GKK KÄRNTEN
www.kgkk.at

Ökonomie & Praxis

Medikamente · Fakten · Kosten · Trends

Informationen für Vertragsärzte der Kärntner Gebietskrankenkasse

Jahrgang 17 | Juli 2007 | 61. Ausgabe

„Der Medikamentenpass - Ein Pass für alle Fälle“

Eine Tablette morgens? Zwei Kapseln mittags? Und abends? Im Medikamentenpass steht genau, was, wann und wie Heilmittel eingenommen werden müssen. Er hilft PatientInnen und ÄrztInnen, den Überblick zu bewahren.

Im Jahr 2004 hat die Ärztekammer für Kärnten in Kooperation mit der Kärntner Gebietskrankenkasse das Pilotprojekt **„Medikamentenpass“** im Bezirk St. Veit/Glan durchgeführt. Das gemeinsam entwickelte Konzept wurde durch schriftliche Befragungen der ÄrztInnen und der PatientInnen begleitet und wissenschaftlich evaluiert. Die Resonanz der ÄrztInnen einerseits und die positiven Ergebnisse der Evaluation des Projektes andererseits führten im Zuge der letzten Honorarverhandlungen zu dem gemeinsamen Entschluss, den Medikamentenpass kärntenweit mit Beginn des Jahres 2007 zum Einsatz zu bringen.

Der Medikamentenpass ist ein Instrument, dass

- einen lückenlosen Überblick über die medikamentöse Therapie eines Patienten liefert
- die Information über die Medikation wird zwischen den einzelnen ÄrztInnen bzw. auch zwischen dem extra- und intramuralen Bereich verbessert
- die Arzneimitteltherapie optimiert und damit gleichzeitig als Hilfestellung für die PatientInnen dient, die verordneten Medikamente richtig einzunehmen.

Der Pass hat

- die Form einer größeren Bankomatkarte, so dass er problemlos in der Brief- bzw. Handtasche mitgenommen werden kann
- zwei weitere Felder, welche die Möglichkeit bieten, Hauptdiagnosen und bekannte Allergien der PatientInnen festzuhalten.

Das Führen des Medikamentenpasses ist einfach zu bewerkstelligen:

Sie als Arzt stellen einmal den Medikamentenpass für Ihren Patienten mit Dauerverordnungen aus und geben ihn danach dem Patienten. Der Pass verbleibt immer beim Patienten. Gerade deshalb ist es umso wichtiger, den Patienten darauf aufmerksam zu machen, dass er den Medikamentenpass nun zu jedem Arztbesuch mitnehmen und vor allem dem Arzt vorweisen soll. Denn nur eine möglichst lückenlose Dokumentation ermöglicht auch eine Optimierung der Arzneimitteltherapie bzw. eine Erhöhung der Arzneimittelsicherheit beim einzelnen Patienten.

Der Medikamentenpass soll folgende Effekte beim Patienten hervorrufen:

- Verbesserung der „Qualität der Einnahme“ der Medikamente/Verbesserung der Compliance

→ ein Sinken der Compliance führt zu selbständigem Herabsetzen der Dosierung bzw. zum Abbruch der Einnahme

Inhaltsverzeichnis

Der Medikamentenpass - Ein Pass für alle Fälle — *Seite 1–2*

Antibiotikaresistenz Brennpunkt Chinolone — *Seite 2–4*

Novellierung der Suchtgiftverordnung — *Seite 5–6*

Wechselwirkung Tramadol mit Antidepressiva — *Seite 6–8*

Vorbehaltlich Irrtümer und Druckfehler. Sprachliche Gleichbehandlung: Soweit im folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Der Medikamentenpass soll folgende Effekte beim Arzt hervorrufen:

- Verbesserung der Kommunikation zwischen den Schnittstellen (Arzt/Arzt; stationär/ambulant)
- Erhöhung der Arzneimittelsicherheit
- Erleichterung der Anamnese
- Vermeidung von therapeutisch nicht sinnvollen Mehrfachverordnungen

In Kärnten wurden bis Mitte Juni dieses Jahres bereits ca. 40.000 Stück an Medikamentenpässen sowohl an die Vertrags- bzw. Wahlärzte als auch an die Krankenanstalten aufgrund der steten Nachfrage ausgeliefert.

Antibiotikaresistenz – Brennpunkt Chinolone

Infektionen durch resistente Mikroorganismen sind seit jeher ein Problembereich der Behandlung in stationären Gesundheitseinrichtungen, in zunehmendem Maße jedoch auch im extramuralen Bereich. Die Entwicklung neuer Antibiotika hat hier lediglich zu einer Verzögerung der Problematik, kaum aber zu deren restlosen Beseitigung geführt. Neue Substanzen führten im Gegenzug zum Auftreten neuer Resistenzphänomene und zu einer neuerlichen Patt-Situation in der chemotherapeutischen Behandlung von resistenten Infektionserregern.

