

Meine Praxis

Magazin für Heilmittel und Versorgungsqualität

#3 2023



**Chronische
Herzinsuffizienz**

Diagnose- und Behandlungspfad

**Die Demenz als
Herausforderung**

Behandlung von Komorbiditäten

**Qualitätsmessung im
Gesundheitssystem**

Neue A-OQI-Qualitätszirkel

Editorial

Sehr geehrte Frau Doktorin, sehr geehrter Herr Doktor,

die chronische Herzinsuffizienz ist eine Volkskrankheit. Nach dem 70. Lebensjahr sind mindestens zehn Prozent der Bevölkerung von einer symptomatischen Herzinsuffizienz betroffen. Die Leitlinien der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft empfehlen ein multidisziplinäres Versorgungsprogramm, um Spitalsaufenthalte und Mortalität zu senken. Lesen Sie in unserem Hauptartikel über den Diagnose- und Behandlungspfad, der als Servicetool in der täglichen Praxis die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessern soll.

Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz benötigen leitlinienkonform eine Reihe von Medikamenten. In einem eigenen Beitrag wird beleuchtet, welche anderen Substanzgruppen gleichzeitig nicht verordnet beziehungsweise abgesetzt werden sollten. Eine Untersuchung der Realversorgung hat gezeigt, dass doch noch eine beträchtliche Menge von „No-Gos“ verordnet wird.

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Demenz ist aktuell wahrscheinlich eine der größten medizinischen Herausforderungen. Eine wichtige Frage dabei ist die Behandlung von Komorbiditäten. Auf der Basis von Daten der ÖGK lässt sich zeigen, dass diesbezüglich jedenfalls noch Optimierungsbedarf besteht. Damit könnten die Lebensqualität, aber auch die kognitiven Symptome von Menschen mit Demenz effektiv verbessert werden.

In einem anderen Artikel informieren wir über die Aktualisierung der PRISCUS-Liste, die eine Übersicht über potenziell inadäquate Medikation (PIM) im Alter bietet. Weitere Artikel widmen sich der Adhärenz sowie den A-OQI-Qualitätszirkeln.

**Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.
Das Redaktionsteam**

Inhalt



Editorial.....	2
Disease-Management Herzinsuffizienz	3
No-Gos bei Herzinsuffizienz	11
Herausforderung Demenz	12
Priscus 2.0.....	14
Adhärenz ist aktiv	16
A-OQI-Qualitätszirkel.....	18

Impressum
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion:
 Österreichische Gesundheitskasse
 Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien
www.gesundheitskasse.at/impressum

Hersteller: ÖGK Wien,
 Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien
 Satz- und Druckfehler vorbehalten.

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
 Robert Mauersberger, PhD
robert.mauersberger@oegk.at

Chronische Herzinsuffizienz

Leitlinienkonformer Diagnose- und Behandlungspfad

Mindestens zehn Prozent der Über-70-Jährigen leiden an einer symptomatischen Herzinsuffizienz. Allein dies unterstreicht die Notwendigkeit eines Disease-Managements.



Rund ein bis drei Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Europa sind von einer symptomatischen Herzinsuffizienz betroffen [1]. Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter auf zehn Prozent und mehr nach dem 70. Lebensjahr. Diese Zahlen können als vorsichtige Schätzung betrachtet werden. Angaben in der Literatur zeigen durchaus Schwankungen. Die Dunkelziffer bei Herzinsuffizienz ist relativ hoch, zudem werden oftmals nicht alle Formen und Schweregrade berücksichtigt. Chronische Herzinsuffizienz geht mit einer hohen Mortalität einher (etwa 40–50 % der Betroffenen versterben innerhalb von fünf Jahren). Viele Spitalsaufenthalte sind auf Herzinsuffizienz zurückzuführen; auch die Rehospitalisierungsrate ist hoch (30–50 % innerhalb der ersten sechs Monate). Die oftmals fehlende leitlinienkonforme Therapie von Betroffenen trägt zusätzlich zu

hohen Komplikationsraten (das heißt hoher Mortalität und hoher Rate an Spitalsaufenthalten) bei [2]. Beispielsweise sind ACE-Hemmer derzeit lediglich bei 22 % der Patientinnen und Patienten in Europa auf die Zieldosierung auftritt, Betablocker bei 12 % [1]. In Anbetracht einer immer älter werdenden Bevölkerung wird die Herzinsuffizienz damit zu einer Herausforderung für das Gesundheitssystem.

Disease-Management

Bereits im Jahr 2017 hat die Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG) in ihrem Positionspapier auf die Notwendigkeit eines Disease-Managements für Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz hingewiesen [2]. Auch die Leitlinien zur

Diagnose und Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft (ESC) empfehlen (mit höchstem Empfehlungsgrad) ein multidisziplinäres Versorgungsprogramm für Betroffene, um das Risiko für herzinsuffizienzbedingte Spitalsaufenthalte und die Mortalität zu senken (Empfehlungsgrad I, Evidenzgrad A) [3].


Die Prävalenz steigt auf zehn Prozent und mehr.

Modulares Konzept

Das Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) als Einrichtung der Österreichischen Sozialversicherung hat zwischen 2019 und 2021 gemeinsam mit zahlreichen (auch externen) Expertinnen und Experten und unter möglichst breiter Einbindung der Systempartner ein modulares Rahmenkonzept für ein österreichweites Disease-Management bei chronischer Herzinsuffizienz erarbeitet. Ziel war es, Empfehlungen für eine langfristige, bundesweit einheitliche Versorgung bei chronischer Herzinsuffizienz zu formulieren und dabei die unterschiedlichen Ansätze der bislang in Österreich umgesetzten regionalen (Pilot-)Projekte und Programme durch einen modularen Aufbau zu integrieren. Selbstverständlich wurden nationale grundlegende/strategische Überlegungen wie z.B. die Vorgaben des Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) berücksichtigt, wonach eine wohnortnahe, hausarztzentrierte Versorgung das Ziel ist.

