

Ökonomie in der Praxis

2_2011

■ Serviceblatt für Behandlungsökonomie

- Soziale
Determinanten der
Gesundheit zur
sozialpolitischen
Steuerung 2
- Links und inter-
essante Studien 4
- Ein Algorithmus zur
Reduktion der Poly-
pharmakotherapie
im Senium 5
- Neu:Arzneidialog-
Hotline 7
- Leitlinien-Konformi-
tät der Initialtherapie
mit oralen Antidia-
betika in Österreich 8
- OÖGKK und Ärzte-
kammer setzen sich
gemeinsam Ziele 11
- Das Öko-Eck:
Risedronsäure 12



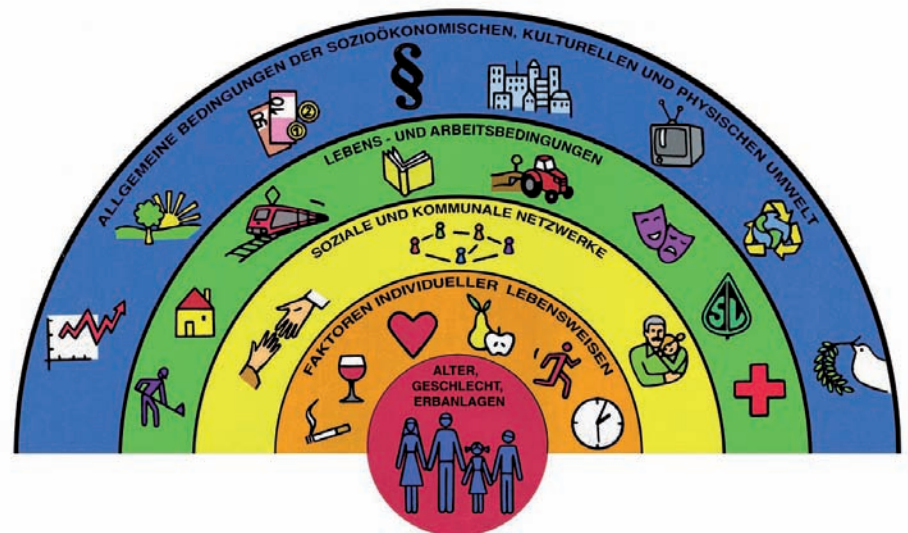
Soziale Determinanten der Gesundheit zur sozialpolitischen Steuerung

Der Beitrag fasst zwei Arbeitspapiere der WHO, „Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO european region“¹ und „Soziale Determinanten von Gesundheit, die Fakten“², zusammen. Die Motivation für diesen Artikel, der sich ausnahmsweise mit keinem direkten medizinischen oder medikamentösen Thema beschäftigt, ist folgende: Das Gesundheitssystem und insbesondere die Mediziner leisten einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung, der Lebenserwartung und der wahrgenommenen Lebensqualität, aber einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit üben auch die sozialen Determinanten Ausbildung, Einkommen und soziales Umfeld aus.

Die WHO betont bei der Ausarbeitung sozialer Determinanten der Gesundheit die Notwendigkeit einer ganzheitspolitischen Zielsetzung, durch die jedem Land die Möglichkeit einer nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit seiner Bevölkerung gegeben wird.

Gesundheit als sozialpolitische Herausforderung

Die Gesundheitsunterschiede innerhalb Europas sind teilweise sehr groß. Die gesundheitspolitische Herausforderung ist, diese Unterschiede größtenteils zu beseitigen, da sie nicht nur die Einzelperson belasten, sondern auch zu signifikanten wirtschaftlichen Kosten beitragen. Die Ursachen der Unterschiede in der Gesundheit der Gesellschaft sind multifaktoriell. Geht man davon aus, dass die Gesundheit durch die sozialen Determinanten bestimmt wird, so müssen die Wechselwirkungen zwischen sozialer Benachteiligung und geringerer Gesundheit auf allen Ebenen verstanden werden. Um effektiv gegen soziale Missstände vorzugehen, bedarf es des Zusammenspiels vieler politischer Sektoren – das Gesundheitssystem alleine kann die Ungleichheiten nicht egalisieren.



Darum ist eine umfassende Vernetzung aller sozialpolitischen Akteure wichtig und der gegenseitige Erfahrungsaustausch essentiell.

Lebenserwartung

Eindeutiger Indikator, um die Unterschiede im Gesundheitszustand je Land aufzuzeigen, ist die Lebenserwartung. Diese weist in der Europäischen Region der WHO eine hohe Streuung auf, obwohl sie in allen Ländern über die Jahre sukzessive gestiegen ist. Während die Lebenserwartung bei den Männern in Kasach-

stan nur 61,9 Jahre beträgt, erreichen Männer in Island im Durchschnitt ein Lebensalter von 80,1 Jahren (die Lebenserwartung der Männer in Österreich liegt im Gegensatz dazu bei 77,6 Jahren). Auch die Frauen in Kasachstan haben eine niedrige Lebenserwartung von 72,5 Jahren, während die Spanierinnen im Durchschnitt 84,7 Jahre alt werden (die Österreicherinnen liegen etwas darunter mit 83 Jahren). Die Unterschiede in der Lebenserwartung gehen mit den sozialpolitischen Unterschieden zwischen den einzelnen Ländern einher.

Sozialen Determinanten der Gesundheit

Die sozialen Unterschiede existieren schon in der frühen Kindheit und prägen dadurch das gesamte Leben. Damit man lebenslange Vitalität und Wohlbefinden aufrechterhalten kann, bedarf es einer guten Gesundheit von Beginn an und präventiver Verhaltensweisen von Lebensbeginn an. Dazu gehört die Mutter- und Kindgesundheit². Sozial schwächer Gestellte haben oft begrenzte Möglichkeiten hinsichtlich Ausbildung und Arbeitsplatz und leiden darum häufiger unter einer geringeren Arbeitsqualität und einem niedrigeren Einkommen. Hoher Arbeitsaufwand und geringe Selbstbestimmung am Arbeitsplatz führen zusätzlich zu erhöhtem Stress und geringer Selbstachtung. Die Qualität des sozialen Netzwerks und das Ausmaß der sozialen Sicherheit tragen dazu bei, wie stark die Ausgrenzung und die Stigmatisierung der sozial Benachteiligten ausfallen, was sich wiederum negativ auf die Lebensqualität auswirkt.

