

Selektive Cox-2-Hemmer und ihr ökonomischer Einsatz

30.000 Österreicher erhalten Coxibe auf Kosten der Krankenkasse

Zur Physiologie der beiden Isoformen des Enzyms „Cyclooxygenase“ COX-1 und COX-2 sowie zur Pharmakologie der Coxibe ist in der „Pharmainformation Jahrgang 16/Nr. 4 – Dez. 2001“ ein sehr übersichtlicher Artikel erschienen, auf den wir diesbezüglich verweisen wollen. Wichtig ist, festzuhalten, dass die COX-2 nicht, wie früher vermutet, ein rein proinflammatorisches Enzym darstellen, das nur im Rahmen von Entzündungsprozessen gebildet wird, sondern auch konstitutiv in vielen Geweben vorkommen. Daher kann eine Hemmung der COX-2 vielfache Auswirkungen im Organismus haben; so könnte z. B. die Hemmung der physiologischen Prostaglandinsynthese zu einer prothrombotischen Wirkung führen.

Die analgetische, antiinflammatorische und antipyretische Wirkung der Coxibe ist mit der von herkömmlichen NSAR vergleichbar bei gleichzeitig verbesserter gastrointestinaler Verträglichkeit; besonders kommt es zu einer Verringerung von Ulcera, Blutungen und Perforationen, wenn Coxibe (Rofecoxib, Celecoxib) als alleiniges Antiphlogistikum eingenommen werden. Bei Kombination mit ASS (auch niedrig dosiert, wie bei Patienten mit kardiovaskulärem Risiko!) oder anderen NSAR ist dieser Vorteil jedoch

stark vermindert. In zwei Studienpublikationen (CLASS = Celcoxib Longterm Arthritis Safety Study; VIGOR = Vioxx Gastrointestinal Outcomes Research) wurden diese Vorteile mit der Angabe einer gastrointestinalen Nebenwirkungsrate der Coxibe auf Placeboniveau und insgesamt besseren Verträglichkeit auch stark hervorgehoben. Unter die anfängliche Euphorie über die Coxibe haben sich aber in letzter Zeit zunehmend kritische Stimmen gemischt: so wurden VIGOR und CLASS wegen unvollständiger Veröffentlichung der Daten von der FDA kritisiert, da gezielt nur die vorteilhaften Ergebnisse an die Öffentlichkeit gebracht worden seien. Es war z. B. die Rate der Ulcuskomplifikationen unter Celcoxib in CLASS nur im ersten Halbjahr niedriger

als unter Diclofenac bzw. Ibuprofen; nach einem Jahr lässt sich kein Vorteil von Celecoxib mehr erkennen (blitz-at/8-01). Auch das häufigere Vorkommen von schweren kardiovaskulären Ereignissen wie Herzinfarkt (4-5fache Inzidenz!), instabiler Angina pectoris und ischämischen Insult unter Rofecoxib gegenüber Naproxen (Mukherjee D. et al./ J. of the American Medical Association 8-01) muss sicher noch weiter evaluiert werden. Die Häufigkeit schwerwiegender Nebenwirkungen ist unter Rofecoxib in VIGOR mit 9,3 % höher als unter Naproxen mit 7,8 %. Dem steht eine gepoolte Metaanalyse aus Studien mit verschiedenen Rofecoxib-Dosierungen ohne kardiovaskuläre Endpunkte (Konstam et al./Circulation 11-01) entgegen, die kein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko gefunden hat. Insgesamt wird in unabhängigen Stellungnahmen wie z. B. von „Therapeutics Initiative“ (= international anerkannte unabhängige Einrichtung der Universität von British Columbia zur ebm-Bewertung von medikamentösen Therapien), Pharmainformation, Österr. Ärztezeitung (11-01) u. a. beim derzeitigen Wissensstand ein kritischer Einsatz der Coxibe empfohlen, ganz besonders bei Patienten mit kardiovaskulärem Risiko, wo erst prospektive Studien endgültige Klarheit schaffen werden.

Lesen Sie bitte auf Seite 2 weiter



Inhaltsverzeichnis

Selektive Cox-2-Hemmer und ihr ökonomischer Einsatz	Seite 1, 2
Einfluss von Pharmafirmen auf klinische Studien	Seite 2
Evaluation der IND-Regelung für Celebrex® und Vioxx®	Seite 3
Marketing versus Evidenz der Angiotensin-1-Rezeptor-Antagonisten	Seite 4

Infos und Tipps

aus dem Heilmittelverzeichnis	Seite 5, 6
Benzodiazepine und Verkehrssicherheit - eine unsichere Sache	Seite 7
Gemeinsame Ergänzung zum Artikel „Der Stellenwert der verschiedenen Thrombozyten“	Seite 8

Bei aktiven peptischen Ulcera, Magen-Darm-Blutungen und schwerer Herz-/Nieren-Insuffizienz sind Coxibe kontraindiziert, Celecoxib auch bei Sulfonamidallergie; darüberhinaus gelten im Wesentlichen die gleichen Kontraindikationen wie gegen die sonstigen NSAR.

