

# Im Blickpunkt

## Information für Vertragspartner im Burgenland

Versorgungsforschung in der Demenz

Valsartan und Sacubitril in der Realversorgung



# Inhaltsverzeichnis

Vorwort	Seite 3
Versorgungsforschung in der Demenz	Seite 4
Therapie Aktiv – Diabetes im Griff	Seite 6
Therapie Aktiv – weiterführende Evaluierung	Seite 8
Valsartan und Sacubitril in der Realversorgung	Seite 12
Für Sie gelesen: Torasemid versus Furosemid	Seite 14

# Vorwort

**Sehr geehrte Ärztinnen  
und Ärzte,  
liebe Vertragspartnerinnen  
und Vertragspartner!**

das Jahr 2020 stand im Zeichen der Covid-19-Pandemie und diese wird uns auch noch weiter begleiten. Zusätzlich zu Ihrem ohnedies intensiven Alltag als Arzt oder Ärztin mussten Sie Ihre Patientinnen und Patienten, Ihr Team und sich selbst vor einer Ansteckung schützen. Wir wollen Sie als Partner in dieser außerordentlich fordernden Zeit weiterhin bestmöglich unterstützen.

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) hat bereits flexible und unbürokratische Lösungen entwickelt, damit wir alle gemeinsam gut durch diese schwierige Zeit kommen. Vieles hat gut funktioniert, einiges haben wir dazu gelernt.

Seit diesem Herbst können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Corona-Tests machen und auch mit der ÖGK abrechnen. Wir haben Sie in einem eigenen Schreiben darüber informiert. Als Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt leisten Sie durch wohnortnahe Testungen einen wichtigen Beitrag für die Bevölkerung und andere Systempartner. Und vor allem: Niemand kennt die Patientinnen und Patienten vor Ort und deren Bedürfnisse besser als Sie!



Dr. Arno Melitopoulos  
Fachbereichsleiter Versorgungsmanagement 3  
Österreichische Gesundheitskasse

Der Gesetzgeber hat uns darüber hinaus die Möglichkeit eröffnet, Sie mit notwendigen medizinischen Schutzmaterialien auszustatten. Die angeforderten Produkte werden über Ihre Ärztekammer verteilt. Die Zusammenarbeit dazu läuft sehr gut und wir sind

zuversichtlich, Sie zeitgerecht und umfassend servicieren zu können.

Ich darf mich im Namen der Österreichischen Gesundheitskasse für die gute Zusammenarbeit und Ihren täglichen Einsatz sehr herzlich bedanken.

# Versorgungsforschung in der Demenz

## Erkenntnisse aus Verschreibungsdaten

Demenzkrankungen sind weltweit auf dem Vormarsch. Trotz deutlicher Verbesserungen in der Prävention führt auch in Europa die steigende Lebenserwartung zu einem starken Anstieg an Erkrankten. Menschen mit Demenz versterben nicht nur deutlich früher als solche ohne, ihre Lebensqualität wird durch die Erkrankung auch zunehmend eingeschränkt.

Obwohl wir mittlerweile viel mehr über die Entstehung und den Verlauf dieser Erkrankungen - und allen voran der Alzheimer Demenz - wissen, sind bisher nur wenige medikamentöse Therapien zugelassen, deren Einsatz in Österreich relativ streng reguliert wird. Es erschien uns daher von großem Interesse, die bestehende Versorgung dieser Patientinnen und Patienten zu untersuchen, um einerseits eine Planungssicherheit für die Zukunft zu schaffen und andererseits bestehende Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren. In Zusammenarbeit mit den österreichischen SV-Trägern konnten wir 2016 einen Datensatz erstellen, der alle Menschen inkludiert, die im Beobachtungszeitraum von 2006 – 2016 eines der zugelassenen antideMENTIVEN Medikamente (die drei

Acetylcholinesterasehemmer Rivastigmin, Donepezil und Galantamin, sowie Memantin) verschrieben bekommen hatten. Anhand dieser Verschreibungsdaten lässt sich Vieles aus der Krankengeschichte von Patientinnen und Patienten mit Demenz rekonstruieren und wir widmen uns in mehreren Arbeiten der Epidemiologie und Versorgung dieser besonders wichtigen Gruppe an Patientinnen und Patienten.

