

## Blick über die Grenzen Teil II: Schweden

### Finanzierung und Ausgaben<sup>1,2</sup>

Das schwedische Gesundheitssystem wird zu 71 % durch Steuern finanziert, (Beveridge-System). Die restliche Finanzierung erfolgt durch staatliche Zuschüsse (16 %), Patientengebühren (3 %) 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 betragen die nationalen Gesundheitsausgaben Schwedens 9,1 % des Bruttoinlandsprodukts, in Österreich hingegen 10,2 %. 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<sup>1</sup>

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<sup>1,3,4</sup>

Innerhalb des zuständigen Provinziallandtages besteht für die Patienten freie

Arztwahl. 80 % 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,

### Inhaltsverzeichnis

<i>Blick über die Grenze, Teil II: Schweden</i>	Seite 1–3	<i>Neuer Warnhinweis der Emea zum Einsatz der Epoetine bei Krebspatienten</i>	Seite 5
<i>Jeder vierte Patient nach Herzinfarkt ist medikamentös unterversorgt</i>	Seite 3–4	<i>Paradigmenwechsel zum Thema Osteoporose, 2. Teil</i>	Seite 5–7
		<i>Piroxicam – der Markt verändert sich</i>	Seite 7–8

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<sup>5, 6, 7, 8</sup>

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 (zB 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 % 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<sup>1, 9</sup>

Bei Arztbesuchen in Gesundheitszentren müssen die Patienten eine Gebühr von zwischen zehn und 16 € 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 € erreicht, ist er von der Zuzahlung befreit.

Auch für Heilmittel existieren Selbstbehalte: Bis 100 € 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 € erreicht, gilt er für diese Periode als zuzahlungsbefreit.

## Chancen und Risiken<sup>1, 3, 6, 8</sup>

In der Vergangenheit wurden diverse Maßnahmen zur Heilmittelkostendämpfung wie Erhöhung der Patientenselbstbeteiligung, Spannensenkungen, Streichungen von der Positivliste, Einführung von Arzneimittelkomitees zur Steuerung des Ordnungsverhaltens 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 kontrovers diskutiert.

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](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, Rhein Hessische Patienten-

- information; <http://www.gesundheitsseiten.de/start.php?nas=1,0350,0260&thema=Schweden&SID=9b1409bba5375> (Zugriff am 26. 6. 2008)
- 4 Staatl. Gesundheitszentren, In Schweden leben und arbeiten - Das Netzwerk in Schweden; <http://www.inschweden.se/gesundheit/rztl.-hilfe-varcentralen/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.

# Jeder vierte Patient nach Herzinfarkt ist medikamentös unterversorgt

Wie bereits in unserer Ausgabe Juli 2008 berichtet, wurde in einer aktuellen Studie zur Medikamentenversorgung (Use of recommended medications after myocardial infarction in Austria, European Journal of Epidemiology Volume 23, Number 2/Februar 2008, Seiten 153-162) festgestellt, dass 25 % der österreichischen Patienten nach einem Herzinfarkt nicht ausreichend mit Medikamenten behandelt werden. Die Studie wurde vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Auftrag gegeben; Erstautor ist Prof. Wolfgang C. Winkelmayr von der Harvard Universität in Boston, Massachusetts.

Hintergrund der Studie sind evidenzbasierende Leitlinien, wobei zur Behandlung nach einem Herzinfarkt Acetylsalicylsäure (ASS), Betablocker, Statine und ACE-Hemmer (bzw. Angiotensin-Rezeptor-Blocker bei Patienten mit ACE-Hemmer Unverträglichkeit) als Medikation empfohlen werden.

„Die Ergebnisse dieser landesweiten Studie zeigen deutliches Verbesserungspotential in der Sekundärprävention nach Herzinfarkt in Österreich auf.

Unsere Studie ermöglicht es allerdings nicht, den Ort der Lücke im Versorgungssystem eindeutig zu identifizieren: Versäumen es die Spitalsärzte, diese Therapien einzuleiten und bei Entlassung vorzuschreiben, die niedergelassenen Ärzte diese zu verschreiben, oder die Patienten diese Verschreibungen einzulösen?“, führte Prof. Winkelmayr anlässlich einer Pressekonferenz aus.