Ökonomische Betrachtung der selektiven COX-2-Hemmer

Coxibe sind deutlich (4-9fach) teurer als von der Wirkung vergleichbare herkömmliche NSAR, daher sind die klassischen NSAR (Diclofenac, Naproxen, Ibuprofen – Achtung: Ibuprofen kann die antiaggregatorische Wirkung von ASS abschwächen! – u. a.) im Regelfall aus ökonomischer Sicht vorzuziehen. Sie führen jedoch bei Vorliegen bestimmter Risikofaktoren relativ häufig zu gastrointestinalen Komplikationen (Magenduodenalulcus, Blutung, Perforation). Daher ist in diesen Fällen eine medikamentöse Prophylaxe notwendig. Diese wird meist mit den teuren Protonenpumpenhemmern durchgeführt, da das kostengünstigere Misoprostol wegen häufiger Nebenwirkungen schlecht akzeptiert wird und H2-Blocker nicht so effektiv sind.

Bei gastrintestinalem Risiko bietet sich daher die Therapie mit Coxiben als kostengünstigere Alternative an, da kein Magenschutz nötig ist, sodass von den gesetzlichen Sozialversicherungen für Rofecoxib (Vioxx®) und Celecoxib (Celebrex®) in den registrierten Indikationen schmerzhafte Osteoarthritis und für Celecoxib auch schmerzhafte chronische Polyarthritis eine IND-Regelung zur Kostenübernahme geschaffen wurde:

IND

- Bei Patienten über dem 65. Lebensjahr
- bei Ulcus in der Anamnese
- bei Antikoagulation

Keine Kostenübernahme

- in Verbindung mit Magenschutz
- in Kombination mit anderen NSAR oder bei ASS-Dauertherapie (auch niedrig dosiert!)

Die beiden in Österreich zugelassenen Coxibe sind nur für obige Indikationen registriert! Aus ökonomischen Gründen ist der breite Einsatz der Coxibe bei jeder Art von Schmerz und Entzündung, wie er sich derzeit abzeichnet, nicht vertretbar und auch nicht finanzierbar. Die Einhaltung der IND-Regelung wird daher von den Krankenkassen regelmäßig überprüft! (s. Auswertung der IND-Regelung für Coxibe, Seite 3).

Bei schmerzhaften Affektionen des Bewegungsapparates bringt auch das magenverträgliche und kostengünstige Paracetamol oft vergleichbare Besserung zu den NSAR, weshalb aus ökonomischer Sicht ein häufiger Therapieversuch mit diesem Mittel zu wünschen wäre, besonders, wenn der Schmerz und nicht so sehr die Entzündung im Vordergrund steht. Auch Meloxicam mit ca. einem Drittel Therapiekosten im Vergleich zu den Coxiben, ist vor allem in Niedrigdosierung COX-2-selektiv und daher für Magenrisikopatienten geeignet, weshalb es in Großbritannien vom NICE (= National Institute of Clinical Excellence) als gleichwertig eingestuft wurde (s. auch Pharma-Info 12/01).

Einfluss von Pharmafirmen auf klinische Studien

Mit Besorgnis reagieren die Herausgeber von elf führenden Fachzeitschriften aus acht Ländern (The Lancet, Journal of the American Medical Association, The New England Journal of Medicine, British Medical Journal, Canadian Medical Association Journal etc.) auf den zunehmenden Einfluss von Pharmafirmen auf klinische Studien. In einem öffentlichen Statement vom September 2001, das im New England Journal of Medicine (N Engl J Med, Vol. 345, No 11 – Sept 13, 2001) veröffentlicht wurde, stellten sie dar, dass teure klinische Studien immer häufiger von Pharmafirmen finanziert würden und im Gegenzug dafür von diesen auf das Studiendesign, aber auch

auf die Veröffentlichung der Studiendaten Einfluss genommen werde.

Die Veröffentlichung der Studienergebnisse könne nur im Einverständnis mit den Sponsoren erfolgen; dabei würden für ein Produkt ungünstige Daten sehr häufig unterdrückt und entsprechende Ergebnisse nicht veröffentlicht. Solcherweise manipulierte Studien würden den Journalen dann zur Veröffentlichung angeboten und so der gute Ruf vieler Journale für das Marketing eines Produktes missbraucht.

Die Herausgeber oben genannter Journale wollen sich dem nun widersetzen und

nur mehr Studien veröffentlichen, bei denen die Unabhängigkeit der Autoren nachgewiesen werden kann und die Sponsoren nicht die alleinige Kontrolle über die Daten besitzen.

Von den Autoren englischsprachiger medizinischer Zeitschriften wurde daher ein Papier ausgearbeitet, in dem Unabhängigkeit und Verantwortung der Autoren verlangt und festgeschrieben sind. Verträge für klinische Studien sollten künftig nur in Übereinstimmung mit diesen Forderungen abgeschlossen werden (Uniform requirements for Manuscripts submitted to biomedical Journals).

Evaluation der IND-Regelung für Celebrex® und Vioxx®

Pro Quartal werden österreichweit derzeit für ca. 30.000 Patienten Coxibe rezeptiert und über 60.000 Packungen mit der sozialen Krankenversicherung abgerechnet. Das entspricht einem Aufwand von über 2 Mio. EUR (pro Quartal), Tendenz stark steigend.