Zunächst haben wir die Epidemiologie, insbesondere Alter bei Start der Verschreibung, sowie den individuellen Verlauf der Therapie bei mehr als 127.000 Menschen untersucht [1]. In den vollständig analysierbaren Jahren 2014 und 2015 wurden jeweils fast 1% der Versicherten mit einem AntideMENTIVUM behandelt. Die WHO geht in Österreich von rund 127.000 Betroffenen im Jahr 2016 aus [2]. Naturgemäß lässt sich aus den Verschreibungsdaten nur grob auf die tatsächliche Prävalenz schließen. Unter dem Aspekt, dass nur für manche Demenzformen eine Therapie zugelassen ist, dass viele Menschen nach der Diagnose nicht durchgehend AntideMENTIVA einnehmen, sowie einer Dunkelziffer an Erkrankten, die noch nicht diagnostiziert wurden, schätzen wir die Anzahl der an Demenz erkrankten Personen

auf Basis unserer Zahlen auf rund 175.000 – 200.000 (entspricht ca. 2.3 % der Bevölkerung).

Das mediane Alter zum Start der ersten Verschreibung eines AntideMENTIVUMS lag in unserem Beobachtungsraum bei 82.3 Jahren, mehr als 65% der Betroffenen waren Frauen. Es ist bekannt, dass Frauen häufiger von Demenz betroffen sind als Männer [3]. Zum jetzigen Zeitpunkt ist nicht klar, ob das einzig auf eine erhöhte Lebenserwartung von Frauen oder möglicherweise auch auf einen biologischen Unterschied zurückzuführen ist. Wenngleich es keine sicheren Referenzzahlen für das typische Alter bei Erkrankungsbeginn gibt, so legen doch internationale Vergleiche nahe, dass der Gipfel vor dem 80. Lebensjahr liegt [4]. Das relativ hohe Alter bei Erstverschreibung erscheint uns etwas hoch und könnte ein Hinweis darauf sein, dass erst relativ spät mit der Therapie begonnen wird - hier besteht also möglicherweise ein Optimierungspotential.

Das erste verschriebene AntideMENTIVUM war in 80 % der Fälle aus der Klasse der Acetylcholinesterase-Inhibitoren, welche für die leichte bis mittelschwere Demenz zugelassen sind, wohingegen in 20% der Fälle direkt mit Memantin, dem

Präparat für die mittelschwere bis schwere Demenz, begonnen wurde. Die Dauer der Therapie mit einem Antidementivum betrug im Median 13 Monate. Beinahe 14 % aller Patientinnen und Patienten bezogen nur die erste Packung ihres Medikaments, wobei sich aus dieser Analyse nicht feststellen lässt, ob das Medikament von ärztlicher Seite abgesetzt wurde, zum Beispiel aufgrund von Nebenwirkungen, oder von den Patientinnen und Patienten selbstständig nicht weiter genommen wurde, z.B. aufgrund wahrgenommener oder angenommener Wirkungslosigkeit, aufgrund von Vergessen der Einnahme oder aufgrund anderer Gründe.

Bei etwa 26 % der PatientInnen wurde die letzte antidementive Medikation zumindest ein Jahr (oder länger) vor ihrem Tod verordnet,  $\frac{3}{4}$  davon waren Acetylcholinesterase-Hemmer. Es entspricht den Verschreibungsrichtlinien und der Fachinformation, die Behandlung zu beenden, wenn kein Nutzen mehr nachweisbar ist, jedoch könnte ein Wechsel auf Memantin ein Potential für eine Therapieoptimierung bieten.

Zusammenfassend lässt sich aus dieser ersten Analyse der Daten eine vorsichtige Schätzung der Prävalenz von Demenzerkrankungen

in Österreich für die Jahre 2014 und 2015 ableiten. Mit rund 200.000 Betroffenen liegt diese über den hochgerechneten Zahlen, entspricht aber einer geschätzten Prävalenz in vergleichbaren Ländern.

Demenzerkrankungen führen zu großem Leid für die Betroffenen und Angehörige aber auch zu hohen Kosten für das Gesundheitssystem. Eine möglichst genaue Abschätzung der Fallzahlen und Projektionen für die Zukunft sind daher unerlässlich. Aus diesem Grund planen wir bereits, die Analyse für die Jahre 2019 und 2020 zu wiederholen, um noch besser Veränderungen über die Zeit darstellen zu können.

## Referenzen

1. Wurm R, Stamm T, Reichardt B, Schwarz F, Parvizi T, Silvaeih S, et al. Prescription patterns of antidementives in a high income country: A pharmacoepidemiologic study. *Alzheimers Dement.* 2020;6: e12014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7189407/pdf/TRC2-6-e12014.pdf>, Zugang am 14.7.2020
2. Nichols E, Szoeki CEI, Vollset SE, Abbasi N, Abd-Allah F, Abdela J, et al. Global, regional, and national burden of



Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.* 2018. doi:10.1016/S1474-4422(18)30403-4

3. Mazure CM, Swendsen J. Sex differences in Alzheimer's disease and other dementias. *Lancet neurology.* 2016. pp. 451–452.
4. Bohlken J, Weber S, Rapp MA, Kostev K. Continuous treatment with antidementia drugs in Germany 2003–2013: a retrospective database analysis. *Int Psychogeriatr.* 2015;27: 1335–1342.