Seitens des Hauptverbandes zeigte sich Generaldirektorin Stellvertreter Mag. Beate Hartinger sehr erfreut: „Bisher hatte man bei ähnlichen Diskussionen sehr schnell die PatientInnen als Hauptverantwortliche für die unzureichende Medikamenteneinnahme identifiziert. Nun gelang es erstmals, sich mit der Problematik systemisch auseinander zu setzen.“

Experten der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer, der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (Bereich PharmMed) sowie des Österreichischen Herzverbandes haben sich mit dem Hauptverband über mögliche Ursachen beraten und gemeinsame Empfehlungen erarbeitet:

## Analyse möglicher Ursachen

Es herrschte Einigkeit darüber, dass die gängigen Ärzte-Software-Lösungen noch zu wenig auf die Erfordernisse der Compliance ausgerichtet sind. So führt die unterschiedliche Größe von Medikamentenpackungen dazu, dass die Gebrauchsdauer einzelner Packungen variiert. Dies kann dazu führen, dass einzelne Medikamente nur bei jedem zweiten Arztbesuch verschrieben werden müssen. Zahlreiche Ärzte-Software-Lösungen berücksichtigen dies zu wenig, und schlagen automatisch nur die Verschreibung beim jeweils letzten Arztbesuch vor. Dadurch kann es leicht zum Wegfall einer von vier an sich sinnvollen Medikationen nach Myokardinfarkt kommen.

## Schnittstellenmanagement

Univ. Doz. Ing. Dr. Gerhard Stark, Primarius im Krankenhaus Deutschlandsberg, Abteilung für Innere Medizin, hat sich intensiv mit dem Informationsma-



nagement an der Schnittstelle zwischen intra- und extramuralen Bereich beschäftigt. Dabei zeigt sich, dass es trotz immer effizienterer Abläufe in Krankenhäusern und Arztpraxen in einem beachtlichen Maß zum Informationsverlust bei den Therapieempfehlungen von den Krankenanstalten hin zu den Hausärzten kommt. Gründe dafür sind fehlende Abstimmungen in der Informationsverarbeitung und die unterschiedlich ausgeprägte Eigenverantwortung auf Patientenseite.

Derzeit hängt es, stärker als es der Datenschutz unbedingt erfordern würde, von den PatientInnen ab, ob der Hausarzt von den notwendigen Medikamenten erfährt oder nicht. Dieser Umstand ist den meisten PatientInnen leider nicht ausreichend bewusst.

Die Experten waren sich einig, dass eine Logistik, die den niedergelassenen Ärzten die Therapieempfehlungen ihrer Kollegen elektronisch verfügbar macht, sowie bestimmte automatisierte Rückkopplungsmechanismen und eine verbesserte Erinnerungslogistik in der Praxis-Software selbst, das Informationsmanagement zwischen Krankenanstalten und Arztpraxen deutlich verbessern würden. Weiters scheint es im Rahmen des Informationsflusses bezüglich ihrer Therapie nötig zu sein, PatientInnen vermehrt über ihre Eigenverantwortung aufzuklären.

All diese Maßnahmen lassen in weiterer Folge auch eine Verbesserung der Compliance bei den betroffenen PatientInnen erwarten.

## Weitere Schritte und Maßnahmen

Einigkeit bestand innerhalb des Expertenteams weiters darüber, dass sowohl Ärzten als auch Apothekern eine wichtige Erinnerungsfunktion zukommt. In der Praxis zeigt sich dabei oftmals, dass emotionale Argumente eine bessere Wirkung bei den PatientInnen erzielen, als rationale. „Wird ein Medikament als Freund gesehen, der mir hilft, in einer schwierigen Situation besser zu bestehen, wird es auch eingenommen. Bei der Schaffung dieses Bewusstseins hat der Apotheker mit seinem umfassenden

Bedeutung“, betonte Mag. pharm. Dr. Reinhard Becker als Repräsentant der Österreichischen Apothekerkammer die Rolle seines Berufsstandes.

Dr. Lothar Fiedler, offizieller Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, bestätigte die dringende Notwendigkeit der lückenlosen Einnahme dieser Medikation und brachte seine dringende Hoffnung zum Ausdruck, dass mit solchen Initiativen die Arbeit der Ärzteschaft erleichtert werde. „Insgesamt ist diese Initiative aber ein wichtiges Signal dafür, dass die Sozialversicherung sich weiterhin auch zur Finanzierung teurer Medikamente bekennt. Sowohl die Ärzteschaft als auch die Sozialversicherung sind für die PatientInnen seit Jahrzehnten die kompetenten Anwälte. Ich hoffe, diese „Aktion“ dient künftig zur engeren Zusammenarbeit, dies sind wir unseren PatientInnen ja schuldig“, so Dr. Fiedler.

