



Im Blickpunkt

Information für Vertragspartner

Gemeinsam Gut Entscheiden: Warum mehr nicht immer besser ist



Burgenländische Gebietskrankenkasse

Inhalt

Vorwort	Seite 3
Gemeinsam Gut Entscheiden: Warum mehr nicht immer besser ist	Seite 4
Diagnose- und Behandlungspfad für Patientinnen/Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz	Seite 10
Rationaler Einsatz von Antibiotika bei Erkältungskrankheiten	Seite 12
Generikaanteil ausbaufähig	Seite 15
Für Sie gelesen:	
Weltweite Elimination von Hepatitis C	Seite 17
Outcome der modernen Hepatitis C Therapie	Seite 17
Perspektive für Österreich	Seite 18

Impressum und Offenlegung gemäß §§ 24, 25
Mediengesetz Medieninhaberin und Herausgeberin:

Burgenländische Gebietskrankenkasse, gesetzliche Krankenversicherung, Siegfried Marcus-Straße 5,
7000 Eisenstadt, UID Nummer: ATU 16253300

Kontaktadresse: Dipl.-Ing. Berthold Reichardt, Behandlungsökonomie,
Telefon +43 2682608-1405, E-Mail: berthold.reichardt@bgkk.at

Vertretungsbefugte Organe der Burgenländischen Gebietskrankenkasse: Obmann Hartwig Roth,
1.Obmann-Stellvertreter Johann Wagner, 2.Obmann-Stellvertreterin Beate Horvath

Direktor Mag. Christian Moder, Direktorstellvertreter Günter Reiter

Aufsichtsbehörde: Die österreichische Sozialversicherung unterliegt der Aufsicht des Bundes.
Oberste Aufsichtsbehörde ist die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Erscheinungsweise: unregelmäßig ca. 4x jährlich

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung der Autorin/des Autors
und nicht der Redaktion wieder.

Sämtliche zur Verfügung gestellten Informationen und Erklärungen sind unverbindlich, die Burgenländische
Gebietskrankenkasse übernimmt keine Gewähr oder Haftung für deren Richtigkeit oder Vollständigkeit und
können daraus keinerlei Rechtsansprüche begründet werden. Grundlegende Richtung des periodischen

Mediums: Fach- und Informationsblatt für die Vertragspartner/innen der Burgenländischen
Gebietskrankenkasse und Entscheidungsträger/innen im Burgenländischen Gesundheitssystem

Druck: Wiener Gebietskrankenkasse, Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien
Satz- und Druckfehler vorbehalten

Bildquelle: shutterstock, WGKK, BGKK,

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Genehmigung der BGKK gestattet

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

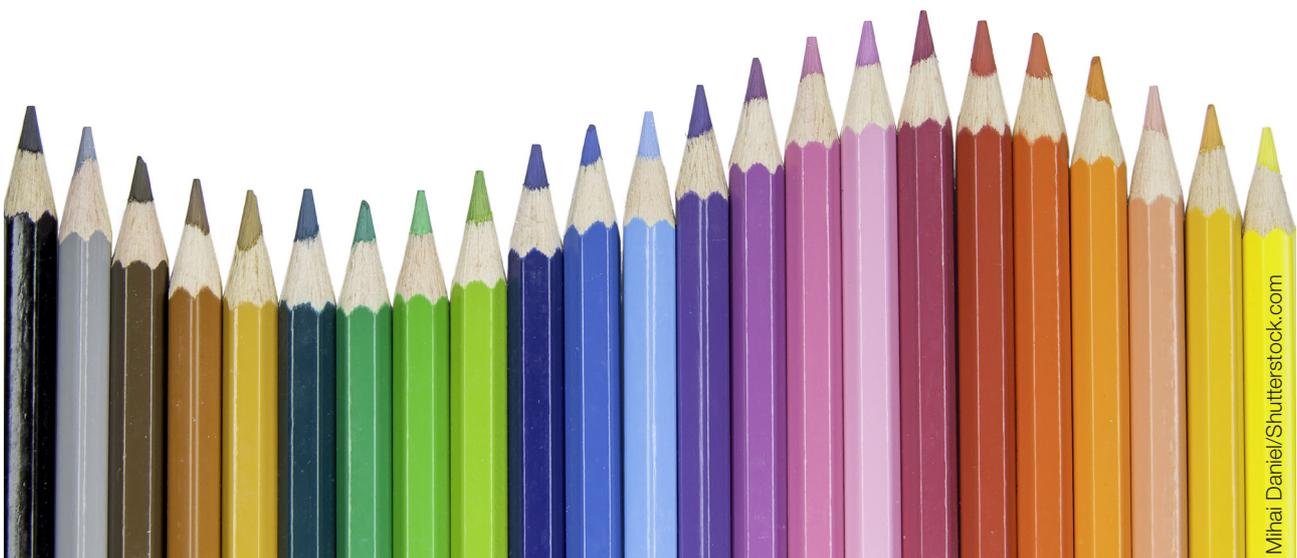
in mehreren englischsprachigen Ländern ist die Kampagne „Choosing Wisely“ etabliert. Ziel dieser Initiative ist, auf Bereiche mit bekannter Über- bzw. Unterversorgung in der Medizin hinzuweisen. Ein österreichisches Pendant wurde vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der medizinischen Universität Graz und Cochrane Österreich an der Donau-Universität Krems gestartet.

Über den Diagnose- und Behandlungspfad für Patientinnen/Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz wird im zweiten Beitrag berichtet. Bei

dieser Indikation wird oft eine Unterversorgung mit den prognoserelevanten Substanzklassen der ACE-Hemmer/ARB, Betablocker und Mineralokortikoid-Rezeptor-Blockern argumentiert. Antibiotika bei Erkältungskrankheiten, der steigende Generikaanteil und die Eliminierung der Hepatitis C sind die weiteren Themen dieser Vertragspartnerinformation.

Freundliche Grüße
Berthold Reichardt

Themenvielfalt



Gemeinsam Gut Entscheiden: Warum mehr nicht immer besser ist



Die TOP 5 der Allgemeinmedizin



Medizinische Universität Graz



Dr.ⁱⁿ Jana Meixner

Dr.ⁱⁿ Anna Glechner

**Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie
Donau-Universität Krems**

Im Jahr 2017 startete in Österreich mit Gemeinsam gut entscheiden eine Informationskampagne über Therapien und Untersuchungen, die zu häufig eingesetzt werden, unnötige Kosten verursachen und Patientinnen und Patienten Schaden zufügen können (1). Diese Initiative wird vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) an der medizinischen Universität Graz geleitet und ist ein Kooperationsprojekt mit Cochrane Österreich an der Donau-Universität Krems.