Im Rahmen der Qualitätssicherung haben einige Krankenversicherungsträger eine Analyse an über 6.000 Patienten durchgeführt, die in den ersten sechs Monaten nach der Kassenfreigabe mit einem Coxib therapiert wurden.

Wann wird Celebrex® auf Kassenkosten bezahlt?

- Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoporose bei Patienten über dem 65. Lebensjahr oder Ulcus in der Anamnese oder bei Antikoagulation; nicht in Verbindung mit Magenschutz; nicht in Kombination mit anderen NSAR und nicht bei gleichzeitiger ASS-Dauertherapie
- zur Behandlung der schmerzhaften chronischen Polyarthrit; nicht in Verbindung mit Magenschutz und nicht in Kombination mit anderen NSAR und nicht bei gleichzeitiger ASS-Dauertherapie.

Wann wird Vioxx® auf Kassenkosten bezahlt?

Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoporose bei Patienten über dem 65. Lebensjahr oder Ulcus in der Anamnese oder bei Antikoagulation; nicht in Verbindung mit Magenschutz und nicht in Kombination mit anderen NSAR und nicht bei gleichzeitiger ASS-Dauertherapie

	Bewertung der Coxibe	
	medizinisch	wirtschaftlich
	Patient über 65 Jahre Ulcus in der Anamnese Antikoagulation	Magenschutztherapeutika entfallen
	Kombination mit anderen NSAR gleichzeitige ASS-Dauertherapie	Magenschutztherapeutika entfallen nicht medizinische Gleichwertigkeit zu NSAR bei höherem Preis

IND-Regelung nicht in Verbindung mit Magenschutz

Jeder 5. Patient mit Coxib-Therapie erhält im gleichen Verordnungsmonat auch ein Magentherapeutikum (2/3 PPI, 1/3 H2-Blocker, vereinzelt Misoprostol). Unter Berücksichtigung, dass innerhalb eines Monats eine Therapieumstellung erfolgen kann und bei einigen Patienten eine Ulcustherapie durchgeführt wird, erscheint die Co-Verordnung mit einem Magenschutzpräparat auf dem gleichen Rezept bei jedem 12. Coxib-Patienten als sehr hoch.

IND-Regelung nicht in Kombination mit anderen NSAR

Jeder 10. Patient mit Coxib-Therapie erhält im gleichen Verordnungsmonat eine Großpackung (>20 Stück) eines oralen NSAR.

IND-Regelung nicht bei gleichzeitiger ASS-Dauertherapie

Jeder 9. Patient mit Coxib-Therapie hat eine ASS-Dauertherapie.

IND-Regelung bei Patienten über dem 65. Lebensjahr

Jeder 5. Patient mit Coxib-Therapie ist jünger als 65 Jahre, ist nicht antikoaguliert und hat im Jahr davor keine Ulcustherapie.

Im Sinne des optimalen Einsatzes der begrenzten Ressourcen in der sozialen Krankenversicherung und am Beispiel der Coxibe auch mit der Zielsetzung der optimalen Patientenführung appellieren die Krankenversicherungsträger an die konsequente Einhaltung der IND-Regelung, die auch von den Anbietern, MSD, Pharmacia und Pfizer mitgetragen wird.

Marketing versus Evidenz der Angiotensin-I-Rezeptor-Antagonisten (ARB)

Marketing	Evidenz
<p>„...sartan reduziert die Progression der Nephropathie“ „Mittel der Wahl bei (diabetischer) Nephropathie“ „Landmark-Studien bestätigen Patientennutzen“</p> <p>„47,5 % Reduktion von Mortalität, cerebraler und kardiovaskulärer Ereignisse nach Schlaganfall durch ...sartan“</p> <p>Im Top-Journal NEJM publiziert: Val-HEFT² mit über 5000 herzinsuffizienten Patienten zeigt eine signifikante Senkung des kombinierten Endpunktes Mortalität und Morbidität um 32 %.</p>	<p>Ziel jeder Blutdrucksenkung ist die Reduktion der Spätschäden wie z. B. Nephropathie. Eine Reduktion der Progression einer schon bestehenden Nephropathie ist daher Bedingung für jedes Hochdruckmittel. In großen Interventionsstudien wurde diese Grundforschung nun auch für Sartane gezeigt. Sie wirken besser als Placebo und Amlodipin (IDNT-Studie¹). Vergleichsstudien mit den „first line“-Substanzen ACE-Hemmer und Betablocker wurden nicht gemacht.</p> <p>Der primäre Studienendpunkt Mortalitätssenkung wurde nicht erreicht, die Lebensqualität nicht verbessert.</p> <p>Da registrierungsrelevante Studien gemeinsam mit der FDA geplant wurden, veröffentlicht die FDA die Ergebnisse auf ihrer Homepage: Val-HEFT zeigt eine signifikante Mortalitätserhöhung durch Valsartan bei allen Patienten mit der Standardmedikation ACE-Hemmer und/oder Betablocker (http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/01/briefing/3793b1_01_NOVARTIS.pdf).</p>

Mit der Zulassung werden die Wirksamkeit und die Verträglichkeit für ein Medikament bestätigt. Die Dokumentation des Patientennutzens wird erst in letzter Zeit von den Regierungsbehörden (mit Einschränkungen) zusätzlich gefordert.