Das Rahmenkonzept wurde im Jahr 2022 publiziert und steht auf der Website des CCIV zum Download zur Verfügung. Zudem kann ein gedrucktes Exemplar unter office.cciv@oegk.at bestellt werden.

Servicetool

Ein Kernstück des CCIV-Rahmenkonzepts bilden die auf Basis der ESC-Leitlinien erstellten Pfade zur chronischen Herzinsuffizienz. Der auf den folgenden Seiten abgebildete Diagnose- und Behandlungspfad wurde gemeinsam mit der ÖKG entwickelt. Dieser stellt die leitlinienkonforme Diagnose und Therapie bei chronischer Herzinsuffizienz in übersichtlicher Form dar und soll im Sinne eines Servicetools bei der Therapieentscheidung in der täglichen Praxis unterstützen. Ziel ist es, damit die eingangs erwähnten sichtbaren Potenziale im Bereich der Herzinsuffizienztherapie besser zu nutzen und die Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten zu verbessern. 



Der Diagnose- und Behandlungspfad soll als Servicetool in der täglichen Praxis dazu beitragen, die Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten zu verbessern.



Praxistool chronische Herzinsuffizienz – Folder jetzt bestellbar

- Der Diagnose- und Behandlungspfad ist derzeit in Form eines Folders verfügbar. Ergänzend dazu wird aktuell ein interaktives Tool entwickelt, das noch im Laufe des Jahres vorliegen und die Verwendung erleichtern soll.
- Der Folder „Chronische Herzinsuffizienz – Diagnose- und Behandlungspfad“ kann ab sofort über office.cciv@oegk.at bestellt werden. Zudem steht dieser für Sie auch über die CCIV-Website unter www.cciv.at als PDF zum Download bereit.
- Für nähere Informationen zum Disease-Management, für Anregungen oder Rückfragen steht Ihnen das Team des CCIV unter office.cciv@oegk.at gerne zur Verfügung.

Literatur:

- [1] Holak S, Gwechenberger M, Dachs C et al. Positionspapier: Leitfaden zur Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz: Wer macht was und wann? J Kardiol 2023;30:12–6. Abrufbar unter: www.kup.at/kup/pdf/15318.pdf.
- [2] Moertl D, Altenberger J, Bauer N et al. Disease management programs in chronic heart failure: Position statement of the Heart Failure Working Group and the Working Group of the Cardiological Assistance and Care Personnel of the Austrian Society of Cardiology. Wien Klin Wochenschr 2017;129:869–78.
- [3] McDonagh TA, Metra M, Adamo M et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2021;42:3599–726.

Chronische Herzinsuffizienz

Diagnose- und Behandlungspfad

Diagnosepfad

Patient mit Verdacht auf chronische Herzinsuffizienz (CHI)

Abschätzung der CHI-Wahrscheinlichkeit

1. Anamnese:

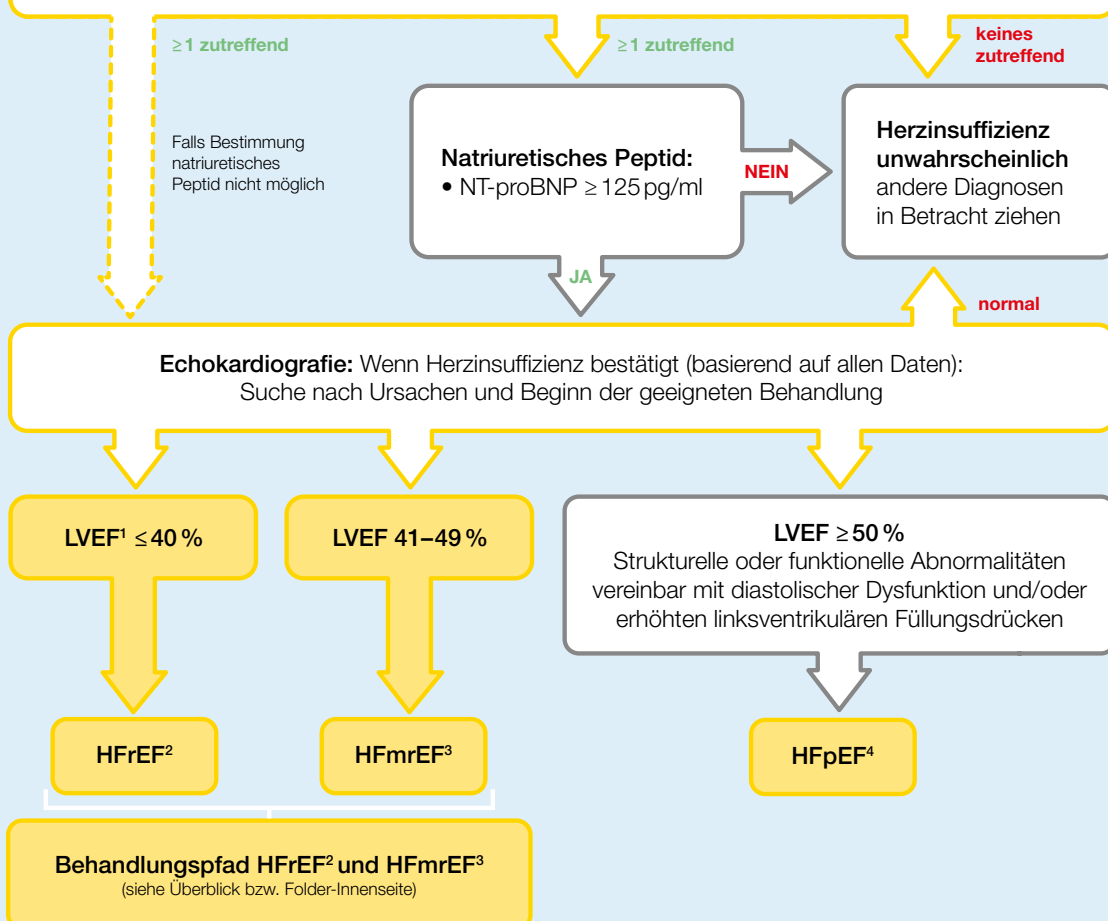
- KHK
- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus
- Exposition zu kardiotoxischen Substanzen/Strahlung
- Dyspnoe