Vorbild der Kampagne ist die Choosing Wisely Initiative aus den USA, die es bereits seit 10 Jahren gibt (2). Mittlerweile veröffentlichen einige Länder (Europa, USA, Australien, Kanada) im Zuge ähnlicher Kampagnen Empfehlungen, die einer Über- bzw. Unterversorgung in der Medizin entgegenwirken sollen (3-6). Mit Top 5-Listen der wichtigsten Empfehlungen aus jedem Fachbereich sorgt Gemeinsam gut entscheiden dafür, dass diese Informationen dort ankommen, wo sie gebraucht werden: Bei den Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten.

Wie kommt es zu einer Überversorgung? Nach der Sorge vor Behandlungsfehlern ist ein häufiger Grund für nicht notwendige Therapien und Untersuchungen der Druck seitens der Patientinnen und Patienten. Das zeigte eine Umfrage von Internisten in Deutschland (7). Es gibt Fälle, wo eine Untersuchung oder Behandlung nicht sinnvoll ist, sondern im Gegenteil sogar schaden könnte. Mit Foldern für Laien und Interessierte unterstützt Gemeinsam gut entscheiden Ärztinnen und Ärzte bei der täglichen, oft zeitintensiven Aufklärungsarbeit und hilft Patientinnen und Patienten, die richtige Entscheidung zu treffen.

Den Anfang machten die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie und die Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Diese und zukünftige Top 5-Listen weiterer Fachgesellschaften sind auf www.gemeinsam-gut-entscheiden.at verfügbar. Die Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (ÖGAM) wählte fünf Empfehlungen aus, zu der nun eine Kampagne gestartet wird:

1. Keine Antibiotika bei Erkältung
2. Nicht jeder Rückenschmerz verlangt nach Bildgebung
3. Keine Antibiotika für Kinder mit leichter Mittelohrentzündung
4. Bakteriurie ist nicht immer ein Grund für Antibiotika
5. Kein PSA-Screening

1. Keine Antibiotika bei Erkältung

Auch wenn es niemand so recht glauben will: An Schnupfen, Halsweh und Husten sind fast immer Viren schuld, und es gibt kein Medikament, das eine Erkältung ursächlich bekämpfen kann.

Unter Druck

Trotzdem kennt vermutlich jede Hausärztin und jeder Hausarzt das Problem, dass erkältete Patientinnen und Patienten um ein Antibiotikum bitten. Auch spielen Ängste vor möglichen juristischen Konsequenzen eine Rolle in der Therapieentscheidung der Ärztinnen und Ärzte. Das Risiko, eine bakterielle Infektion zu übersehen, ist jedoch verhältnismäßig klein im Vergleich zu potenziellen Nebenwirkungen.

Fazit:

Antibiotika sind zur Behandlung von viralen Infektionen der oberen Atemwege nicht geeignet. Es besteht jedoch eine Gefahr von Nebenwirkungen und der Entwicklung von Resistenzen.

2. Nicht jeder Rückenschmerz verlangt nach Bildgebung

Rückenschmerzen sind in Österreich Volkskrankheit Nummer Eins, jeder dritte Erwachsene in Österreich leidet laut Umfragen darunter. (Statistik Austria) Menschen mit Schmerzen in der Wirbelsäule werden zu oft und zu schnell zu Röntgen, Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT) überwiesen. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass frühe Bildgebung zu keiner statistisch signifikanten Besserung des Beschwerdebildes führte (8, 9).

Eine radiologische Untersuchung innerhalb der ersten sechs Wochen gilt als Überdiagnostik, sofern kein konkreter Verdacht auf eine gefähr-

liche Ursache besteht. Eine Zusammenfassung verschiedener Studien machte deutlich: Von 200 Patientinnen und Patienten von durchschnittlich 43 Jahren mit unter zwölf Wochen andauernden Rückenschmerzen wurden 100 radiologisch untersucht, 100 nicht. Nach zwei Jahren hatten beide Gruppen gleich viele Schmerzen oder körperliche Einschränkungen, egal ob eine Bildgebung erfolgt war oder nicht. (10, 11)

„Red flags“

Die wenigsten radiologischen Untersuchungen liefern eine Erklärung für Kreuzschmerzen. Zu aufwändiger Bildgebung wie der MRT sollten Ärztinnen und Ärzte nur zuweisen, wenn folgende Warnhinweise mit dringendem Handlungsbedarf, auch „red flags“ genannt, vorliegen:

- o Frakturverdacht nach schwerwiegendem Trauma, Bagateltrauma bei älteren oder Osteoporosepatientinnen und -patienten oder Patientinnen und Patienten mit systemischer Steroidtherapie
- o Verdacht auf Tumor
- o Verdacht auf Infektion
- o Radikuläre Symptomatik

Fazit:

Bei Rückenschmerzen sollte gezielt und nur bei Verdacht auf schwerwiegende Ursachen eine Bildgebung erfolgen. In den meisten Fällen verschwinden die Beschwerden nach einigen Wochen von selbst.

3. Keine Antibiotika für Kinder mit leichter Mittelohrentzündung

Obwohl das für besorgte Eltern vermutlich nicht leicht ist, sollten sie anfangs abwarten und beobachten, wenn ihre Kinder an leichter, einseitiger Mittelohrentzündung leiden. Denn ist das betroffene Kind zwischen zwei und 12 Jahre alt und ist der Verlauf der Erkrankung nicht dramatisch, wird keine Therapie mit Antibiotika empfohlen (12, 13). Medikamente zur Symptombekämpfung wie Schmerzmittel oder fiebersenkende Mittel können natürlich sinnvoll sein.

Ausnahme sind Kinder unter zwei Jahren mit Entzündung beider Ohren oder eitrigem Ausfluss: Sie sollten sofort ein Antibiotikum erhalten. Vorsichtiger sein sollte man auch bei Säuglingen,

plötzlicher Verschlimmerung der Symptome oder hohem Fieber.

Watch-and-wait

Ob Antibiotika notwendig sind, ist individuell je nach Schwere der Erkrankung, Alter und Allgemeinzustand des Kindes zu entscheiden.

Unbedingte Voraussetzung für die sogenannte watch-and-wait Praxis sind selbstverständlich die Möglichkeit der betroffenen Familien, im Bedarfsfall jederzeit ärztliche Hilfe zu bekommen, und die Möglichkeit regelmäßiger medizinischer Kontrollen.

Fazit:

Kinder mit leichter Mittelohrentzündung brauchen nicht zwangsläufig Antibiotika. Lieber abwarten, wie sich die Infektion entwickelt und dann erneut entscheiden.

