

Die Anwendung empfohlener Arzneimittel nach Herzinfarkt in Österreich

Redaktionelle Zusammenfassung der Studie

„Use of recommended medications after myocardial infarction in Austria“ von Wolfgang C. Winkelmayr aus dem *European Journal of Epidemiology*¹

Einleitung

Kardiovaskuläre Erkrankungen zählen zu den wichtigsten Ursachen für Krankheit und vorzeitigen Tod in der westlichen Welt. Durch neue Akutinterventionen sowie Medikamente zur Sekundärprävention konnte die Prognose dieser Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbessert werden. In evidenzbasierten Leitlinien werden Acetylsalicylsäure (ASS), Betablocker, Statine und ACE-Hemmer bzw. Angiotensin-Rezeptor-Blocker (ARB) als Medikation empfohlen. Die erwiesene Wirksamkeit lässt ihren Einsatz als gesundheitsökonomisch sinnvoll erscheinen und wird in einigen Ländern als Qualitätsindikator

herangezogen. Studien aus Nordamerika und Europa weisen allerdings diesbezüglich auf eine Unterversorgung hin. Da es in Österreich bisher dazu nur eine regional begrenzte Untersuchung gibt, wurden in einer großen Querschnittsuntersuchung die Verordnungen von Betablockern, Statinen, ACE-Hemmern bzw. ARB (= „untersuchte Medikamentenklassen“) für HerzinfarktpatientInnen in Österreich ausgewertet.

Methoden

Basis der Analyse sind patientInnenbezogene Medikamenten-Abrechnungsdaten von sechs Gebietskrankenkassen (WGKK, NÖGKK,

OÖGKK, StGKK, KGKK, BGKK) und zwei bundesweiten Trägern (BVA, SVB). Diese betreuen etwa 6,1 Millionen Personen.

Eingeschlossen wurden alle Versicherten der genannten Träger, die im Jahr 2004 erstmalig mit der Hauptdiagnose „Akuter Myokardinfarkt“ aus einem Akutkrankenhaus entlassen wurden, bei denen der Krankenhausaufenthalt mindestens vier und maximal 30 Tage betrug, und die 120 Tage nach der Krankenhausaufnahme am Leben waren.

Der Untersuchungszeitraum für den Medikamentenbezug ist die Zeit zwischen der Krankenhauserlassung und 120 Tagen ab der Krankenhauserlassung.

Inhaltsverzeichnis

Die Anwendung empfohlener Arzneimittel
nach Herzinfarkt in Österreich

Seite 1–4 Medikamentennutzung in Österreich

Seite 5–6

Paradigmenwechsel zum Thema Osteoporose, Teil 1 Seite 4–5 Änderung der Suchtgiftverordnung

Seite 7–8

aufnahme. Der Bezug von Betablockern, Statinen und ACE-Hemmern bzw. ARB wurde für alle Betroffenen ermittelt. Da der Kassenpreis von ASS unter der Rezeptgebühr liegt, wurde dieser Wirkstoff nur bei von der Rezeptgebühr befreiten PatientInnen getrennt untersucht.

Für alle PatientInnen wurden folgende Parameter ausgewertet:

- Alter im Jahr 2004
- Geschlecht
- Krankenhausaufenthaltsdauer wegen Herzinfarkt
- Rezeptgebührenbefreiungsstatus
- Medikation in den dem Krankenhausaufenthalt vorangegangenen 365 Tagen aus mehreren Medikamentenklassen (z.B. Antidiabetika, verschiedene kardiovaskuläre Medikamente, COPD-Medikation,

on, Analgetika, Psychopharmaka, etc.) als Hinweis auf bestehende Begleiterkrankungen

- Anzahl der Spitalsaufenthaltsstage im Jahr vor der Krankenhausaufnahme wegen Herzinfarkt

Die Analysen wurden einerseits für die Gesamtpopulation, andererseits für rezeptgebührenbefreite PatientInnen durchgeführt; ebenso wurden neu eingestellte PatientInnen, d.h. PatientInnen, welche das jeweilige Medikament im Jahr vor dem Herzinfarkt nicht bezogen hatten, gesondert untersucht.