Auch die Suchthematik spielt in sozial schlechter gestellten Gesellschaften eine größere Rolle, denn das soziale Umfeld bestimmt zu einem gewissen Teil die Höhe des Risikos, Alkohol, Drogen oder Tabak ausgesetzt zu sein. Zusammenfassend kann gesagt werden: Je schlechter die soziale Stellung, desto geringer ist die Lebenserwartung².

Sozialpolitische Maßnahmen

Um die Unterschiede in der Lebenserwartung zu verringern und die Lebensqualität der sozial schwächer Gestellten anzuheben, muss dort angesetzt werden, wo möglichst viele dieser Personengruppen erreicht werden können. Die Veränderungen sollen nachhaltig umgesetzt werden, und dies kann nur durch eine Verankerung von Interventionen auf allen sozialpolitischen Ebenen erreicht werden.

Damit Maßnahmen umfassend eingeführt werden können, bedarf es der Transparenz sozialer Determinanten, an denen sich die Sozialpolitik orientieren kann. Obwohl ein Erfahrungsaustausch auch auf internationaler Ebene wichtig ist, um möglichst nachhaltige Maßnahmen zu generieren, ist ein EU-weiter Vergleich oft nicht einfach, da andere Strukturen und andere Datenaufbereitungen dies nicht möglich machen. Trotzdem soll versucht werden, durch möglichst umfangreiche Kennzahlen Schwachstellen zu identifizieren, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken, und anhand derer sozialpolitische Lösungsansätze generiert werden können.

Die WHO hat anhand der Aufstellung sozialer Determinanten politische Lösungsvorschläge erstellt, die jedes Land angepasst an seine politische Struktur umsetzen kann:

1) Soziales Gleichgewicht von Geburt an

Um gegen soziale Missstände vorzugehen, muss den gesundheitspolitischen Verantwortlichen bewusst werden, dass der Mensch in seinem Leben viele entscheidende Phasen durchläuft, in denen er einer Benachteiligung ausgesetzt sein kann. Ab der ersten Benachteiligung ist die Chance, auf Dauer einem sozialen Ungleichgewicht ausgesetzt zu sein, höher. Darum muss die Sozialpolitik diesen Personen zukünftig ein verstärktes Sicherheitsnetz und soziale Förderungen bieten, um erlebte Benachteiligungen ausgleichen zu können, bzw. diese wenn möglich gar nicht erst entstehen zu lassen.

Wenn es machbar wäre, das soziale Ungleichgewicht bereits bei Kindern von Geburt an zu verhindern, würden die Entwicklungswege in weiterer Folge homogener ausfallen. Um das Ziel einer besseren Gesundheit schon ab Lebensbeginn erreichen zu können, muss die Gesundheit der Mutter und des Kindes von Anfang an durch gute Ernährung, Gesundheits-erziehung und die Bereitstellung von präventiven und kurativen Gesundheitsleistungen, sowie angemessenen sozialen Ressourcen gewährleistet und die Eltern-Kind-Beziehung unterstützt werden. Durch die Anhebung des allgemeinen Bildungsstatus sollen gleiche Ausbildungschancen für alle ermöglicht werden².

2) Gesundheit am Arbeitsplatz

Die Gesundheit am Arbeitsplatz, an dem Erwachsene einen Großteil ihrer Zeit verbringen, ist wichtig. Die Vermeidung schädlicher Arbeitsbedingungen und die Förderung der Teilhabe an Entscheidungsprozessen erhöhen sowohl die Gesundheit als auch die Arbeitsproduktivität und sollten auch im Sinne des Arbeitgebers umgesetzt werden.

Im Allgemeinen gilt: Schlimmer als ein schlechter Arbeitsplatz ist, keinen zu haben. Arbeitslosigkeit ist der Indikator dafür, ob die politische Weichenstellung zur Optimierung der Gesundheit der Gesellschaft zielführend umgesetzt wurde. Denn Chancengleichheit bei Ausbildungsmöglichkeiten, eine gesunde und sozial gefestigte Gesellschaft, die Schaffung sicherer und gesundheitsfördernder Arbeitsplätze und ein starkes soziales Unterstützungsnetzwerk helfen, die Arbeitslosigkeit möglichst niedrig zu halten. Zusätzlich kann die Sicherung von Arbeitsplätzen durch einen staatlich gesteuerten Konjunkturausgleich gewährleistet werden. Die Arbeitsqualität wird durch die Anpas-

sung arbeitsrechtlicher Bestimmungen an die Arbeitsplatzzufriedenheit gesteigert. Im Falle einer dennoch eintretenden Arbeitslosigkeit kann diese durch die befristete Gewährung finanzieller Sicherheiten und die möglichst schnelle Reintegration in das Arbeitsleben verringert werden².

3) Soziale Gesundheit und medizinische Chancengleichheit

Ein barrierefreier Zugang zu öffentlichen Dienstleistungen und die Beseitigung von Hindernissen, die den Zugang zu Gesundheitsversorgung und Sozialleistungen erschweren, können durch Health in all Policies umgesetzt werden. In einer Gesellschaft sollen alle Bürger befähigt werden, sich sinnvoll am sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben zu beteiligen. Sie sollten nicht mit Unsicherheit, sozialer Ausgrenzung und Benachteiligung zu kämpfen haben. Auch das Gefühl von Zugehörigkeit und Wertschätzung wird durch Integration in ein stabiles soziales Umfeld gestärkt².

Die Experten der WHO argumentieren, dass es Aufgabe der Arbeitsmarkt-, Bildungs- und Familienpolitik ist, eine Annäherung der sozialen Schichten zu erreichen und soziale Missstände so gut es geht auszugleichen.

