

A&V KHK: aktuelle Medikamenten- versorgungsdaten

Am Anfang der Therapie der KHK steht die Prävention und somit die Korrektur der Risikofaktoren Dyslipidämie, Rauchen, Hochdruck, Diabetes sowie die familiäre Disposition. Werden diese Risikofaktoren auch entsprechend „gewürdigt“? Werden alle Risikopatienten mit Antihypertensiva, Antidiabetika oder Statinen behandelt, die diese Medikamente brauchen und davon profitieren? Sind es viel zu wenige, wie oft argumentiert wird, oder so viele, wie es den Prävalenzdaten entspricht?

Versorgung mit Antihypertensiva

Zur Prävalenz der Hypertonie gibt es unterschiedliche Daten:

- 42% der erwachsenen Frauen und 50% der erwachsenen Männer sind hyperten, wobei nach Berücksichtigung der milden Hypertonie mit 140-159/90-99 33% der Frauen und 34% der Männer eine behandlungsbedürftige Hypertonie haben (1).
- In der Altersgruppe der 35- bis 64-Jährigen liegt die Prävalenz in 6 EU-Län-

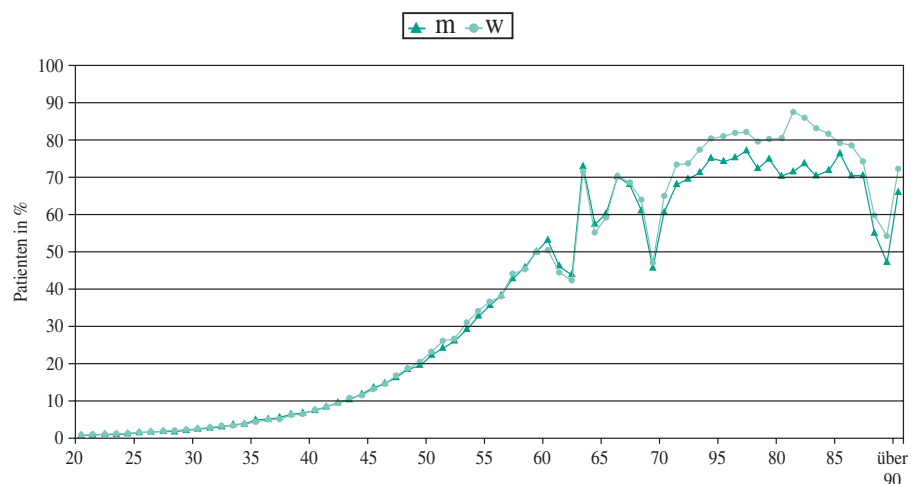
dem im Durchschnitt bei den Frauen bei 39% und bei den Männern bei 50%. Wird auch hier die milde Hypertonie berücksichtigt, die nicht unbedingt medikamentös behandelt werden muss, verbleiben 30% behandlungsbedürftige Frauen und 35% Männer (2).

- Jeder zweite über 50-Jährige ist hyperten (3).
- In der Altersgruppe der 25- bis 64-Jährigen liegt die Prävalenz bei 32%

bei den Frauen und 57% bei den Männern (4).

Aus den Abrechnungsdaten mehrerer SV-Träger von 2008 geht hervor, dass 30% aller erwachsenen Frauen eine antihypertensive Bandlung erhielten und 24% der Männer. In der Altersgruppe der 35- bis 64-Jährigen erhielten jeweils 23% eine antihypertensive Medikation. Von den über 50-Jährigen wurden 55% antihypertensiv behandelt. In der Alters-

Versorgungsanteil mit Antihypertensiva



Inhaltsverzeichnis

A&V KHK: aktuelle
Medikamentenversorgungsdaten

ACE-Hemmer - Sartane

Seite 1-3

Seite 4-5

Säurehemmer und Nahrungsmittel

Osteoporose 4. Teil

(Über- und Fehlversorgung)

Seite 6-7

Seite 7-8

gruppe der 25- bis 64-Jährigen werden 18% der Frauen und 17% der Männer behandelt.

Die Diskrepanz zwischen Hypertonie-Prävalenz und Versorgungsepidemiologie wird umso größer, je jünger das betrachtete Kollektiv ist. Im Vergleich mit publizierten internationalen Daten (2) ist die Versorgungsdichte mit blutdrucksenkenden Medikamenten in Österreich deutlich höher. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass die österreichischen Versorgungsdaten aktueller sind und die Versorgungsdichte in den letzten Jahren gestiegen ist. In der Hauptrisikogruppe der über 50-Jährigen entspricht die Versorgungsdichte der Prävalenz, sodass für Österreich durchaus eine Vollversorgung mit Antihypertensiva argumentiert werden kann.

Versorgung mit Statinen

In Abhängigkeit von der zitierten Richtlinie zur Statintherapie ist diese für maximal 12%-15% der 20 bis 74-Jährigen sinnvoll (5). Die Versorgungsdichte in Österreich ist bei den Männern höher als bei den Frauen, wobei die Versorgungsdichte ab der 5. Lebensdekade steil ansteigt.