Helmut Schulter, der Vertreter des Österreichischen Herzverbandes betonte, dass PatientInnen, die sich einer Selbsthilfegruppe anschließen, nicht nur die Umstellung ihrer Lebensgewohnheiten und entsprechende Bewegungsprogramme intensiver durchhalten. Durch den Informationsaustausch in der Gemeinschaft fallen unterschiedliche Medikationen rasch auf und bieten den Betroffenen die Chance bei ihrem Arzt rückzufragen. „In diesem Sinne wäre es wünschenswert, wenn alle PatientInnen nach einem derart einschneidenden Akutereignis auf die Vorteile von Selbsthilfegruppen aufmerksam gemacht werden“, so Schulter.

## Sichere und wirksame Arzneimittel

Für die Therapie nach einem Myokardinfarkt sind derzeit in Österreich 906 Arzneimittel zugelassen; davon rund 475 Generika. „Da fast alle diese Medikamente rezeptpflichtig sind, ist der Patient nach einem Myokardinfarkt immer in sehr engem Kontakt mit dem behandelnden Arzt und somit in laufender ärztlicher Betreuung“, führte Dr. Christoph Baumgärtel von der AGES PharmMed aus. Wesentliches Element der Arzneimittelsicherheit ist die aus-

reichende Kenntnis der Ärzte über die Wechselwirkungen von Arzneimitteln: „Wir sind bemüht, die uns von Ärzten gemeldeten Wechselwirkungen zu sammeln, zu bewerten und entsprechende Maßnahmen zur Patientensicherheit einzuleiten. Solche Maßnahmen sind die Aufnahme der Wechselwirkung in die Fach- und Gebrauchsinformation. Immerhin könnte bereits das gleichzeitige Trinken von Grapefruitsaft und die Einnahme von gewissen Arzneimitteln, wie etwa Lipidsenkern, die Wirkung und Nebenwirkung deutlich verstärken. Teilweise unterstützen sich aber auch Arzneimittel gegenseitig in ihrer Wirkung, wie dies bei ACE-Hemmern und Betablockern der Fall ist. Diese Tatsache kann dann therapeutisch genutzt werden. Daher ist das ärztliche Wissen sowohl um positive als auch negative Wechselwirkungen von Arzneimitteln essentiell.“

Die nationale Arzneimittelagentur begrüßte darüber hinaus alle Maßnahmen und Projekte, die den PatientInnen zugute kommen und den Informationsfluss zwischen Arzt und PatientInnen unterstützen. „Es ist uns ein wesentliches Anliegen, die Österreicher über die verfügbaren Arzneimittel aufzuklären, wie es uns in gemeinsamer Arbeit mit den anderen Experten mit diesem Projekt zum Risikofaktor Herzinfarkt gelungen ist“, freut sich Baumgärtel.

## Informationsblätter

Für den medizinischen Alltag und als Arbeitserleichterung wurden zwei Informationsblätter gestaltet.

Das erste fasst die wesentlichen Eckpunkte der Winkelmayer Studie zusammen und liefert als Gedächtnisstütze wichtige Zahlen und Fakten zur Medikation nach Myokardinfarkt. Das zweite dient dazu, den PatientInnen eine zusätzliche Erinnerung an ihr Gespräch mit dem Arzt oder Apotheker in die Hand geben zu können. Darauf befindet sich graphisch aufbereitete Information darüber, wie Medikamente das Risiko eines neuerlichen Herzinfarkts reduzieren helfen und mit welchen Lebensstilmaßnahmen der Patient seine Gesundheit fördern kann.

Im Blickpunkt Tipps, aktuelle Information

# Neuer Warnhinweis der EMEA zum Einsatz der Epoetine bei Krebspatienten

Quelle: Doc. Ref. EMEA/CHMP/333963/2008,

<http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/33396308en.pdf> (Zugang am 30.6.2008)

Die Europäische Zulassungsbehörde EMEA empfiehlt eine Änderung der Fachinformation und spricht eine neue Warnung zur Anwendung der Epoetine bei Krebspatienten aus. Epoetin hat eine Zulassung bei renaler Anämie und bei symptomatischer Anämie bei Patienten mit nicht myeloischen Tumoren während der Chemotherapie. Anstelle von Epoetin sollten primär Bluttransfusionen zur Behandlung der Anämie von Tumorpatienten angewendet werden.