Auswirkungen auf Gesundheitsdienstleister und die Sozialversicherung

Doch was bedeuten diese sozialpolitischen Empfehlungen für die unmittelbaren Akteure des Gesundheitssystems, die für die direkte Betreuung der Patienten verantwortlich sind? Ihnen bietet sich die Möglichkeit, durch die zusätzliche Bewertung des sozialen Ungleichgewichts als Mitgrund für gesundheitliche Missstände ihr Handeln um die wichtige soziale Determinante zu erweitern. Dadurch bietet sich dem Patienten eine umfassendere und vor allem selbstbestimmte Möglichkeit zur Gesundheitserhaltung und -wiedererlangung, die weit über die klassische Behandlung von Krankheiten und den pathogenetischen Ansatz hinausgeht. *Red.*

Quellen:

- 1 WHO (2010): *Interim first report on social determinants of health and the health divide in the WHO european region.*
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/124464/E94370.pdf (Zugang am 11. 4. 2011)
- 2 WHO (2004): *Soziale Determinanten von Gesundheit, die Fakten*
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf (Zugang am 11. 4. 2011).

Links und interessante Studien

■ Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis

BMJ 2011;342:c7086

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3019238/pdf/bmj.c7086.pdf> (Zugriff am 5. 5. 2011)

Das kardiovaskuläre Risiko sollte bei jeder Langzeittherapie mit einem NSAR berücksichtigt werden. Naproxen ist wahrscheinlich mit einem geringeren Risiko verbunden.

■ Wirkstoff AKTUELL: Denosumab

<http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/WA/Archiv/Denosumab.pdf> (Zugriff am 5. 5. 2011)

Die Bewertung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft fällt sehr kritisch aus: Für die Therapie der Osteoporose bei Frauen in der Postmenopause und die Behandlung des Knochenschwunds im Zusammenhang mit Hormonablation bei Männern mit Prostatakarzinom mit erhöhtem Frakturrisiko bringt der Wirkstoff Denosumab (Prolia) keinen zusätzlichen Nutzen gegenüber den kostengünstigeren oralen Bisphosphonaten. Zu beachten ist weiters das erhöhte Risiko schwerwiegender Infektionen und das zur Zeit nicht abschätzbare Risiko für maligne Neuerkrankungen, da Daten zur Langzeitsicherheit von Denosumab nicht vorliegen.

■ Generika – Wissenschaft oder Werbung – was wirkt wirklich?

<http://www.basg.at/news-center/veranstaltungsarchiv-nach-datum/generika-offensive-22032011/> (Zugriff am 5. 5. 2011)

In einer gemeinsamen Veranstaltung von BMG, HVB und AGES am 23. 3. 2011 in Wien wurden die wissenschaftlichen Grundlagen im Umfeld der Generika präsentiert. Auch die Widersprüche zwischen zuletzt verbreiteten emotionalen Bewertungen (Clopidogrel, Psychopharmaka, Schmerzmittel) und einem naturwissenschaftlichen rationalen Bewertungszugang wurden diskutiert.

Ein Algorithmus zur Reduktion der Polypharmakotherapie im Senium

Dr. Jochen Schuler, Innere Medizin II der PMU Salzburg
Dr. Renato Kasseroller, Salzburger Gebietskrankenkasse

Eine prospektive Interventionsstudie² im Pardes Hana Geriatrie-Zentrum, Israel, untersuchte die Medikation älterer Menschen, die von ihren Hausärzten und/oder Familienangehörigen zugewiesen wurden. Ziel der Intervention war, die Arzneimittellisten auf das Notwendigste und Verträglichste zu reduzieren. Die Probleme mit Vielverschreibungen im höheren Lebensalter sind in Israel ähnlich wie hierzulande¹ und anderen europäischen Ländern^{3, 4, 5}.



Die Patientenzahl dieser Studie ist leider nicht sehr hoch (n = 70, davon 61 Prozent weiblich), es erfolgte aber eine Nachbeobachtungszeit über im Median 19 Monate (4-45). Zu Beginn wurden durchschnittlich 7,7 verschiedene Arzneimittel (AM) eingenommen. 94 Prozent der Patienten hatten mehr als drei, 51 Prozent mehr als sechs Diagnosen. Die häufigsten Diagnosen waren Hypertonie (63 Prozent), Demenz (57 Prozent), Stürze (50 Prozent), Harninkontinenz (50 Prozent, Depression bzw. Angst (43 Prozent), Diabetes mellitus (33 Prozent) und koronare Herzkrankheit (30 Prozent). Die alterssimmanente Polymorbidität birgt für den Patienten Gefahren, da durch die daraus resultierende Polypharmakotherapie die Zahl der unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) unwillkürlich steigt, leider nicht linear sondern exponentiell. Dadurch ist der „gesamtbetreuende“ Hausarzt gefordert, bestehende medikamentöse Empfehlungen unter Umständen zu revidieren, da er der Letztverantwortliche in der Betreuerkette ist.