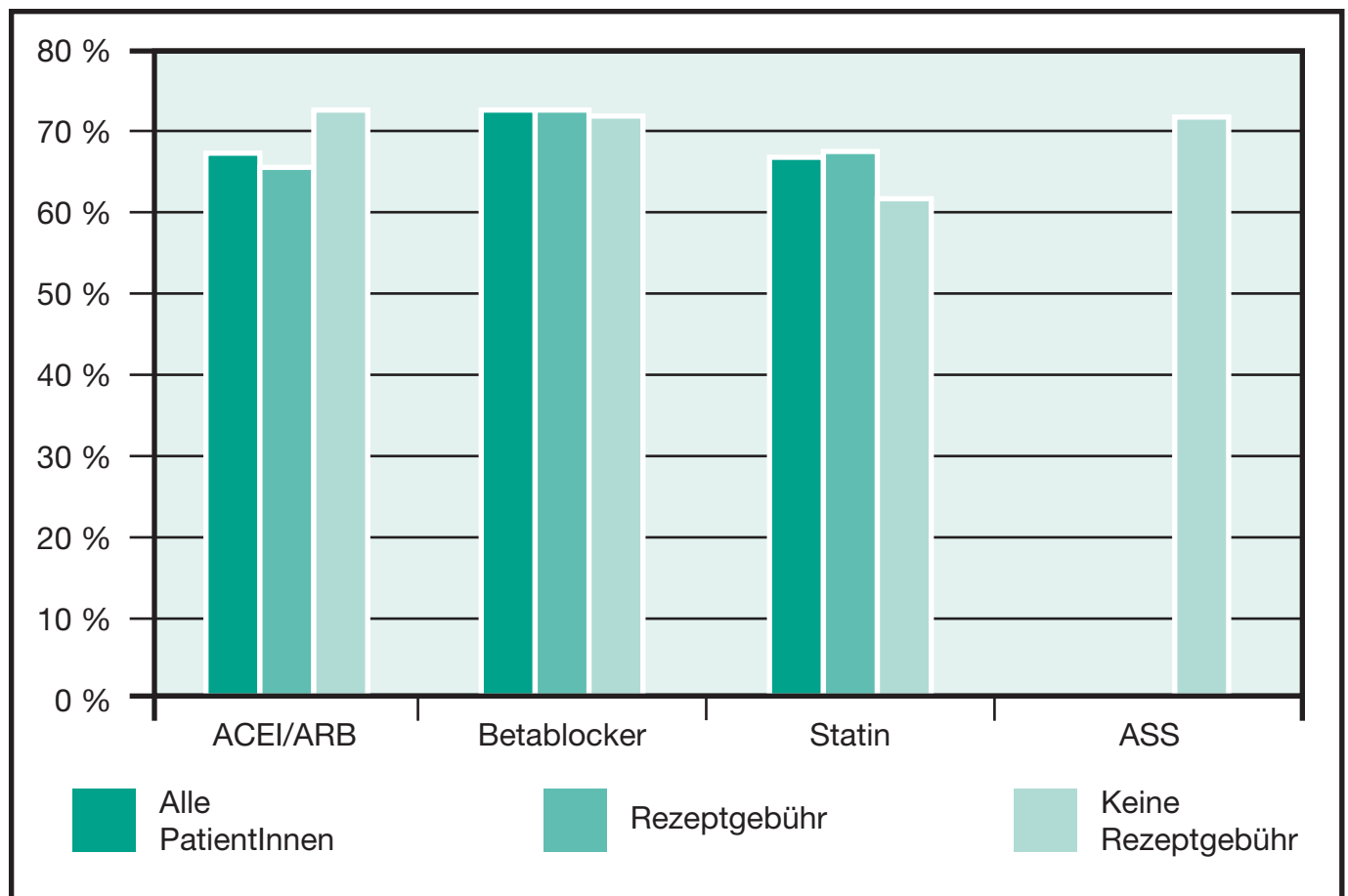
Ergebnisse

4.105 PatientInnen entsprachen den Einschlusskriterien. Das mittlere

Alter betrug 68,8 Jahre, 60 % waren Männer, wobei diese im Median um 10 Jahre jünger waren als Frauen. Jede(r) sechste PatientIn war rezeptgebührenbefreit. Die mittlere Krankenhausaufenthaltsdauer wegen des Herzinfarktes betrug 10,9 (+/- 5,3) Tage und im Jahr davor waren diese PatientInnen durchschnittlich 6,7 (+/- 14,7) Tage in stationärer Behandlung.