4. Bakteriurie ist nicht immer ein Grund für Antibiotika

Immer wieder finden sich Bakterien im Harn von Menschen, die völlig beschwerdefrei sind und keine Anzeichen eines Harnwegsinfektes zeigen. Das betrifft besonders oft ältere Menschen oder Menschen, die einen Harnkatheter haben oder hatten. Oft ist die Bakteriurie ein Zufallsbefund im Zuge von Routineuntersuchungen. Bei 25 bis 50 % der älteren Frauen und 15 bis 40 % der älteren Männer in Langzeitpflegeeinrichtungen lassen sich Bakterien im Harn nachweisen (14).

Ohne Beschwerden keine Behandlung?

Menschen mit symptomloser Bakteriurie profitieren im Allgemeinen nicht von einer Therapie mit Antibiotika. (14) Im Gegenteil: Insgesamt überwiegen eher die Nebenwirkungen der Medikamente wie Durchfall oder Übelkeit. Die Gefahr der Resistenzentwicklung ist ein weiterer wichtiger Faktor. Solange sie also keine Probleme verursachen, können Betroffene versuchen, die Keime durch großzügiges Trinken und häufiges Entleeren der Blase auf natürlichem Weg aus dem Harntrakt zu spülen.

Cave: Eine Ausnahme bilden Schwangere und Patientinnen und Patienten vor Operationen am Urogenitaltrakt.

Fazit:

Eine antibiotische Behandlung ist bei asym-

ptomatischen Patientinnen und Patienten außer in den oben genannten Ausnahmefällen nicht indiziert.

5. Kein PSA-Screening

Der PSA-Test ist kein zuverlässiger Test, falsch positive Ergebnisse sind mit über 58 % mehr die Regel denn Ausnahme (15, 16). Auffällige oder nicht eindeutige Ergebnisse verunsichern.

In der ERSPC-Studie zeigte sich, dass mit PSA-Screening pro Jahr 4 von 10.000 Männern an Prostatakrebs starben, ohne Screening 5 von 10.000. Insgesamt war die jährliche Mortalität jedoch in beiden Gruppen gleich hoch: 19 pro 10.000 Studienteilnehmer, egal ob sie untersucht wurden oder nicht (17).

Einer von vier

Das Prostatakarzinom ist in Österreich die häufigste Krebserkrankung des Mannes, etwa jeder vierte männliche Krebspatient ist ein Prostatakarzinompatient. Durch die höhere Awareness und vermehrte Screeningprogramme wird das Prostatakarzinom häufiger diagnostiziert. Wird ein aggressiver Tumor rechtzeitig erkannt, kann das lebensrettend sein. Es besteht dennoch die Gefahr der Überdiagnostik und Übertherapie. Vom routinemäßigen Screening der Prostata bei beschwerdefreien Männern wird deshalb abgeraten.

Fazit:

Screening gesunder Männer auf Prostatakarzinom verbessert nicht das Überleben. Männer sollten zuvor über ihr individuelles Risiko und die möglichen Folgen einer Untersuchung aufgeklärt werden, denn Überdiagnosen und das Risiko falsch positiver Ergebnisse überwiegen oft den Nutzen.

Literatur:

1. Antoniou GA, Fisher RK, Georgiadis GS, Antoniou SA, Torella F. Statin therapy in lower limb peripheral arterial disease: Systematic review and meta-analysis. *Vascular Pharmacology*. 2014;63(2):79-87.
2. Westin GG, Armstrong EJ, Bang H, Yeo K-K, Anderson D, Dawson DL, et al. Association Between Statin Medications and Mortality, Major Adverse Cardiovascular Event, and

- Amputation-Free Survival in Patients With Critical Limb Ischemia. *Journal of the American College of Cardiology*. 2014;63(7):682-90.
3. Faglia E, Clerici G, Scatena A, Caminiti M, Curci V, Morabito A, et al. Effectiveness of combined therapy with angiotensin-converting enzyme inhibitors and statins in reducing mortality in diabetic patients with critical limb ischemia: An observational study. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2014;103(2):292-7.
 4. Kumbhani DJ, Steg PG, Cannon CP, Eagle KA, Smith Jr SC, Goto S, et al. Statin therapy and long-term adverse limb outcomes in patients with peripheral artery disease: insights from the REACH registry. *European heart journal*. 2014;35(41):2864-72.
 5. Tomoi Y, Soga Y, Iida O, Hirano K, Suzuki K, Kawasaki D, et al. Efficacy of statin treatment after endovascular therapy for isolated below-the-knee disease in patients with critical limb ischemia. *Cardiovascular Intervention and Therapeutics*. 2013;28(4):374-82.
 6. Aiello FA, Khan AA, Meltzer AJ, Gallagher KA, McKinsey JF, Schneider DB. Statin therapy is associated with superior clinical outcomes after endovascular treatment of critical limb ischemia. *Journal of Vascular Surgery*. 2012;55(2):371-9.
 7. UR F, F F, G H. Mitgliederbefragung zu „Klug Entscheiden“: Wie Internisten das Problem von Über- und Unterversorgung werten. *Dtsch Arztebl* 113. 2016;13(A-604 / B-510 / C-506).
 8. Jarvik JG, Gold LS, Comstock BA, Heagerty PJ, Rundell SD, Turner JA, et al. Association of early imaging for back pain with clinical outcomes in older adults. *Jama*. 2015;313(11):1143-53.
 9. Linder R, Horenkamp-Sonntag D, Engel S, Schneider U, Verheyen F. Überdiagnostik mit Bildgebung bei Rückenschmerzen. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2016;141(10):e96-e103.
 10. Karel YHJM, Verkerk K, Endenburg S, Metselaar S, Verhagen AP. Effect of routine diagnostic imaging for patients with musculoskeletal disorders: A meta-analysis. *European Journal of Internal Medicine*. 2015;26(8):585-95.
 11. VersorgungsLeitlinie N. Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Auflage; 2017.
 12. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane database of systematic reviews*. 2015;2015(6).
 13. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, et al. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. *Pediatrics*. 2013;131(3):e964.
 14. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clinical Infectious Diseases*. 2005;643-54.
 15. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(1).
 16. Fenton JJ, Weyrich MS, Durbin S, Liu Y, Bang H, Melnikow J. Prostate-specific antigen-based screening for prostate cancer: Evidence report and systematic review for the us preventive services task force. *JAMA*. 2018;319(18):1914-31.
 17. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *The Lancet*. 2014;384(9959):2027-35.
- Weitere Quellen und Informationen:**
- o <http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/infectious-diseases-society-antibiotics-for-upper-respiratory-infections/>
 - o Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, Pankey GA, Seleznick M, Volturo G, Wald ER, File TM Jr. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis*. 2012 Apr;54(8): e72-112.
 - o Zoorod R, Sidani MA, Fremont RD, Kihlberg