Besonders Fluorochinolone, die bei septischen Infektionen im Krankenhaus große Bedeutung erlangt haben, sind dort zunehmend als Firstline-Therapeutika gefährdet. Es stellt sich die Frage, wie diese Situation so schnell eintreten konnte, handelt es sich doch um eine eher junge Substanzklasse.

Wie konnte es soweit kommen?

Bewiesen ist mittlerweile, dass ein enger Zusammenhang zwischen Antibiotikaeinsatz und Antibiotika-Resistenz besteht. Ein Blick auf österreichische Daten der beiden europäischen Datennetzwerke EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System) und ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption) zeigt ein deutliches Bild. Der Verbrauch von Chinolonen ist seit der Markteinführung auch im niedergelassenen Bereich stetig angestiegen (Abb. 1 und 2), ebenso fast zeitgleich setzte der Anstieg der Resistenzen bei gramnegativen Indikatorkeimen wie E. coli ein (Abb. 3). Mittlerweile sind in Österreich fast ein Viertel der E. coli-Stämme bei schweren klinisch hochrelevanten Infektionen resistent, ein Trend, der sich in vielen europäischen Ländern gleichermaßen zeigt.

Fluorochinolone sind im niedergelassenen Bereich vor allem bei der Behandlung von Harnwegsinfektionen beliebt und bewährt und werden neuerdings auch zunehmend bei Atemwegsinfektionen eingesetzt. Für beide Indikationen gibt es bei unkomplizierten Verläufen wirksame Alternativen, die helfen, den Selektionsdruck auf die Mikroorganismen zu minimieren. Natürlich werden Chinolone auch in diesen Indikationen weiterhin in Einzelfällen sinnvoll sein.

Therapieempfehlung bei unkompliziertem Harnwegsinfekt

(modifiziert nach Konsensus 1999 und ABS-Leitlinien 2002)

Einstiegstherapie bei der erstmaligen unkomplizierten Zystitis bei Frauen – auslösender Erreger unbekannt

3-5 Tage hindurch Trimethoprim (ATC-Code J01EA01) 1 x 300 mg (oder 2 x 200 mg)

Therapeutische Alternativen

- Amoxicillin (ATC-Code J01CA04) 2 x 750 mg, eventuell in Kombination mit Clavulansäure (ATC-Code J01CR02)
- Cefalexin (ATC-Code J01DB01) 2 x 500 mg
- Fosfomycin-Tromethamol (ATC-Code J01XX01) 3g (einmalig)
- Nitrofurantoin (ATC-Code J01XE01) 2 x 100 mg
- Pivmecillinam (ATC-Code J01CA08) 2 x 400 mg
- Norfloxacin (ATC-Code J01MA06) 2 x 400 mg (oder anderes preisgünstiges Chinolon)

Cephalosporine der letzten Generation (Cefixim, Cefpodoxim, Cefuroxim) bieten für die Therapie der unkomplizierten Zystitis keine Vorteile, üben aber einen höheren Selektionsdruck aus.

Unkomplizierte Harnwegsinfektion - auslösender Erreger bekannt

Behandlung entsprechend Ergebnis des mikrobiologischen Befundes

TheTherapie in der Schwangerschaft

Schwangerschaft gelten folgende Empfehlungen:

- kein Trimethoprim, keine Gyrasehemmer
- bevorzugt Amoxicillin (ATC-Code J01CA04), Cefalexin (ATC-Code J01DB01) oder Pivmecillinam (ATC-Code J01CA08)
- Asymptomatische Bakteriurie während Schwangerschaft therapiebedürftig

Bei asymptomatischer Bakteriurie bei anderen Patientinnen besteht meist keine Indikation für eine Antibiotika-Therapie.

Allgemeine Maßnahmen

- Erhöhung der Trinkmenge
- Häufiges Entleeren der Blase
- Genitalhygiene
- Miktion nach Geschlechtsverkehr

Nachbetreuung

Patientinnen sollten darüber informiert werden, dass eine Nachbetreuung notwendig ist, falls nach Ende der Therapie keine völlige Beschwerdefreiheit eingetreten ist.

Bei persistierenden oder rezidivierenden Beschwerden sowie bei Kindern und Männern ist eine urologische Abklärung der nächste Schritt. Die Einleitung einer neuerlichen Antibiotikatherapie ohne vorherige mikrobiologische Diagnostik ist in diesem Fall nicht angezeigt, birgt die Gefahr von Resistenzbildung und gefährdet zukünftige Therapieerfolge.