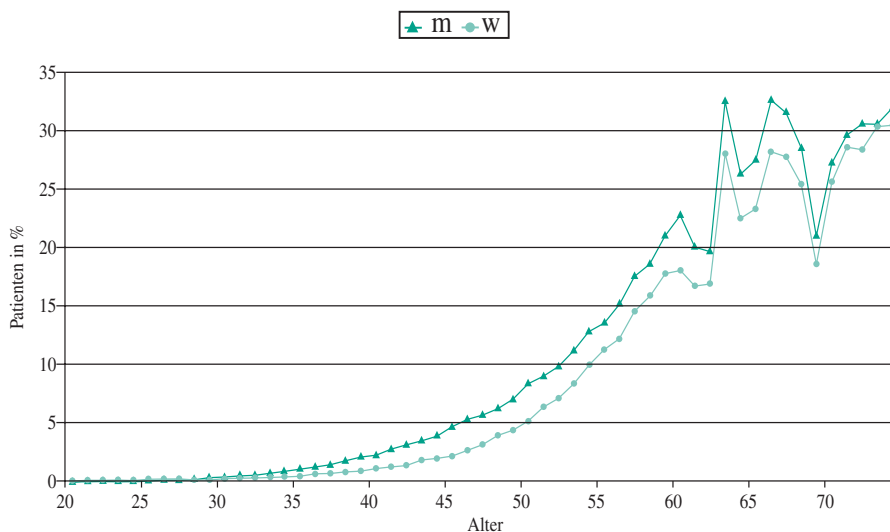
Versorgungsprävalenz Diabetes

Die Prävalenz des Diabetes wird für die USA und das Jahr 2007 mit 8,0% angegeben, wovon 5,8% auch diagnostiziert sind (6). In Österreich sollte die Prä-

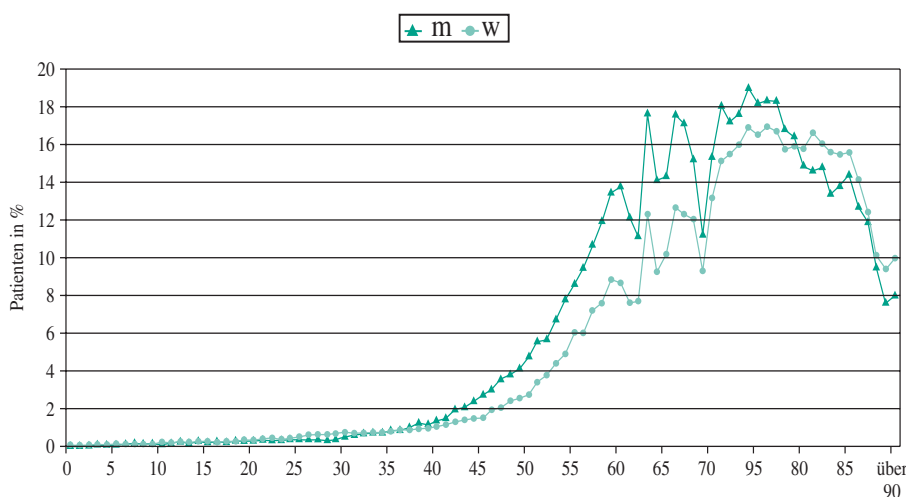
valenz niedriger bzw. maximal in vergleichbarer Größenordnung liegen. Laut Laienpresse sind zwischen 300.000 und 500.000 Österreicher Diabetiker. In einer deutschen Erhebung wird die Diabetes-Prävalenz bei 55- bis 74-Jährigen mit 14,8% bei den Frauen und 18,7% bei den Männern angegeben.

Eine Hochrechnung der erhobenen Abrechnungsdaten von 7 SV-Trägern mit insgesamt 4,2 Mio. Versicherten auf die Gesamtbevölkerung ergibt bundesweit 340.000 Patienten, die mit Insulin und/oder oralen Antidiabetika im Jahr 2008 versorgt wurden. In der Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen wurden 10,3% der Frauen und 13,8% der Männer mit Antidiabetika behandelt.

Versorgungsanteil mit Statinen



Versorgte Diabetiker



Hochdrucktherapie bei Typ-2-Diabetikern

Die Prävalenz einer behandlungsbedürftigen Hypertonie wird oft mit 70 bis 80% angegeben. Die realen Versorgungsdaten von 2008 sind deckungsgleich.

Statintherapie bei Typ-2-Diabetikern

Nachdem der Patientennutzen einer Statintherapie in vielen Studien dokumentiert ist, sollen (fast) alle Typ-2-Diabetiker auch mit einem Statin behandelt werden (9).

Die Versorgungsepidemiologie zeigt hier die größte Diskrepanz zu den Leitlinien. Nur jeder zweite Typ-2-Diabetiker wird auch mit einem Statin versorgt.