Die Zulassungsbehörde hat neue Studiendaten bewertet, die ein erhöhtes Risiko für Tumorprogression, Embolien

und eine kürzere Lebenserwartung der Krebspatienten aufzeigen, die mit einem Epoetin behandelt wurden. In den zugelassenen Indikationen wird das Nutzen-Schaden-Risiko zwar weiterhin positiv beurteilt, bei Patienten mit einer günstigen Prognose sollte die Bluttransfusion bei Patienten mit Anämie der Epoetintherapie vorgezogen werden.

Bei der Entscheidung für oder gegen eine Anwendung von Epoetin soll der behandelnde Arzt individuelle Patientenfaktoren wie Tumortyp und -stadium, den Grad der Anämie, die Lebenserwartung des Patienten, sowie das Umfeld

des Patienten und seine persönlichen Präferenzen berücksichtigen.

Die neue Empfehlung der EMEA hat keine Auswirkungen auf die Behandlung der renalen Anämie mit Epoetin.

Die EMEA wird weiterhin die Sicherheit der Anwendung von Epoetin überprüfen. Die betroffenen Anbieter der Epoetine wurden beauftragt, dringend zusätzliche Studien über mögliche Risiken und Vorteile der Verschreibung der Epoetine bei der Behandlung von Krebspatienten unter dem Gesichtspunkt der neuen Therapieempfehlung durchzuführen

## Paradigmenwechsel zum Thema Osteoporose

### 2. Teil

Wie schon im ersten Teil erwähnt ist die Osteoporose laut WHO mit dem Resultat der Knochendichtemessung (BMD) bei einem T-Score < minus 2,5 diagnostiziert, womit aber trotzdem noch keine über die Prophylaxe hinausgehende spezifische Therapie indiziert sein muss.

Die empfohlene Basisdiagnostik bestehend aus Anamnese, klinischem Befund und DXA soll bei folgendem Risikoprofil eingesetzt werden:

Frau	Mann	
50-60 a	60-70a	Wirbelkörperfraktur Periphere Fraktur als Einzelfallentscheidung
60-70	70-80 a	Wirbelkörperfraktur Periphere Fraktur Proximale Femurfraktur eines Elternteiles Untergewicht Nikotin- und Alkoholabusus Multiple Stürze Immobilität
> 70 a	> 80 a	Lebensalter als Risiko ausreichend

Für die Abklärung des Sturzrisikos und der Mobilität stehen mit dem „timed up&go Test“ und „chair rising Test“

([www.lutherhaus.de/dvo-leitlinien](http://www.lutherhaus.de/dvo-leitlinien), Seite 11) einfache Untersuchungen zur Verfügung.

Eine spezifische medikamentöse Therapie ohne eingetretener WK-Fraktur wird heute nur bei folgenden T-Score Werten empfohlen:

Alter		T-Wert				
Frau	Mann	-2,0 bis -2,5	-2,5 bis -3,0	-3,0 bis -3,5	-3,5 bis -4,0	< -4,0
50-60	60-70	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
60-65	70-75	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
65-70	75-80	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
70-75	80-85	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
>75	>85	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

**Nur bei bereits eingetretener WK-Fraktur ist die sofortige Therapie wichtig, um das erhöhte Risiko für Folgefrakturen zu reduzieren.**

Die Dauer der medikamentösen spezifischen Therapie soll 3-5 Jahre betragen. Zur Bewertung des medizinischen Therapieerfolges ist die DXA nur bedingt

tauglich, insbesondere in den ersten 2 Jahren.

Die Grundlage zur Therapieentscheidung ist auch gegeben, wenn das 10 Jahres Frakturrisiko > 30 % beträgt. Die genaue Berechnung ist schwierig, da die einzelnen Risikofaktoren verschieden zu gewichten sind. Aus den folgenden beiden Tabellen ist ersichtlich, dass bei

reduziertem T-Score das Frakturrisiko altersabhängig und dadurch fallweise nicht erhöht ist, weshalb eine weitere Therapie, und unter Umständen auch die DXA-Diagnostik, bei jüngeren Patienten nicht indiziert ist.