2. Körperliche Untersuchung:

- Rasselgeräusche
- Beidseitige Knöchelödeme
- Herzgeräusche
- Gestaute Halsvenen

3. EKG:

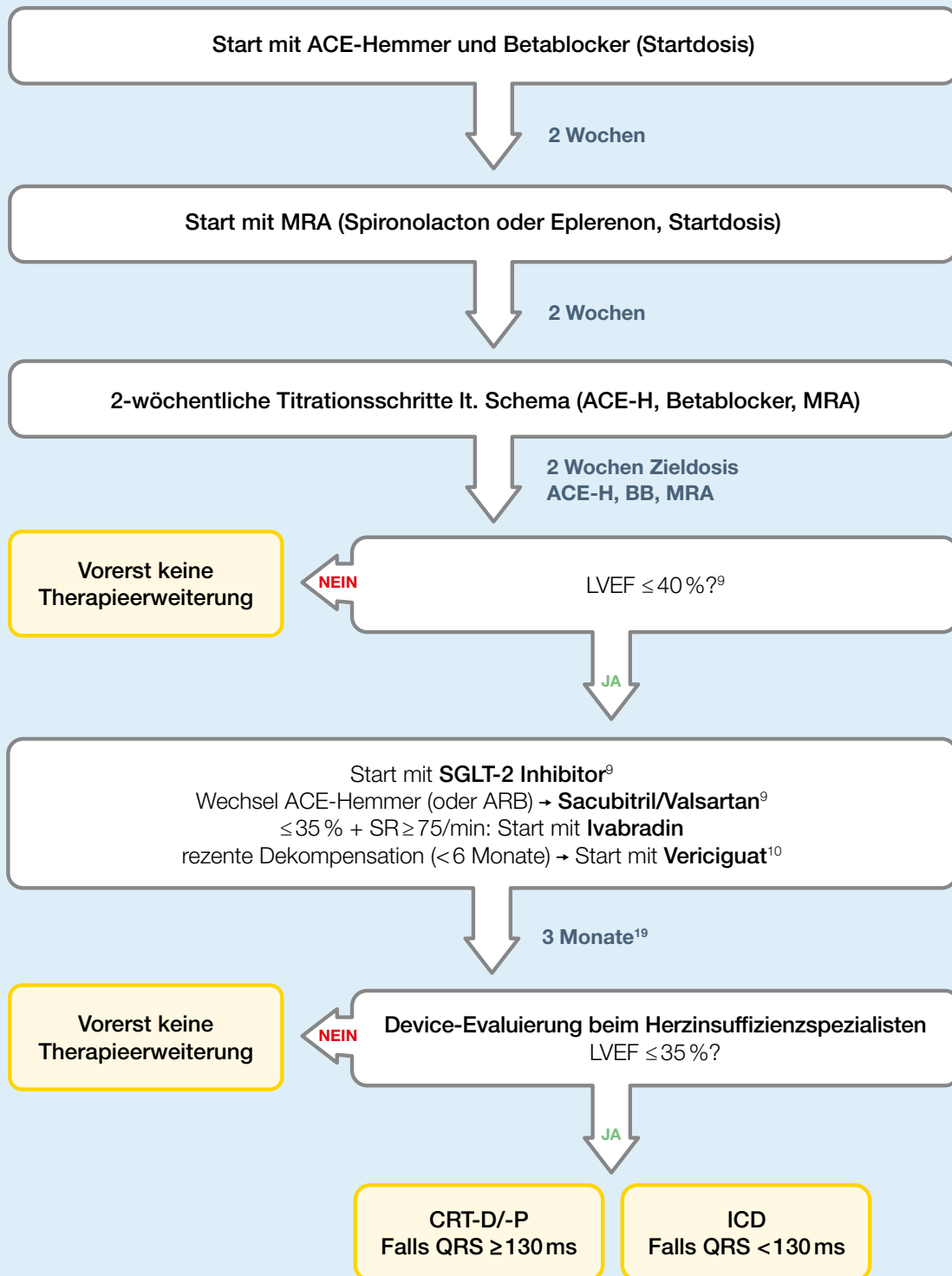
- Jegliche Anomalie



Anmerkung: Dieser Folder wurde in Anlehnung an die ESC-Guidelines 2021 entwickelt.