74 % aller PatientInnen bezogen im Beobachtungszeitraum zumindest eine Verordnung für einen Betablocker, jeweils rund 2/3 ein Statin oder einen ACE-Hemmer bzw. ARB. Diese Verteilung war bei rezeptgebührenbefreiten PatientInnen ähnlich. Von den rezeptgebührenbefreiten PatientInnen bezogen 71 % eine Verordnung

Anteil der PatientInnen mit Medikation nach dem Herzinfarkt unter Berücksichtigung des Rezeptgebührenstatus:



für ASS (siehe Abbildung 1). Eine Medikation aus allen drei Klassen, gleichbedeutend mit optimaler medikamentöser Sekundärprävention, erhielten 41,2 % der PatientInnen, 33,9 % erhielten zwei der drei Medikamentenklassen, 16,1 % erhielten nur eine Klasse und 8,8 % erhielten gar keines dieser Medikamente (siehe Abbildung 2). Die Anzahl der bezogenen Medikamentenklassen war bei Männern etwas höher als bei Frauen und nahm mit dem Alter ab.

PatientInnen im höheren Alter (70-89 Jahre) erhielten eher ACE-Hemmer bzw. ARB als PatientInnen unter 50 Jahren, hoch betagte PatientInnen (90 Jahre und älter) erhielten diese am seltensten. Ähnlich verhielt es sich bei den Statinen und Betablockern. Zusammenhänge konnten gefunden werden zwischen dem geringeren Bezug der Studienmedikation und folgenden Faktoren:

- Alter der PatientInnen
- Anzahl der Krankenhausaufentage im Krankenhaus vor dem

Myokardinfarkt als Hinweis auf Begleiterkrankungen

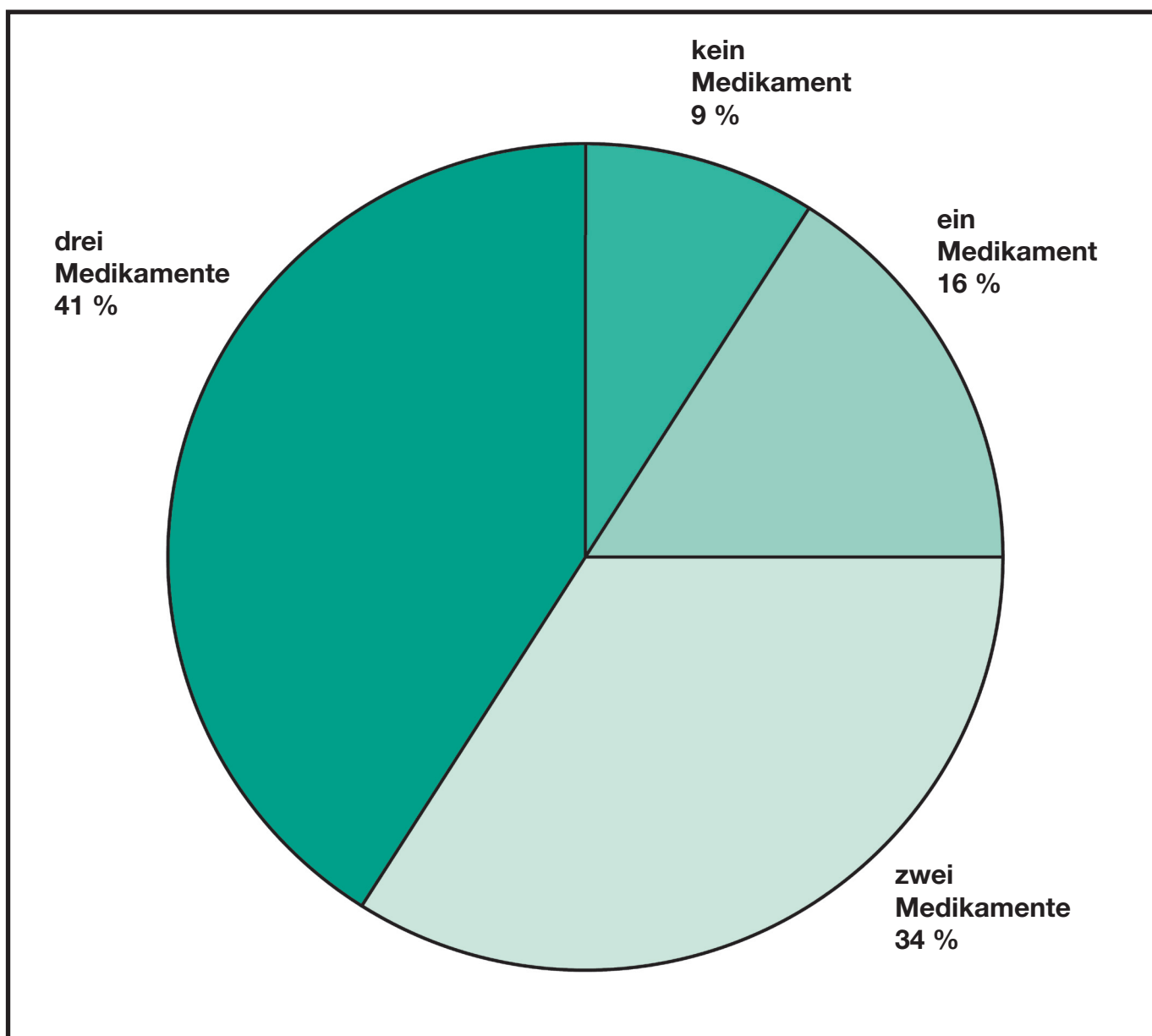
- Einnahme von Antipsychotika.