Das 10-Jahres-Frakturrisiko beträgt ohne Berücksichtigung der Risikofaktoren nur auf dem T-Score basierend:

Alter	T-Score									
	Männer					Frauen				
	0	-1	-2	-3	-4	0	-1	-2	-3	-4
50	0,2	0,6	1,9	5,5	15,4	0,2	0,4	1,1	2,8	7,0
60	0,3	0,8	2,2	6,0	16,0	0,4	1,0	2,7	7,1	17,9
70	0,6	1,8	4,8	12,9	31,6	0,7	1,9	5,3	14,1	34,6
80	1,1	2,9	7,7	19,2	41,7	0,8	2,4	6,8	18,6	43,6

Neben Alter und Geschlecht erhöht jeder zusätzliche Risikofaktor das Frakturrisiko um das 1,5 bis 2-fache. Für Nikotin und Alkohol ist die Gewichtung etwas niedriger anzusetzen.

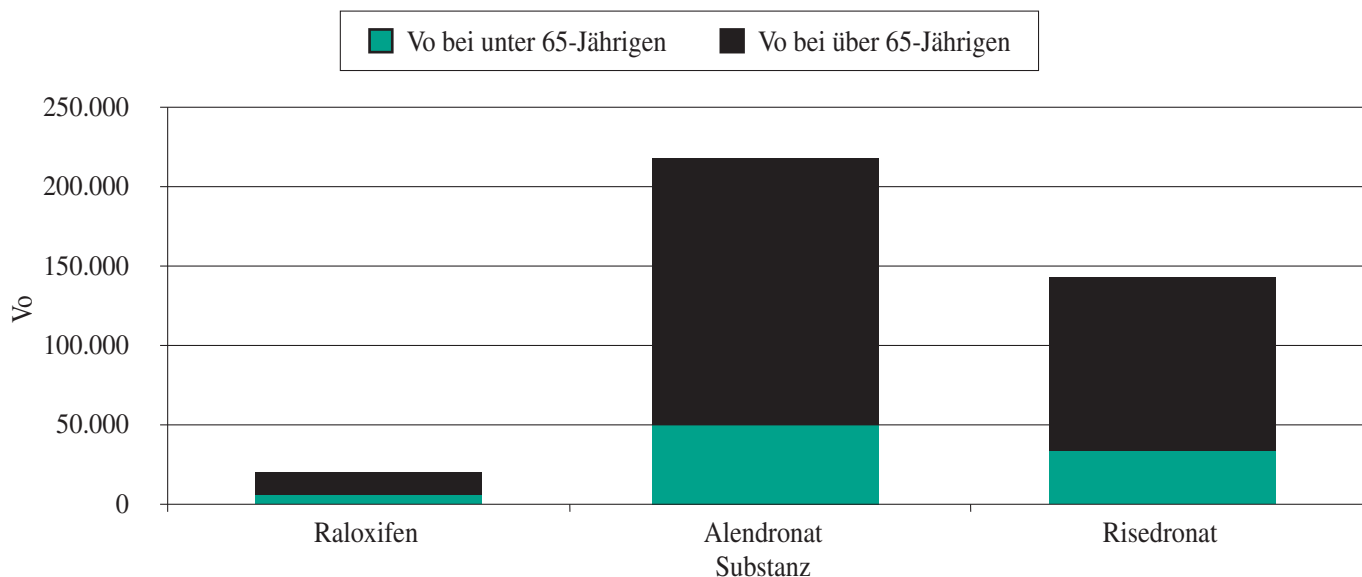
**Reale altersbezogene Versorgung mit oralen Osteoporosemedikamenten**

Die spezifische medikamentöse Therapie soll jenen Patienten angeboten

werden, die das höchste Frakturrisiko haben. Dies betrifft vor allem Männer über 70 Jahre und Frauen über 60 bis 65 Jahre. Die Realversorgung der bundesweiten Apothekenabrechnungs-

daten des 1. Quartals 2008 zeigt, dass jede vierte Verordnung von Raloxifen, Alendronat oder Risedronat für Patienten erfolgt, die unter 65 Jahren sind.