Der vom Autor beschriebene „good-palliative-geriatric-

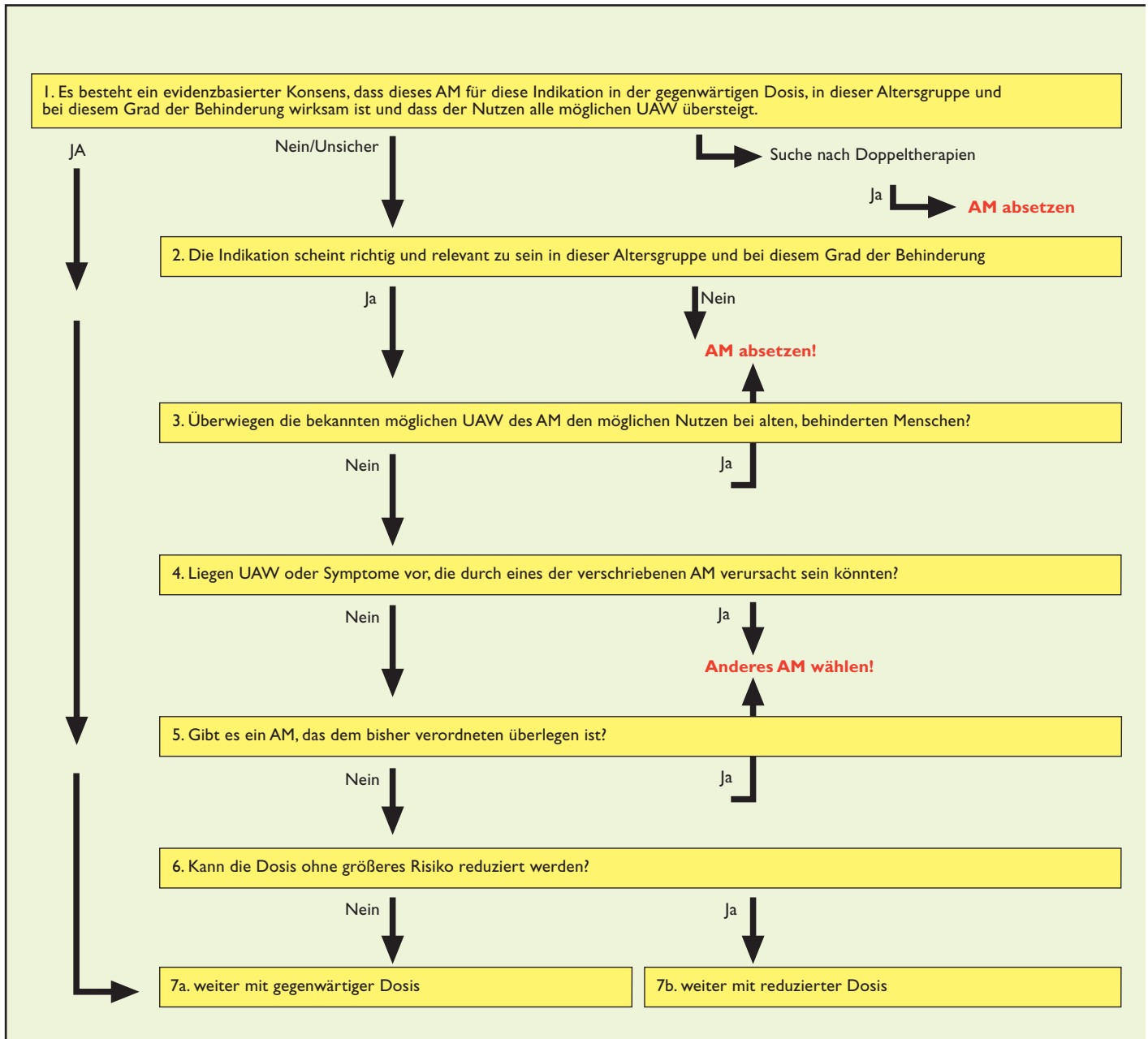
practice-algorithm“ hat zum Ziel, die Medikation geriatrischer Patienten zu verbessern bzw. auf das Notwendigste zu reduzieren².

Die Ziele dieses Vorganges sind:

- konsequentes Absetzen nicht evidenzbasierter Medikamente,
- konsequentes Absetzen unverträglicher Medikamente,
- Ersetzen für alte Menschen ungeeigneter Medikamente durch verträglichere,
- Absetzen zumindest eines Medikamentes bei Mehrfachtherapien
- Anpassen der Dosis der anderen.

In dieser Studie war nach dem geschilderten Algorithmus nur bei sechs von den 70 Patienten keine Veränderung der AM-Therapie notwendig, bei allen anderen Probanden wurde mindestens eine Modifikation vorgeschlagen.

In Summe wurde die Indikation von 311 AM bei 64 Patienten in Frage gestellt. Nach Rücksprache mit den



Betroffenen, Angehörigen und Ärzten wurden letztendlich 256 AM abgesetzt, das waren immerhin 47 Prozent aller Verordnungen (544).

Abgesetzt wurden:

- alle Nitratre
- 97 % der Diazepine
- 83 % der Sulfonylharnstoffe
- 53 % der Anthypertensiva
- 54 % der Statine
- 58 % der Magentherapeutika
- 33 % der Antidepressiva
- 33 % der Antipsychotika

Somit erhebt sich die Frage, ob es den Patienten danach besser gegangen ist, oder ob es zu einer Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Situation gekommen ist.

In der **Nachbeobachtungszeit** wurden alle Patienten im drei- bis sechsmonatigen Rhythmus ärztlich beurteilt, zu Beginn im Studienzentrum, später mit Telefoninterviews. Es wurden der klinische Status und die aktuelle Einnahme der AM erhoben. Zusätzlich wurde mit Fragebögen versucht den funktionellen, kognitiven und emotionalen Status nach der Short-Geriatric-Depression-Scale, der Mini-Mental-State-Examination (MMSE) und das Wohlbefin-

den auf einer 5-Punkte Likert-Skala zu ermitteln. Bei zwei Prozent der Patienten wurde im Verlauf ein abgesetztes Medikament wieder verordnet, weil beispielsweise der Blutdruck oder Blutzucker nicht kontrollierbar war (Interventionsversager).

Bei 98 Prozent der Probanden konnte die reduzierte Medikation beibehalten werden. Darüber hinaus führten zehn Ereignisse zu einer Hospitalisierung, wobei ein Ereignis auf das Absetzen der oralen Antikoagulation (mit anschließender Bein-Venen-Thrombose) zurückzuführen war. Die übrigen Ereignisse konnten nicht mit der Intervention in Zusammenhang gebracht werden (Sepsis, cerebr. Insult, Hüftfraktur, Pneumonie, Ileus, Herzinsuffizienz und VH-Flimmern).

In der Nachbeobachtungsphase starben im Mittel nach 13 Monaten insgesamt zehn Patienten, mittleres Alter 89 Jahre. Auch die Todesfälle konnten nicht mit dem Absetzen der AM erklärt werden.

Keinem der Patienten ging es nach dem Absetzen schlechter, definiert mittels Absinken des Likert-Wertes um mindestens zwei Punkte. Von 88 Prozent der Patienten wurde ein besseres Allgemeinbefinden berichtet. Bei 67 Prozent konnte eine Verbesserung auf der Likert-Skala um zwei Punkte berichtet werden. Weitere 56 Patienten gaben eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit an und bei drei Probanden kam es zu einem Anstieg der MMSE von 14 auf 23, bzw. auf 24 und 30 Punkte.

Im Sinne einer „weniger ist eventuell besser“ Taktik ergibt sich daraus der in der Abbildung auf Seite 6 dargestellte Ablauf in sieben Schritten bezüglich der AM-Verschreibungen, der insbesondere nach Krankenhausentlassungen, externen Therapieumstellungen und routinemäßig im halbjährigem Rhythmus als Kontrollprozess eingesetzt werden kann.