Ebenso wurden Beziehungen zwischen den einzelnen untersuchten Medikamentenklassen und den für die Therapie der Begleiterkrankungen eingesetzten Arzneimittel festgestellt.

Diskussion

Die Ergebnisse dieser großen Querschnittsuntersuchung stellen erstmals

Verteilung der PatientInnen nach Anzahl der erhaltenen Medikamente:



die medikamentöse Versorgung von PatientInnen nach akutem Myokardinfarkt im niedergelassenen Bereich in Österreich dar. Sie zeigen, dass diese suboptimal ist und ein Verbesserungspotential besteht. Mit gewissen Einschränkungen sind die Resultate mit internationalen Untersuchungen vergleichbar und zeigen ähnliche Ergebnisse.

Diese Untersuchung weist eine Reihe von Limitierungen auf: Die Abrechnungsdaten für den Medikamentenbezug könnten zu einer Überschätzung der tatsächlichen Medikamenteneinnahme führen, da PatientInnen die bezogenen Medikamente nicht unbedingt auch

einnehmen. Zu möglichen Kontraindikationen liegen keine Informationen vor, aber absolute Kontraindikationen für die untersuchten Medikamentengruppen sind selten. Fehlende Daten zur Verwendung von ASS bei PatientInnen ohne Rezeptgebührenbefreiung stellen eine weitere Einschränkung dar. Zwischen rezeptgebührenbefreiten PatientInnen und solchen ohne Befreiung konnte kein Unterschied in der Nutzung der untersuchten Medikamentengruppen gefunden werden, was als Zeichen dafür gewertet werden kann, dass die Rezeptgebührenbefreiung die ökonomischen Barrieren zur medikamentösen

Sekundärprävention effektiv beseitigt.

Die aufgezeigte Möglichkeit zur Optimierung der Medikation in der Sekundärprävention ist sowohl aus PatientInnen- als auch gesellschaftlicher Perspektive wünschenswert. Die optimale Sekundärprävention nach einem Herzinfarkt ist lebensverlängernd und wird zu den kosteneffektiven Interventionen gezählt. Das Verbesserungspotenzial in diesem Bereich sollte durch gezielte Maßnahmen genutzt werden.

Literatur:

- 1 Winkelmayer WC et al. "Use of recommended medications after myocardial infarction in Austria" Eur J Epidemiol 2008; 23 (2): 153-162 Red.

Paradigmenwechsel zum Thema Osteoporose

Teil I

Die Leitlinien des Dachverbandes deutschsprachiger osteologischer Gesellschaften (DVO) wurden 2006 und 2007 adaptiert.