Dr. Raphael Wurm, Abteilung für Neurologie, MUW Univ.-Prof. Dr. Tanja Stamm, Center for Medical Statistics, Informatics and Intelligent Systems, MUW Assoc. Prof. Dr. Elisabeth Stögmayer, Abteilung für Neurologie, MUW DI Berthold Reichardt, ÖGK

# Mit Struktur zu mehr Betreuungssicherheit und Lebensqualität

Therapie Aktiv ist das einzige strukturierte Langzeitbetreuungsprogramm, das in ganz Österreich angeboten wird und eine kontinuierliche Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ 2 nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft ermöglicht. Es wurde in Kooperation mit engagierten Hausärzten und Internisten konzipiert – derzeit profitieren mehr als 88.000 Patienten und Patientinnen und über 1.800 Ärzte und Ärztinnen von den vielen Vorteilen des Programms.

Besonders Hausärzte und -ärztinnen ziehen durch die Teilnahme an Therapie Aktiv einen großen Nutzen. Sie sind tagtäglich mit einer großen Bandbreite an Krankheitsbildern und chronischen Erkrankungen konfrontiert. Dabei gilt es, auf jeden Patienten und jede Patientin möglichst individuell einzugehen und den Überblick über den Behandlungsverlauf und die notwendigen Therapieschritte zu behalten. Die Betroffenen sollen möglichst leitlinienkonform betreut werden – wichtige Untersuchungen sollen regelmäßig stattfinden. Dass dies im Ordinationsalltag nicht immer leicht umsetzbar ist und notwendige Untersuchungen auch übersehen werden können, wissen Hausärzte und -ärztinnen nur zu gut. Entscheidend ist daher die Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen, um eine optimale Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 gewährleisten zu können. Hier gilt: Je höher der Grad der Strukturierung, desto geringer ist die Gefahr, Wichtiges zu vergessen.

## Weniger Aufwand, mehr Struktur

Mit „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ ist es bereits gut gelungen, die strukturellen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ 2 optimal gelingen kann. So sind wichtige Untersuchungen, wie etwa die Kontrolle der Füße, der Augen oder des HbA1c-Wertes im Programm fest verankert.



© Foto Furgler

Prim. Dr. Reinhold Pongratz, MBA  
Leiter der Abteilung Medizinischer Dienst  
der Österreichischen Gesundheitskasse  
Steiermark

Hilfsmittel – wie der jährlich auszufüllende Dokumentationsbogen – wirken unterstützend, damit diese notwendigen Untersuchungen im Ordinationsalltag nicht übersehen werden. Zudem liegen dem Programm medizinische Behandlungspfade zugrunde – diese haben Empfehlungscharakter und unterstützen bei der Entscheidungsfindung. Die therapeutische Behandlungsfreiheit wird dadurch aber nicht eingeschränkt.

Der administrative Aufwand scheint beim Start von Therapie Aktiv etwas größer zu sein, hält sich für den Arzt tatsächlich aber in Grenzen, da die Ordinationsassistentinnen viele Aufgaben übernehmen können. Der Therapie-Aktiv-Arzt oder Ärztin konzentriert sich daher voll und ganz auf die medizinische Betreuung, während das Ordinationsteam alle administrativen Aufgaben im Blick hat. Unterstützt wird das Ordinationsteam von den DMP-Administrationen, die bei der ÖGK in den einzelnen Bundesländern angesiedelt sind.

## Intensive Zusammenarbeit, mehr Lebensqualität

Neben einer Verbesserung der strukturellen



Rahmenbedingungen überzeugt Therapie Aktiv außerdem durch die intensive Zusammenarbeit zwischen Arzt/Ärztin und dem Patienten bzw. der Patientin: Der Therapieverlauf wird gemeinsam und individuell festgelegt. Dieses Herzstück des Programmes hat eine direkte positive Auswirkung auf die Motivation und die Bereitschaft der Patienten und Patientinnen, aktiv am Therapiegeschehen mitzuarbeiten.

Die ÖKG stellt für das Programm eine Fülle von Materialien wie z. B. Informationsbroschüren zum Thema Füße, Niere oder Augen zur Verfügung, die gezielt ausgegeben werden können. Patienten und Patientinnen erhalten zudem in regelmäßigen Abständen relevante Informationen zu Diabetes mellitus über die DMP-Administrationsstelle und haben die Möglichkeit, an einer Diabetesschulung teilzunehmen. Betroffene sammeln so mehr Wissen über ihre Erkrankung, werden in ihrem Selbstmanagement gestärkt und entwickeln ein besseres Krankheitsbewusstsein, was wiederum zur Verbesserung des Behandlungserfolgs beiträgt.