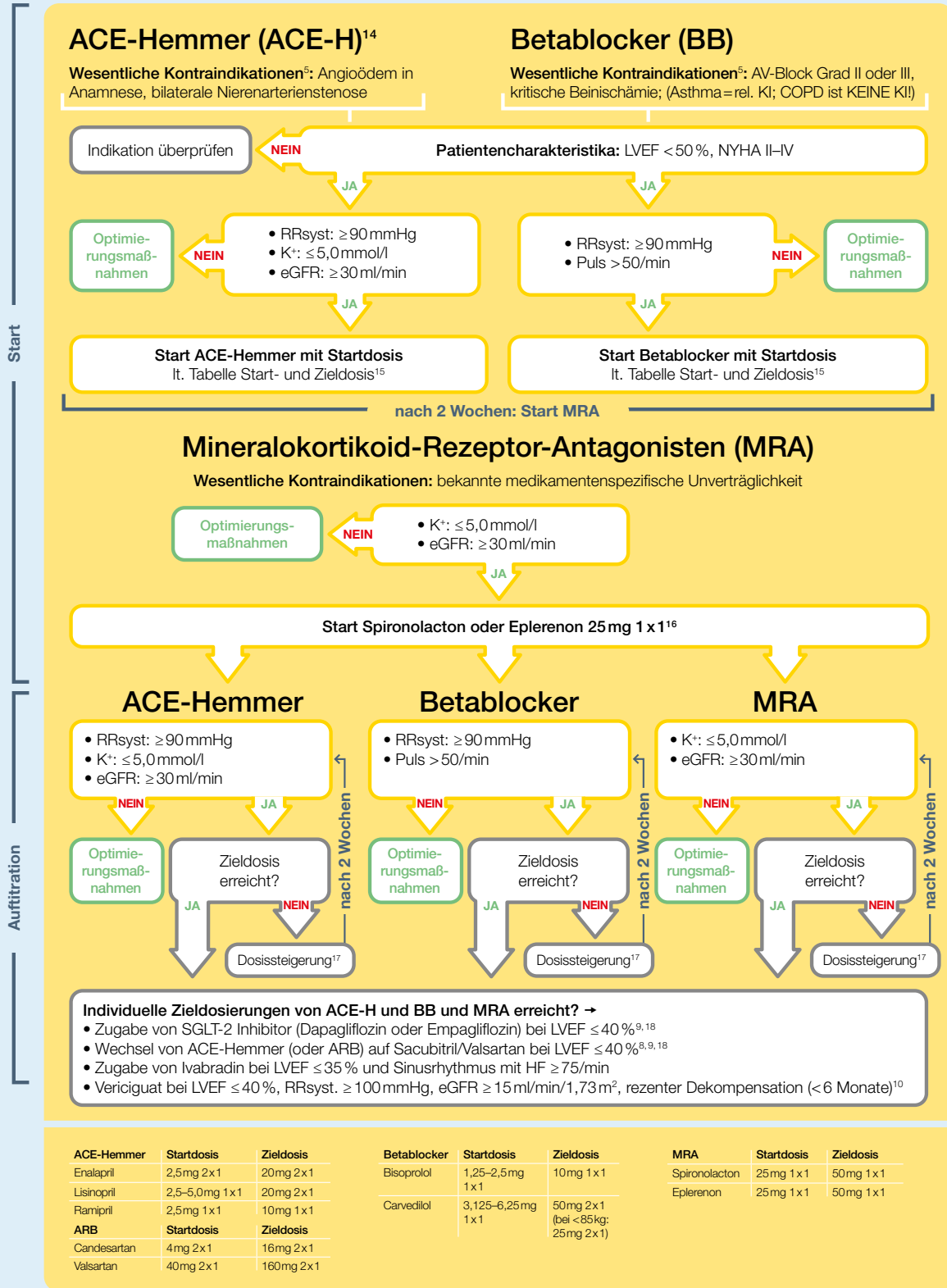


Überblick Behandlungspfad HFrEF und HFmrEF (NYHA II-IV, LVEF <50 %) ¹⁸



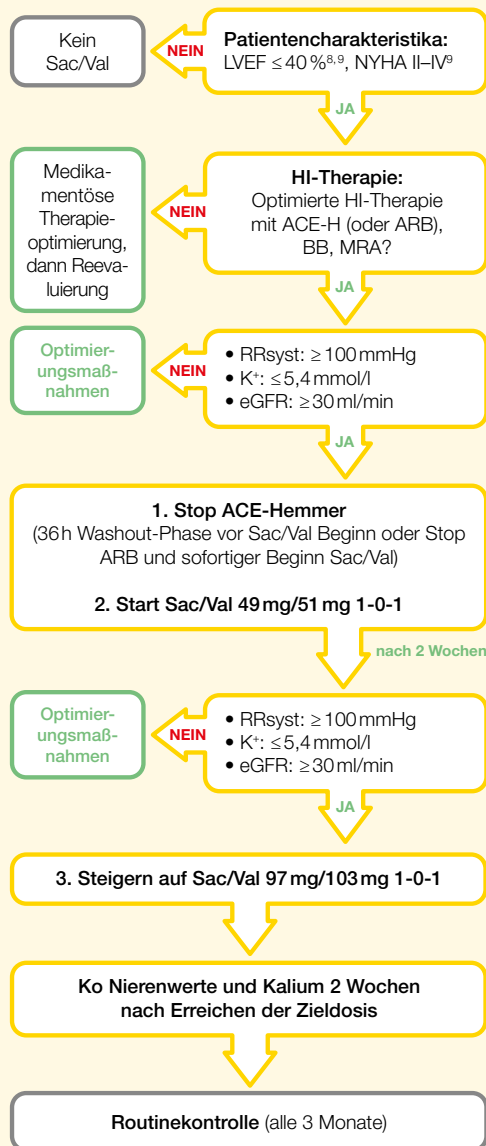
ACE-Hemmer, Betablocker, MRA

Einstellungspfade



Sacubitril/Valsartan (Sac/Val)