Anbehandlung mit Statin aus dem Gelben Bereich

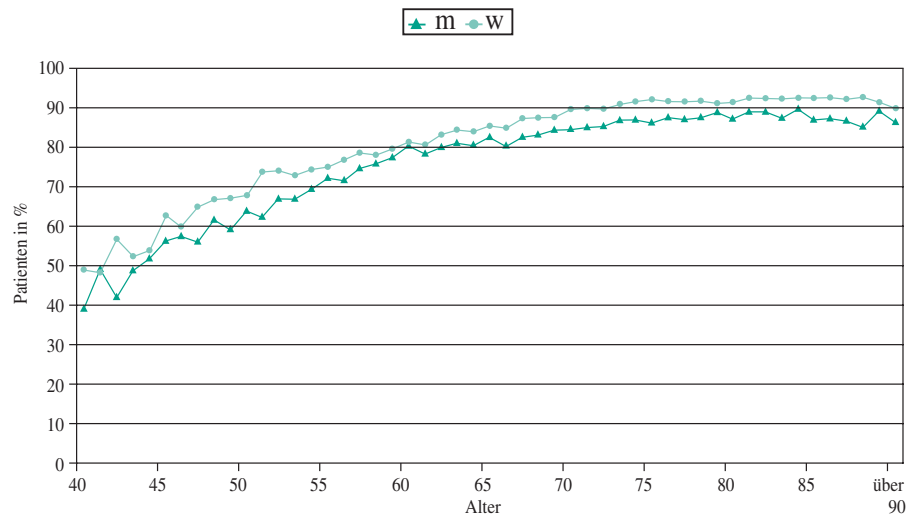
Entsprechend dem Ampelprinzip und den Vorgaben der Wirtschaftlichkeit im Verschreibeverhalten ist die Therapie mit einem Statin aus dem Grünen Bereich zu beginnen. „Initial 40mg Simvastatin“ ist in A&V KHK angeführt,

und auch in anderen Gesundheitssystemen werden Simvastatin und Pravastatin bevorzugt empfohlen (10,11). Die Abrechnungsdaten deuten darauf hin, dass bei ca. 6% der Patienten die Therapie mit einem Statin aus dem Gelben Bereich begonnen wird. Der Anteil ist bei den Männern höher als bei den Frauen, eine Altersabhängigkeit ist dabei nicht gegeben.

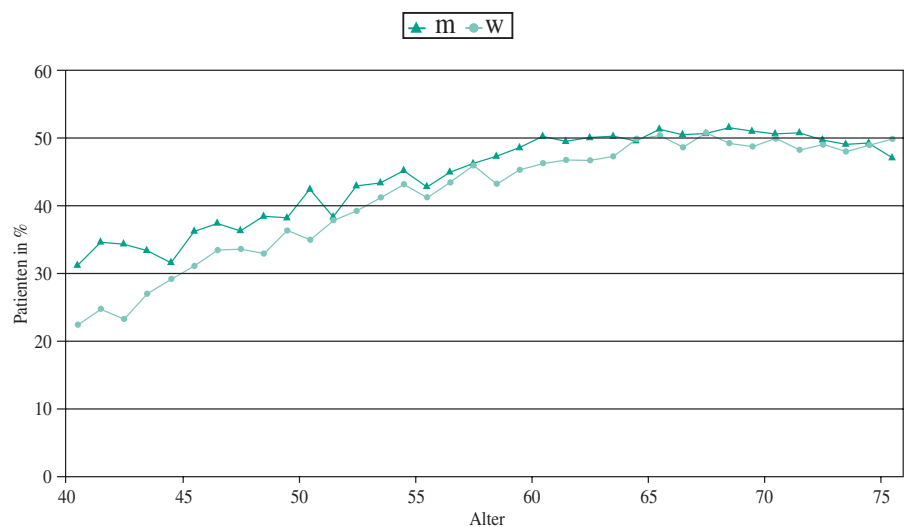
Literatur:

- 1 Fricke & Pirk GmbH: Gutachten „Defizite in der Arzneimittelversorgung in Deutschland“, 45-50
- 2 Wolf-Maier K et al: Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States, JAMA 2003;289(18):2363-2369
- 3 Hense HW: Epidemiology of arterial hypertension and implications for its prevention. 10-year results of the MONICA Study Augsburg Monica Studie, Dtsch Med Wochenschr. 2000 Nov 17;125(46):1397-402
- 4 Löwel H et al: Epidemiologie der arteriellen Hypertonie in Deutschland: Ausgewählte Ergebnisse bevölkerungsrepräsentativer Querschnittstudien, Dtsch med Wochenschr 2006; 131: 2586-2591
- 5 Douglas GM: Effectiveness and efficiency of different guidelines on statin treatment for preventing deaths from coronary heart disease: modelling study, BMJ. 2006 Jun 17;332(7555):1419
- 6 American Diabetes Association: Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2007, Diabetes Care 31:596-615, 2008
- 7 Grant JF: Gender-specific epidemiology of diabetes: a representative cross-sectional study, Internatio-