Schlussfolgerung

Diese kleine unkontrollierte Studie zeigt, dass bei älteren Menschen die Polypharmakotherapie sehr oft nicht zielführend ist. Nach einem noch zu evaluierendem Algorithmus können bis zu 50 Prozent der AM abgesetzt werden ohne dass eine wesentliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation eintritt. Bei zahlreichen Patienten dieser Studie besserten sich die Parameter Lebensqualität und kognitive Fähigkeiten. Weitere Studien sind dringend gewünscht. Der von Garfinkel² angeführte Untertitel „less is more“ sollte bei jeder Medikation berücksichtigt werden.

Literatur:

- 1 J. Schuler et al.: Polypharmacy and inappropriate prescribing in elderly internal-medicine patients in Austria; *Wien Klin Wochenschr.* 2008; 120 (23-24):733-41.
- 2 D.Garfinkel, D. Mangin: Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medication in Older Adults, *Arch. Intern. Med.* 2010, 170 (18): 1648 - 1654
- 3 Fick, D.M., et al.: *Arch. Intern. Med.* 2003, 163, 2716. Erratum 2004,164,1701
- 4 Leipzig et al.: Metaanalysis on falls and medication, *J Am Geriatric Soc.* 1999; 47(1):30-39&40-50
- 5 Wehling M.: Multimorbidity and Polypharmacy: how to reduce the Harmful Drug Load in the Elderly, *Proposal of a new Drug Classification*, *J Am Geriatric Soc.* 2009; Vol 57,3, 560-561

Kontakt: Dr. Renato Kasseroller, Salzburger GKK, Tel.: 0662 8999 5051, renato.kasseroller@sgkk.at



Neu: Arzneidialog-Hotline

Haben Sie den einen oder anderen Tipp zum Thema Folgekosten?

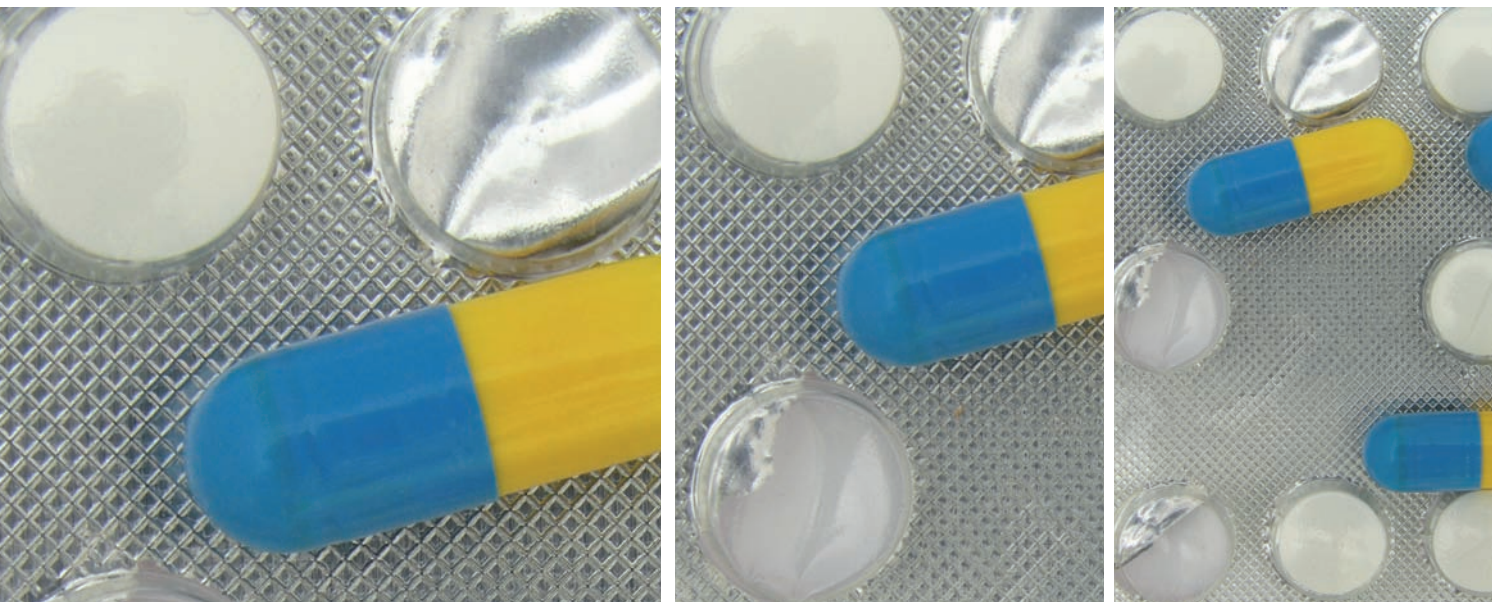
Über die **Arzneidialog-Hotline** haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen, Anregungen und Vorschläge zu den Themen Heilmittel, Krankentransporte, Wundversorgung, Heilbehelfe/Hilfsmittel, Arbeitsunfähigkeit usw. per E-Mail zu senden: Direkt über www.oogkk.at/Arzneidialog-Hotline an die OÖGKK oder an die Ärztekammer für OÖ, www.aekoee.or.at auf der Startseite unter ServiceneWS.

Erfahrungen aus der Praxis sind eine wichtige Bereicherung und stellen eine wertvolle Unterstützung dar.

Ihre Anliegen sind uns wichtig!

Leitlinien-Konformität der Initialtherapie mit oralen Antidiabetika in Österreich

Bereits in der Vergangenheit haben die österreichischen SV-Träger (Sozialversicherungsträger) gemeinsam mit Prof. Wolfgang Winkelmayr von der Stanford University School of Medicine/USA Versorgungsforschungsprojekte durchgeführt, in denen die medikamentöse Versorgung der österreichischen Bevölkerung bei ausgewählten Erkrankungen untersucht wurde. Nach der im Jahr 2008 veröffentlichten Analyse der medikamentösen Therapie post Myokardinfarkt wurden Anfang dieses Jahres die Ergebnisse einer Untersuchung der Initialtherapie von Typ2-Diabetikern publiziert ^{1,2}.