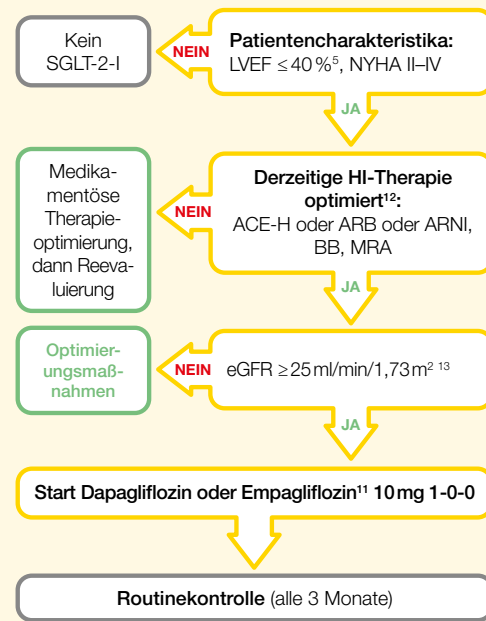
Wesentliche Kontraindikationen⁵: Angioödem in Anamnese, gleichzeitige Gabe von ACE-H⁸, Aliskiren, ARB, schwere Leberfunktionsstörungen



ARNI	Startdosis	Zieldosis
Sacubitril/Valsartan	49/51 mg 2x1	97/103 mg 2x1
SGLT-2 Inhibitor	Startdosis	Zieldosis
Dapagliflozin	10mg 1x1	10mg 1x1
Empagliflozin	10mg 1x1	10mg 1x1

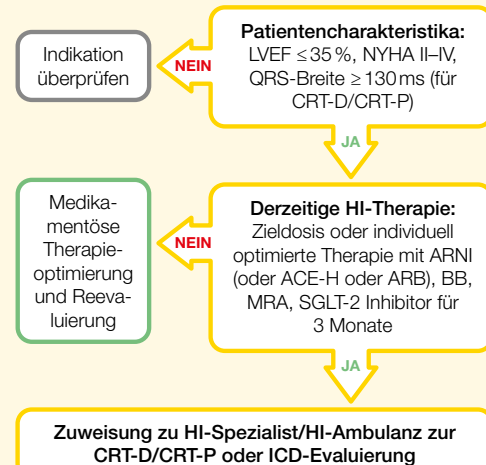
SGLT-2-Inhibitoren (SGLT-2-I) (Dapagliflozin oder Empagliflozin¹¹)

Vorsicht bei⁵: frühere Ketazidose, schwere Lebererkrankung, Typ 1 Diabetes



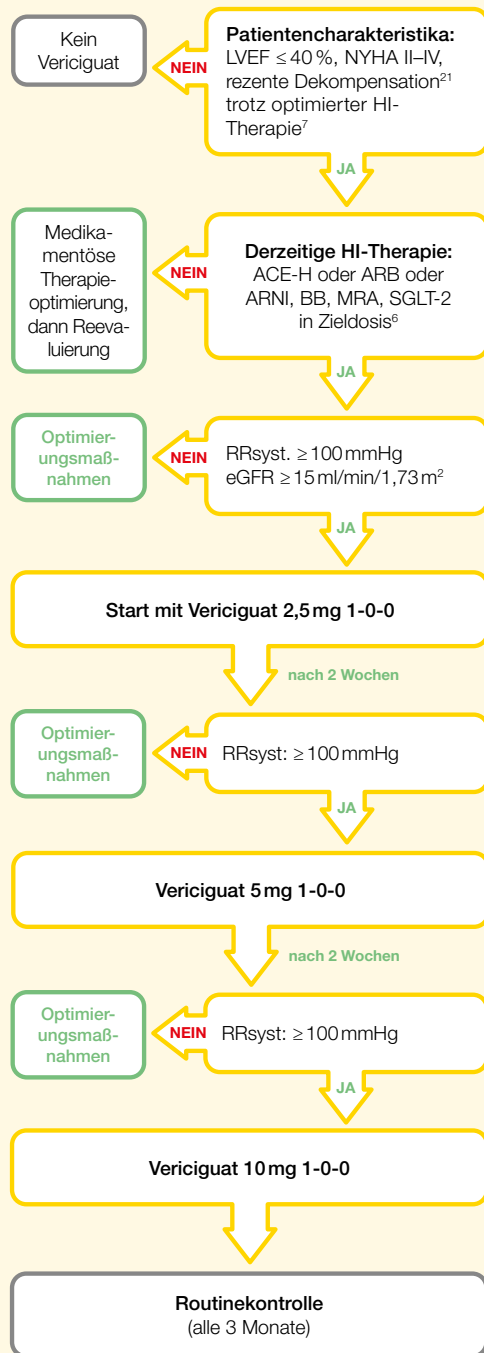
CRT-D/CRT-P und ICD (primärprophylaktisch)

Wesentliche Kontraindikationen: für CRT-D/CRT-P: QRS-Breite < 130 ms; für ICD: Myokardinfarkt < 40d, deutlich reduzierte Lebenserwartung aus nicht HI-Gründen