### Fazit

Das Programm Therapie Aktiv bringt für alle Beteiligten (Krankenversicherung, Vertragspartner und Patientinnen/Patienten)

einen messbaren Vorteil. Belegt ist dies durch die beiden wissenschaftlichen Evaluationen der Medizinischen Universität Graz, die sich mit den medizinischen und ökonomischen Auswirkungen des Programms beschäftigt haben. Hier wurde nachgewiesen, dass es durch die strukturierte Betreuung zu einem Rückgang an stationären Krankenhaustagen und in weiterer Folge zu einer Verringerung der Gesamtkosten kommt. Zudem zeigte die Langzeitbeobachtung ein um 30 Prozent niedrigeres Sterberisiko für Therapie Aktiv Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe. Bei den diabetesspezifischen Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall wurden ebenfalls Vorteile für die Therapie Aktiv Gruppe sichtbar.

Alles spricht somit für eine Teilnahme am Programm Therapie Aktiv. Sie ermöglicht eine strukturierte und auf medizinischen Behandlungspfaden beruhende Betreuung von Patienten und Patientinnen und gibt dadurch mehr Behandlungssicherheit für den Arzt bzw. die Ärztin sowie mehr Lebensqualität für die Patienten und Patientinnen. Nähere Informationen zum Programm erhalten Sie auf [www.therapie-aktiv.at](http://www.therapie-aktiv.at) oder bei den DMP-Administrationsstellen der Österreichischen Gesundheitskasse.

# Medizinische und ökonomische Auswirkungen Therapie Aktiv – weiterführende Evaluierung

**In einer ersten österreichweiten Evaluierung des Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv“ im Jahr 2015(1) wurden medizinische und ökonomische Auswirkungen mittels einer retrospektiven Beobachtungsstudie im Kontrollgruppendesign betrachtet.**

Es zeigte sich, dass durch die Teilnahme am DMP sowohl eine geringere Mortalitätsrate als auch niedrigere Gesamtkosten im Vergleich zur Kontrollgruppe zu beobachten waren.(2) Die Evaluierung bezog sich auf die Anfangsphase des Programms. Um zu untersuchen, ob die beobachteten Vorteile im Zeitverlauf bestehen bleiben oder sich verändern, wurde im Jahr 2019 eine weiterführende Evaluierung durchgeführt. Das Ziel war, Langzeitergebnisse zur bestehenden Kohorte aus der „frühen“ Programmphase zu erhalten und Daten der „etablierten“ Programmphase in Bezug auf medizinische und ökonomische Auswirkungen sowie auf Prozessparameter zu analysieren.

## Langzeitergebnisse

Für die erste Fragestellung wurde für die erste Kohorte der Beobachtungszeitraum von 4 auf 8

Jahre ausgeweitet (2009/2010 bis 2016/2017). In der Langzeitbeobachtung ist das Sterberisiko in der DMP-Gruppe um 30 Prozent niedriger als in der Kontrollgruppe (Hazard Ratio: 0,70; 95 Prozent Konfidenzintervall: 0,66–0,73). Die Gesamtkosten, bestehend aus Arzteigenkosten (ohne DMP-Anteil), stationären Kosten (SV- und Länder-Anteil), Heilmittelkosten und Transportkosten waren jährlich um ca. 1.000 EUR pro DMP-Patient bzw. -Patientin geringer als in der Kontrollgruppe. Der Hauptteil des Kosteneffektes entfällt dabei auf den Teilbereich der stationären Kosten. Die deskriptive Analyse der diabetesspezifischen Folgeerkrankungen (Myokardinfarkt und Schlaganfall) zeigte leichte Vorteile für Patienten und Patientinnen im Programm Therapie Aktiv (Tab. 1).

## Ergebnisse der etablierten Programmphase

In diesem Teil der Evaluierung wurde der Frage nachgegangen, ob es Unterschiede zwischen der Therapie Aktiv Gruppe und der Kontrollgruppe gibt, wenn die Einschreibung der Diabetikerinnen und Diabetiker im Jahr 2013 erfolgte. Es wurde ein zur ersten Evaluierung

Tab. 1: Zielgrößen in der DMP-Gruppe und Kontrollgruppe (2008/09–2016/17)

Zielgröße	DMP-Gruppe n = 7.181		Kontrollgruppe n = 21.543	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Mortalität	1.584	22,06	6.387	29,65
Hazard Ratio (95 Prozent Konfidenzintervall)	0,70 (0,66–0,73)			
mittlere jährliche Gesamtkosten pro Person	9.858,70 EUR		10.898,90 EUR	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Myokardinfarkt (ICD: I21, I22)	279	3,90	956	4,54
Schlaganfall/nicht-traumatische intrakranielle Blutung (ICD: I60–I64)	464	6,48	1.622	7,71
Schlaganfall (ICD: I63)	312	4,36	1.070	5,08