Datengrundlage und Methode

Für die Versorgungsanalyse Diabetes wurden die Heilmittelabrechnungsdaten von 11 Krankenversicherungsträgern analysiert, welche mit insgesamt rund 7,5 Mio Anspruchsberechtigten rund 90,8 Prozent der österreichischen Bevölkerung abdecken.

Die Auswertung der Daten erfolgte wie bereits beim Myokardinfarktprojekt in Kooperation mit der Argumentationsgruppe Heilmittel, einem Expertengremium, in dem fast alle SV-Träger vertreten sind. Analysezeitraum waren das gesamte Jahr 2007 sowie das 1. Halbjahr 2008. In diesem Zeitraum wurden all jene Patientinnen und Patienten mit Typ2-Diabetes identifiziert, welche erstmals auf ein orales Antidiabetikum eingestellt wurden. Bei der Definition dieser Personen als „Neueinstellungen“ war maßgeblich, dass die Pati-

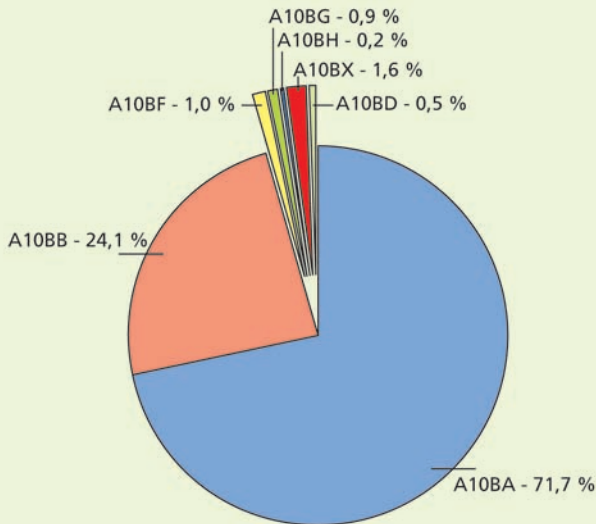
entinnen und Patienten im Zeitraum der vorangegangenen 12 Monate weder ein orales Antidiabetikum noch Insulin oder Insulinanaloge erhalten hatten.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 42.882 Neueinstellungen auf ein orales Antidiabetikum identifiziert werden. Daraus kann eine jährliche Inzidenz für therapiebedürftigen Typ2-Diabetes in Abhängigkeit vom SV-Träger von 3,8 – 4,4 pro 1000 Personenjahre abgeleitet werden. Das Durchschnittsalter der Neueinstellungen betrug 63,4 Jahre; 50,4 Prozent der Personen war weiblich.

In die nächsten Untersuchungsschritte wurden nur jene Patientinnen und Patienten einbezogen, deren Verschreiber identifiziert werden konnten, sodass letzten Endes 39.077 Personen (91,1 Prozent der ursprünglichen Kohorte) in die

Verteilung der Wirkstoffgruppen in der Initialtherapie



- 1,6 % andere Wirkstoffe inklusive Repaglinid und Exenatid (A10BX) und
- 0,5 % eine Fixkombination von mehr als einer Wirkstoffklasse (A10BD)

Vergleicht man die Anteile der Patientinnen und Patienten mit Metformin-Initialtherapie, so variieren diese von 65,9 Prozent bei der SVB bis zu 81,5 bei der VGKK. Insgesamt konnten 4.697 verschiedene Ärztinnen und Ärzte als Verordner der Initialtherapie identifiziert werden. Diese betreuten durchschnittlich 8,3 Patientinnen und Patienten aus der Studienkohorte der inzidenten Diabetikerinnen und Diabetiker. 85,6 Prozent von ihnen waren Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, 10,5 Prozent Internistinnen und Internisten – der Rest gehörte anderen Fachgruppen an.

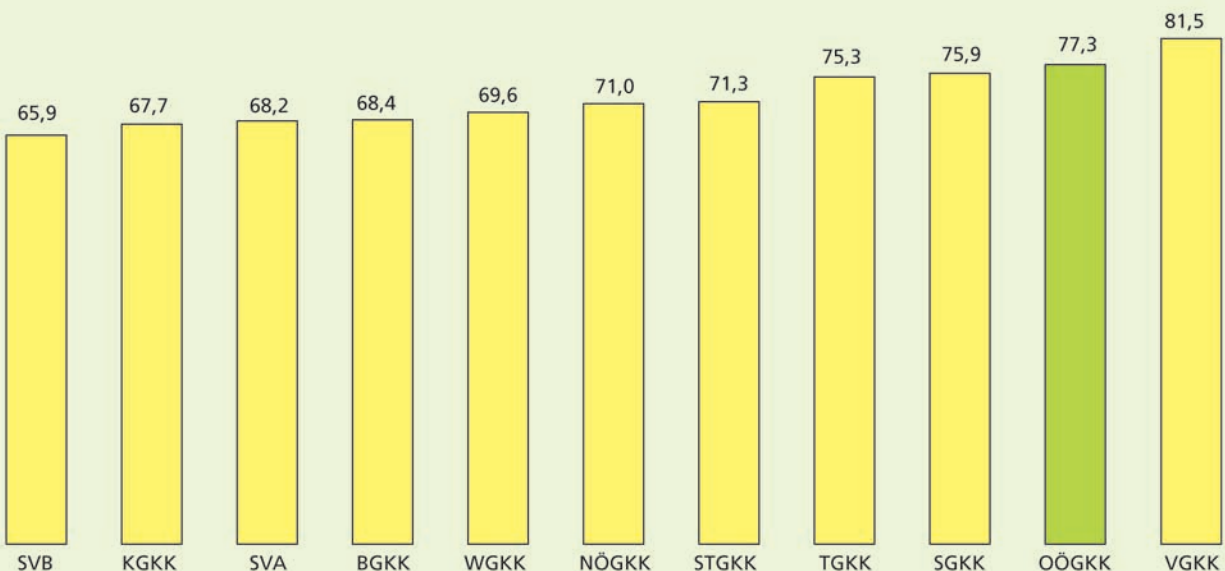
Leitlinienkonformität

Sowohl die American Diabetes Association als auch die European Association for the Study of Diabetes empfehlen Metformin für die Firstline-Therapie, sofern nicht Kontraindikationen vorliegen. Aufgrund der extrem seltenen Nebenwirkung der Laktatazidose ist Metformin bei schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin > 1,5 ml/dl bei Männern und > 1,4 mg/dl bei Frauen) kontraindiziert. Bei leichter chronischer Nierenfunktionsstörung wird eine Dosierungsanpassung empfohlen. In anderen Ländern

weitere Analyse einbezogen wurden. Die Verteilung der in der Initialtherapie verordneten Wirkstoffgruppen sah dabei folgendermaßen aus:

- 71,7 % erhielten Metformin (ATC-Code A10BA)
- 24,1 % einen Sulfonylharnstoff (A10BB)
- 0,9 % ein Thiazolidindione (A10BG)
- 1,0 % einen Alpha-Glucosidasehemmer (A10BF)
- 0,2 % einen Dipeptyl-Peptidaseinhibitor (A10BH)

Anteil der PatientInnen mit Metformin-Initialtherapie im Kassenvergleich in Prozent



durchgeführte Studien haben ergeben, dass weniger als fünf Prozent der Bevölkerung eine moderate bis fortgeschrittene Nierenfunktionsstörung haben. Durch prospektive Studien ist überdies ermittelt worden, dass bei unter 5 Prozent der Patientinnen und Patienten eine Metformin-Unverträglichkeit vorliegt. Aus diesem Grund postulierten die Studienautorinnen und -autoren, dass in zumindest 90 Prozent der Fälle Metformin als Initialtherapie verwendet werden könnte.

Ausblick und Verbesserungspotenziale

Die Studienautorinnen und -autoren identifizierten drei Angriffspunkte für Verbesserungsmaßnahmen:

1. Die Verbesserung der Diabetesbehandlung generell
2. Jene Verschreiberinnen und Verschreiber, deren Anteil von Metformin an den Ersteinstellungen auf ein orales Antidiabetikum besonders gering ist:
Bei jenen 1.620 Verordnerinnen und Verordnern mit mindestens zehn Patientinnen und Patienten aus der Studienkohorte wurde im Detail der persönliche Anteil von Metformin an der Initialtherapie ausgewertet: Dieser schwankte von unter 35 bis über 90 Prozent.

3. Kontinuierliche ärztliche Fortbildung:

Ältere Medizinerinnen und Mediziner wiesen generell niedrigere Anteile von Metformin an den von ihnen durchgeführten Ersteinstellungen auf als jüngere.

Ebenso war die Wahrscheinlichkeit, Metformin als Ersttherapie zu erhalten, bei praktischen Ärztinnen und Ärzten geringer als bei Internistinnen und Internisten.

Last but not least konnten die Studienautorinnen und -autoren feststellen, dass sich die Wahrscheinlichkeit einer Ersteinstellung auf Metformin innerhalb des Analysezeitraumes von Jänner 2007 bis Juni 2008 um 15 Prozent verbessert hat. Dies könnte auf die Einführung des Disease Management Programms „Diabetes aktiv“ zurückzuführen sein.

Literatur:

- 1 W.C. Winkelmayr et al., *Use of recommended medications after myocardial infarction in Austria; Eur. J. Epidemiol.* 2008; 23 (2): 153 – 162
- 2 W.C. Winkelmayr et al., *Guideline-conformity of initiation with oral hypoglycemic treatment for patients with newly therapy – dependent type 2 diabetes mellitus in Austria; Pharmakoepidemiol. Drug Saf.* 2011; 20 (1): 57 - 65



OÖGKK und Ärztekammer setzen sich gemeinsam Ziele

Auf den ersten Blick sind Krankenkasse und Ärztekammer Gegner am Verhandlungstisch. Dass sie auch viele Ziele teilen, beweisen die OÖGKK und die Ärztekammer OÖ seit 2005 mit einer gemeinsamen Balanced Scorecard.



Die gegensätzlichen Interessen von OÖGKK und Ärztekammer sind bekannt. Legt man den Fokus auf gemeinsame Ziele, zeigt sich großes Potenzial für Zusammenarbeit: „Nur durch ein partnerschaftliches Vorgehen erreichen wir unsere Ziele – eine hochwertige und leistbare Gesundheitsversorgung für alle, zufriedene Patienten und Kunden und eine tragfähige Finanzierung. Mit der Ärztekammer OÖ gelingt es uns, systematisch das Einende zu finden. So lässt sich auch am Trennenden besser arbeiten“, so OÖGKK-Obmann Felix Hinterwirth.

Erprobtes Instrument: Balanced Scorecard

Die Zusammenarbeit von OÖGKK und Ärztekammer erfolgt seit 2005 auf Basis eines gemeinsamen Ziel-Systems, der Balanced Scorecard (BSC). Mit diesem Anfang der 1990er Jahre entwickelten und international bewährten Managementinstrument hat die OÖGKK langjährige Erfahrungen im eigenen Haus. „Zu den Säulen unseres Erfolgs gehören der Einsatz zeitgemäßer Managementmethoden und die gute Zusammenarbeit mit den Systempartnern im Gesundheitswesen. Wir freuen uns, dass es uns mit der Ärztekammer OÖ gelingt, diese beiden Ansprüche zu verbinden“, so Andrea Wesenauer, Direktorin der OÖGKK. „Die gemeinsame BSC von OÖGKK und Ärztekammer OÖ ist österreichweit einzigartig. Mit dem organisationsübergreifenden Einsatz eines Zielsteuerungssystems gehen wir völlig neue Wege: Eine langfristige Kooperationsstrategie ist Grundlage für konkrete

Zielsetzungen. Gemeinsam wird evaluiert, ob die Ziele auch erreicht werden.“

Der für die Vertragspartner zuständige OÖGKK-Ressortdirektor Franz Kiesel beschreibt den Zielfindungsprozess: „Jede Organisation bringt Vorschläge ein. Gemeinsam wird festgelegt, welche Ziele tatsächlich weiter verfolgt werden. Dabei respektieren wir die Interessen des jeweils anderen und orientieren uns an gemeinsamen Vorteilen. Das gelingt uns zum Beispiel bei Verwaltungsvereinfachungen, bei der Weiterbildung von Ärzten und auch bei den Honoraren. Indem wir Kostendämpfungen erzielen, wo es sinnvoll ist, gewinnen wir an anderen Stellen Spielraum in der Honorarordnung.“