Beim **komplizierten Harnwegsinfekt** (Pyelonephritis) sind Fluorochinolone sehr wirksam und daher angezeigt, zB Ciprofloxacin (ATC-Code J01MA02) 2 x 500 mg durch 7 Tage. Alternativen sind Cefuroxim (ATC-Code J01DC02), Amoxicillin und Enzym-Inhibitoren (ATC-Code J01CR02) oder Trimethoprim/Sulfamethoxazol (ATC-Code J01EE01).

Bakteriurie bei liegendem Dauerkatheter

Antimikrobielle Therapie ist nur angezeigt, wenn der/die Patient/in Symptome einer systemischen Infektion (zB Fieber) zeigt. Entfernen oder Austausch des Katheters ist empfohlen.

Therapieanpassung entsprechend Kultur- und Resistenzergebnis.

Antibiotika-Therapie für Infektionen der Atemwege

Erkältungskrankheiten sind meist durch Viren hervorgerufen. Nur ein kleiner Teil wird durch Bakterien verursacht, daher sind solche Infektionen des oberen Respirationstraktes nur sehr selten eine Indikation für eine Antibiotikatherapie (zB Streptokokken-Angina). Aus Untersuchungen in verschiedenen Ländern geht hervor, dass die Behandlung viraler oberer Atemwegsinfektionen die häufigste Ursache für eine Fehlanwendung von Antibiotika ist.

Im Fall einer akuten Exazerbation der chronischen Bronchitis sind neben Pe-

Abb.1: Verordnungen Chinolone im niedergelassenen Bereich über Jahre (Daten ab 1998 verfügbar) ESAC Österreich (Datenquelle Hauptverband der Sozialversicherungsträger)

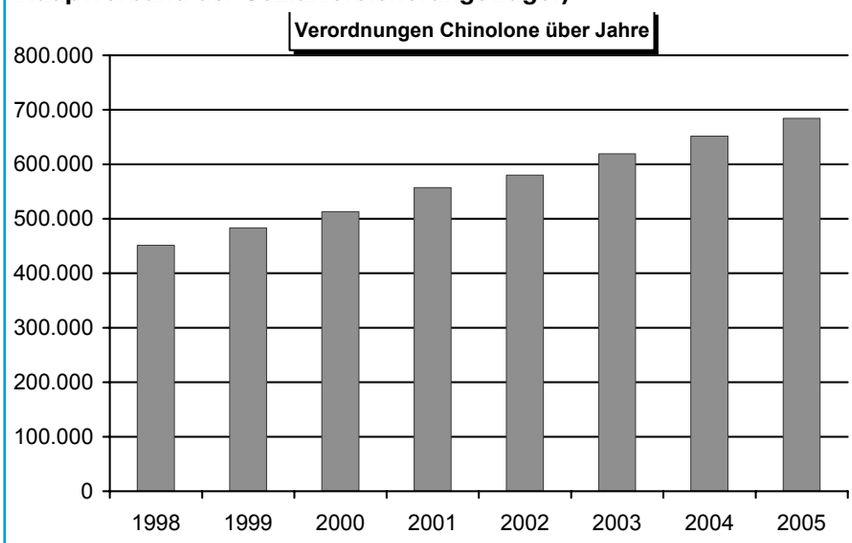
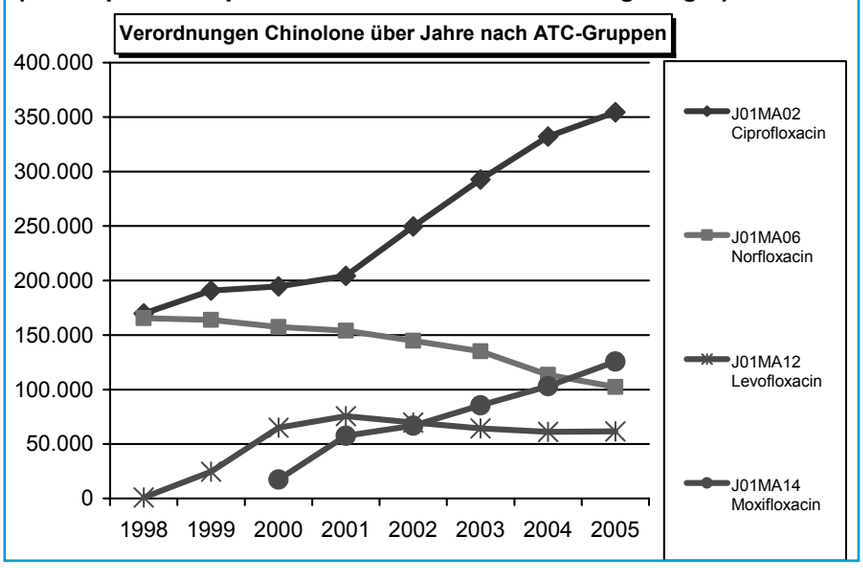