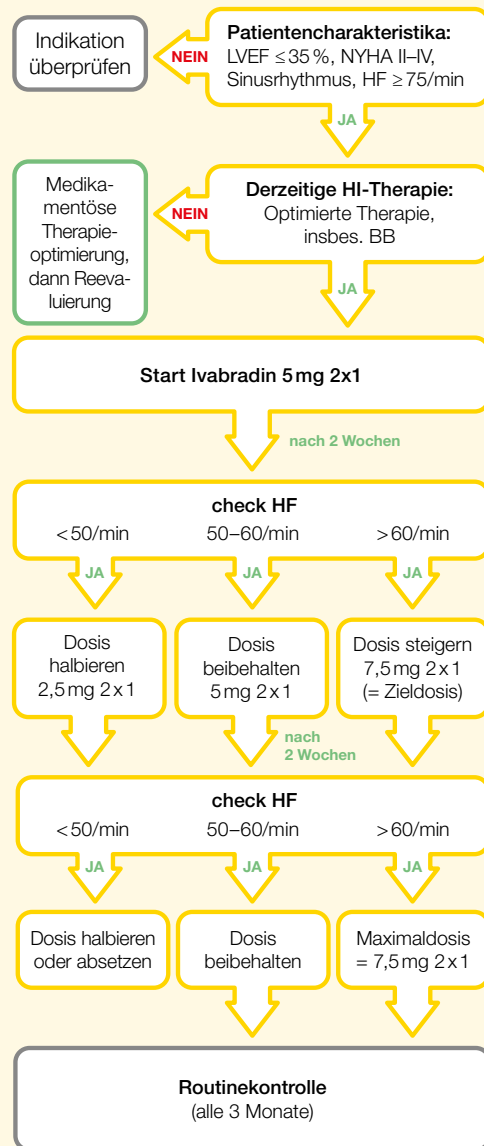
Vericiguat

Wesentliche Kontraindikationen⁶:
PDE-5 Inhibitoren, langwirksame Nitrate



Ivabradin

Wesentliche Kontraindikationen: schwere Leberfunktionsstörungen, GFR < 15 ml/min, instabile kardiale Situation (ACS, Schlaganfall, schwere Hypotonie)



sGC-Inhibitor	Startdosis	Zieldosis
Vericiguat	2,5 mg 1x1	10 mg 1x1
I ₁ -Kanal-Blocker	Startdosis	Zieldosis
Ivabradin	5 mg 2x1	7,5 mg 2x1

Optimierungsmaßnahmen

RRsyst: <90 mmHg oder
<100 mmHg (Sac/Val)

Optimierung des Blutdruckes durch

- **Absetzen/Dosisreduktion von**
 - Diuretika (je nach Volumenstatus)
 - Vasodilatoren
 - Anderen RR-senkenden Therapien in Erwägung ziehen
- Kochsalz- und Flüssigkeitsrestriktion **hinterfragen**
- Volumenmangel **beheben**

eGFR: <30 ml/min/1,73 m²

Optimierung der GFR durch

- **Absetzen/Dosisreduktion von**
 - Diuretika
 - NSAR
- in Erwägung ziehen
- Kochsalz- und Flüssigkeitsrestriktion **hinterfragen**
- Volumenmangel **beheben**

Serum-K⁺: >5,4 mmol/l (Sac/Val)
>5,0 mmol/l (MRA)

Optimierung des Kaliumspiegels durch

- **Absetzen von** Kaliumsubstitution, Nahrungsergänzungsmittel, Salzersatz
- **Ausschluss** präanalytischer Laborfehler (Hämolyse?, Abnahmetechnik?)
- **Kaliumsenker:** Patiomer (Veltassa®), Natriumzirkoniumsilikat (Lokelma®)²⁰

HF <50/min

Optimierung der Herzfrequenz durch

- **Absetzen/Dosisreduktion von** herzfrequenzsenkenden Medikamenten (z. B. Digitalis, Amiodaron, Diltiazem, Verapamil, Ivabradin) in Erwägung ziehen.
- **EKG-Kontrolle** (AV-Block?)

Bei mangelndem Erfolg der Optimierungsmaßnahmen: Kontakt mit HI-Spezialist

Fußnoten:

1 LVEF = linksventrikuläre Auswurfraction 2 HFEF = Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfraction 3 HFmrEF = Herzinsuffizienz mit leicht reduzierter Auswurfraction 4 HFpEF = Herzinsuffizienz mit erhaltener Auswurfraction 5 Für die meisten Herzinsuffizienzmedikamente sind Schwangerschaft und Stillzeit Kontraindikationen bzw. gibt es für diese Situationen keine Zulassung. Für detailliertere Informationen wird auf die Fachinformationen verwiesen bzw. ist Expertenrat einzuholen 6 Oder max tolerierte Dosis 7 typischerweise bestehend aus ACE-Hemmer oder ARB oder ARNI, Betablocker, MRA, SGLT-2 I (Verträglichkeit) 8 Regelmäßige Erstattung bei ≤35%, Einzelfallbewilligungen sinnvoll 9 LVEF nicht älter als 6 Monate, Erstverschreibung über niedergel. FA mit Echokardiografie, Kardiologie oder Fachambulanz 10 Nach jeder Dekompensation sollte eine Vericiguatverschreibung evaluiert werden 11 Empagliflozin dzt. noch keine regelhafte Erstattung 12 Zioldosis oder individuell optimierte Dosis 13 Für Empagliflozin ≥20 ml/min/1,73m² 14 Oder ARB, falls ACE-Hemmer wegen ACE-Hemmer Husten nicht vertragen werden 15 ACE-Hemmer und Betablocker sollten – falls genannte Kriterien erfüllt – zeitgleich gestartet werden 16 Laut Fachinformation Kontrolle Nierenwerte und Serum-Kalium nach 1 und 4 Wochen 17 Max. Verdoppelung alle 2 Wochen bis Zioldosis oder maximal tolerierter Dosis 18 Details siehe Einstellungspfade 19 3 Monate ab dem Zeitpunkt, zu dem ACE-Hemmer, BB, MRA im Zielbereich sind 20 Bei wiederholten Hyperkalämien >5,5 mmol/L 21 in den letzten 6 Monaten