C. Antibiotic use in acute upper respiratory tract infections. *Am Fam Physician*. 2012 Nov 1;86(9):817-22.

- o Adult appropriate antibiotic use summary: physician information sheet (adults) [Internet]. Atlanta (GA): The Centers for Disease Control and Prevention; 2012 May 1 [updated 2012 Jun 25; cited 2015 Jan 28]. Available from: <http://www.cdc.gov/getsmart/campaign-materials/info-sheets/adult-approp-summary.html>.
- o WHO: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/disease-prevention/antimicrobial-resistance/antibiotic-resistance>

Quellen zu Bildgebung bei Rückenschmerzen:

- o <https://www.harding-center.mpg.de/de/faktenboxen/rueckenschmerzen>
- o Statistik Austria http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/025390.html
- o VersorgungsLeitlinie N. Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Auflage; 2017.
- o Jarvik, J. G., Gold, L. S., Comstock, B. A., Heagerty, P. J., Rundell, S. D., Turner, J. A., ... & James, K. (2015). Association of early imaging for back pain with clinical outcomes in older adults. *Jama*, 313(11), 1143-1153.
- o Linder, R., Horenkamp-Sonntag, D., Engel, S., Schneider, U., & Verheyen, F. (2016). Überdiagnostik mit Bildgebung bei Rückenschmerzen. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 141(10), e96-e103.
- o Karel YHJM, Verkerk K, Eindhovenburg S, Metseelaar S, Verhagen AP. Effect of routine diagnostic imaging for patients with musculoskeletal disorders: A meta-analysis. *European Journal of Internal Medicine*. 2015;26(8):585-95.
- o Karel et al. *Eur J Intern Med* 2015;26(8):585-95. [2] BÄK, KBV, AWMF. Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2. Auflage. Version 1. 2017.

Quellen zu Antibiotika bei Mittelohrentzündung:

- o <http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-academy-family-physicians-antibiotics-for-otitis-media-in-children/>
- o Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, Joffe MD, Miller DT, Rosenfeld RM, Sevilla XD, Schwartz RH, Thomas PA, Tunkel DE, American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2013 Mar;131(3): e964–99.
- o Venekamp RP, Sanders S, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan 31;1:CD000219.

Quellen zu Antibiotika bei Bakteriurie:

- o <http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-geriatrics-society-antimicrobials-to-treat-bacteriuria-in-older-adults/>
- o Nordenstam GR, Brandberg CA, Odén AS, Svanborg Edén CM, Svanborg A. Bacteriuria and mortality in an elderly population. *N Engl J Med*. 1986 May 1;314(18):1152–1156.
- o Nicolle LE, Mayhew WJ, Bryan L. Prospective randomized comparison of therapy and no therapy for asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly women. *Am J Med*. 1987 Jul;83(1):27–33.
- o Juthani-Mehta M. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in older adults. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2007 Aug;23(3):585–594.
- o Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM; Infectious Diseases Society of America; American Society of Nephrology; American Geriatric Society. Infectious Diseases Society of America Guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis*. [Internet]. 2005 Mar 1;40(5):643-65.

Quellen zu Prostatakarzinom-Screening:

- o Prostatakrebs-Leitlinien der European Association of Urology, Stand 2014, <http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>

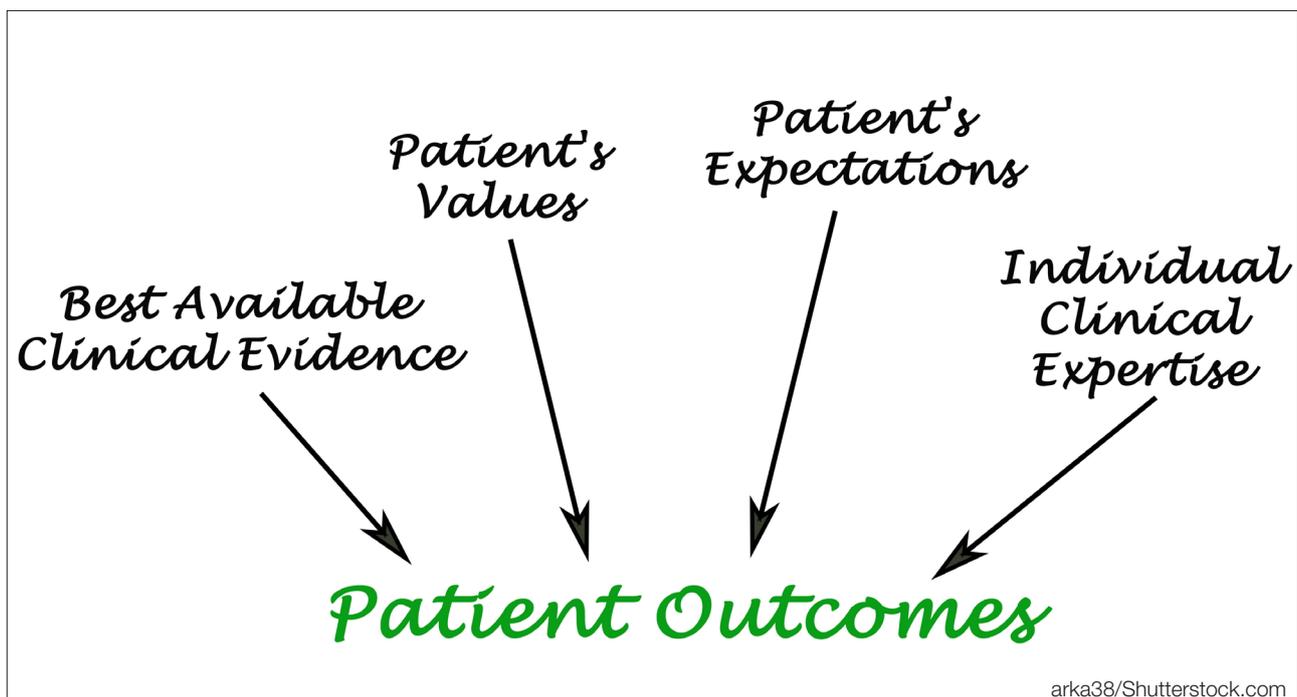
- o Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms, Langfassung. Online unter http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/LL_Prostata_Langversion_3.1.pdf
- o H.-J. Schmoll, K. Höffken, K. Possinger (Hrsg.): Kompendium Internistische Onkologie, Springer Verlag 2006
- o Robert Koch-Institut (Hrsg.): Krebs in Deutschland 2009/2010. Häufigkeiten und Trends, Berlin 2013
- o Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al. Screening and prostate cancer mortality:

results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet*, 2014; doi: 10.1016/S0140-6736(14)60525-0

- o Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD004720.
- o <https://www.mezizin-transparent.at/prostata-krebs-psa-tests-bringen-wenig>.

Interessenkonflikt

Sowohl Frau Dr.in Jana Meixner als auch Frau Dr.in Anna Glechner erklären, dass bei ihnen kein Interessenkonflikt vorliegt.