Trotz der nunmehr vorliegenden quantitativ beachtlichen Studienergebnisse zu den ARB, wurde die beantragte Registrierung für die Indikation diabetische Nephropathie von der FDA zurückgewiesen, der Antrag auf die Gabe nach Zerebralinisult erst gar nicht eingereicht und die Entscheidung für die Indikation Herzinsuffizienz aufgeschoben.

- Literatur: 1) N. Engl. J. Med. 2001; 345, 851-60
 2) N. Engl. J. Med. 2001; 345, 1667-75
 3) Circulation 1999; 100: 1056-64
 4) Lancet 2000; 355: 1582-7

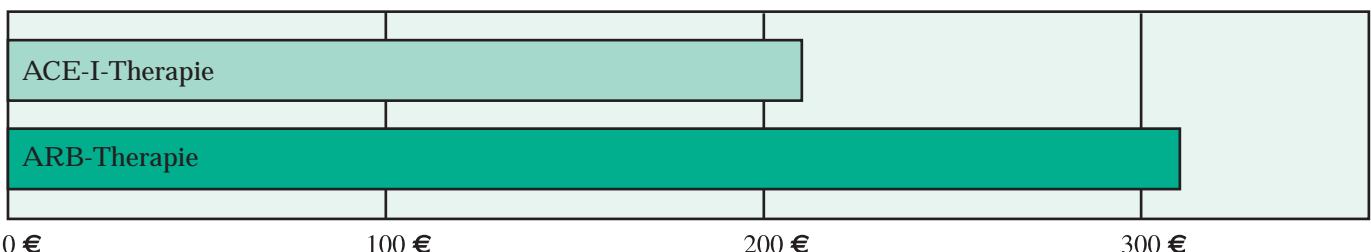
Es gilt daher unverändert:

- Bei diabetischer Nephropathie steht die straffe Blutzuckereinstellung im Vordergrund, ACE-Hemmer reduzieren zusätzlich die Progression. Der Nutzen einer Therapie mit ARB ist kontroversiell.
- Bei (diabetischer) Nephropathie und Hypertonie sind ACE-Hemmer und Betablocker Mittel der Wahl und besser dokumentiert als Calciumantagonisten. ARB sind „second line“ und dann berechtigt, wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden.

- In der Therapie der Herzinsuffizienz verschlechtert die Kombination eines ARB mit einem ACE-Hemmer oder Betablocker die Prognose (Val-HEFT, RESOLVD³, ELITE⁴). Die Therapie mit einem ARB ist daher nur in Ausnahmefällen mit einem Patientennutzen verbunden.

Die patientenbezogenen Jahrestherapiekosten einer repräsentativen Auswahl von 62.000 Patienten, die in einem Jahr zumindest sieben Packungen eines ACE-Hemmers oder ARB erhalten haben, zeigen, dass die effektiven Jahrestherapiekosten mit ARB um ca. 50 % höher liegen als mit einem ACE-Hemmer. Die Kostendifferenz ist durch Preisrücknahmen und vermehrte generische Verordnung der ACE-Hemmer weiter steigend.

JAHRESTHERAPIEKOSTEN:



Neu im Heilmittelverzeichnis - April 2002

Mit April 2002 wurden weitere Triptane in das Heilmittelverzeichnis aufgenommen.

Almogran 12,5 mg Ftbl.; 3 Stk./6 Stk.; KPV E 18,50/34,45; (N)
Almotriptan 0,0125

Zomig 2,5 mg Ftbl.; 3 Stk./6 Stk.; KPV E 18,50/34,45; (N)
Zolmitriptan 0,0025

Zomig Rapimelt Tbl.: 2 Stk./6 Stk.; KPV E 12,10/34,45; (N)
Zolmitriptan 0,0025

Wir ersuchen, aus wirtschaftlichen Überlegungen Neueinstellungen nur mit kassenfreien Präparaten durchzuführen. Patienten, welche derzeit bereits Triptane erhalten, sollten nach einer Übergangsfrist ebenfalls auf kassenfreie Produkte umgestellt werden.

Preisvergleich Triptane

Handelsname	Substanz		Pkg.Gr.	KVP**
Almogran Ftbl. 12,5 mg	Almotriptan	N	6 St.	34,45
Zomig Ftbl. 2,5 mg	Zolmitriptan	N	6 St.	34,45
Zomig Rapimelt Tbl.	Zolmitriptan	N	6 St.	34,45
Relpax Ftbl. 20 mg	Eletriptan	N	6 St.	37,80
Relpax Ftbl. 40 mg	Eletriptan	N	6 St.	37,80
Imigran Ftbl. 50 mg	Sumatriptan	●	6 St.	46,90
Imigran Ftbl. 100 mg	Sumatriptan	●	6 St.	88,80
Maxalt Tbl./Rapitab Lyotabl. 5 mg	Rizatriptan	●	6 St.	54,50
Maxalt Tbl./Rapitab Lyotabl. 10 mg	Rizatriptan	●	6 St.	54,50
Naramig Ftbl.	Naratriptan	●	6 St.	45,75

Solian 50 mg Ftbl.; 50 Stk./100 Stk.; KPV E 29,25/56,45
Amisulprid 0,05

Solian 200 mg Ftbl.; 50 Stk./100 Stk.; KPV E 95,15/169,70
Amisulprid 0,2

Amisulprid ist ein atypisches Antipsychotikum und eine der möglichen Therapieoptionen zur Behandlung von Schizophrenie. Die Dosis wird an die jeweilige Krankheitsphase angepasst. Solian wird in niedriger Dosierung (50–150 mg) bei Negativsymptomatik (z. B. Affektverflachung) und in hoher Dosierung (400–800 mg) bei Positivsymptomatik (z. B. Wahnvorstellungen) eingesetzt.