Medieninhaber und Herausgeber: Competence Center Integrierte Versorgung, c/o Österreichische Gesundheitskasse | Redaktion: Competence Center Integrierte Versorgung, Arbeitsgruppe Herzinsuffizienz der ÖKG, 3. Auflage September 2022. Nachdruck oder Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Herausgebers gestattet. Satz- und Druckfehler vorbehalten. Offenlegung gemäß §25 Mediengesetz siehe www.gesundheitskasse.at ⇨ Impressum



Herzinsuffizienz



Competence Center
Integrierte Versorgung

Therapie der Herzinsuffizienz

No-Gos in der Behandlung

Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz (HI) benötigen leitlinienkonform mehrere Medikamente, um die Lebensqualität und die Prognose deutlich zu verbessern, jedenfalls ein Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System, einen Betablocker, einen Mineralocorticoid-Rezeptor-Antagonisten, einen SGLT-2-Hemmer und in Abhängigkeit von Begleiterkrankungen noch weitere Präparate.

Die Leitlinien [1-2] listen allerdings auch Substanzgruppen auf, die bei Patientinnen und Patienten mit HI nicht verordnet bzw. nach Diagnosestellung abgesetzt werden sollten:


- Kombinationen von ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptor-Blocker (ARB) mit einem Angiotensin-Rezeptor-Blocker/Nepriylsin-Inhibitor (ARNI)
- Pioglitazon (Thiazolidindion)
- Saxagliptin und Alogliptin (DPP-4-Hemmer)
- NSAR und Coxibe
- Doxazosin und Terazosin (Alpha-1-Blocker)

Die Daten der Realversorgung sollen zeigen, auf welche nicht empfohlenen Begleitmedikationen besonders hinzuweisen ist. Von 15.600 Anspruchsberechtigten der ÖGK, die im 2. Halbjahr 2022 einen ARNI erhalten haben und somit jedenfalls die Diagnose HI aufweisen, erhielten während des Zeitraums der ARNI-Therapie folgende (nicht empfohlene) Begleitmedikationen (Abb. 1).

14,6 % problematisch

Bei 2.278 (14,6 %) Patientinnen und Patienten mit HI wurde im 2. Halbjahr 2022 eine nicht empfohlene Begleit-

medikation mit der ÖGK abgerechnet. Neben der empfohlenen Medikation und Zieldosierung sollte daher auch auf die problematische Begleitmedikation geachtet werden. Insbesondere wird auf

die kontraindizierte Co-Medikation eines ARNI mit einem ACE-Hemmer oder ARB hingewiesen, auch Doxazosin sollte bei Herzinsuffizienz abgesetzt werden. 

Wirkstoff(klasse)	Anzahl Personen	Anteil am Kollektiv
ACE-Hemmer	164	1,1 %
ARB 6 Personen erhielten sowohl ACE-Hemmer als auch ARB (per se kontraindiziert)!	232	1,5 %
Pioglitazon	33	0,2 %
Saxagliptin	21	0,1 %
NSAR/Coxibe	1.720	11,0 %
davon mehr als 3 Packungen	175	1,1 %
Diclofenac	518	3,3 %
Dexibuprofen	565	3,6 %
Alpha-1-Blocker	207	1,3 %
Doxazosin	195	1,2 %
insgesamt (einen oder mehr Wirkstoffe)	2.278	14,6 %

Abbildung 1: Nicht empfohlene Begleitmedikation bei ARNI-Therapie.

Literatur:

- [1] McDonagh TA, Metra M, Adamo M et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726.
- [2] Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2022;79(17):1757-80.

Herausforderung Demenz

Zur Behandlung von Komorbiditäten bei Betroffenen

Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankungen ist wahrscheinlich eines der größten gesundheitlichen Themen unseres Jahrhunderts. Immer mehr Menschen werden einen Teil ihres Lebens in Demenz verbringen. Eine wichtige Frage ist daher, in welcher Lebensqualität sie dies tun werden.



LightField Studios/shutterstock.com

Demenzerkrankungen entwickeln sich zu einer der größten gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Die Anzahl der Betroffenen in Mitteleuropa soll sich bis zum Jahr 2050 verdoppeln, für Österreich rechnen wir mit 300.000–350.000 Menschen mit Demenz [1]. Gleichzeitig steht ein Paradigmenwechsel in der Therapie bevor und niemand kann seriös prognostizieren, wie wir Demenzerkrankungen in 25 Jahren behandeln werden. Sicher scheint, dass unsere globalen Anstrengungen zur immer genaueren und früheren Diagnostik und zur krankheitsmodifizierenden Therapie dazu führen werden, dass immer

mehr Menschen viele Jahre ihres Lebens mit Demenz erleben werden. Während wir also weiter danach forschen, die Erkrankung ausreichend zu verlangsamen oder schließlich vielleicht sogar zu heilen, sollten wir keinesfalls vergessen, den Fokus auf die Lebensqualität der jetzt und zukünftig Betroffenen zu richten.

Körperliche Aktivität

Einer der wichtigsten Faktoren für die Qualität eines Lebens mit Demenz ist die optimale körperliche Gesundheit. Körperliche Aktivität hat hier einen enormen Stellenwert und kann in ihren posi-

tiven Auswirkungen auf die Prävention- und letztlich auch auf die Behandlung! - von Demenzerkrankungen nicht unterschätzt werden [2]. Auch bereits Erkrankte profitieren also stark davon und ein multimodales Behandlungskonzept der Zukunft muss es sich zu einer zentralen Aufgabe machen, Sport und körperliche Aktivität in jedem Alter zu fördern.