Abb. 2: Verordnungen Chinolone im niedergelassenen Bereich über Jahre nach ATC-Gruppen (Daten ab 1998 verfügbar) ESAC Österreich (Datenquelle Hauptverband der Sozialversicherungsträger)



nicillinen und Cephalosporinen, Makroliden und Doxycyclin auch Flurorochinolone indiziert, dies gilt vor allem bei schweren Erkrankungsfällen.
Bei der außerhalb des Krankenhauses erworbenen Pneumonie sind aufgrund der aktuellen Resistenzlage Fluorochinolone selten erforderlich. Die Basisantibiotika wie Penicilline (inkl. Aminopenicilline) und Cephalosporine sind bei Pneumokokken weiterhin gut wirksam, ebenso Makrolide und Doxycyclin bei Mykoplasmen- und Chlamydien-Infektionen. Die steigende Resistenz von Pneumokokken gegen Makrolide (Abb. 4) sollte jedoch Anlass zu einem überlegten Einsatz dieser Substanzgruppe geben. Besonders zu bedenken ist dies bei PatientInnen, die eine Infektion in Ländern mit hoher Prävalenz der Makrolidresistenz erworben haben (zB Spanien und Portugal).

Abb. 3: Resistenzentwicklung in Prozent bei invasiven E. coli-Stämmen 2001 – 2006 (EARSS Österreich)

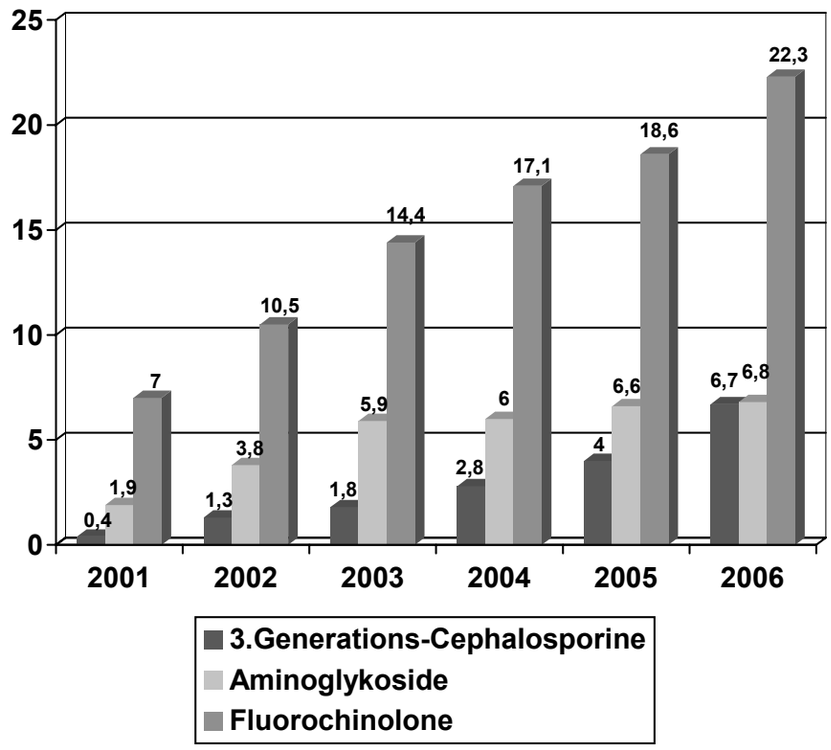
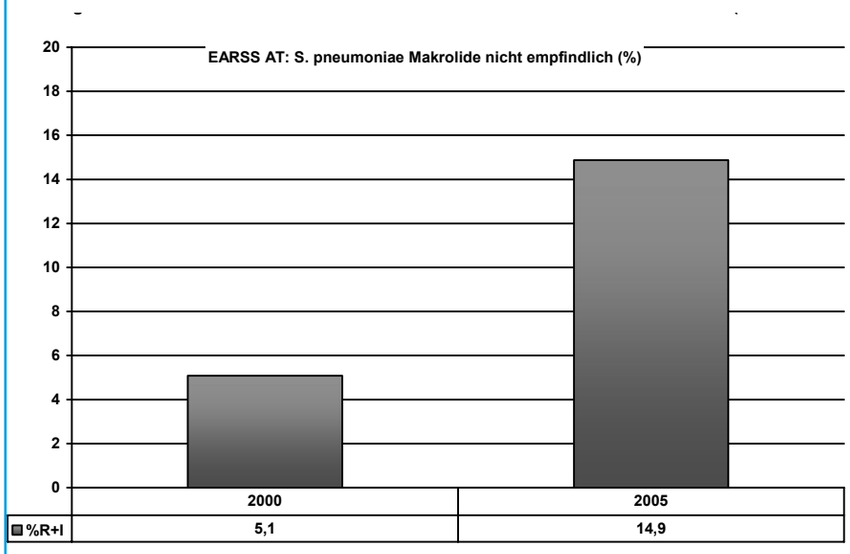