Aerius 5 mg Ftbl.; 10 Stk.; KPV E 5,65
Desloratidin 0,005

Handelsname	Substanz	Pkg.Gr.	KVP**
Claritin 10 mg Ftbl.	Loratidin	30 St.	14,10
Aerius 5 mg Ftbl.	Desloratidin	30 St.	12,70
Zyrtec 10 mg Ftbl.	Cetirizin	30 St.	14,10
Cetirizindihydrochlorid „Arcana“ 10 mg Ftbl.	Cetirizin	30 St.	10,55
Cetirizin „ratiopharm“ 10 mg Ftbl.	Cetirizin	30 St.	10,55
Xyzall 5 mg Ftbl.	Levocetirizin	28 St.	13,65

Auch im Bereich der H1 Antihistaminika geraten die Preise durch Neuzulassungen in Bewegung. Angesichts des Ablaufes einiger Patente bringen die Originalhersteller adaptierte Präparate zur Neuzulassung. Wie bereits bei Zyrtec mit seinem Nachfolger Xyzall hat nun auch Claritin sein Aerius.

Die ersten „echten“ Nachfolger von Zyrtec werden von der Firma Arcana und Ratiopharm auf den Markt gebracht und sind seit 1. April kassenfrei.

Wir bitten vor allem bei Neueinstellungen diese kostengünstige Form zu verwenden.

„FLAT-PRICE“

Das „Flat-Price“-Konzept besagt, dass die Preise für Arzneispezialitäten mit einem bestimmten Wirkstoff unabhängig von der Wirkstoffstärke gleich hoch sind. Begründet wird dies einerseits damit, dass die maßgeblichen Kosten bei Arzneispezialitäten heute durch die Entwicklung (und wohl auch Marketing) bedingt sind – und diese sind von der Wirkstoffstärke unabhängig. Andererseits ist nicht einzusehen, warum Patienten, welche einen höheren Wirkstoffbedarf haben, mehr zahlen sollen, z. B. in Form öfter anfallender Rezeptgebühren. Die Umsetzung einer „Flat-Price“-Regelung konnte bei Flux verwirklicht werden.

Sowohl 20 mg als auch 40 mg haben denselben Preis, was in der Praxis bedeutet, dass eine höhere Dosierung mit der entsprechenden Wirkstärke durchgeführt werden sollte.

Auch bei Paroxetin konnte der Flat-Price annähernd verwirklicht werden. Die 40 mg Packung ist deutlich kostengünstiger als 2 x 20 mg.

SSRIs

Handelsname	Substanz	Pkg.Gr.	KVP**
Flux 20 mg Ftbl.	Fluoxetin	28 St.	19,80
Flux 40 mg Ftbl.	Fluoxetin	28 St.	19,80
Paroxetin „Arcara“ 20 mg Ftbl.	Paroxetin	28 St.	20,20
Paroxat 20 mg Ftbl.	Paroxetin	28 St.	20,20
Paroxat 40 mg Ftbl.	Paroxetin	28 St.	21,80

SimcorHexal 20 mg

(Simvastatin 20 mg) wurde per 1. 4. 2002 ins Heilmittelverzeichnis aufgenommen.

Nicht mehr im Heilmittelverzeichnis

ACHTUNG: Kostenfalle Becotide 0,25 mg Dosieraerosol

Das pharmazeutische Unternehmen GSK stellte mit März 2002 den Vertrieb von Becotide 0,25 mg aus konzerninternen Gründen ein und empfiehlt die Umstellung auf (das teurere) Flixotide. Wir weisen in diesem Zusammenhang auf kostengünstigere, wirkstoffgleiche Alternativen, z. B. in Form des Beclomet Easyhaler, hin.

Streichung von Lopirin aus dem Heilmittelverzeichnis

Da der Zulassungsinhaber der Lopirin-Palette die Preise nicht auf das neue Preisniveau der Nachfolgeprodukte gesenkt hat, wurde die Lopirin-Palette mit 1. 4. 2002 aus dem Heilmittelverzeichnis gestrichen. Basierend auf einer ökonomischen Verschreibweise können die gut eingestellten Lopirin-Patienten auf ein kostengünstiges und frei verschreibbares Captopril umgestellt werden:

Handelsname	Substanz	Pkg.Gr.	KVP €
Capace 12,5 mg Tbl. Captopril Genericon 12,5 mg Tbl. Captopril ratiopharm 12,5 mg Tbl.	Captopril	30/60 St.	4,25/5,60
Capace 25 mg Tbl. Captopril Genericon 25 mg Tbl. Captopril ratiopharm 25 mg Tbl.	Captopril	30/60 St.	6,30/8,20
Capace 50 mg Tbl. Captopril Genericon 50 mg Tbl. Captopril ratiopharm 50 mg Tbl.	Captopril	30 St.	8,90
Debax 12,5 mg Tbl.	Captopril	20/60 St.	3,00/5,95
Debax 25 mg Tbl.	Captopril	20/60 St.	4,50/8,75
Debax 50 mg Tbl.	Captopril	30 St.	9,50

NICHT NEU, aber preisgünstiger

ACE-Hemmer

Kombinationstherapie
preisgünstiger möglich!

