Evidenz, da nach wie vor qualitativ hochwertige Studien fehlen.

Bewegungstherapie

Bei akuten Kreuzschmerzen ist Bewegungstherapie nicht wirksamer als andere Therapien. Bei subakuten oder chronischen Kreuzschmerzen kann jedoch die Krankenstandsdauer im ersten Jahr signifikant reduziert werden. Allgemein wird empfohlen, PatientInnen mit einer Kombination verschiedener Übungen vor allem in Gruppentherapien ohne den Einsatz von teuren Geräten zu trainieren.

Physikalische Therapie

Sowohl für die Thermotherapie als auch für die elektrische Muskelstimulation und Interferenztherapie finden sich keine Evidenzen, da entsprechende Studien fehlen. Klinisch am besten erforscht ist die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), wobei auch hier Unsicherheiten bezüglich der Effektivität bei chronischen Schmerzen bestehen. Für die Traktionstherapie gibt es gemäß einem Review aus 2008 mehr Evidenz gegen die Wirksamkeit als dafür.

Pädagogische und psychologische Maßnahmen

Für pädagogische und psychologische Maßnahmen (Patientenschulungen, Psychotherapie, Verhaltenstherapie) konnte bei chronischen SchmerzpatientInnen Evidenz gefunden werden, wobei immer eine Kombination mit anderen Maßnahmen, z.B. Bewegungstherapie, empfohlen wird.

Multimodale/multidisziplinäre Therapie

Im Rahmen der Rehabilitation wird in Deutschland zunehmend der multimodale/multidisziplinäre Therapieansatz angewendet, der sport-, ergo-, physio- und psychotherapeutische Interventionen unter Berücksichtigung der Arbeitsplatzsituation, vereint.

Akupunktur

Für den positiven Effekt einer zusätzlich zu anderen Therapien eingesetzten Akupunktur wurde in einem 2008 publizierten Review mittlere Evidenz gefunden. Zur Effektivität anderer alternativmedizinischer Therapien konnte mangels Studienergebnissen keine Aussage getroffen werden.

Operation

Für eine Operation beim akuten Bandscheibenvorfall gibt es klare Indikationskriterien. Bei nicht-spezifischen, chronischen Kreuzschmerzen bleibt die Wirksamkeit der verschiedenen zur Verfügung stehenden Operationsverfahren oft unklar. In einem systematischen Review waren chirurgische Eingriffe bei chronischen RückenschmerzpatientInnen den konservativen, multimodalen Therapieansätzen nicht überlegen.

Eine Vielzahl von Therapien wird zur Behandlung von Rückenschmerzen angeboten und PatientInnen werden derzeit sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich teilweise sehr unterschiedlich behandelt. Durch die Implementierung von Leitlinien soll es insgesamt gelingen unnötige Maßnahmen und unerwünschte Qualitätsschwankungen zu vermeiden.

Die im Bericht vorgestellten Leitlinien sind bezüglich der diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen sehr ähnlich. Eine Diskrepanz zeigt sich allerdings beim Vergleich der neuen österreichischen Leitlinie mit anderen. Die österreichische Leitlinie empfiehlt für chronische KreuzschmerzpatientInnen eine Kombination von physikalischen Therapien (Elektrotherapie, Thermotherapie, Massage, Traktion, Ultraschall), während es diese Empfehlung in den anderen Leitlinien nicht gibt. Die Wirksamkeit einer Kombination verschiedener physikalischer Methoden wurde bisher noch in keiner randomisiert kontrollierten Studie untersucht. *OÖGKK, Abt. Behandlungsökonomie*

HTA-Bericht: Felder-Puig, R. (2008): Rückenschmerzen. Diagnostik und Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien - Möglichkeiten und Grenzen. Im Internet unter: http://eprints.hta.lbg.ac.at/view/types/hta_report.html
Literaturangaben siehe HTA-Bericht

Blick über die Grenzen Teil II – Schweden

Finanzierung und Ausgaben [1,2]

Das schwedische Gesundheitssystem wird zu 71 Prozent durch Steuern finanziert (Beveridge-System). Die restliche Finanzierung erfolgt durch staatliche Zuschüsse (16 Prozent), Patientengebühren (drei Prozent) und andere Beiträge und Quellen. Es gibt einen einzigen staatlichen Sozialversicherungsträger, die „Försäkringskassan“.