### Verordnungsverteilung nach Patientenalter

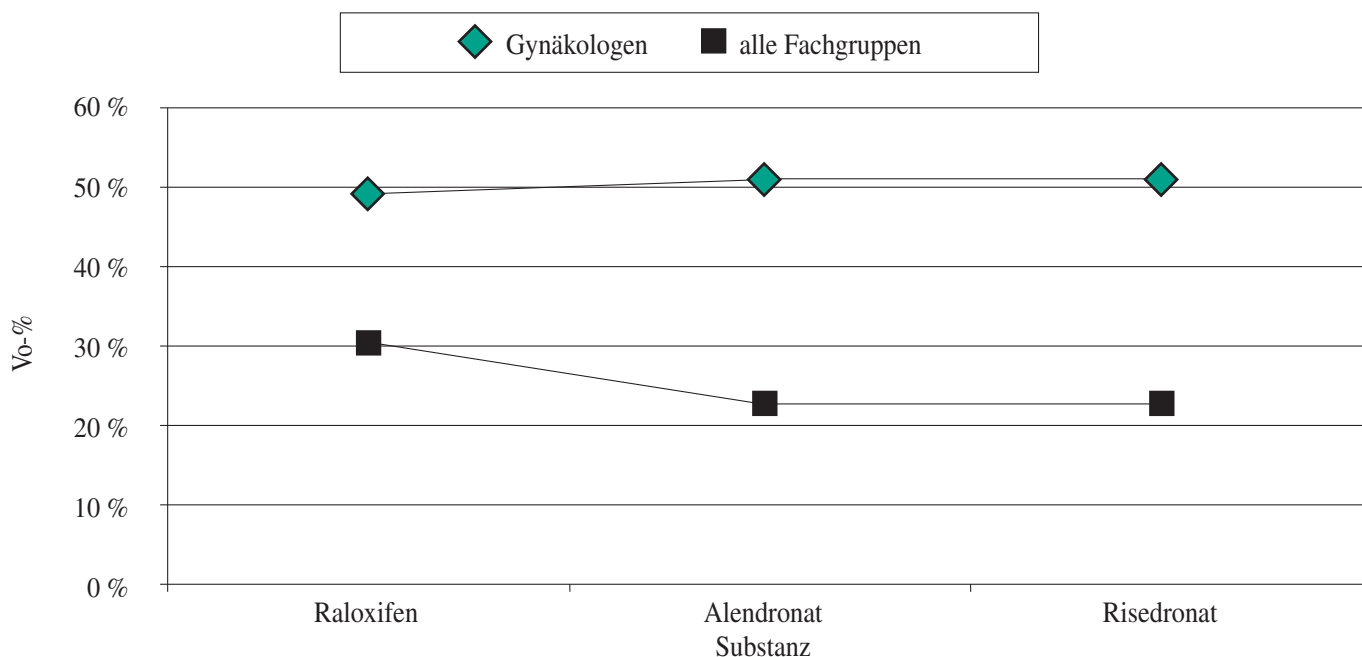


Auffällig ist der Unterschied des Verordnungsanteils der unter 65-jährigen

Patienten in Abhängigkeit von der Fachgruppe. Jede zweite Verordnung eines

Facharztes für Gynäkologie entfällt auf unter 65-jährige Patienten.

### Anteil der Vo bei unter 65-Jährigen



# Piroxicam – der Markt verändert sich

Im Juni 2007 informierte die europäische Zulassungsbehörde EMEA über eine Neubewertung von Piroxicam (1). In Folge thematisierten auch die KV-Träger die neue sehr kritische Sicht zu Piroxicam und zeigten die Patienten-

zahlen auf, die vom notwendigen Veränderungsmanagement betroffen sind (2-7):

- Patienten, die bei akuten Entzündungs- und Schmerzzustän-

den mit Piroxicam behandelt werden

- Patienten mit Langzeittherapie ohne Magenschutz
- Patienten mit einer maximalen Tagesdosis von über 20mg

## Wie verordneten österreichische Ärzte Piroxicam nach der neuen EMEA-Empfehlung?

Entwicklung der Patientenzahlen Okt 2007 – März 2008 gegenüber Gesamtjahr 2006:

	BGKK	KGKK	NÖGKK	StGKK	TGKK	WGKK
Akuttherapie	- 59 %	- 63 %	- 58 %	- 59 %	- 55 %	- 57 %
fehlender Magenschatz	- 59 %	- 58 %	- 49 %	- 58 %	- 55 %	- 51 %
zu hohe Dosierung	- 59 %	- 39 %	- 38 %	- 48 %	- 40 %	- 43 %

Sowohl die Entwicklung der Patientenzahlen als auch die Verordnungszahlen sind seit der EMEA-Empfehlung rückläufig. Der Rückgang der Patientenzahlen ist nur scheinbar höher als der Verordnungsrückgang von ca. -30 %, da die Patientenversorgung eines Halbjahres mit den historischen Daten eines Gesamtjahres verglichen werden.