Handelsname	Substanz	Pkg.Gr.	KVP €	Einspar. €
Co-Captopril „Genericon“ Tbl.	Captopril 0,025, Hydrochlorothiazid 0,025	30 St.	7,40	3,25
Co-Captopril „Genericon“ forte Tbl.	Captopril 0,05, Hydrochlorothiazid 0,025	30 St.	11,30	4,65
Captohexal comp. mite Tbl.	Captopril 0,025, Hydrochlorothiazid 0,0125	30 St.	7,40	3,25
Captohexal comp. Tbl.	Captopril 0,025, Hydrochlorothiazid 0,025	30 St.	7,40	3,25
Captohexal comp. forte Tbl.	Captopril 0,05, Hydrochlorothiazid 0,025	30 St.	11,30	4,65
Captopril-HCT „ratiopharm“ mite Tbl.	Captopril 0,025, Hydrochlorothiazid 0,0125	30 St.	7,40	3,25
Captopril-HCT „ratiopharm“ Tbl.	Captopril 0,025, Hydrochlorothiazid 0,025	30 St.	7,40	3,25
Captopril-HCT „ratiopharm“ forte Tbl.	Captopril 0,05, Hydrochlorothiazid 0,025	30 St.	11,30	4,65
Enalapril-HCT „ratiopharm“ Tbl.	Enalaprilmaleat 0,02, Hydrochlorothiazid 0,0125	30 St.	17,10	bis 6,85

NICHT NEU, aber preisgünstiger

Neuaufnahmen seit 1. April 2002

Präparat	Zusammensetzung	T	frei verschreibbar		Kassenpreis €	Einsparung (je nach Packungsgröße und bisher verwendetes Produkt)	Ind. Gr.
			K	G			
Flux 20 mg Ftbl.	Fluoxetin 0,02		K	14 St. 28 St.	11,65 19,80	bis 1,80	10 B 1.3
Paroxetin „Arcana“ 20 mg Ftbl.	Paroxetin 0,02	T2	K	14 St. 28 St.	11,70 20,20	1,30 – 10,25	10 B 1.3
Famotidin „Interpharm“ 40 mg Ftbl.	Famotidin 0,04		K	10 St. 30 St.	6,25 14,10	0,70 – 3,10	11 B 2
Famotidin „ratiopharm“ 20 mg Ftbl.	Famotidin 0,02		K	20 St. 50 St.	6,25 12,30	0,70 – 2,75	11 B 2
Famotidin „ratiopharm“ 40 mg Ftbl.	Famotidin 0,04		K	10 St. 30 St.	6,25 14,10	0,70 – 3,10	11 B 2
Ranitidin „ratiopharm“ 150 mg Ftbl.	Ranitidin 0,15	T2	K	20 St. 50 St.	9,45 19,45	1,05 – 3,90	11 B 2
Ranitidin „ratiopharm“ 300 mg Ftbl.	Ranitidin 0,3	T2	K	10 St. 30 St.	9,45 19,65	1,05 – 3,75	11 B 2
Ranitidin „ratiopharm“ 150 mg lösl. Tbl.	Ranitidin 0,15		K	20 St. 50 St.	9,45 19,45	1,05 – 3,90	11 B 2
Ranitidin „ratiopharm“ 300 mg lösl. Tbl.	Ranitidin 0,3		K	10 St. 30 St.	9,45 19,65	1,05 – 3,75	11 B 2
Ranityrol 150 mg Ftbl.	Ranitidin 0,15		K	20 St. 50 St.	9,45 19,45	1,05 – 3,90	11 B 2
Ranityrol 300 mg Ftbl.	Ranitidin 0,3		K	10 St. 30 St.	9,45 19,65	1,05 – 3,75	11 B 2
Ranitidin „Arcana“ 150 mg Ftbl.	Ranitidin 0,15		K	20 St. 50 St.	9,45 19,45	1,05 – 3,90	11 B 2