Diagnose- und Behandlungspfad für Patientinnen/Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz

Christine Trischak, Gerald Gredinger, Sylvia Reitter-Pfoertner

Competence Center Integrierte Versorgung

Chronische Herzinsuffizienz (CHI) betrifft in den Industrienationen etwa ein bis zwei Prozent der Erwachsenen – d.h. umgerechnet auf Österreich sind zwischen 80.000 und 160.000 Personen von dieser Erkrankung betroffen. Die Prävalenz nimmt mit dem Alter zu; in der Altersgruppe der über 70-Jährigen leiden mehr als 10 Prozent an chronischer Herzinsuffizienz. In den letzten Jahrzehnten haben Inzidenz und Prävalenz der Herzinsuffizienz (HI) allgemein zugenommen. Dies ist wahrscheinlich multifaktoriell bedingt: durch die allgemein gestiegene Lebenserwartung, durch eine steigende Überlebensrate nach Myokardinfarkt und durch die Zunahme der Risikofaktoren, wie arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus. [1,2]

Herzinsuffizienz ist mit einer hohen Mortalität assoziiert – etwa 40 bis 50 Prozent der Betroffenen versterben innerhalb von fünf Jahren. Damit ist die Prognose schlechter als bei den meisten Malignomen. [3,4]

Bei chronischer Herzinsuffizienz – v.a. bei reduzierter Auswurfraction (HFrEF – Heart Failure with reduced Ejection Fraction) – gibt es gut wirksame Therapieoptionen, die im Großen und Ganzen auf dem Konzept basieren, dass die Verringerung der Aktivierung neurohormonaler Systeme, zu welcher es durch die Herzinsuffizienz kommt, eine Verschlechterung der kardialen Funktion hintanhält. Mit den vorrangig eingesetzten Substanzklassen – Angiotensin-Converting-Enzyme(ACE)-Hemmer, Angiotensin-Rezeptor-Blocker (ARB), Betablocker und Mineralokortikoid-Rezeptor-Blocker (Spironolacton und Eplerenon) – ist eine effektive pharmakologische Therapie verfügbar, die das Überleben der Patientinnen/Patienten verbessert. [5] Dabei konnte gezeigt werden, dass die Kombination der unterschiedlichen Substanzklassen bzw. de-

ren stufenweiser Einsatz zu einem Überlebensvorteil führt [6], was entsprechend in den aktuellen Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) 2016 abgebildet ist. [7] Eine adäquate medikamentöse Therapie kann die Lebenserwartung der Betroffenen bis zu verdreifachen. [8] Große, randomisierte kontrollierte Studien haben gezeigt, dass nicht nur die richtige Medikation, sondern v.a. die richtige Medikation in der richtigen Dosierung einen Überlebensvorteil bringt und stationäre Aufenthalte reduziert. Entsprechend definieren die Leitlinien zu den einzelnen Substanzklassen Zieldosierungen und entsprechend sollten Patientinnen/Patienten für eine optimale medikamentöse Therapie die einzelnen Substanzen auch in dieser Zieldosis bzw. d.h. in der maximal tolerierten Zieldosis verordnet werden. Nichtsdestotrotz erfolgt in der Praxis oftmals eine nicht ausreichende medikamentöse Therapie – einerseits indem nicht alle empfohlenen Substanzklassen verordnet werden und andererseits indem die verordneten Substanzen nicht in der Zieldosis verabreicht bzw. nicht bis zur maximal tolerierten Dosis gesteigert werden. [9] Eine Erhöhung der Leitlinien-Adhärenz, v.a. hinsichtlich Dosissteigerung bis zur Zieldosis bzw. maximal tolerierten Dosis, geht mit einer Reduktion der Mortalität einher, wie auch österreichische Daten belegen. [10, 11]

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, an Strategien zu arbeiten, die dazu beitragen, den Einsatz der medikamentösen Therapie in der adäquaten Dosierung zu fördern. Hausärztinnen/Hausärzte haben in der Betreuung von Patientinnen/Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz – sowohl als primäre Anlaufstelle als auch in der kontinuierlichen Versorgung – eine zentrale Funktion. Daher hat das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) im Auftrag der österreichischen Sozialversicherung als Service für Ärztinnen und Ärzte einen A4-Folder erarbeitet, welcher basierend auf den ESC-Leitlinien 2016 [7], in anschaulicher Form die Pfade für die Diagnostik

der chronischen Herzinsuffizienz sowie für die Therapie der HFref abildet und Hinweise für Optimierungsmaßnahmen (zur Optimierung von Blutdruck, glomerulärer Filtrationsrate, Kaliumspiegel oder Herzfrequenz) enthält, wodurch eine Dosissteigerung bis zur Zieldosis bzw. maximal tolerierten Dosis gefördert werden soll.

Der Folder wurde in Kooperation mit externen Herzinsuffizienz-Spezialisten erarbeitet, wobei die konkrete Operationalisierung durch ein Team rund um Priv.-Doz. Dr. Deddo Mörtl, Universitätsklinikum St. Pölten, erfolgte. Nachfolgend wurden die Pfade mit der AG Herzinsuffizienz der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG) akkordiert und in der Folge stimmte die ÖKG den Pfaden und dem Folder zu.

Der Folder „Diagnose- und Behandlungspfad für Patientinnen/Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz“ ist auch über die CCIV-Webseite (unter <https://www.cciv.at/cdscontent/?contentid=10007.801330&portal=ccivportal&viewmode=content>) abrufbar bzw. dort online zu bestellen und steht somit dem niedergelassenen Bereich ab sofort als Servicetool zur Verfügung.

References

- Mörtl D. Herzinsuffizienz: DFP-Literaturstudium. Österreichische Ärztezeitung [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 18]; 20–9. Available from: http://www.aerztezeitung.at/fileadmin/PDF/2016_Verlinkungen/State_Herzinsuffizienz.pdf
- Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart*. 2007; 93: 1137–46. DOI: 10.1136/hrt.2003.025270.
- Stewart S, MacIntyre K, Hole DJ, Capewell S, McMurray JJ. More ‚malignant‘ than cancer? Five-year survival following a first admission for heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2001; 3: 315–22.
- Stewart S, Ekman I, Ekman T, Odén A, Rosengren A. Population impact of heart failure and the most common forms of cancer: A study of 1 162 309 hospital cases in Sweden (1988 to 2004). *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010; 3: 573–80. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.110.957571.
- McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2012; 33: 1787–847. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs104.
- Fonarow GC, Albert NM, Curtis AB et al. Incremental Reduction in Risk of Death Associated With Use of Guideline-Recommended Therapies in Patients With Heart Failure: A Nested Case-Control Analysis of IMPROVE HF. *J Am Heart Assoc*. 2012; 1: 16–26. DOI: 10.1161/JAHA.111.000018.
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016; 37: 2129–200. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw128.
- Cole GD, Patel SJ, Zaman N et al. „Triple therapy“ of heart failure with angiotensin-converting enzyme inhibitor, beta-blocker, and aldosterone antagonist may triple survival time: Shouldn't we tell patients? *JACC Heart Fail*. 2014; 2: 545–8. DOI: 10.1016/j.jchf.2014.04.012.
- Greene SJ, Butler J, Albert NM et al. Medical Therapy for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. *J Am Coll Cardiol* 2018; 72: 351–66. DOI: 10.1016/j.jacc.2018.04.070.
- Poelzl G, Altenberger J, Pacher R et al. Dose matters! Optimisation of guideline adherence is associated with lower mortality in stable patients with chronic heart failure. *Int J Cardiol*. 2014; 175: 83–9. DOI: 10.1016/j.ijcard.2014.04.255.
- Marzluf BA, Reichardt B, Neuhofer LM et al. Influence of drug adherence and medical care on heart failure outcome in the primary care setting in Austria. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2015 Jul;24(7):722-30. DOI: 10.1002/pds.3790