Sowohl die jährlichen nationalen Gesundheitsausgaben als auch die Gesundheitsausgaben pro Kopf sind in Schweden niedriger als in Österreich: Im Jahr 2005 betrugen die nationalen Gesundheitsausgaben Schwedens 9,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts, in Österreich hingegen 10,2 Prozent. Die kaufkraftbereinigten Gesundheitsausgaben pro Kopf lagen im selben Zeitraum in Schweden bei 2.918 US-$, und in Österreich im Vergleich dazu bei 3.519 US-$.

Organisation [1]

Die Organisation des schwedischen Gesundheitssystems erfolgt auf drei Ebenen:
Auf der nationalen Ebene werden die Grundsätze der gesundheitlichen Versorgung und die gesundheitspolitische Ausrichtung vorgegeben. Das Ministerium für Gesundheit und soziale Angelegenheiten ist für den Erlass von Gesetzen und Verordnungen zuständig, das Zentralamt für das Gesundheits- und Zentralwesen für die Überwachung der Qualität und die staatliche Auswertungsstelle für medizinisch-technologische Versorgung für die Beurteilung sowohl neuer als auch etablierter medizinischer Methoden. Auf der regionalen Ebene

sind die 21 Provinziallandtage für die Bereitstellung und Finanzierung der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung verantwortlich. Durch diese Dezentralisierung kommt es zu großen regionalen Unterschieden in der Versorgung.
Die Betreuung von Senioren und Menschen mit besonderen Bedürfnissen im Rahmen der Haus- und Heimpflege liegt im Aufgabenbereich der 290 schwedischen Gemeinden.

Ärztliche Hilfe [1, 3, 4]

Innerhalb des zuständigen Provinziallandtages besteht für die Patienten freie Arztwahl. 80 Prozent der schwedischen Allgemeinmediziner (als „Familienärzte" bezeichnet) sind in so genannten Gesundheitszentren tätig. Pro Gesundheitszentrum arbeiten drei bis vier Familienärzte, acht bis zehn Krankenschwestern oder -pfleger, eine Hebamme, ein bis zwei Physiotherapeuten und andere Gesundheitsexperten. Die Zentren verfügen teilweise auch über Röntgen und Labor. Der Rest der Allgemeinmediziner arbeitet entweder privat oder hat – was allerdings immer seltener vorkommt – einen Vertrag mit den Provinziallandtagen abgeschlossen. Die ambulante Versorgung durch Fachärzte findet vorwiegend in den Kliniken statt. Für fachärztliche Behandlungen ist keine Überweisung notwendig im Unterschied zu vielen anderen Ländern, in denen dem Hausarzt eine Gatekeeper-Funktion zukommt.

Braucht nun ein Patient in Schweden ärztliche Hilfe, so ruft er beim Gesundheitszentrum an und führt zunächst ein Gespräch mit einer Distriktkrankenschwester (= Krankenschwester, die bei einem Gesundheitszentrum angestellt ist und Hausbesuche durchführt, sowie das Verschreibungsrecht für bestimmte Arzneimittel hat). Diese erteilt erste medizinische Ratschläge und vereinbart, falls notwendig, einen Termin mit einem Arzt. Die Wartezeit auf einen Termin bei einem Allgemeinmediziner kann bis zu einer Woche betragen, jene bei Fachärzten bis zu drei Monaten.