Hochdrucktherapie bei Patienten mit oralen Antidiabetika



Statintherapie bei Patienten mit oralen Antidiabetika



nal Journal for Equity in Health 2009,8:6

8 Rathmann W: High prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in Southern Germany: target populations for efficient screening. The KORA survey 2000, Diabetologia. 2003 Feb;46(2):182-9

9 Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators: Efficacy of cholesterol-lowering therapy in

18.686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis, The Lancet 371,117-125

10 NICE clinical guideline 67: Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease

11 Schwabe U, Paffrath D: Arzneiverordnungsreport 2008,645-659

ACE-Hemmer – Sartane

Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System sind eine wesentliche Säule der medikamentösen Therapie von Herz-Kreislauf-erkrankungen, insbesondere der Hypertonie und der Herzinsuffizienz.

Die beiden zur Verfügung stehenden Substanzgruppen, ACE-Hemmer und Angiotensin-Rezeptor-Blocker, auch als Sartane bzw. Angiotensin-II-Antagonisten bezeichnet, unterscheiden sich durch ihren Ansatzpunkt im Renin-Angiotensin-System und in den Therapiekosten. Die bisher in Diskussion stehende Frage nach der therapeutischen Gleichwertigkeit oder Überlegenheit einer der beiden Substanzklassen wurde durch die kürzlich im New England Journal of Medicine publizierte ONTARGET-Studie klar beantwortet.

In einer kontrollierten Studie wurden mehr als 25.500 Patienten mit bestehenden kardiovaskulären Erkrankungen und/oder Diabetes, jedoch ohne Herzinsuffizienz in drei Therapiegruppen randomisiert: Gruppe 1 erhielt den ACE-Hemmer Ramipril (10 mg täglich), Gruppe 2 das Sartan Telmisartan (80 mg täglich) und Gruppe 3 eine Kombinationstherapie mit beiden Substanzen. Als primärer Endpunkt der Studie wurde ein zusammengesetzter Endpunkt aus Tod infolge kardiovaskulärer Ursache, Myokardinfarkt, cerebralem Insult oder Krankenhausaufnahme wegen Herzinsuffizienz gewählt.

Nach einer medianen Beobachtungszeit von 56 Monaten zeigten sich folgende Ergebnisse: Es gab keinen Unterschied im Eintreten des primären Endpunktes zwischen einer Monotherapie mit Ramipril und Telmisartan (16,5 % bei Ramipril-Therapie und 16,7 % bei Telmisartan-Therapie). In der Ramipril-Gruppe trat Husten häufiger auf als in der Sartan-Gruppe (4,2 % versus 1,1 %), ähnlich verhielt es sich mit dem seltenen Angioödem (0,3 % versus 0,1 %); bei hypotensiven Symptomen war es umgekehrt: Diese waren unter dem ACE-Hemmer seltener als unter dem

Sartan (1,7 % versus 2,6 %). Synkopen traten in beiden Gruppen gleich häufig auf (0,2 %).

In der Gruppe mit der Kombinationstherapie ACE-Hemmer plus Sartan gab es im primären Endpunkt keinen Benefit (16,3 %) gegenüber der Monotherapie, das Risiko von Nebenwirkungen war jedoch signifikant höher als in der Ramipril-Gruppe, und zwar für hypotensive Symptome, Synkopen und eine Nierenfunktionsstörung. Diese Kombination ist also in den in der Studie untersuchten Indikationen verzichtbar und sollte nur ausnahmsweise in gut begründeten Einzelfällen zum Einsatz kommen.

Die Ergebnisse der Studie bestätigen die Regeln des Erstattungskodex der Sozialversicherung. ACE-Hemmer sind Mittel der ersten Wahl. Bei Unverträglichkeit, insbesondere bei persistierendem Husten oder Angioödem, stehen Sartane als Mittel der zweiten Wahl zur Verfügung. Wie sich in der ONTARGET-Studie bestätigte, können die sogenannten typischen Nebenwirkungen der ACE-Hemmer Husten und Angioödem auch unter Sartanen auftreten, wenngleich seltener.

Mit einer ACE-Hemmer-Unverträglichkeit ist in 3 bis 7 % der Patienten zu rechnen; in der ONTARGET-Studie betrug sie beispielsweise 4,5 % (Husten oder Angioödem). Bei Einhaltung der IND-Vorgaben sollte der Anteil verschriebener Sartane in dieser Größenordnung liegen. Die aktuellen Heilmittelabrechnungsdaten der österreichischen Gebietskrankenkassen zeigen jedoch ein anderes Bild: In den ersten sieben Monaten 2007 waren 29 % Sartane und 71 % ACE-Hemmer verordnet worden; im Vergleichszeitraum dieses Jahres stieg der Anteil der Sartane weiter an, und zwar auf über 31 %. Die Anzahl der Sartan-Verordnungen stieg zwischen den ersten sieben Monaten 2007 und 2008 um 13 % bei den Reinpräparaten und

um 17% bei den Kombinationspräparaten mit Diuretika.