NICHT NEU, aber preisgünstiger

Neuaufnahmen seit 1. April 2002

Präparat	Zusammensetzung	T	frei verschreibbar		Kassenpreis €	Einsparung (je nach Packungsgröße und bisher verwendetes Produkt)	Ind. Gr.
			K	G			
Ranitidin „Arcana“ 300 mg Ftbl.	Ranitidin 0,3		K	10 St. 30 St.	9,45 19,65	1,05 – 3,75	11 B 2
Ranitidin „Stada“ 150 mg Ftbl.	Ranitidin 0,15		K	20 St. 50 St.	9,45 19,45	1,05 – 3,90	11 B 2
Ranitidin „Stada“ 300 mg Ftbl.	Ranitidin 0,3		K	10 St. 30 St.	9,45 19,65	1,05 – 3,75	11 B 2
Enapril 5 mg Tbl.	Enalaprilmaleat 0,005	T2	K	30 St.	5,35	bis 0,60	19 D 1
Enapril 10 mg Tbl.	Enalaprilmaleat 0,01	T2	K	30 St.	9,55	bis 1,06	19 D 1
Enapril 20 mg Tbl.	Enalaprilmaleat 0,02	T2	K	30 St.	13,50	bis 1,55	19 D 1
Cetirizin „ratiopharm“ 10 mg Ftbl.	Cetirizin di-HCl 0,01	T2	K	10 St. 30 St.	4,40 10,55	1,85 – 3,55	28 A 2
Cetirizindihydrochlorid „Arcana“ 10 mg Ftbl.	Cetirizin di-HCl 0,01	T2	K	10 St. 30 St.	4,40 10,55	1,85 – 3,55	28 A 2
Cetyrol 10 mg Ftbl.	Cetirizin di-HCl 0,01	T2	K	10 St. 30 St.	4,40 10,55	1,85 – 3,55	28 A 2
Agyr 250 mg Ftbl.	Ciprofloxacin 0,25	T2	K	10 St. 20 St.	11,40 19,95	4,90 – 7,15	35 E
Agyr 500 mg Ftbl. <i>nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern</i>	Ciprofloxacin 0,5	T2	K	10 St. 20 St.	19,95 34,10	7,15 – 12,95	35 E
Ciprofloxacin „Arcana“ 250 mg Ftbl.	Ciprofloxacin 0,25	T2	K	10 St. 20 St.	11,40 19,95	4,90 – 7,15	35 E
Ciprofloxacin „Arcana“ 500 mg Ftbl. <i>nur bei schweren Infektionen bzw. Infektionen mit atypischen Erregern</i>	Ciprofloxacin 0,5	T2	K	10 St. 20 St.	19,95 34,10	7,15 – 12,95	35 E

Benzodiazepine und Verkehrssicherheit – eine unsichere Sache?

Ein Artikel in der Schweizer Rundschau für Medizin (Ausgabe 37/1998) kommentiert eine über drei Jahre durchgeführte randomisierte Fallstudie an 224.734 Führerscheininhabern zwischen 67 und 84 Jahren (JAMA 1997, 278, 1). 5.579 Führerscheininhaber waren unter Benzodiazepin-Einnahme im entsprechenden Zeitraum in einen Verkehrsunfall mit mindestens einem Verletzten verwickelt.

Die Unfallrate unterscheidet sich sowohl mit der Halbwertszeit der Benzodiazepine als auch mit der Therapiedauer. Bei langwirksamen Benzodiazepinen (HWZ > 24h) war das Unfallrisiko bei kurzzeitiger und langzeitiger Therapie erhöht: innerhalb der ersten Woche ab Therapiebeginn um 45 %, bei Einnahmedauer von bis zu einem Jahr blieb es immerhin noch um 26 % erhöht. Bei der Verwendung von Benzodiazepinen mit kurzer Halb-

wertszeit (< 24h) war das Unfallrisiko jeweils nicht signifikant erhöht.

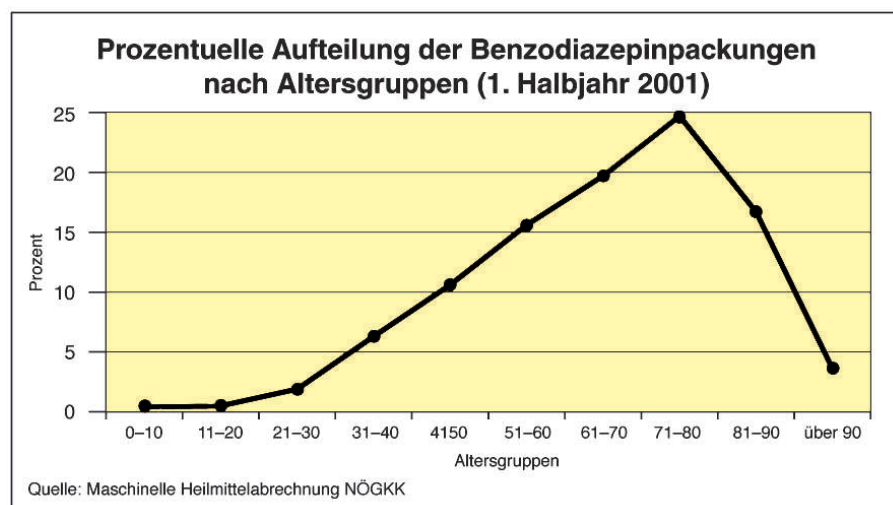
Bundesweit werden jährlich über 2,3 Mio. Packungen eines Benzodiazepins (Indikationsgruppen 09A und 10D2) mit den Krankenversicherungsträgern abgerechnet. De facto ist die Zahl der Verordnungen jedoch weitaus höher, weil wegen des oft unter der Rezeptgebühr liegenden Preises von Benzodiazepin-Präparaten Kostenübernahmen vornehmlich für jene Patienten erfolgen, die von der Rezeptgebühr befreit sind.