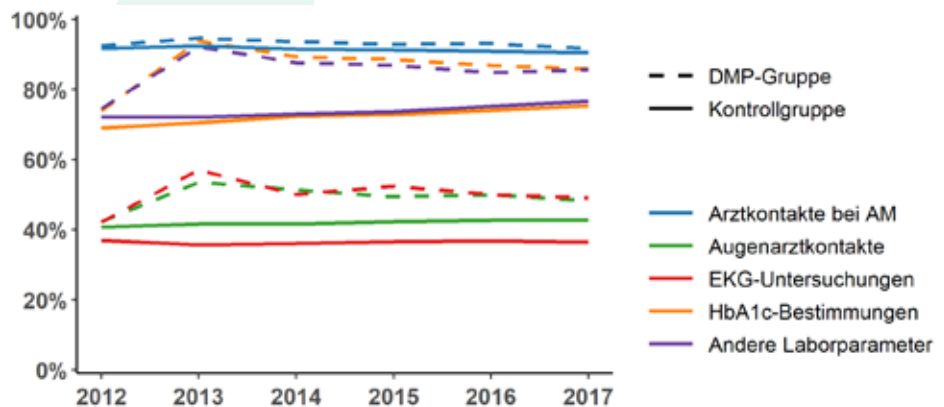
vergleichbarer Beobachtungszeitraum von 4 Jahren (2014–2017) betrachtet. Neben medizinischen und ökonomischen Endpunkten wurden auch Amputationen sowie Parameter zur Prozessqualität (Arztkontakt bei Allgemeinmediziner/AM, Augenarztkontakte, HbA1c- sowie Kreatinin-, Gesamtcholesterin- und HDL/LDL-Cholesterin-Bestimmungen und EKG-Untersuchungen) betrachtet. Patientinnen und Patienten der DMP- und der Kontrollgruppe mussten 2012 in LEICON als Diabetikerinnen bzw. Diabetiker registriert gewesen sein. Als weitere Voraussetzungen für Patientinnen und Patienten der DMP-Gruppe galten die Einschreibung in Therapie Aktiv im Jahr 2013 und das Vorliegen mindestens einer Folgedokumentation. Personen aus der Kontrollgruppe durften nicht in das Programm eingeschrieben sein und mussten überwiegend bei Nicht-DMP-Ärzten und -Ärztinnen in Behandlung sein. Es zeigte sich, dass von den 5.312 neu ins DMP eingeschriebenen Personen, die die Einschlusskriterien erfüllten,

2.225 (41,9 Prozent) 2012 noch nicht als Diabetiker in LEICON erfasst waren. Daher wurde die Hauptanalyse mit 3.087 Patienten und Patientinnen entsprechend der ersten Evaluierung durchgeführt. In weiteren Sensitivitätsanalysen wurden verschiedene zusätzliche Parameter berücksichtigt, um die Evaluierungsergebnisse auf ihre Stabilität zu prüfen. Auch in der etablierten Programmphase ist das Sterberisiko in der DMP-Gruppe geringer als in der Kontrollgruppe (Hazard Ratio: 0,88; 95 Prozent Konfidenzintervall: 0,78–0,99). Die Gesamtkosten sowie die diabetesspezifischen Folgeerkrankungen (Myokardinfarkt und Schlaganfall) sind in beiden Gruppen ähnlich (Tab. 2). Der Verlauf der Prozessparameter lässt erkennen, dass über den gesamten Beobachtungszeitraum der Anteil an Personen mit Augenarztkontakten, EKG-Untersuchungen und der Bestimmung von HbA1c und anderen Laborparametern in der DMP-Gruppe höher ist (Abb. 1). Die Sensitivitätsanalysen ergaben ähnliche Ergebnisse.

Tab. 2: Zielgrößen in der DMP-Gruppe und Kontrollgruppe (2014–2017)

Zielgröße	DMP-Gruppe n = 3.087		Kontrollgruppe n = 9.261	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Mortalität	327	10,59	1.099	11,87
Hazard Ratio (95 Prozent Konfidenzintervall)	0,88 (0,78–0,99)			
mittlere jährliche Gesamtkosten pro Person	9.779 EUR		9.761 EUR	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Myokardinfarkt (ICD: I21, I22)	76	2,47	267	2,91
Schlaganfall/nicht-traumatische intrakranielle Blutung (ICD: I60–I64)	115	3,74	331	3,60
Schlaganfall (ICD: I63)	78	2,53	214	2,33
Amputationen (MEL: NA070, NZ080, NZ090, NZ100, NZ110, NZ120 und NZ130)	29	0,94	91	0,99