Abb. 4: Resistenz in Prozent bei invasiven Pneumokokken-Stämmen 2000 und 2005 (EARSS Österreich)



AutorInnen

Univ.-Prof. Dr. Helmut Mittermayer

MMag. Sigrid Metz

Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Tropenmedizin
A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen Linz

Akademisches Lehrkrankenhaus der Med. Universitäten Innsbruck und Wien
Fadingerstr.1
4010 Linz

helmut.mittermayer@elisabethinen.or.at

sigrid.metz@elisabethinen.or.at

Novellierung der Suchtgiftverordnung

Mag. Hans Seyfried
Mag. Astrid Schölzk

Die mit 1. März 2007 in Kraft getretene Verordnung führt zu nachstehenden Änderungen und Präzisierungen bei der Verschreibung von Suchtgiften:

So wurde der Begriff des **Notfalls**, in dem die Verschreibung eines Suchtgiftes auch ohne Aufkleben der Suchtgiftvignette oder auf anderen als den Kassenrezeptformularen zulässig ist, neu definiert. Ein Notfall liegt demnach „bei Gefahr für das Leben des Patienten" vor. Ferner wurde die genannte Bestimmung dahingehend erweitert, dass in solchen Notfällen die Abgabe nur in der kleinsten im Handel erhältlichen Packung erfolgen darf. Außerdem hat die Apotheke den verschreibenden Arzt unverzüglich nach Vorlage der Notfallsverschreibung und möglichst vor Abgabe des Suchgiftes über die Abgabe zu informieren. Der verschreibende Arzt wiederum ist verpflichtet, unverzüglich die Verschreibung auf einer mit einer Suchtgiftvignette versehenen Suchtgift-Einzelverschreibung jener Apotheke nachzureichen, die die Abgabe vorgenommen hat. Eine Ablichtung der Notfallverschreibung ist vom abgebenden Apotheker unmittelbar nach Abgabe des Arzneimittels, längstens jedoch vor Ablauf des der Abgabe folgenden Werktages, dem zuständigen Bundesministerium bzw, wenn es sich eine Substitutionsverschreibung handelt, dem nach dem Wohnsitz des Patienten zuständigen Amtsarztes (zu finden unter http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0031&doc=CMS1172681300717) zu übersenden. Auch im Falle einer Substitutions-Einzelverschreibung hat die abgebende Apotheke eine Ablichtung dieser Verschreibung unmittelbar nach der Abgabe des Substitutionsmittels, spätestens am darauffolgenden Werktag, dem nach dem Wohnsitz des Patienten zuständigen Amtsarzt zu übermitteln.
Im Rahmen dieser Novelle werden die Eckpunkte der **Substitutionsbehandlung**, die bislang auf Erlassebene getroffen waren, in den Verordnungsrahmen erhoben. Sie sind damit auch für die behandelnden bzw. verschreibenden Ärzte unmittelbar rechtsverbindlich.

Bei kürzerer als zweijähriger Opioidabhängigkeit sowie bei Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, hat die Indikationsstellung besonders sorgfältig zu erfolgen bzw. sind die Möglichkeiten für eine Abstinenzbehandlung besonders sorgfältig zu prüfen. Bei Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist vom Arzt, wenn ihm dies zur Abklärung allfälliger Behandlungsalternativen geboten erscheint, bei Indikationsstellung die Meinung eines nach Maßgabe der Weiterbildungsverordnung orale Substitution zur Durchführung der Substitutionsbehandlung qualifizierten Facharztes für Psychiatrie einzuholen. Bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Einholung eines nach Maßgabe der Weiterbildungsverordnung orale Substitution zur Durchführung der Substitutionsbehandlung qualifizierten Facharztes für Psychiatrie jedenfalls geboten. In dieser Altersgruppe sind retardierte Morphine nur – wenn dies unbedingt erforderlich ist – zu verordnen.