Die Krankenversicherungsträger erinnern aus diesem Grund an die Notwendigkeit, die Patienten bei der Verschreibung von Benzodiazepinen auf die verminderte Verkehrssicherheit aufmerksam zu machen. Benzodiazepine sollten unter Berücksichtigung folgender Überlegungen

verordnet werden:

- genaue Indikationsstellung;
- möglichst niedrige, gerade ausreichende Dosierung;
- Vereinbarung eines begrenzten Therapiezeitraums zu Behandlungsbeginn;
- laufende Überprüfung der Behandlungsnotwendigkeit;
- schrittweise Dosisreduktion nach längerfristiger Anwendung (4 – 6 Wochen): Beim Absetzen nach längerer Einnahmedauer (von mehreren Monaten bis Jahren) kann ein oft nur stationär behandelbares Entzugssyndrom auftreten;
- erhöhte Kumulationsneigung bei älteren Patienten: niedrigere Dosierung und kurzwirksame Substanzen bevorzugen.

Langwirksame Benzodiazepine (HWZ > 24h)	Mittelwirksame Benzodiazepine (HWZ 10 - 24h)	Kurzwirksame Benzodiazepine (HWZ < 10h)
Dikaliumchlorazepat	Alprazolam	Brotizolam
Diazepam	Bromazepam	Triazolam
Nitrazepam	Flunitrazepam	
Clobazam	Lorazepam	
Prazepam	Lormetazepam	
	Oxazepam	



Jüngste Untersuchungen (Schweizerische Ärztezeitung 2001; 82; 47) haben gezeigt, dass Benzodiazepine mehrheitlich über Zeiträume von zwischen 10 und 20 Jahren eingenommen werden.

Es kommt bei Langzeitmedikation häufig zum Verlust des natürlichen Schlafrythmus sowie zur Verminderung der kognitiven Leistungsfähigkeit, des Interesses an der Umwelt und der Kritikfähigkeit, was schließlich zum sozialen Rückzug führt. Das Sturz- und Frakturrisiko ist insbesondere bei älteren Patienten erhöht.

Gemeinsame Ergänzung zum Artikel

„Der Stellenwert der verschiedenen Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Sekundärprophylaxe von atherosklerotischen Erkrankungen“

vom Oktober 2001, Im Blickpunkt 10. Jg., Nr. 4, S. 3, mit dem Anbieter von Clopidogrel, Sanofi-Synthelabo GmbH Bristol-Mayers Squibb GesmbH OHG

Basierend auf den CURE-Ergebnissen sowie den Therapieempfehlungen österreichischer Kardiologen haben sich die Krankenversicherungsträger bei klarer Indikationsstellung (und Therapieempfehlung einer kardiologischen Abteilung)

entschlossen, die Kosten zunächst für eine dreimonatige Behandlung mit Plavix® bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom zu erstatten. Die Patienten sollen bei objektivierbaren Zeichen eines erhöhten Risikos Clopidogrel stationär in einer

loading dose von 300 mg und danach 75 mg täglich erhalten. Die „übliche“ Therapie (unter anderem mit ASS) bleibt unverändert. Nach Stentimplantationen ist ebenfalls eine befristete Kostenübernahme für Plavix® für drei Monate möglich.

Die Ergebnisse der CURE-Studie:

Ergebnisse	Clopidogrel (n=6259)	Placebo (n=6303)	ARR/ARI	RR	NNT/NNH	P-Wert
1. kardiovaskuläre Mortalität oder Myokardinfarkt oder Schlaganfall	9,3 %	11,4 %	2,1 %	0,80 (0,72–0,90)	48	0,001
2. wie 1 und therapierefraktäre Ischämie	16,5 %	18,8 %	2,3 %	0,86 (0,79–0,94)	43	0,001
3. Kardiovaskulärer Tod	5,1 %	5,5 %	0,4 %	0,93 (0,79–1,08)		
4. Myokardinfarkt	5,2 %	6,7 %	1,5 %	0,77 (0,76–0,89)	68	
5. Blutungen: schwer	3,7 %	2,7 %	1,0 %	1,38 (1,13–1,67)	100	0,001
lebensbedrohlich	2,2 %	1,8 %	0,4 %	1,21 (0,95–1,56)		n. s.

Die Kosten für eine dreimonatige Behandlung mit Plavix® belaufen sich auf 187,71 Euro auf Basis des Kassenpreises der 84-Stück-Packung.

ARR absolute Risikoreduktion NNT notwendige Patientenzahl, um ein Ereignis zu verhindern
ARI absolute Risikoerhöhung NNH Anzahl der Patienten die therapiert werden muss,
RR relatives Risiko damit ein unerwünschtes Ereignis auftritt

www.kgkk.at

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Dr. Erich Trampitsch

Stellvertreter des leitenden Arztes



**KÄRNTNER
GEBIETSKRANKENKASSE**

A-9021 Klagenfurt, Kempfstraße 8
Telefon (0463) 5855-328, Fax (0463) 5855-555
E-Mail: erich.trampitsch@kgkk.sozvers.at