Abb. 1:  
Prozessparameter  
im Verlauf für  
DMP-Gruppe und  
Kontrollgruppe



## Diskussion

Die Langzeitergebnisse (im 8-Jahres-Follow-up) der bestehenden Kohorte zeigen, dass die Assoziation zwischen der Teilnahme am DMP und den beiden Endpunkten Mortalität und Gesamtkosten im Vergleich zur ersten Evaluierung bestehen bleibt. Bei der Analyse der etablierten Programmphase (Einschreibejahr 2013) zeigte sich, dass die Voraussetzung, bereits im Jahr 2012 als Diabetikerin oder Diabetiker identifiziert worden zu sein, in der DMP-Gruppe nur bei 58,1 Prozent liegt. Daraus lässt sich ableiten, dass eine starke Tendenz vorhanden ist, Patientinnen und Patienten möglichst frühzeitig ins Programm einzuschließen. Hinweise darauf lassen sich auch im DMP Benchmarking-Bericht 2018(3) finden. So ist insbesondere die Diabetesdauer von im Median 6 Jahren im Jahr 2007 auf im Median 3 Jahre im Jahr 2013 zurückgegangen. Weiters fällt im Vergleich zur ersten Evaluierung auf, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten, die aus der Kontrollgruppe ausgeschlossen wurden, weil sie in Behandlung von DMP-Ärztinnen und -Ärzten waren, von 8,5 Prozent auf 41,7 Prozent gestiegen ist. Betrachtet man die Ergebnisse bezogen auf die DMP-Gruppe, im Baselinejahr 2012 erfasst wurde und wendet die gleichen Kriterien wie bei der ersten Evaluierung an, so beträgt die Mortalität in der DMP-Gruppe 10,6 Prozent vs. 11,9 Prozent in der Kontrollgruppe (HR: 0,88;

95 Prozent KI: 0,78–0,99). Im Vergleich zur ersten Evaluierung, wo die Mortalität in der Kontrollgruppe 15,9 Prozent betragen hat, ist sie diesmal in der Kontrollgruppe doch geringer. Es ist davon auszugehen, dass sich prinzipiell die Versorgung in der Kontrollgruppe verbessert hat.

Bei den Gesamtkosten und diabetes-spezifischen Folgeerkrankungen zeigen sich bei allen Analysen kaum Unterschiede zwischen den Gruppen. Die stationären Kosten sind im Unterschied zur ersten Evaluierung in beiden Gruppen sehr ähnlich. Auch hier gleichen sich die Kosten der Kontrollgruppe jenen der DMP-Gruppe an. Bei Betrachtung der Prozessparameter sieht man, dass sie in der DMP-Gruppe im Einschreibejahr stark ansteigen und im Verlauf über den Werten der Kontrollgruppe bleiben.

## Fazit

Trotz gewisser Limitationen von Beobachtungsstudien zeigen die Evaluierungen des DMP „Therapie Aktiv“, zu deren Stärken die Beobachtungsdauer, die Fallzahlen und eine breite Berücksichtigung von Matching-Variablen sowie der Einschluss einer Risikogruppe gehören, dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 durch ein Disease Management Programm verbessert wird. Die

strukturierte Betreuung von Diabetikerinnen und Diabetikern hat zu einer Reduktion der Mortalität geführt – auch bei anderen Beobachtungsgrößen wie Gesamtkosten, Folgeerkrankungen, Krankenhausaufenthalten und Prozessparametern zeigten sich tendenziell Vorteile für die DMP-Gruppe.

## Literatur

Berghold A., Riedl R. Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ – Abschlussbericht zur Evaluierung Jänner 2015; <https://www.therapie-aktiv.at/cdscontent/load?contentid=10008.649643&version=1519316820>

Nagy H., Berghold A. Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“, Umsetzung und wissenschaftliche Evaluierung; Soziale Sicherheit 417–421, Oktober 2015

Riedl R., Robausch M., Berghold A. The Evaluation of the Effectiveness of Austrians Disease Management Program in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus – A Population-Based Retrospective Cohort Study. PLoS One. 2016 Aug 17;11(8):e0161429.