Eine Substitutionsbehandlung darf nur begonnen werden, wenn der Patient noch keine Substitutionsmittel erhält, über die möglichen Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt wurde und sich mit den Rahmenbedingungen der Behandlung (Einhaltung der vorgesehenen Einnahmemodalitäten, regelmäßige Kontrollen [Harn], Unterlassung der Weitergabe, Kriterien für den Abbruch, usw.) nachweislich einverstanden erklärt hat und mit dem Arzt einen schriftlichen Behandlungsvertrag abgeschlossen hat.

Bei der Substitutionsbehandlung sind Methadon sowie auch Buprenorphin, jeweils in einer für die perorale Einnahme geeigneten und die i.v. Verwendung erschwerenden Zubereitung, Mittel der ersten Wahl. Nur im Falle deren Unverträglichkeit dürfen andere Substitutionsmittel verschrieben werden.

Der einstellende Arzt hat nunmehr dem Patienten einen Nachweis (nach Anhang VII zur SG-VO) darüber auszustellen, dass sich der Patient einer Substitutionsbehandlung unterzieht. Dieser Nachweis hat u.a. die persönlichen Daten des Patienten, Angaben über das verwendete Substitutionsmittel (inkl. Tagesdosis) sowie bestimmte Angaben zum einstellenden und behandelnden Arzt zu enthalten. Der jeweilige Landeshauptmann ist für die Bereitstellung der entsprechenden Formulare bei den Bezirksverwaltungsbehörden zuständig. Sollte kein Substitutionsnachweis ausgestellt worden sein, so ist die Kopie einer gültigen Substitutions-Dauerverschreibung diesem Nachweis gleichzuhalten und dem Patienten auszuhändigen.

Bei Ausstellung einer Substitutionsverschreibung hat der Arzt, außer im Fall der Verschreibung von Buprenorphin, einen Abgabemodus anzuordnen, der die tägliche kontrollierte Einnahme des Substitutionsmittels unter Sicht in der Apotheke, Ordinationsstätte, Krankenanstalt oder in der den Patienten betreuenden Drogenhilfeeinrichtung sicherstellt. Nur an Wochenenden und Feiertagen ist es zulässig, von der kontrollierten Einnahme abzusehen, wobei nicht mehr als eine Tagesdosis für den Sonntag bzw. pro Feiertag auszufolgen ist. Weitere Ausnahmen von der täglich kontrollierten Einnahme sind nur zulässig, wenn keine Hinweise auf eine nicht bestimmungsgemäße Verwendung bzw. einen Beigebrauch anderer Substanzen

bestehen. Eine Mitgabe ist z.B. aus beruflichen Gründen zulässig, wobei der Patient mindestens zwölf Wochen bzw. bei retardierten Morphinen mindestens sechs Monate beim selben Arzt in Behandlung sein muss und ihm max. sieben Tagesdosen mitgegeben werden dürfen. Ferner ist die Mitgabe zulässig im Falle des vorübergehenden Aufenthaltswechsel des Patienten, wobei dieser mindestens sechs Monate beim selben Arzt in Behandlung zu sein hat und berufstätige oder im Rahmen des AMS geschulte Patienten max. 28 Tagesdosen, andere max. 14 Tagesdosen erhalten dürfen.

Für den Wechsel des behandelnden Arztes sieht die SG-VO eine Reihe von Bestimmungen vor, die die Kontinuität der Behandlung sichern sollen, aber auch Bestimmungen für den Fall des Wechsels des Substitutionsmittel.

Die Substitutionsbehandlung unterliegt der Kontrolle des zuständigen Amtsarztes. Dieser hat die Qualifikation des Arztes zu überprüfen. Bei Bedenken hat der Amtarzt Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, der auch die entsprechenden Unterlagen vorzulegen hat, zu führen. Führt dies zu keiner Einigung, hat der Amtsarzt die Möglichkeit die Vidierung der Dauerverschreibung zu verweigern. Offensichtliche Formfehler hat der Amtsarzt zu korrigieren und den behandelnden Arzt hiervon zu informieren.

Beim Verdacht von „Unzukömmlichkeiten“ (z.B. Nichterscheinen zur Einnahme, etc) hat die Apotheke den behandelnden Arzt und den zuständigen Amtsarzt zu verständigen.

Das zuständige Bundesministerium hat, um Mehrfachverschreibungen zu verhindern, ein Substitutionsregister zu führen. Jeder Arzt, der eine Substitutionsbehandlung durchführt, hat deren Beginn und Beendigung dem zuständigen Bundesministerium sowie dem nach dem Wohnsitz des Patienten zuständigen Amtsarztes unter Verwendung der in Anhang VIII und IX der Suchtgiftverordnung angeführten Formulare zu melden.