Rationaler Einsatz von Antibiotika bei Erkältungskrankheiten

Das Maximum der Antibiotika-Verordnungszahlen wird in Österreich im 1. Quartal eines jeden Jahres erreicht. Was auf den ersten Blick logisch erscheint – schließlich steigen bei kälteren Temperaturen die Fallzahlen für Infektionserkrankungen –, erweist sich bei näherer Betrachtung als wenig stichhaltig: Die überwiegende Ursache für Erkältungskrankheiten wie Rhinosinusitis, Tonsillitis oder Bronchitis sind nämlich virale Erreger, gleiches gilt für die echte Grippe oder die häufig von Laien als Grippe bezeichnete Gruppe der grippalen Infekte. Bekanntermaßen wirken Antibiotika jedoch ausschließlich bei bakteriellen Infektionen, bei viraler Ursache sind sie bestenfalls nutzlos. Dafür trägt die Patientin oder der Patient in diesen Fällen das volle Risiko der Antibiotika (z.B. typische assoziierte Nebenwirkungen wie Durchfälle, allergische Reaktionen, Übelkeit/Erbrechen) ohne einen dagegenstehenden Nutzen zu erhalten. Auch vor dem Hintergrund einer zunehmenden Resistenzentwicklung bakterieller Erreger, die sich bisweilen auf ganze Antibiotikaklassen erstreckt, sollte einem unkritischen Einsatz von Antibiotika bei Erkältungskrankheiten Einhalt geboten werden. Auch muss nicht jede bakterielle Infektion zwingend mit einem Antibiotikum therapiert werden, da viele Erkältungskrankheiten eine hohe Tendenz zur Selbstheilung aufweisen, die mit Antibiotika allenfalls marginal beschleunigt werden kann. Generell gelten für den rationalen Einsatz von Antibiotika einige Grundsätze, deren Einhaltung bei jeder Verordnung überprüft werden sollte:

1. Antibiotika sollten nur eingesetzt werden, wenn ein klarer Nutzen erwartet wird.
2. Wenn ein Antibiotikum zum Einsatz kommt, sollte ein dem wahrscheinlichen Erregerspektrum entsprechendes Mittel eingesetzt werden. Das Wirkspektrum des Antibiotikums sollte dabei so breit wie nötig und so schmal wie möglich sein.
3. Die Darreichungsform und die Dosierung des Antibiotikums sollte nach patientenindividuellen Merkmalen gewählt werden.
4. Die Therapiedauer sollte so lang wie nötig und so kurz wie möglich sein, da eine zu kurze Anwendung den Therapieerfolg gefährdet, während eine zu lange Antibiotikaeinnahme die Entwicklung von Resistenzen begünstigt.

Im klinischen Alltag stellt sich häufig die Frage, ob eine vorliegende Infektion viral bedingt ist oder ob sich hinter der Erkrankung nicht doch eine bakterielle Ursache verbirgt, die mit Antibiotika behandelt werden sollte. Nicht zu unterschätzen ist auch die Begehrlichkeit einiger Patientinnen und Patienten, die aus Unwissenheit der Ansicht sind, dass Erkältungskrankheiten generell mit Antibiotika behandelt werden können und so die Zeit bis zur Genesung verkürzt wird, was allerdings ein Trugschluss ist.

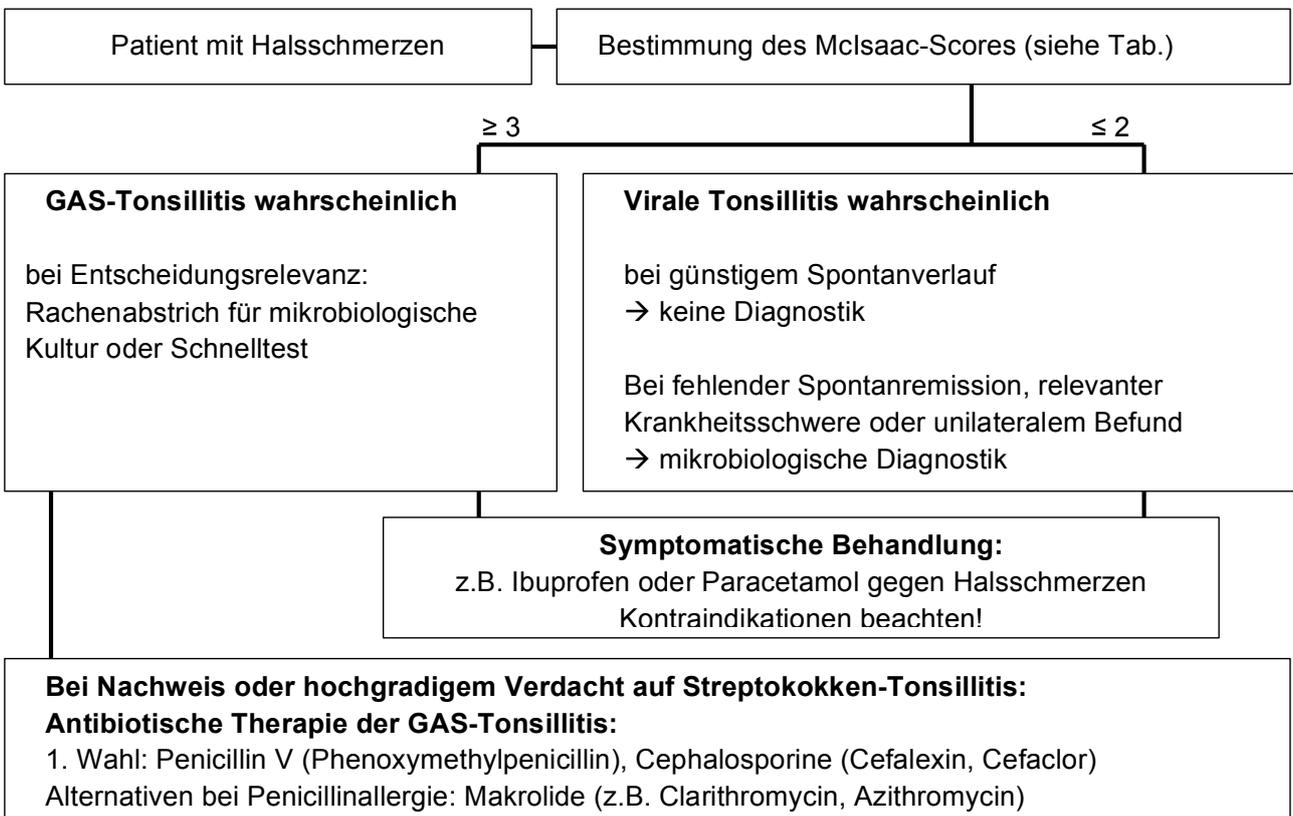
Um eine fundierte Entscheidung zu treffen, können sich Ärztinnen und Ärzte an aktuellen Leitlinien zu Erkältungskrankheiten orientieren. Diese enthalten in aller Regel Behandlungspfade zum rationalen Antibiotikaeinsatz. Anhand des Krankheitsbildes Tonsillitis/Tonsillopharyngitis, eine der häufigsten Diagnosen in der Erkältungszeit, soll ein solcher Behandlungspfad skizziert werden:

Mclsaac-Score		
Symptom		Punkte
Körpertemperatur (in der Anamnese) > 38 °C		1
kein Husten		1
zervikale Lymphknotenschwellung		1
Tonsillenschwellung oder -exsudat		1
Alter	3–14 Lebensjahre	1
	15–44 Lebensjahre	0
	≥ 45 Lebensjahre	-1

Summe	Risiko einer Streptokokkeninfektion
≤ 0	1–2,5 %
1	5–10 %
2	11–17 %
3	28–35 %
≥ 4	51–53 %

Leitsymptome der Tonsillitis bzw. Tonsillopharyngitis sind Halsschmerzen sowie eine Schwellung der Mandeln, 70–95% der akuten Tonsillitiden sind viral bedingt, daher ist bei unkomplizierten Verläufen (keine Atemnot etc.) der Einsatz von Antibiotika äußerst kritisch zu hinterfragen. Die Selbstheilungsrate ist generell sehr hoch (40% nach drei Tagen, 85% an Tag 7). Allerdings gibt es ein Szenario, bei dem ein Antibiotikaeinsatz empfohlen wird, und zwar beim Vorliegen von Gruppe A β -hämolisierenden Streptokokken (GAS), die die Hauptverursacher von bakteriellen Tonsillitiden darstellen. Die Diagnose einer GAS-Tonsillitis erfolgt anhand der klinischen Diagnostik (charakteristische Stippchen auf den Mandeln) und/oder unter Zuhilfenahme des Mclsaac-Scores, mit dem sich die empirisch gefundene Wahrscheinlichkeit einer GAS-Beteiligung bei An- bzw. Abwesenheit bestimmter Merkmale ermitteln lässt. Je nach ermitteltem Score kann die Entscheidung für oder gegen ein Antibiotikum getroffen werden:

Als Differentialdiagnosen für eine GAS-Tonsillitis kommen neben einer EBV-Infektion (sehr häufig mit Fieber und eher weißlich-grau belegten



Mandeln assoziiert) – evtl. auch mit bakterieller Superinfektion – u.a. auch Diphtherie oder Angina Plaut-Vincenti infrage.

Als Unterstützung für behandelnde Ärztinnen und Ärzte hat die Abteilung Medizinische Behandlungsökonomie der Wiener Gebietskrankenkasse in Zusammenarbeit mit klinischen Expertinnen und Experten einen Arbeitsbehelf entwickelt, in dem der rationale Einsatz von Antibiotika bei den häufigsten Erkältungskrankheiten (Rhinosinusitis, Tonsillitis, Bronchitis, akute Otitis media) mit aus aktuellen Leitlinien entlehnten Behandlungswegen dargestellt wird. Falls Sie Interesse haben, senden wir Ihnen gerne ein Exemplar zu.

Quellen und weitere Informationen:

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie: S2k-Leitlinie Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenman-

deln – Tonsillitis (2015).

O. Janata: Antibiotika, pm-Verlag, Wien 2017.

W. McIsaac et al.: Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA 291(13):1587–1595 (2004).

Arznei und Vernunft: Leitlinie Antiinfektiva (2018).



Zivica Kerkez/Shutterstock.com

Generikaanteil ausbaufähig

In Österreich liegt der Generikaanteil im Jahr 2018 bei ca. 32% und zeigt nur eine langsam steigende Tendenz. Bereits 2014 lag der Generikaanteil bei über 31% an allen Verordnungen von Fertigpräparaten, die mit einem SV-Träger abgerechnet wurden. Dabei wird von allen Stakeholdern im Gesundheitswesen propagiert, dass auf Grundlage der Zulassungsvorgaben Generika und Biosimilars jedenfalls gleichwertig in der Wirksamkeit und der Verträglichkeit zu den patentabgelaufenen Originärprodukten sind. Und auch die Argumentation der Schaffung von „Headroom for Innovation“ durch die kostengünstigere generische Verordnung wird in der Regel von den Hochpreisanbietern mitgetragen.

Ein Argument, das (indirekt) generikakritisch ausgelegt wird, ist der vermeintlich kurze

Patentnutzungszeitraum von durchschnittlich acht Jahren (1), da ein Teil der 20-jährigen Patentlaufzeit – plus fakultativem ergänzenden patentverlängernden Schutzzertifikat - durch die Produktentwicklungszeit reduziert wird. Wie lange waren die Präparate in Österreich im Handel, die 2018 erstmalig generisch verfügbar wurden?