Heilmittel [5, 6, 7, 8]

Sämtliche Arzneimittel werden über die schwedische Apothekenkette Apoteket abgegeben. Das Apothekennetz wurde 1970 gegründet, ist in staatlicher Hand und arbeitet ohne Gewinninteresse. Im Jahr 2007 verfügte Apoteket über ca. 900 Filialen sowie ca. 800 Apoteket-Vertreter. Bei letzteren handelt es sich um Vertragspartner (z. B. Tankstellen), die berechtigt sind, bestimmte OTC-Präparate in dünn besiedelten Gebieten auszugeben, und man kann bei ihnen ärztlich verordnete Arzneimittel bestellen. Sie verfügen allerdings über kein pharmazeutisches Fachwissen. Hausapothekenführende Ärzte gibt es in Schweden nicht.

Die Verschreibung von Heilmitteln erfolgt entweder auf einem herkömmlichen Rezeptformular oder in mittlerweile rund 75 Prozent der Fälle per e-Rezept. Dabei handelt es sich um ein elektronisches Rezept, das direkt vom verschreibenden Arzt an das Netz von Apoteket übermittelt wird. Der Patient erhält dann in der Apotheke seiner Wahl die verordneten Arzneimittel gegen Vorlage seines Ausweises. Seit dem Jahr 2005 werden die Daten der eingelösten Rezepte für 15 Monate in einer e-Medikationsdatenbank gespeichert. e-Rezepte sind bis zu zwölf Monate gültig, wobei der Patient maximal den Drei-Monats-Bedarf auf einmal abholen kann. Weiters besteht die Möglichkeit, Rezepte unter Angabe eines speziellen PIN-Codes via Internet oder durch Anruf bei einem Call-Center einzulösen. Der Patient kann sich jederzeit in der Apotheke eine Liste jener Medikamente ausdrucken lassen, für die zwar Verschreibungen vorliegen, die aber noch nicht abgeholt wurden.
Erstattungsfähige Arzneimittel werden in eine Positivliste aufgenommen, nachdem sie einer gesundheitsökonomischen Bewertung durch ein Health Technology Assessment unterzogen worden sind. Es gibt eine Aut-idem-Regelung, durch die die Apotheken dazu verpflichtet sind, das jeweils kostengünstigste Präparat abzugeben. Möchte ein Patient dennoch das teurere Arzneimittel haben, muss er die Differenz zum kostengünstigsten aufzahlen. Die Aut-idem-Regelung funktioniert in Schweden ohne jegliche Kritik und hat bisher zu großen Ersparnissen im Gesundheitssystem geführt.

Selbstbehalte [1, 9]

Bei Arztbesuchen in Gesundheitszentren müssen die Patienten eine Gebühr von zwischen zehn und 16 Euro entrichten. Für Facharztkonsultationen ist die Gebühr höher. Hat ein Patient bereits mit den von ihm entrichteten Gebühren innerhalb der letzten zwölf Monate nach dem ersten Arztbesuch die Obergrenze von rund 100 Euro erreicht, ist er von der Zuzahlung befreit. Auch für Heilmittel existieren Selbstbehalte: Bis 100 Euro zahlt man den vollen Preis, darüber gibt es

degressiv gestaffelte Zuzahlungen. Die Höhe des degressiv gestaffelten Selbstbehaltes richtet sich danach, wie viel der Patient in diesem Jahr bereits für Arzneimittel ausgegeben hat. Hat ein Patient innerhalb von zwölf Monaten ab der ersten Behandlung die Obergrenze von rund 195 Euro erreicht, gilt er für diese Periode als zuzahlungsbefreit.

Chancen und Risiken [1,3,6,8]

In der Vergangenheit wurden diverse Maßnahmen zur Heilmittelkostendämpfung wie Erhöhung der Patientenselbstbeteiligung, Spannensenkungen, Streichungen von der Positivliste, Einführung von Arzneimittelkomitees zur Steuerung des Verordnungsverhaltens von Ärzten, die Einrichtung eines pharmakoökonomischen Evaluierungsinstituts und die Einführung der Generikasubstitution durchgeführt.