Wechselwirkung Tramadol mit Antidepressiva

Die Vermeidung von Arzneimittelwechselwirkungen und damit Schadenabwendung von den Patienten ist eine allgemein akzeptierte Zielsetzung im Gesundheitssystem. Alle Beteiligten profitieren davon. Die Patienten ersparen sich die unerwünschten Auswirkungen, die behandelnden Ärzte die Zusatzproblematik und die Krankenversicherungsträger die zusätzlichen Behandlungskosten. Auch Pharmafirmen unterstützen Programme zur Verhinderung von Wechselwirkungen, haben diese doch mitunter unerfreuliche Marktentwicklungen zur Folge, die bis zur Marktrücknahme (Beispiel sind Posicor, Lipcor) führen können.

Obwohl EDV-Programme zum Aufzeigen möglicher Interaktionspotenziale von Arzneimitteln verfügbar sind (zB über den Austria Codex), haben diese keine große Akzeptanz in der Arztordination. Dies ist auch verständlich, denn einerseits erfordert die Multimorbidität eine Therapie mit mehreren Medikamenten, andererseits ist das Auftreten von Wechselwirkungen interindividuell sehr unterschiedlich. Es gibt zwar die allgemeinen Richtlinien, dass das Patientenalter, die Nierenfunktion, die hohe Dosis und die Polypharmakotherapie Risikofaktoren für das Auftreten von Wechselwirkungen sind; diese werden allerdings von patientenbezogenen Faktoren wie individuelle Enzymmuster der Arzneimittelabbauwege überlagert, sodass das Auftreten der Wechselwirkung nicht vorausgesagt werden kann.

Begründung für Themenwahl Tramadol + Antidepressivum

Die Themenauswahl für die Versorgungsanalyse einer Kombinationstherapie mit Tramadol und einem Antidepressivum resultiert aus folgenden Fakten:
Sowohl Tramadol als auch Antidepressiva werden häufig verordnet, sodass angenommen werden kann, dass ein Teil der Patienten auch die Kombinationstherapie erhält und auch viele Vertragspartner davon betroffen sind
In der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur wird diese Wechselwirkung, die sogar zum Tod führen kann, als relevant gesehen (1-7)

Analysenmethode

Die Analyse erfolgt aus den patientenbezogenen Medikamentenabrechnungsdaten mehrerer SV-Träger. Inkludiert sind alle Patienten, die im Jahr 2006 zumindest ein Rezept mit dem Wirkstoff Tramadol, ATC-Code N02AX02 oder einem Antidepressivum der Substanzklasse SSRI, Mirtazapin oder Venlafaxin, ATC-Codes N06AB oder N06AX11 oder N06AX16, auf Rechnung eines SV-Trägers in einer Apotheke eingelöst haben. Die Auswahl der Antidepressiva erfolgte auf Grundlage der zitierten Literaturstellen (1-7).

Ergebnisse
Patienten mit Tramadoltherapie

SV-Träger	Patienten	Anteil an den Versicherten	Durchschnittsalter
KGKK	12.725	3,1%	62,5
BGKK	6.663	3,6%	66,1
NÖGKK	35.070	3,2%	64,2
STGKK	30.273	3,4%	62,8
TGKK	13.801	2,6%	60,3
WGKK	44.502	3,0%	62,7

Patienten mit Antidepressiva (SSRI oder Mirtazapin oder Venlafaxin)

SV-Träger	Patienten	Anteil an den Versicherten	Durchschnittsalter
KGKK	25.108	6,1%	57,1
BGKK	12.688	6,9%	59,0
NÖGKK	66.961	6,0%	58,2
STGKK	59.838	6,8%	56,6
TGKK	34.299	6,4%	55,8
WGKK	92.694	6,3%	55,5

Patienten mit Tramadol und Antidepressivum im gleichen Monat

SV-Träger	Patienten	Durchschnittsalter	Patienten mit Kombination in mehr als 1 Monat	Durchschnittsalter
KGKK	1.773	66,2	748	67,1
BGKK	997	68,4	448	69,6
NÖGKK	5.598	67,6	2.553	69,1
STGKK	5.079	67,4	2.370	69,4
TGKK	2.133	66,9	975	68,6
WGKK	7.202	66,2	3.351	67,2