Bei Betrachtung der Kostenseite entfielen im Jahr 2008 knapp 48 % der Kosten auf ACE-Hemmer und mehr als 52 % auf Angiotensin-II-Antagonisten. Die durchschnittlichen Kosten für eine Verordnung eines reinen ACE-Hemmers betragen etwa ein Drittel der Kosten eines Sartans; bei Kombinationspräparaten mit Diuretika kostet die Sartan-Kombination gemittelt etwa doppelt so viel wie die ACE-Hemmer-Kombination. Eine Senkung der Sartan-Verordnungen auf 10 %, einem Wert der noch immer deutlich über der ACE-Hemmer-Unverträglichkeit liegt, würde im Bereich der österreichischen Gebietskrankenkassen zu einer monatlichen Einsparung von mehr als 2,1 Mio. Euro führen.

Angesichts der Tatsache, dass die Sartane für Patienten, die ACE-Hemmer tolerieren, keine Vorteile bringen, dafür aber mit wesentlich höheren Kosten verbunden sind, gebietet eine ökonomische Verschreibeweise den Einsatz dieser Substanzgruppe streng nach der IND-Regel. In Zeiten zunehmender finanzieller Probleme der Krankenversicherungsträger sollten vergleichsweise teure Medikamente jenen Patienten vorbehalten bleiben, die sie tatsächlich brauchen.

Zur Illustration, um welche Mengen und Summen es sich handelt, stellt die Tabelle die Verordnungen der Gebietskrankenkassen in den Monaten Jänner bis Juli in den Jahren 2007 und 2008 dar, sowie die damit verbundenen Kosten.

Seit Oktober 2008 steht mit Losartan erstmalig ein Angiotensin-II-Rezeptorblocker generisch zur Verfügung. Der Kassenpreis der Losartan-Generika liegt auf dem Niveau der generischen ACE-Hemmer; aus Preisgründen ist die IND-Regel daher nicht mehr erforderlich. Patientenfreundlich ist die Verfügbarkeit einer Wirkstoffstärke

	Verordnungen		Differenz	%
	2007	2008		
ACE-Hemmer, rein	1.563.898	1.651.745	87.847	5,62
ACE-Hemmer, Kombination	1.630.180	1.704.300	74.120	4,55
ARB, rein	564.253	637.869	73.616	13,05
ARB, Kombination	754.278	885.413	131.135	17,39
Gesamt	4.512.609	4.879.327	366.718	8,13

	Kosten in €		Differenz	%	Kosten pro Verordnung in €	
	2007	2008			2007	2008
ACE-Hemmer, rein	12.722.204	13.383.745	661.541	5,20	8,13	8,10
ACE-Hemmer, Kombination	22.819.511	23.263.339	443.828	1,94	14,00	13,65
ARB, rein	14.454.568	16.374.424	1.919.856	13,28	25,62	25,67
ARB, Kombination	19.990.669	23.609.693	3.619.024	18,10	26,50	26,67
Gesamt	69.986.952	76.631.201	6.644.249	15,71	15,51	15,71

von 100 mg. Die folgende Tabelle zeigt eine Aufstellung der verfügbaren Losartan-Präparate.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Therapie mit Sartanen keine Vorteile gegenüber den ACE-Hemmern im Hinblick auf patientenrelevante Ergebnisse bietet.

Da Losartan-Generika nun annähernd preisgleich mit generischen ACE-Hem-

mern angeboten werden, fällt das wirtschaftliche Argument gegen den Primäreinsatz fast zur Gänze weg.

Für die anderen Angiotensin-II-Antagonisten gelten weiterhin die IND-Vorgaben.

Derzeit liegt der Marktanteil an Verordnungen für Sartane österreichweit über den medizinisch begründbaren Werten, Tendenz steigend.

Für 2009 setzen wir auf Ihr kooperatives Verordnungsverhalten!

Literatur:

The ONTARGET Investigators, Telmisartan, Ramipril, or Both in Patients at High Risk for Vascular Events. *New England Journal of Medicine* 2008; 358 (15): 1547-1559

ATC-Code: C09CA01

Wirkstoff: Losartan

Präparat	Menge	OP		Kassenpreis in € (Jänner 2009)	Box
Cosaar 12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	IND	10,80	G
Cosaar 60 mg Filmtabl.	28 Stk.	(2)	IND	17,50	G
Losartan „Hexal“ 50 mg Filmtabl.	10 Stk.	–		4,85	G
	30 Stk.	(2)		10,65	G
Losartan „ratiopharm“ 12,5 mg Filmtabl	10 Stk.	–		2,95	G
	30 Stk.	(2)		6,65	G
Losartan „ratiopharm“ 50 mg Filmtabl.	10 Stk.	–		5,35	G
	30 Stk.	(2)		11,75	G
Losartan „ratiopharm“ 100 mg Filmtabl.	10 Stk.	–		5,35	G
	30 Stk.	(2)		11,75	G
Losartan „Sandoz“ 50 mg Filmtabl.	10 Stk.	–		4,85	G
	30 Stk.	(2)		10,65	G