Wirkstoffe mit erstmaliger Verfügbarkeit als Nachfolgepräparat 2018 im EKO, deren Erstanbieterpräparat und der Markteintritt des Erstanbieters in Österreich:

Preisvorteil sehr hoch: >100 EUR pro Packung
hoch: > 10 EUR pro Packung
mittel: > 3 EUR pro Packung
gering: ≤ 3 EUR pro Packung

Substanz	Originär	Markteintritt des Erstanbieters	Preisvorteil des kostengünstigsten Nachfolgers
Anagrelid	Thromboreductin	2006	sehr hoch
Dexamethason	Fortecortin	vor 2000	hoch
Dutasterid	Avodart	2003	hoch
Emtricitabin, Tenofovir disoproxil und Efavirenz	Atripla	2008	sehr hoch
Enoxaparin	Lovenox	vor 2000	mittel bis hoch
Entecavir	Baraclude	2006	nicht gegeben
Ezetimib	Ezetrol	2005	hoch
Folsäure	Folsan	vor 2000	gering
Ivabradin	Procoralan	2006	hoch
Lamivudin und Abacavir	Kivexa	2007	hoch
Leflunomid	Arava	vor 2000	nicht gegeben
Metamizol-Natrium	Novalgin	vor 2000	mittel
Rosuvastatin	Crestor	2003	hoch
Simvastatin und Ezetimib	Inegy	2006	hoch
Tadalafil	Adcirca	2006	sehr hoch
Tenofovir Disoproxil	Viread	2002	gering
Tenofovir disoproxil und Emtricitabin	Truvada	2007	sehr hoch

Ein Patentnutzungszeitraum von unter 10 Jahren ist bei keinem der 2018 erstmalig generisch verfügbaren Präparate gegeben. Atripla, Avodart und Truvada kosten ein Vielfaches der entsprechenden Generika und sind nicht im EKO gelistet.

Die Botschaft ist daher, dass der Preisvorteil der Generika in der Regel hoch ist und der Anteil kostengünstiger Nachfolgepräparate gesteigert werden sollte.

Quelle

1 Daten & Fakten 2018 Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich

https://www.pharmig.at/media/1286/duf_2018_web_deutsch_final_22216_de.pdf (Zugang am 7.3.2019)

Trendentwicklung Generika



Für Sie gelesen...

Weltweite Elimination von Hepatitis C

Heffernan A, Cooke GS, Nayagam S, Thursz M, Hallett TB: Scaling up prevention and treatment towards the elimination of hepatitis C: a global mathematical model. Lancet. 2019 Jan 28. pii: S0140-6736(18)32277-3

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618322773?via%3Dihub>, Zugriff am 26.3.2019

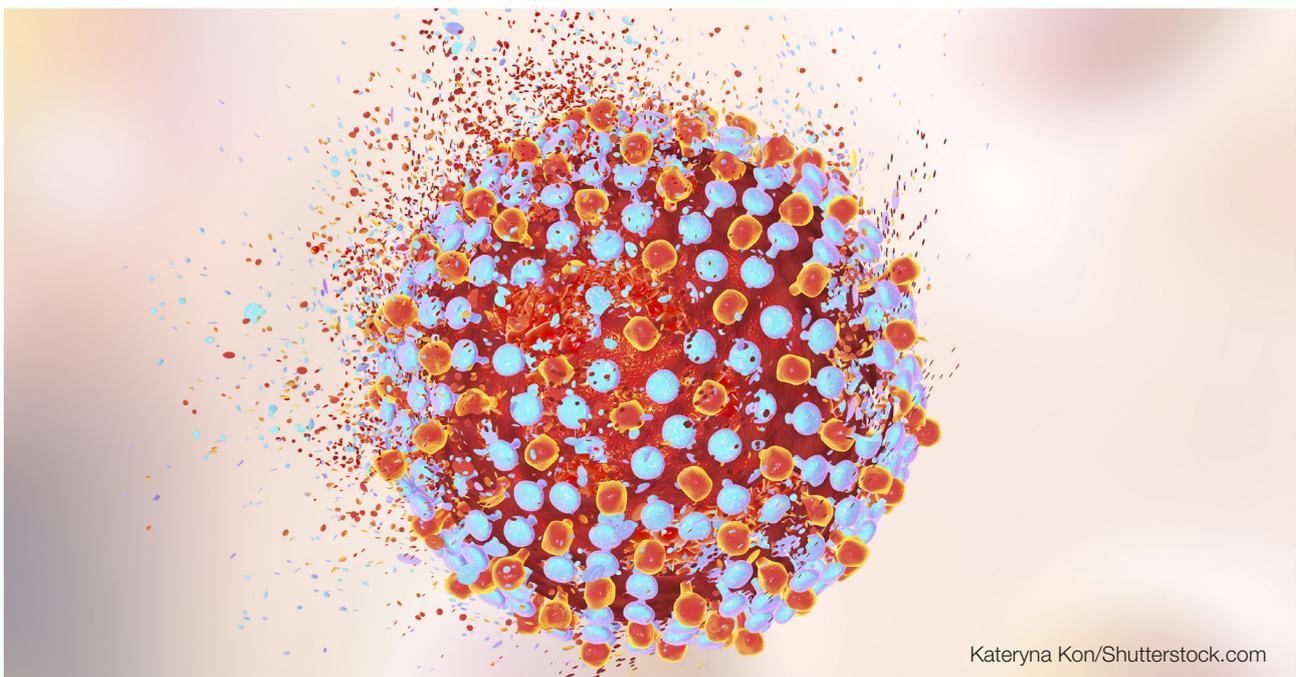
Um die Prävalenz der Hep C weltweit effektiv zu senken, sind 4 Maßnahmen wichtig:

- ✓ Verbesserung der Blutsicherheit und der Infektionskontrolle
- ✓ Opioidsubstitution und Nadelaustauschprogramme bei intravenösen Drogenkonsumenten
- ✓ Therapie der Hepatitis-C-Infizierten mit den direkt wirkenden antiviralen Substanzen (DAA direct acting antivirals)
- ✓ Screening bei Risikogruppen

Outcome der modernen Hepatitis C Therapie

Carrat F, Fontaine H, Dorival C et al: Clinical outcomes in patients with chronic hepatitis C after direct-acting antiviral treatment: a prospective cohort study. Lancet February 11, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32111-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32111-1), nur abstract frei zugänglich, Zugriff am 26.3.2019

In dieser Studie wurden 7.344 Patienten mit Hepatitis C inkludiert, die mit einer direkt wirkenden antiviralen Substanz therapiert wurden. Dadurch sinkt das Mortalitätsrisiko und das Risiko für ein hepatozelluläres Karzinom. Die Studienautoren empfehlen, alle Patienten mit einer chronischen Hepatitis C Infektion mit einem DAA zu therapieren.



Kateryna Kon/Shutterstock.com

Perspektive für Österreich

In Österreich sind die Voraussetzungen für eine massive Reduktion der Hep C Prävalenz und einer verbesserten Prognose für Infizierte gegeben. Die Blutsicherheit entspricht höchsten internationalen Standards, die Opioidsubstitution ist möglich, die direkt wirkenden antiviralen Medikamente sind mittlerweile ohne Einschränkung auf Erkrankungsstadien für alle Infizierten auf Kassenkosten rezeptierbar und die Hp C Diagnostik ist verfügbar.

Patientenzahlen seit der Verfügbarkeit der DAA Therapeutika (Datenquelle: maschinelle Heilmittel-Abrechnung, BIG):