Prävention und Therapie der Osteoporose sind eine lebensbegleitende Intervention mit unterschiedlichen, zeitlich versetzten, Maßnahmen. Ausgewogene Ernährung mit ausreichender Kalzium und Vitamin-D-Zufuhr, genügend Sonnenlicht (30 Min./d) und körperliche Aktivität sind als Prävention und Therapie der primären Osteoporose in den jüngeren Jahren zu sehen, genauso wie die Reduktion der Risikofaktoren exzessiver Nikotin- und Alkoholkonsum.

4 Leider hat sich in den letzten Jahrzehnten eine Praxis durchgesetzt,

wonach in erster Linie oft technische Befunde therapiert werden und nicht das klinische Bild. Die klinische Relevanz wird oft zurückgedrängt bzw. missachtet. Im Gegensatz zur Prophylaxe anderer Erkrankungen wird mit der kontinuierlichen Umsetzung der Basismaßnahmen bei der Osteoporose das aktuell vorhandene Risiko optimal gesenkt.

Die Knochendichtemessung mittels DXA ist altersabhängig erst **nach** Anamnese, Risikofaktorerhebung und klinischem Befund als technische Diagnosesicherung zu setzen, fallweise ergänzt durch weitere Radiologie- und Laboruntersuchungen, wobei heute folgende Indikationen gelten:

- Frauen ab dem 65. Lebensjahr
 - Männer ab dem 70. Lebensjahr
- Weitere Gründe für frühere DXA Messungen sind.
- Erwachsene mit einer Fragilitätsfraktur
 - Erwachsene mit Erkrankungen, die mit niedriger Knochendichte oder raschem Knochenabbau verbunden sind
 - Erwachsene mit Medikation, die den Knochenabbau beschleunigt
 - Zusätzliche Risikofaktoren sind BMI < 20, multiple Stürze und Immobilität
 - Die Risikocheckliste soll auch geringe Sonnenexposition, einen späten Eintritt in die Pubertät, langes Stillen, unregelmäßigen Zyklus, keine Hormontherapie bei

Ovarektomie und frühe Menopause (<45a) berücksichtigen

Zu den prädisponierenden Erkrankungen und Medikationen mit unterschiedlicher Wertigkeit zählen Hyperthyreose, COPD/Asthma, rheumatoide Arthritis, Autoimmunerkrankungen, Leberzirrhose, Niereninsuffizienz, Nierensteine, Magenresektion, entzündliche Darm-erkrankungen, Laktoseintoleranz, Hypogonadismus, Hyperkalziurie und bestimmte Karzinome sowie die Therapien mit Cortison, Zytostatika, Antiepileptika, Antikoagulantien, Antiöstrogenen, Antiandrogenen und Immunsuppressiva.

Laut WHO ist die Osteoporose definiert mit einem T-Score <minus 2,5. Ist die Osteoporose diagnostiziert, ist als Basistherapie für die Sicherstellung der Zufuhr an Kalzium (bis 1500 mg/d) und Vitamin D (400-800 IE/d) zu sorgen. Für eine weitere spezifische medikamentöse Therapie (Bisphosphonate, SERMS, Strontiumranelat, Teriparatid, Calcitonin) der Osteoporose sind folgende Kriterien zu beachten.

- Alter
- Geschlecht
- Menopause-Status
- Osteoporosestadium (asymptomatisch-präklinisch gegen manifest mit eingetretenen Frakturen)
- Dynamik des Knochenmineralverlustes
- Begleiterkrankungen und ihre Therapien

Die spezifischen Therapien sind einzusetzen, wenn das Frakturrisiko steigt. Nicht der T-Wert ist entscheidend, sondern T-Wert plus Risikoprofil. Dies trifft in der Regel nach dem 65. (70.) Lebensjahr zu. In den letzten Jahren wurden daher jüngere Personen übertherapiert und ältere untertherapiert. Die frühe Übertherapie mündet, weil erfolglos, in eine geringere Compliance im Alter. Bei unter 60 (70)-jährigen Frauen (Männern) ist die spezifische Therapie bei einem T-Wert <-4 einzusetzen.