„In aller Munde“ Säurehemmer und Nahrungsmittelallergie

Die **Gruppe der Protonenpumpenhemmer** zählt zu den weltweit am häufigsten und nach allgemeiner Einschätzung auch zu den deutlich zu oft verordneten Medikamenten. Das weltweite Marktvolumen liegt bei etwa 14 Milliarden Euro (1), auch in Österreich zählen die PPI mit über 155 Millionen Euro im Jahr 2007 zur Gruppe der meistverordneten Medikamente.

Die steigenden Verordnungszahlen korrelieren nicht mit der Zunahme entsprechender Erkrankungen, ein für alle im Gesundheitswesen Verantwortlichen beunruhigender Trend. Eine entsprechende Arbeit mit Studienvergleichen dazu wurde im **British Medical Journal** vom Jänner 2008 unter dem Titel „Overprescribing PPIs“ publiziert (2).

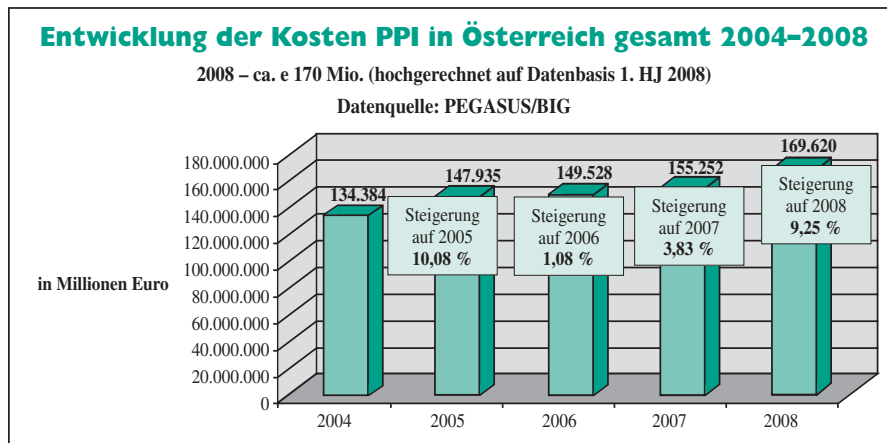
Universität Wien (MUW) konnten in Ihren zahlreichen international publizierten Arbeiten zeigen, dass **routinemäßige Einnahme von Säureblockern** nachweislich das **Risiko steigert**, an einer **Nahrungsmittelallergie** zu erkranken. Durch die **Einnahme von magensäurehemmenden Medikamenten** erhöht sich der pH-Wert im Magen. Das Magenenzym Pepsin kann das mit der Nahrung aufgenommene Eiweiß nicht aufspalten. **Unverdaute Proteine können leichter sensibilisieren** und auch schon bei geringer Dosis Symptome auslösen. So werden einerseits die **Neusensibilisierungen** gefördert und andererseits bestehende Allergien schon bei geringeren Allergenmengen **symptomatisch**, als bei physiologischen Magen-pH-Werten. Die Folgen reichen vom **lästigen**

sierten den genauen Mechanismus und es wurden auch andere Allergene wie Fisch und Haselnüsse in die Testserien einbezogen.

Für ihre Arbeiten wurde Univ.-Prof. Dr. Jensen-Jarolim und ihr Team bereits mit zahlreichen Preisen, darunter dem „Preis für Klinische Allergologie“ der Stiftung des Europäischen Zentrums für Allergieforschung, ausgezeichnet. 2008 schaffte es die Gruppe mit diesem Thema auf das Cover der Top- Zeitschrift für Allergologie (3).

Ein weiterer Forschungsschwerpunkt liegt auf der **Einnahme von Säurehemmern in der Schwangerschaft** und dem **Anstieg von allergischen Diathesen bei Neugeborenen**. Das Team der MUW konnte in Tierstudien zeigen, dass die Einnahme von Medikamenten gegen Sodbrennen in der Schwangerschaft nicht nur die Sensibilisierung eines Muttertieres gegen bestimmte Nahrungsmittel, sondern auch die Allergieneigung der nächsten Generation begünstigt. In diesem Zusammenhang läuft an der MUW in Kooperation mit der Univ. Klinik für Gynäkologie eine klinische Studie an, die den Einfluss dieser Medikamente in der Schwangerschaft auf das Allergierisiko von Neugeborenen analysieren soll. Dass es einen Zusammenhang gibt und dieses Phänomen klinisch bedeutsam ist, wurde aktuell durch die Studie einer Gruppe aus Boston bestätigt (4).