Die Orientierung an gemeinsamen Zielen und das konsequente Umsetzen der Ideen fördert das Vertrauen der Partner zueinander und führt zu großen Kooperationserfolgen auf beiden Seiten. „Die gemeinsame BSC hat sich bewährt: Grippeimpf-Aktionen, die strukturierte Diabetikerbetreuung, die Verbesserungen beim Gruppenpraxis-Vertrag, die Heilmittelgespräche und vor allem der Ersatz der Chefärztpflicht durch Zielvereinbarungen sind nur einige Beispiele dafür, dass die Zusammenarbeit für die Ärzte Sinn macht“, ist der Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte, Oskar Schwening überzeugt. Dass die Vertragspartner von der gemeinsamen BSC profitieren, ist im Sinne der OÖGKK: „Es soll auch in Zukunft attraktiv sein, ein Vertragsarzt der OÖGKK zu sein. Damit stellen wir langfristig die Versorgungsqualität im Sinne unserer Versicherten sicher“, resümiert OÖGKK-Obmann Felix Hinterwirth.

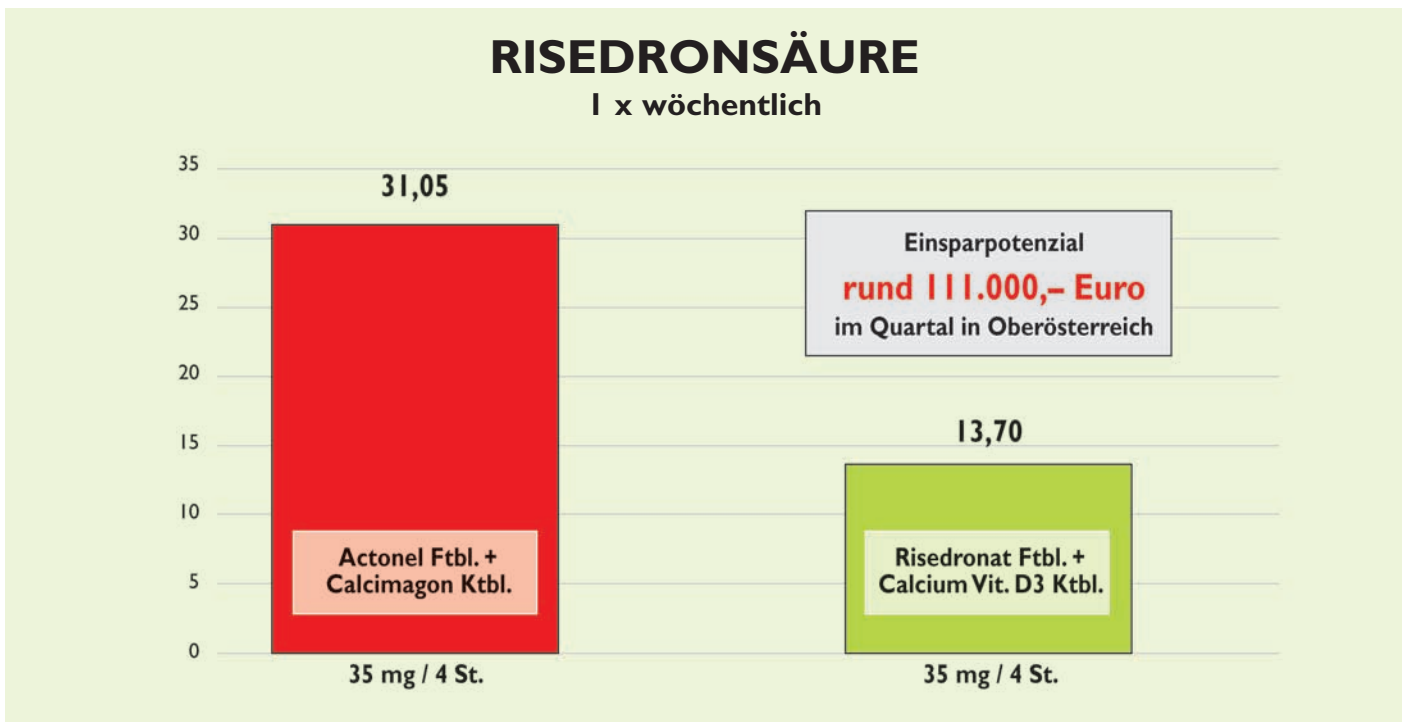
H Das Öko-Eck

Risedronsäure

Seit 1. 4. 2011 sind die ersten Nachfolgepräparate von Actonel im Grünen Bereich des Erstattungskodex mit großem Preisvorteil verfügbar:

- Risedronat „Arcana“ einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. 4 Stk.
- Risedronat „Arcana“ einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. 4 Stk., Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „Meda“ Kautabl. 56 Stk.
- Risedronat „Stada“ einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. 4 Stk.
- Risedronat „Stada“ einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. 4 Stk., Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „Meda“ Kautabl. 56 Stk.
- Risedronat „ratiopharm“ einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. 4 Stk.
- Risedronat „ratiopharm“ einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. 4 Stk., Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „ratiopharm“ Kautabl. 60 Stk.
- Risedronat „ratiopharm“ einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. 4 Stk., Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „rationpharm“ Brausetabl. 60 Stk.

Unter Berücksichtigung aller Wirkstärken und Packungsgrößen beträgt das Einsparpotenzial 111.000,- Euro (Basis Verordnungen 2. Quartal 2010, Preise Stand Juni 2011).



Wir bitten Sie, diese Preisvorteile zu nutzen, um finanzielle Ressourcen für wichtige Investitionen im Gesundheitssystem frei zu spielen!

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

Impressum: Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion. OÖ Gebietskrankenkasse, Gruberstraße 77, 4021 Linz. Druck: BTS/Treffling, Gestaltung: Direktionsbüro und Kommunikation, Ursula Macher.

Kontaktadresse: Dr. Hannes Schneiderbauer, c/o OÖ Gebietskrankenkasse, Behandlungsökonomie, Postfach 61, 4021 Linz, oder rufen Sie uns einfach an: 05 78 07 - 10 20 78, E-Mail: hannes.schneiderbauer@ooegek.at *Redaktionsschluss: Mai 2011*