Literatur:
Evidenz-basierte Konsensus-Leitlinien zur Osteoporose
www.lutherhaus.de/dvo-leitlinien
(Zugang am 16.4.2008)

Altersverteilung der Knochendichtemessungen

Eine Stichprobe von 47.040 Knochendichtemessungen von fünf KV-Trägern zeigt folgende Verteilung nach Geschlecht und Altersgruppe:

- 4 % bis 14 % aller Knochendichtemessungen entfallen auf männliche Versicherte, davon sind in jenem Alter, das entsprechend den Leitlinien für die Knochendichtemessung empfohlen wird: 25 % bis 40 %
- weibliche Versicherte mit Knochendichtemessung im empfohlenen Alter von über 65 Jahren: 38 % bis 52 %, weitere 15 % bis 18 % sind im Risikoalter zwischen 60 und 65 Jahren

Die Abrechnungsdaten zeigen deutliche Abweichungen von den Empfehlungen der Leitlinien. Sind die Leitlinien falsch oder ist die Versorgung mit der Knochendichtemessung schlecht?

Medikamentennutzung in Österreich

Im Auftrag des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger wurde die Studie „Gesundheitskompetenz, LIVE und Medikamentennutzung“ durchgeführt. Im Oktober/November 2007 wurden 4.000 Österreicher ab 15 Jahren stichprobenartig mittels schriftlicher Interviews unter anderem zum Thema Kosten und Nutzen von Arzneimitteln befragt.

64 % der Befragten geben an, in den letzten 4 Wochen zumindest ein Medikament eingenommen zu haben, wobei dieser Anteil bei den über 70-jährigen auf 91 % steigt. Die Anzahl der Österreicher, die mehr als drei Medikamente innerhalb der letzten vier Wochen eingenommen haben, steigt ab dem 50. Lebensjahr rapide an. 46 % der über 70-jährigen führen

an, dass sie in den letzten vier Wochen mehr als drei Medikamente eingenommen haben. Hinterfragt wurde auch die Medikamenteneinnahme:

- 59 % nehmen die verordneten Medikamente vorschriftsmäßig ein.
- Ein Drittel der österreichischen Bevölkerung versucht, so wenig

und so kurz wie möglich die Medikamente einzunehmen.

- Jeder zehnte Patient nimmt weniger Tabletten ein als der Arzt verordnet hat.

Auf die Frage, ob die Medikamentenpackungen aufgebraucht werden, geben 18 % an, dass die Hälfte der

Tabletten oder mehr übrig geblieben sind. In jeder fünften Packung befinden sich somit deutlich zu viele Einzeldosen, die nicht aufgebraucht werden und zu zusätzlichen Kosten im Gesundheitssystem führen. Jeder Vierte gibt auch an, dass die Packung zu groß war.

Vergleich mit den Abrechnungsdaten

Ein Abgleich der Patienteneinschätzung mit den Abrechnungsdaten einer Stichprobe von 4,1 Mio. über 15-jährigen Versicherten zeigt nicht immer Übereinstimmung:

Frage	Befragung	SV-Abrechnungsdaten						
		BGKK	KGKK	NÖGKK	SGKK	STGKK	TGKK	WGKK
Medikament ja	64 %	49 %	47 %	45 %	42 %	47 %	47 %	43 %
>70, Medikament ja	91 %	86 %	84 %	85 %	85 %	85 %	87 %	80 %
>70, >3 Medikamente	46 %	57 %	54 %	55 %	51 %	57 %	54 %	52 %

Die Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Befragung und den Abrechnungsdaten können folgende Ursachen haben:

- Nichtberücksichtigung der meisten rezeptfreien Medikamente, der privat gekauften und jener, deren Preis unter der Rezeptgebühr liegt, in den Abrechnungsdaten.
- Die Befragung bezieht sich auf den Zeitraum der letzten vier Wochen und die Abrechnungsdaten auf zwei Apothekenabrechnungsmonate. In Abhängigkeit

von der Packungsgröße und der Packungsanzahl divergiert der Analysenzeitraum.

- Die Abrechnungsdaten können nicht berücksichtigen, dass ein Rezept zwar eingelöst wird, die Medikamenteneinnahme aber nicht gegeben ist. Dies könnte Patienten mit einer großen Anzahl von verschriebenen Medikamenten (Polypharmakotherapie) betreffen, die die tatsächliche Medikamenteneinnahme selbstständig reduzieren.