Die Datenlage indiziert daher, dass zweifelsfrei **hochwirksame Protonenpumpenhemmer** nur **ärztlich verordnet, wirksam dosiert, streng indiziert** und bis auf wenige Ausnahmen **zeitlich befristet** eingenommen werden sollen. Die Befolgung einfacher **Tipps zum Lifestyle** aber auch der **Verzicht auf rohe Nahrungsmittel, sowie Nahrungsmittel mit bekanntem allergenem Potential während der PPI-Einnahme** können der Allergieentstehung vorbeugen.



Zu dieser Problematik wurden 2008 von der Kärntner Gebietskrankenkasse, gemeinsam mit der Kärntner Ärztekammer, mehrere Initiativen gestartet, wobei ein Schwerpunkt in der Publikation von Forschungsergebnissen österreichischer Wissenschaftler gesetzt wurde.

Frau Univ.-Prof. Jensen-Jarolim und ihr Team, allen voran Priv. Doz. DDr. Isabella Pali-Schöll und Priv. Doz. Dr. Eva Untermayr-Elsenhuber vom Institut für Pathophysiologie an der Medizinischen

Durchfall bis zum lebensbedrohlichen anaphylaktischen Schock.

Begonnen hatte alles mit einem Fallbeispiel eines Patienten mit Beluga-Kaviar-Allergie, der sich während einer Behandlung eines Magengeschwürs mit Ulcusterapeutika sensibilisiert hatte. Es folgten Tierstudien sowie eine Beobachtungsstudie an gastroenterologischen Patienten, die ein 15 %-iges Risiko einer Sensibilisierung gegen Nahrungsproteine unter Therapie mit Magensäureblockern zeigten. Weitere Studien analy-

Abgesehen von den Erkenntnissen bei Nahrungsmittelallergien, zeigten schon in den letzten Jahren mehrere epidemiologische Studien, dass eine Langzeitbehandlung mit Protonenpumpenhemmern dosisabhängig zu Störungen im Knochenstoffwechsel und konsekutiv zu **osteoporotischen Frakturen** führen kann. Außerdem scheint das **Risiko für Darm- und Lungeninfektionen** durch bakterielle Besiedelung des oberen Gastrointestinaltraktes anzusteigen. Auch werden **interstitielle Nephritiden** im Zusammenhang mit einer PPI-Behandlung beobachtet.

Es steht außer Zweifel, dass **PPI für bestimmte Erkrankungen einen außerordentlichen therapeutischen Vorteil bieten**. Analysen der Verordnungs-

zahlen zeigen jedoch, dass sich ein Teil der Therapie mit PPI verselbstständigt hat und von den geltenden Leitlinien abweicht.

Zur Gegenregulation dieses Trends wurde nun seitens der Kärntner Gebietskrankenkasse, der Ärztekammer für Kärnten, sowie der MUW ein Informationsfolder „**Sodbrennen - Was Sie selbst dagegen tun können**“ aufgelegt (abrufbar von der Homepage der KGKK: www.kgkk.at unter Aktuell/Medizinische Info/ Säurehemmer und Nahrungsmittelallergie: Eine Entwicklung, die sauer aufstößt). Dieser enthält Tipps zur Modifikation des Lebensstils und zu diätetischen Maßnahmen wie:

- Nikotinabstinenz, Kaffee- und Alkoholreduktion

- Gewichtsreduktion
- Schonkost: Verzicht auf rohe Nahrungsmittel während der PPI-Einnahme
- Mehrmals täglich kleine Portionen essen

Literatur:

- 1 Chicago Tribune 16. August 2007 zitiert in Der Arzneimittelbrief Jahrgang 42 Nr. 7
- 2 BMJ 2008;336:2-3 (5 January)
- 3 The Journal of Allergy and Clinical Immunology Volume 121, No. 6 June 2008
- 4 Clinical and Experimental Allergy, Volume 39 Issue 2, 246-253 (February 2009)

Über- und Fehlversorgung bei hochpreisiger Osteoporosetherapie

Da alle wesentlichen Studien mit osteoporosespezifischen Medikamenten zur Fraktursenkung mit einer Basistherapie von Calcium und Vit D3 durchgeführt wurden, ist diese Basismedikation wichtiger Bestandteil aller einschlägigen Therapierichtlinien. Es ist nicht bekannt, ob die Wirksam-

keit der Osteoporosemedikamente bei unzureichender Calciumversorgung gegeben ist. Abgeleitet aus pharmakologischen Modellen zur Wirksamkeit wird die fraktursenkende Wirkung eher nicht gegeben sein. Aus diesem Grund wird bei allen Osteoporosemedikamenten die Wichtigkeit der Supplemen-

tation von Calcium und Vit D3 auch in der Fachinformation angeführt, zB bei Bonviva mit folgendem wording: „Alle Patienten müssen ergänzend Calcium und Vitamin D erhalten.“ Da der Leitsubstanz der Osteoporosetherapie, der Alendronsäure, Calcium und Vit D bereits beige packt sind, hat ein Patient