Nagy H., Reitbauer S. DMP Benchmarking-Bericht 2018. Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Verwaltung der eigenen Einrichtungen/Integrierte Versorgung, 2018

Berghold A., Riedl R. Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ – Abschlussbericht zur Evaluierung April.2019; <https://www.therapie-aktiv.at/cdscontent/load?contentid=10008.678802&version=1562140359>

(1) basierend auf Routinedaten der Sozialversicherungsträger aus dem niedergelassenen und stationären Bereich („LEICONDaten“);

(2) Berghold & Riedl, 2015; Nagy & Berghold, 2015; Riedl, Robausch, Berghold, 2016;

(3) Nagy H. & Reitbauer S., 2018;



Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Andrea Berghold  
Institut für Medizinische Informatik, Statistik und  
Dokumentation  
Medizinische Universität Graz

# Valsartan und Sacubitril in der Realversorgung

Die Leitlinie der europäischen Fachgesellschaft ESC (European Society of Cardiology) (1) als auch der Regeltext des EKO für die Bewilligung von Entresto bzw. Neparvis geben die Rahmenbedingungen für deren sinnvollen Einsatz vor. Der Einsatz wird bei Patienten empfohlen, die trotz einer Standardtherapie mit einem ACE-Hemmer beziehungsweise einem Sartan (ARB), einem Betablocker und einem Mineralocorticoidrezeptor-Antagonisten (MRA) symptomatisch sind. In diesem Fall soll der ACE-Hemmer oder das Sartan durch Entresto oder Neparvis ersetzt werden, sofern die Ein- bzw. Ausschlusskriterien der Paradigm-HF-Studie (2) zutreffen: Ejektionsfraktion  $\leq 35\%$ , Serumkalium  $\leq 5,4$  mmol/l, systolischer Blutdruck  $\geq 100$  mm Hg und die eGFR  $\geq 30$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

## Daten der Realversorgung

Mit 1.5.2019 wurde Entresto bzw. Neparvis in den EKO aufgenommen. Seither wurden bereits über 10.000 Patienten mit diesen Präparaten antherapiert und über 15 Mio. Euro in Medikamentenkosten investiert. Nun wurde untersucht, ob die Therapie mit Valsartan + Sacubitril leitlinienkonform erfolgt.

Analysiert wurde eine Stichprobe aus den Abrechnungsdaten von 1.980 Patienten (davon 288 Patienten mit Rezeptgebührenbefreiung), die nach der Aufnahme von Entresto bzw. Neparvis in den EKO neu eingestellt wurden. Im Analysenzeitraum von einem Jahr ab Aufnahme von Entresto bzw. Neparvis in den EKO vom 1.5.2019 bis 30.4.2020 wurden jene Patienten inkludiert, die zumindest drei Verordnungen von Entresto bzw. Neparvis eingelöst haben. Die Analyse zeigt folgende Ergebnisse:

- 90 % haben eine Vortherapie mit einem ACE-Hemmer oder ARB\*
- 89 % haben eine Vortherapie bzw. 90 % eine Begleittherapie mit einem Betablocker oder Ivabradin\*

- 59 % haben eine Vortherapie bzw. 64 % eine Begleittherapie mit einem MRA (Spironolacton oder Eplerenon)

Während die bislang angeführte Vor- und Begleittherapie leitlinienkonform erfolgt, zeigt die Analyse auch problematische Ergebnisse:

- 16 % haben eine Begleittherapie mit einem ACE-Hemmer oder ARB\*
- 24 % erhielten 50 mg (24,3 mg Sacubitril + 25,7 mg Valsartan) als höchste rezeptierte Wirkstärke, 70 % maximal 100 mg und 6 % maximal 200 mg; die durchschnittliche maximale Wirkstärke pro Patient liegt bei 94 mg

\* Da die Preise vieler ACE-Hemmer, ARB und Betablocker unter der Rezeptgebühr liegen, wurden bei den betroffenen Evaluierungsparametern nur Rezeptgebührenbefreite in die Analyse eingeschlossen.

Aufgrund des erhöhten Risikos eines Angioödems ist die Kombination von Entresto bzw. Neparvis mit einem ACE-Hemmer kontraindiziert. Außerdem enthalten Entresto bzw. Neparvis Valsartan und sollten deshalb nicht zusammen mit einem anderen ARB-haltigen Mittel gegeben werden. In der Zulassungsstudie für Entresto bzw. Neparvis Paradigm-HF behielten 76 % der Entresto-Patienten die Zieldosis von 200 mg zweimal täglich bis zum Studienende bei (die durchschnittliche Tagesdosis betrug 375 mg), in der Realversorgung liegt die durchschnittliche Tagesdosis bei 188 mg (= 94 mg zweimal täglich). Bei multimorbiden Patienten soll eine Priorisierung der komplexen Problemlagen erfolgen. Die Therapien der Einzelerkrankungen sollen nicht unkritisch addiert werden, sondern die Behandlung einem individuellen Gesamtkonzept folgen, das sowohl die Wertvorstellungen, Therapieziele und Präferenzen des Patienten als auch die Perspektive des behandelnden Arztes berücksichtigt.