Das größte Problem im schwedischen Gesundheitssystem stellen allerdings die langen Wartezeiten auf ärztliche Behandlungen dar. Ende 2005 wurde von der Regierung eine Behandlungsgarantie eingeführt, die gewährleisten soll, dass kein Patient länger als drei Monate auf einen Arzttermin warten muss. Wird diese Frist nicht eingehalten, so wird dem Patienten eine Behandlung an einem anderen Ort angeboten, wobei die Kosten samt Reisekosten vom jeweiligen Provinziallandtag übernommen werden. Nachdem auch in Schweden der ökonomische Druck immer größer wird, sind Kostenrestriktionen und Effizienzsteigerungen notwendig, um die beschränkt vorhandenen Ressourcen optimal nutzen zu können. Aus diesem Grund wird ein Leistungsvergleich zwischen den teils sehr unterschiedlich geführten Provinziallandtagen angestrebt. Da die Daten aufgrund der starken Dezentralisierung auf nationaler Ebene kaum vorhanden bzw. untereinander nicht kompatibel sind, wird derzeit ein Modell eingeführt, mit dem die erreichten Ziele und Ergebnisse im Gesundheitsbereich besser evaluiert und verglichen werden können.

Voraussichtlich ab Mitte 2009 soll der schwedische Apothekenmarkt liberalisiert werden. Die Apotheken der staatlichen Apothekengesellschaft sollen zum Teil verkauft und der Markt für neue Anbieter geöffnet werden. Ziel ist vor allem die Verbesserung des Zugangs durch Erhöhung der Anzahl der Apotheken (Schweden ist viermal so groß wie Österreich, hat aber weniger Apotheken) und durch Ausweitung der Öffnungszeiten sowie Reduktion der Wartezeiten an den Schaltern. Derzeit wird die Auflösung des Apothekenmonopols in Schweden allerdings noch kontroversiell diskutiert. *Red.*

Wir danken Herrn Mag. (FH) Thomas Steinschaden für die Qualitätssicherung dieses Artikels.

Literatur:

(1) Das schwedische Gesundheitswesen, Schwedisches Institut, Januar 2007; http://www.sweden.se/upload/Sweden_se/german/factsheets/SI/Das_schwedische_Gesundheitswesen_TS76r.pdf (Zugriff am 26.6.2008)

(2) G. Kochler, Gesundheitsausgaben: Schweiz wiederum im zweiten und dritten Rang; Schweizerische Ärztezeitung 88 (2007), 47; 2004-2007

(3) Das schwedische Gesundheitssystem, Rheinhessische Patienteninformation; http://www.gesundheitsseiten.de/start.php?nas=l,0350,0260&thema=Schweden&SID=9b 1409bba5375 (Zugriff am 26.6.2008)

(4) Staatl. Gesundheitszentren, In Schweden leben und arbeiten - Das Netzwerk in Schweden; http://www.inschweden.se/gesundheit/rztl.-hilfe-vardcetralen/staatl.-gesundheitszentren.html (Zugriff am 26.6.2008)

(5) Apoteket; http://www.apoteket.se/content/1/c4/49/47/ApoteketGerman.pdf (Zugriff am 26.6.2008)

(6) Schweden hebt das Apothekenmonopol auf, Bundesagentur für Außenwirtschaft; http://www.handelskammer.cci.se/data/apoteket.pdf (Zugriff am 26.6.2008)

(7) Th. Steinschaden, The Implementation of e-Prescribing of Pharmaceuticals in Austria and Sweden - Status and Attitudes of Doctors; Diploma Thesis submitted at the IMC University of Applied Sciences Krems, Mai 2008

(8) ÖBIG, Arzneimittelausgaben. Strategien zur Kostendämpfung in der EU (2001)

(9) S. Vogler et al., Arzneimittel: Wer zahlt? Erstattung und Selbstbeteiligung in der erweiterten EU; Soziale Sicherheit 59 (2006), 10, 411 – 418

Red.

Antipsychotika bei Kindern und Jugendlichen

Die Antipsychotika Olanzapin (Zyprexa), Quetiapin (Seroquel und Generika) und Risperidon (Risperdal und Generika) haben keine bzw. eine eingeschränkte Zulassung für Kinder und Jugendliche.

Zulassung bei Kindern und Jugendlichen lt. Austria-Codex, Stand 1. 7. 2008:

Aripiprazol: Es gibt keine Erfahrungen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren.