Patienten mit Tramadol und Antidepressivum am gleichen Rezept

SV-Träger	Patienten	Durchschnittsalter	Patienten mit Kombination auf mehr als 1 Rezept	Durchschnittsalter
KGKK	756	66,8	361	66,9
BGKK	423	69,5	203	70,3
NÖGKK	2.632	68,6	1.336	69,6
STGKK	2.642	68,0	1.317	69,2
TGKK	904	67,3	397	68,6
WGKK	3.224	66,8	1.588	67,5

Diskussion

Im Vergleich mit den publizierten Versorgungsdaten für die Jahre 2000 und 2001 (8) ist die mit Antidepressiva behandelte Zahl von Patienten beträchtlich angestiegen. Ein Versorgungsanteil von 6-7% nähert sich der Prävalenz dieser Erkrankung an (9), wobei in der vorliegenden Analyse nicht alle Antidepressiva inkludiert wurden.

Die Anzahl der Patienten mit einer gleichzeitigen Therapie mit Tramadol und einem Antidepressivum umgelegt auf die Ärztedichte der Ärzte für Allgemeinmedizin lässt erwarten, dass im Durchschnitt jeder Arzt für Allgemeinmedizin mehrere Patienten mit dieser Kombination versorgt. Im Schnitt hat auch jeder Arzt einige Patienten, denen die Kombination auf einem Rezept verordnet wird.

Das durchschnittliche Patientenalter bei der Kombinationstherapie ist auch höher als bei der jeweiligen Monotherapie. Dies kann als Anzeiger dafür herangezogen werden, dass die Gruppe ein höheres Risiko für das Auftreten von Wechselwirkungen hat.

Die Bedeutung der Wechselwirkung zwischen Tramadol und Antidepressiva wird sehr unterschiedlich beurteilt, von geringfügiger Bedeutung (7) bis zu schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen (2-6). Da die Kombination im medizinischen Alltag häufig verordnet wird, sollte der rezeptierende Arzt das Interaktionspotenzial jedenfalls beachten und mit dem Patienten besprechen.

Zusammenfassung

Die gleichzeitige Therapie mit Tramadol und einem Antidepressivum ist ein häufig angewandtes Therapiekonzept. Der therapieführende bzw. rezeptierende Arzt sollte das Wechselwirkungspotenzial der beiden Substanzen beachten, die Kombinationstherapie einer kritischen Würdigung unterziehen und die Patientenführung darauf abstellen.

Literatur

1. Tramadol and hyponatraemia
   HYPERLINK „http://www.australianprescriber.com/magazine/27/4/artid/495/“
   http://www.australianprescriber.com/magazine/27/4/artid/495/ (Zugriff am 5.4.2007)
2. Trouble with tramadol
   HYPERLINK „http://www.australianprescriber.com/magazine/27/2/26/7/“
   http://www.australianprescriber.com/magazine/27/2/26/7/ (Zugriff am 5.4.2007)
3. Interaction of serotonergic antidepressants and opioid analgesics: Is serotonin syndrome going undetected?
   J Am Med Dir Assoc. 2005 Jul-Aug;6(4):265-9
4. Serotonin syndrome resulting from coadministration of tramadol, venlafaxine, and mirtazapine.
   Ann Pharmacother. 2004 Mar;38(3):411-3. Epub 2004 Jan 23
5. Possible serotonergic syndrome caused by combination of tramadol and sertraline in an elderly woman. Therapie.
   2002 May-Jun;57(3):309-10
6. Lethal combination of tramadol and multiple drugs affecting serotonin. Am J Forensic Med Pathol. 2000 Dec;21(4):370-4
7. Austria Codex, Interaktionen
8. Versorgung mit Antidepressiva, Gesundheitswissenschaften Band 23
9. Arznei&Vernunft Depressive Erkrankungen, Dezember 2006

Externe Qualitätssicherung des Artikels: Doz. Dr. Martin Brunner, Dr. Martin Bauer, beide MUW

www.kgkk.at

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Dr. Christian Sturm

Gesundheitsökonomie

KÄRNTNER GEBIETSKRANKENKASSE

A-9021 Klagenfurt, Kempfstraße 8
Tel.: 050 5855-4890, Fax: 050 5855-4840
E-Mail: christian.sturm@kgkk.sozvers.at

Impressum: Medieninhaber, Hersteller und Herausgeber: Kärntner Gebietskrankenkasse, 9021 Klagenfurt, Kempfstraße 8. ***Grundlegende Richtung des periodischen Mediums:*** Fach- und Informationsblatt für die Vertragsärzte der Kärntner Gebietskrankenkasse über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und andere mit dem Vertragsverhältnis zwischen der Kärntner Gebietskrankenkasse und den Vertragsärzten im Zusammenhang stehenden Belange.

DS 10 320 251