Die Zulassungsstudie Paradigm-HF wurde vorzeitig abgebrochen, weil Sacubitril + Valsartan mit einer sich deutlich abzeichnenden Signifikanz für verringerte niedrigere kardiovaskuläre Sterblichkeit und herzinsuffizienzbedingte Krankenhausaufnahmen im Vergleich zu Enalapril verbunden war. Ob ein derartiger Patientennutzen in der Realversorgung erreicht wird, erscheint fraglich.

### Verbesserungspotenzial

- Absetzen des ACE-Hemmers bzw. des ARB vor Therapiebeginn mit Entresto bzw. Neparvis
- Dosissteigerung auf die studien- und zulassungskonforme Tageszieldosis von 2 x 200 mg bei der Mehrzahl der Patienten

### Literatur

- 1 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure Eur Heart J. 2016 Jul 14;37(27):2129-2200 <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/27/2129/1748921>, Zugang am 15.10.2020
- 2 John J V McMurray, Milton Packer, Akshay S Desai, Jianjian Gong, Martin P Lefkowitz, Adel R Rizkala, Jean L Rouleau, Victor C Shi, Scott D Solomon, Karl Swedberg, Michael R Zile, PARADIGM-HF Investigators and Committees: Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. N Engl J Med. 2014 Sep 11;371(11):993-1004. doi: 10.1056/NEJMoa1409077. Epub 2014 Aug 30. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1409077?articleTools=true>, Zugang am 15.9.2020

## Für Sie gelesen:

### Torasemid versus Furosemid

Abraham B, Megaly M, Sous M et al: Meta-Analysis Comparing Torsemide Versus Furosemide in Patients With Heart Failure. Am J Cardiol. 2020 Jan 1;125(1):92-99.

In einer Metaanalyse wurden die Schleifendiuretika Torasemid und Furosemid bei Patienten mit Herzinsuffizienz verglichen. 19 Studien mit insgesamt 19.280 Patienten wurden in diese Analyse inkludiert. Bei einer durchschnittlichen Beobachtungsdauer von 15 Monaten zeigte Torasemid eine signifikante Verbesserung des NYHA-Stadiums und ein niedrigeres Risiko der kardialen Mortalität (1,5 % versus 4,4 %). Außerdem ist Torasemid mit einem numerisch niedrigeren Risiko für eine Hospitalisierung auf Grund einer Herzinsuffizienz verbunden (10,6 % versus 18,4 %). Keinen Unterschied zwischen den beiden Substanzen gibt es in der Gesamtsterblichkeit oder in den Nebenwirkungen.

### Realversorgung in Österreich

Die Abrechnungsdaten der SV Träger von 2019 zeigen eine breite Variabilität im Verordnungsverhalten von Torasemid oder Furosemid. Analysiert wurden die patientenbezogenen Verordnungen von oralem Furosemid oder Torasemid im Jahr 2019 aus den Abrechnungsdaten der damaligen Gebietskrankenkassen. Da die Preise der meisten Furosemid Präparate unter der Rezeptgebühr liegen, wurden nur Rezeptgebührenbefreite in die Analyse eingeschlossen, um die Vergleichbarkeit zwischen den beiden Patientenkollektiven zu gewährleisten. Bei 49.980 inkludierten Patienten variiert je nach Bundesland des Verordners der Patientenanteil mit Torasemid an den beiden Substanzen gesamt von 5 % bis 49 %.



A large rectangular area with horizontal dotted lines, intended for taking notes. The lines are evenly spaced and extend across most of the page width.





Österreichische  
Gesundheitskasse

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

Österreichische Gesundheitskasse, gesetzliche Krankenversicherung, Haidingergasse 1, 1030 Wien,  
UID Nummer: ATU74552637

Kontaktadresse: Dipl.-Ing. Berthold Reichardt, Behandlungsökonomie, Telefon +43 5 0766-131405,  
E-Mail: [berthold.reichardt@oegk.at](mailto:berthold.reichardt@oegk.at)

Vertretungsbefugte Organe der Österreichischen Gesundheitskasse:  
Die Österreichische Gesundheitskasse wird durch den Verwaltungsrat vertreten (§ 423 ASVG).

Aufsichtsbehörde: Die österreichische Sozialversicherung unterliegt der Aufsicht des Bundes. Oberste  
Aufsichtsbehörde ist das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege 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  
Österreichische Gesundheitskasse 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 Österreichischen Gesundheitskasse, Landesstelle Burgenland und  
Entscheidungssträger/innen im Burgenländischen Gesundheitssystem

Druck: Österreichische Gesundheitskasse, Landesstelle Wien, Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien  
Satz- und Druckfehler vorbehalten

Bildquelle: shutterstock,  
Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Genehmigung der  
Österreichischen Gesundheitskasse gestattet