Olanzapin: Es gibt keine Erfahrungen bei Kindern

Quetiapin: Die Sicherheit und Wirksamkeit von Seroquel wurden bei Kindern und Jugendlichen nicht untersucht.

Risperidon: Risperdal ist indiziert zur Behandlung von Anpassungsstörungen und anderen impulshaften Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit unterdurchschnittlichen intellektuellen Funktionen und geistiger Zurückgebliebenheit, bei denen destruktive Verhaltensweisen (z. B. aggressives, impulsives und eigengefährdendes Verhalten) vorherrschen. Risperdal ist indiziert zur Behandlung von Autismus bei Kindern und Jugendlichen.

Es mehren sich die Hinweise auf den Einsatz der Antipsychotika bei Kindern (1, 2). Dies wird kritisch gesehen, weil es keine Zulassungsdaten gibt, und somit die Wirksamkeit und Verträglichkeit bei Kindern und Jugendlichen nicht geprüft ist. Eine rezente Studie bei Kindern und Jugendlichen mit Schizophrenie bestätigt dies (3). Außerdem wird auf die Nebenwirkungen der neueren Antipsychotika mit Gewichtszunahme und metabolischen Problemen hingewiesen.

Bundesdeutsche Daten zeigen eine Zunahme der Verordnungen von Antipsychotika in den Jahren 2001-2006 (1).

Auch in Österreich werden die Antipsychotika vermehrt bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt:

Bundesweite Anzahl der Verordnungen von Antipsychotika bei Kindern und Jugendlichen in den Jahren 2000 und 2007 (Quelle: Pegasus)

Substanz	Patientenalter 5 bis 10 Jahre		Patientenalter 10 bis 15 Jahre	
	2000	2007	2000	2007
Aripiprazol	0	18	0	107
Olanzapin	35	56	106	401
Quetiapin	0	78	2	729
Risperidon	74	719	384	3.561

Aufgrund der fehlenden Zulassung (mit teilweisen Ausnahmen für Risperidon), der mangelhaft dokumentierten Wirksamkeit und der diskutierten Sicherheitsmängel sollte die Indikationsstellung für den Einsatz von Antipsychotika bei Kindern und Jugendlichen besonders streng gehandhabt werden. Auf die gesetzlichen Vorgaben der Patienteninformation und Einverständniserklärung für den Einsatz außerhalb der Zulassung sollte im Eigeninteresse des behandelten Arztes besonderer Wert gelegt werden. *Red.*

Literatur

(1) *Kinder: Neuroleptikagebrauch steigt, Arzneitelegramm 2008; 39: 69-70*

(2) *Study of Newer Antipsychotics Finds Risks for Youths, New York Times 2008, September 15*

(3) *Double-Blind Comparison of First- and Second-Generetion Antipsychotics in Early-Onset Schizophrenia and Schizo-affective Disorder: Findings From the Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum Disorders (TEOSS) Study Am J Psychiatry. 2008 Sep 15 [Epub ahead of print]*

Links und interessante Studien

Ezetimib/Simvastatin (Inegy)
http://www.fda.gov/medwatch/safety/2008/safety08.htm#ezetimibe2
Die FDA informiert über die bevorstehende Datenanalyse der SEAS-Studie, die eine erhöhte Krebsinzidenz und -sterblichkeit unter Inegy gezeigt hat.

Simvastatin (Zocord und Generika), Ezetimib/Simvastatin (Inegy), in Kombination mit Amiodaron (Sedacoron und Generika)
http://www.fda.gov/cder/drug/InfoSheets/HCP/simvastatin_amiodaroneHCP.htm
Die FDA weist wegen erhöhter Inzidenz auf das (bereits bekannte) Risiko für Rhabdomyolysen unter einer Kombinationstherapie mit Simvastatin und Amiodaron hin.