Zusammenfassung

Um die Effizienz der Medikamentenverordnungen zu steigern, sollte auch Wert auf die Packungsgröße gelegt werden. Durch die Anpassung der Packungsgröße an den Patientenbedarf (individuell auch kleinere Packungsgrößen in Betracht ziehen) kann die Effizienz gesteigert werden. Außerdem sollte der behandelnde Arzt bei multimorbiden Patienten auf die tatsächlich notwendige Anzahl von Medikamenten und auf die Compliance ein besonderes Augenmerk legen.

Änderung der Suchtgiftverordnung

Die mit 20.5.2008 novellierte Suchtgiftverordnung sieht eine Vereinheitlichung der Suchtgiftvignetten vor:

Die bisher aufgelegten Vignetten für die Suchtgifteinzel- und Suchtgift-dauerverschreibung werden von einer einheitlichen, sowohl für Einzel-, als auch Dauerverschreibungen, zu verwendenden grünen Vignette mit elektronisch einlesbarem Barcode, abgelöst. Dadurch soll der Dokumentations- und Verwaltungsaufwand optimiert und reduziert werden. Die Novelle verfolgt zudem das Ziel, das Management der Erfassung ge-

stohlener oder verloren gegangener Suchtgiftvignetten bzw. mit Suchtgiftvignetten versehener Rezeptformulare zu verbessern. Die Verlust- bzw. Diebstahlmeldung soll künftig nicht nur an die Sicherheitsbehörden sondern auch direkt an die ÖAK erfolgen, die die einzelnen öffentlichen Apotheken informieren soll. Mittels Einscannen/ Einlesen des auf der Vignette aufgebrachten Balkencodes können die entsprechend technisch ausgestatteten Apotheken rasch und ohne Beeinträchtigung des Kundenbetriebs erkennen, ob eine Suchtgiftvignette, die in der Apotheke vorge-

legt wird, als verloren oder gestohlen gemeldet wurde, und so die Abgabe suchtgifthaltiger Arzneimittel an Personen, denen sie nicht ärztlich verschrieben wurden, verlässlicher als bisher verhindern.

Die bisher verwendeten Vignetten für die Suchtgifteinzel- und Suchtgift-dauerverschreibung sind weiterhin bis zum 30.6.2009 gültig. Sie können unterschiedslos zur Kennzeichnung eines Suchtgifteinzel- oder Suchtgiftdauerrezepts verwendet werden. Nicht verbrauchte Restbestände sind bis zum 15.7.2009 zu vernichten.

	Schmerz- behandlung	
	Einzelverschreibung	Dauerverschreibung
Formular	Kassenrezept mit Vignette oder Vermerk „Notfall“	nicht möglich
Vignette/Bewilligung	Einheitliche grüne Suchtgiftvignette mit elektronisch einlesbarem Barcode	
Gültigkeit	14 Tage	
Dokumentation	Je eine Kopie ist von Apotheke und Arzt drei Jahre nach dem Ausstellungsdatum des Formulars aufzubewahren, Original geht an die Kasse	

	Substitutions- behandlung	
	Einzelverschreibung	Dauerverschreibung
Formular	Formblatt für die Substitutionsverschreibung mit Markierung der Rubrik „Substitutions-Einzelverschreibung“ oder Kassenrezeptformular mit Überschrift „zur Substitutionsbehandlung“	Formblatt für die Substitutionsverschreibung und Markierung der Rubrik „Substitutions-Dauerverschreibung“
Vignette/Bewilligung	Einheitliche grüne Suchtgiftvignette mit elektronisch einlesbarem Barcode	Einheitliche grüne Suchtgiftvignette mit elektronisch einlesbarem Barcode
Gültigkeit	14 Tage	Maximale Geltungsdauer 1 Monat
Dokumentation	Je eine Kopie ist von Apotheke und Arzt drei Jahre nach dem Ausstellungsdatum des Formulars aufzubewahren, Original geht an die Kasse	Je eine Kopie ist von Apotheke, Arzt und Amtsarzt drei Jahre nach dem Ausstellungsdatum des Formulars aufzubewahren, Original geht an die Kasse

www.kgkk.at

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Dr. Christian Sturm

Gesundheitsökonomie