Tab.1: Anteil der Patienten (n=22.814) mit einem der angeführten Osteoporosemedikamente im 1. Halbjahr 2008 und fehlender Calciumsupplementation

Präparat (Substanz)	Patientenanteil ohne Calciumsupplementation in %
Evista (Raloxifen)	51%
Forsteo (Teriparatid)	42%
Preotact (Parathyroid Hormon)	47%
Bonviva (Ibandronsäure)	47%
Aclasta (Zoledronsäure)	50%
Protelos (Strontium ranelat)	50%
Gesamtergebnis	49%

Tab.2: Anteil der rezeptgebührenbefreiten Patienten (n=3.963) mit einem der angeführten Osteoporosemedikamente im 1. Halbjahr 2008 und fehlender Calciumsupplementation

Präparat (Substanz)	Patientenanteil ohne Calciumsupplementation in %
Evista (Raloxifen)	50%
Forsteo (Teriparatid)	41%
Preotact (Parathyroid Hormon)	60%
Bonviva (Ibandronsäure)	43%
Aclasta (Zoledronsäure)	51%
Protelos (Strontium ranelat)	46%
Gesamtergebnis	45%

mit einer Alendronattherapie die Supplementation jedenfalls verfügbar. Die vorliegende Versorgungsanalyse bezieht sich daher auf jene Osteoporosemedikamente, die mit einer zusätzlichen Verordnung von Calcium+Vit D verbunden sein sollten.

Fehlende Calcium-supplementation

Analysiert wurde die Osteoporosetherapie mit jenen Medikamenten, denen kein Calcium beige packt ist. Vitamin D ist in den Kombinationspräparaten mit Calcium enthalten oder kann zusätzlich zu Calciumpräparaten verordnet werden. Da der Preis von Vit D-Präparaten

weit unter der Rezeptgebühr liegt, wurden zusätzliche Vit D-Präparate in der Analyse nicht berücksichtigt.

Da der Kassenpreis der Calciumpräparate maximal € 6,40 beträgt, könnte ein Teil der Calciumversorgung in der Abrechnung der SV-Träger nicht enthalten sein, wenn sich die Patienten die Präparate privat kaufen. Es wurde daher die Calciumsupplementation bei rezeptgebührenbefreiten Patienten ermittelt. Bei diesen ist jedenfalls davon auszugehen, dass die Kosten vom SV-Träger getragen werden.

Jeder zweite Patient unter Therapie mit Bonviva, Evista oder Protelos (96%

der in Tabelle 1 angeführten Patienten) erhält keine Calciumsupplementation und die klinische Wirksamkeit dieser Therapien ist unter den Bedingungen der Realversorgung („effectiveness“) bei einem Großteil der Patienten nicht gegeben.

Übersversorgung

Eine einzige Infusion in drei Monaten von Bonviva oder eine Jahresinfusion mit Aclasta wird oft mit einer gesicherten Patientencompliance argumentiert. Leider wurde das Dosierungsintervall in Einzelfällen nicht eingehalten. So ist zB die monatliche Infusion von Bonviva definitiv eine Übersversorgung.

Tab. 3: Anteil der Patienten (n=22.814) mit einer Übersversorgung im 1. Halbjahr 2008

Präparat (Substanz)	definierte Packungsanzahl pro Halbjahr für die Argumentation einer Übersversorgung	Anteil der Übersversorgung
Evista (Raloxifen)	≥8	7%
Forsteo (Teriparatid)	≥8	2%
Preotact (Parathyroid Hormon)	≥8	2%
Bonviva (Ibandronsäure)	≥3	4%
Aclasta (Zoledronsäure)	≥2	1%
Protelos (Strontium ranelat)	≥8	1%
Gesamtergebnis		4%

Zusammenfassung

Zielsetzung der Osteoporosetherapie ist die Senkung der Frakturrate. Es sind daher jene Patienten zu therapieren, die ein hohes Risiko für eine Fraktur haben, und es ist leitlinienkonform zu therapieren. Die Alendronsäure ist die am besten dokumentierte Substanz und daher wich-

tigste Therapieoption. Bei Präparaten der Zweitlinientherapie ist auf die notwendige Calciumsupplementation und die Dosierung zu achten. Denn gerade bei einer Langzeittherapie wie jener der Osteoporose ist die Förderung und Unterstützung der Compliance eine besondere Herausforderung. Der nunmehr vierte Beitrag zur Osteoporosetherapie in der Vertrags-

partnerzeitung zeigt die Notwendigkeit des Veränderungsmanagements auf. Die Fachgesellschaften und die Anbieter sind daher aufgefordert darauf einzuwirken, dass eine leitlinienkonforme Therapie auch in der Realversorgung abgebildet ist. Die derzeitige Versorgung mit hochpreisigen Osteoporosemedikamenten erfordert ein Mehr an Qualitätssicherung.

www.kgkk.at

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Dr. Christian Sturm

Gesundheitsökonomie