Adalimumab (Humira), Etanercept (Enbrel), Infliximab (Remicade)
http://www.fda.gov/cder/drug/InfoSheets/HCP/TNF_blockersHCP.htm
Die FDA informiert über schwerwiegende Infektionen unter TNF-Therapie, die nicht rechtzeitig diagnostiziert werden und mitunter tödlich verlaufen.

Letzter Zugriff zu allen Links am 29. 10. 2008

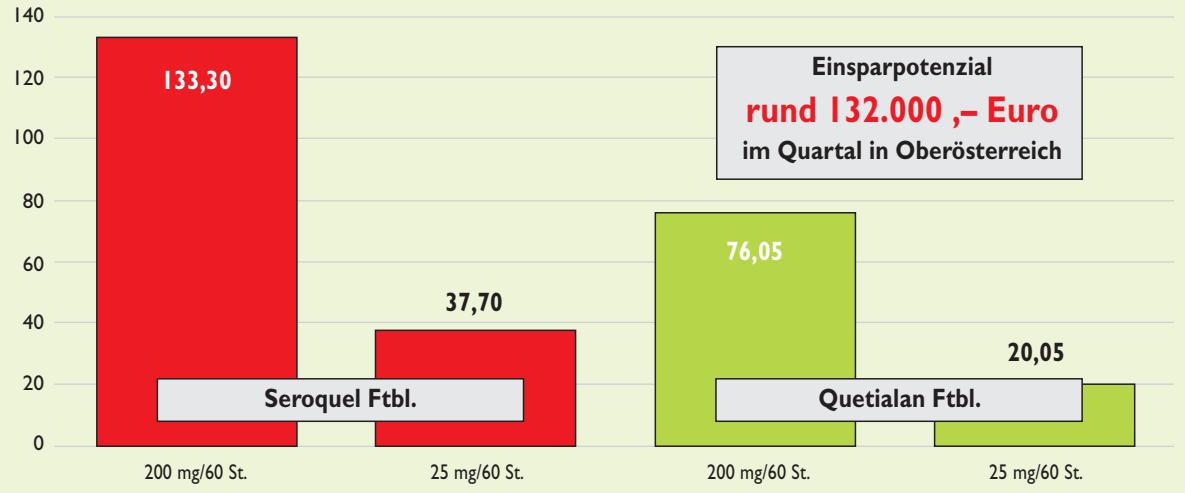
Österreichische Post AG Info. Mail Entgelt bezahlt

Das Öko-Eck

Quetiapin

Quetiapin zählt zu den am häufigsten verordneten atypischen Antipsychotika mit einem Umsatz von **630.000,– Euro** im 2. Quartal 2008.
Mit der generischen Verfügbarkeit aller Wirkstoffstärken und der Starterpackung seit 1. November in der Grünen Box des EKO eröffnet sich ein enormes Einsparpotenzial von insgesamt **275.000,– Euro**. Das Nachfolgepräparat **Quetialan** ist ebenso wie das Originalpräparat zur Behandlung der Schizophrenie und der mittelgradig bis schweren manischen Episode zugelassen.

QUETIAPIN
Preisvergleich der meistverordneten Wirkstärken und Packungsgrößen



Gesamteinsparpotenzial (unter Berücksichtigung aller Wirkstoffstärken)
275.000,– Euro im Quartal
Einsparpotenziale errechnet auf Basis Verordnungen 2. Quartal 2008, Preise November 2008

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text auf gendergerechte Schreibweise verzichtet.

Impressum: Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion. OÖ Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4021 Linz. Druck: Gutenberg/Linz, Gestaltung: Referat für Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation, Ursula Macher.
Kontaktadresse: Dr. Gabriele Müller, c/o OÖ Gebietskrankenkasse, Behandlungsökonomie, Postfach 61, 4021 Linz, oder rufen Sie uns einfach an:
05 78 07 - 10 20 37 (Fax: 05 78 07 - 10 20 10), oder Manuela Brandl, Tel. 05 78 07 - 10 20 36 (Fax: 05 78 07 - 10 20 10).
E-Mail: gabriele.mueller@ooegkk.at oder manuela.brandl@ooegkk.at
Redaktionsschluss: November 2008