### Diskussion

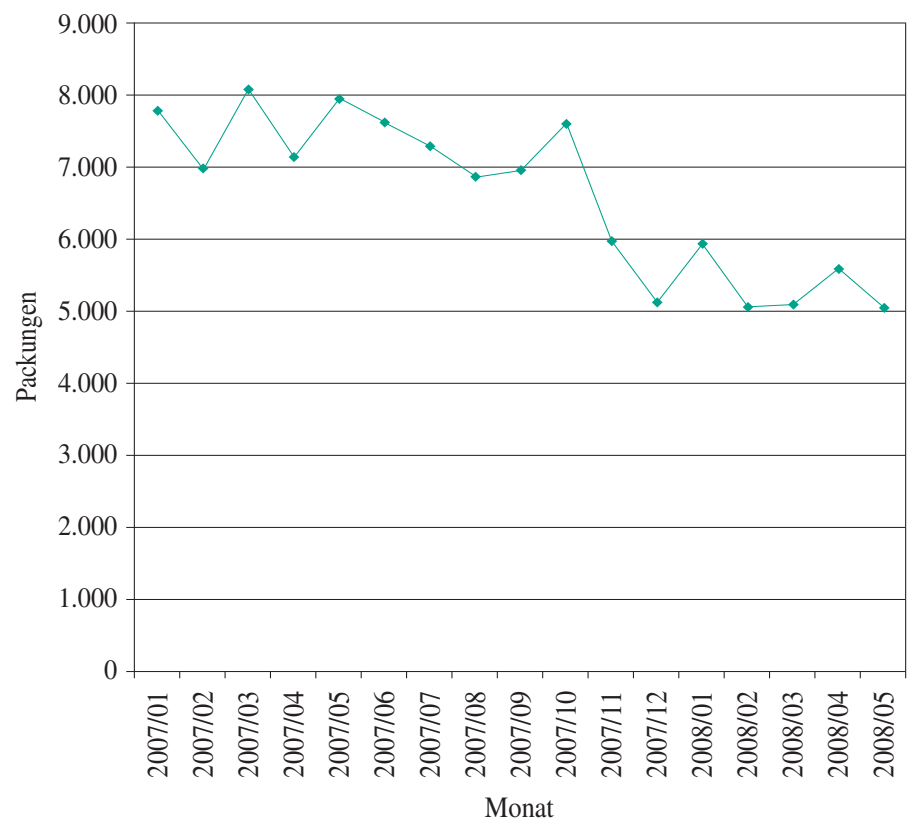
Die Aussendungen über die neue kritische Bewertung von Piroxicam hat zu einem deutlichen Rückgang in der Patientenversorgung mit diesem Medikament geführt, der sich nach einigen Monaten wieder stabilisiert hat. Erst mit der Streichung der 50-Stück-Packung aus dem EKO ab September 2008 wird eine weiterer Verordnungsrückgang erwartet.

### Literatur:

- 1 Pressemitteilung der EMEA 25. 06. 2007 <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/26514407en.pdf>
- 2 Änderungen der Verwendung von Piroxicam, im blickpunkt 1/2008;10-11
- 3 Aktuelle Pressemitteilung der EMEA zu Piroxicam, Ökomed 1/2008;3-4

- 4 Änderungen der Verwendung von Piroxicam, therapie info 1/2008;10-11
- 5 Pressemitteilung der EMEA zu Piroxicam, medinfo 2/2008;5-7

- 6 Pressemitteilung der EMEA zu Piroxicam, Top Tipps 4/2007, 7-8
- 7 Aktuelle Pressemitteilung der EMEA zu Piroxicam, Ökonomie & Praxis, 1/2008, 2-5



[www.kgkk.at](http://www.kgkk.at)

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

**Dr. Christian Sturm**

Gesundheitsökonomie