Demenzerkrankungen sind Erkrankungen des älteren Menschen und folglich mit vielen anderen Komorbiditäten assoziiert. Der Zusammenhang ist oft komplex – viele Erkrankungen teilen sich Risikofaktoren oder beeinflussen sich in

ihrer Entstehung im Sinne eines negativen Feedbacks gegenseitig. Menschen mit Demenz sind daher disproportional häufig von diesen typischen Alterserkrankungen wie Hypertonie, Hyperlipidämie, Diabetes oder Herzinsuffizienz betroffen [3]. Prinzipiell gibt es keinen Grund, diese oder andere chronische Erkrankungen bei Menschen mit Demenz anders zu behandeln als bei Menschen, die nicht von Demenz betroffen sind. Obwohl im Sinne einer individuellen Therapiezielplanung die reduzierte Lebenserwartung beispielsweise bei Interventionen zur primären Prävention (z.B. Reduktion der Blutfettwerte) die Nutzen-Risiko-Rechnung verändern kann, ist es uns wichtig zu betonen, dass die Behandlung von vielen dieser Erkrankungen neben einem präventiven Effekt auch eine unmittelbare Auswirkung auf die Lebensqualität der Menschen hat. All diese Argumente werden in einer Zukunft, in der wir Demenz zielgerichteter behandeln können, nur noch stärker wiegen.

ÖGK-Datensatz

Die Betreuung von Menschen mit Demenz stellt Behandlerinnen und Behandler freilich vor einzigartige Herausforderungen. Aufgrund der eingeschränkten Kommunikation vor allem bei fortgeschrittenen Erkrankungen müssen viele Symptome aktiv erfragt werden. Insbesondere wichtig ist ein gezieltes Nachfragen nach Schmerz – oder wenn die verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist, das aufmerksame Suchen nach indirekten Hinweisen darauf.


In Zusammenarbeit mit Berthold Reichardt von der ÖGK und Tanja Stamm vom Zentrum für medizinische Statistik wurde 2016 ein Datensatz erstellt, der es uns ermöglicht, die Behandlung von Menschen mit Demenz in Österreich zu untersuchen. Es wurden jene Menschen identifiziert, die im Zeitraum von 2005–2016 mit einem zugelassenen Antidementivum – also einem Cholinesteraseinhibitor oder Memantin – behandelt wurden. Für diese Gruppe sowie eine nach Alter und Geschlecht gepaarte Kohorte wurden außerdem im gleichen Zeitraum bezogene Medikamente zur

Behandlung der wesentlichen Komorbiditäten erhoben. Wir konnten annähernd 71.000 Menschen mit Demenz sowie eine gleiche Anzahl Kontrollpersonen identifizieren und deren Daten analysieren und stellten fest, dass Menschen, die mit einem Antidementivum behandelt werden, ein signifikant unterschiedliches Komedikationsprofil aufweisen als jene ohne Demenz [4]. Unsere zentrale Erkenntnis war, dass die typischen somatischen Komorbiditäten deutlich weniger behandelt werden als bei Menschen ohne Demenz. Dieser Unterschied war am stärksten bei Anihypertensiva/Medikamenten zur Behandlung einer Herzinsuffizienz sowie bei Opioiden ausgeprägt. Eine psychiatrische Medikation mit Antipsychotika, Antidepressiva oder Benzodiazepinen wurden häufiger verschrieben, ebenso Medikamente zur Behandlung von M. Parkinson sowie Anticholinergika.

Für uns ergeben diese Daten ein eindeutiges Bild: Die Behandlung von Komorbiditäten bei Menschen mit Demenz ist optimierbar und bietet eine gute Möglichkeit, die Lebensqualität aber auch die kognitiven Symptome von Menschen mit Demenz abseits von teuren Antikörpertherapien effektiv zu verbessern. Die Daten legen nahe, dass insbesondere bei der Therapie von Hypertonie/Herzinsuffizienz und Schmerzen eine größere Lücke besteht, die rasch und von allen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitssystem geschlossen werden kann. Eine Demenzerkrankung sollte keinesfalls der alleinige Grund sein, die Behandlung anderer chronischer Erkrankungen zu beenden oder nicht zu intensivieren und insbesondere das Erkennen und Behandeln von Schmerzen sollte in jeder Phase der Erkrankung besonders beachtet werden.

Dosierung und Dauer

Die Therapie mit Antipsychotika oder Benzodiazepinen ist im Verlauf von Demenzerkrankungen oftmals notwendig und unsere Daten belegen schließlich auch die häufigere Verwendung. Wichtig ist, bei deren Verschreibung darauf zu achten, die Dosierung und die Dauer der Anwendung so kurz wie möglich zu halten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass basierend auf den Daten des Untersuchungszeitraums Patientinnen und Patienten, die mit einem Antidementivum behandelt wurden, mehr Komedikation einnahmen als solche ohne Demenz. Es wurden die häufigen Komorbiditäten jedoch weniger oft behandelt als in der Kontrollgruppe. Weitere Untersuchungen zu diesem Aspekt sind notwendig und bereits in Planung. Die Balance zwischen Polypharmazie einerseits und optimaler individualisierter Therapie von Komorbiditäten andererseits ist sicherlich eine Herausforderung, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit Demenz. Unsere Daten legen jedoch nahe, dass die Behandlung von Komorbiditäten bei Demenz verbessert werden könnte – dies würde Lebensqualität, Kognition und Lebenserwartung in dieser Gruppe erhöhen. 

Literatur:

- [1] Wurm R und Stögmann E. Epidemiology of dementia – the epidemic we saw coming. *Wien Med Wochenschr* 2021;171:247–8.
- [2] Ahlskog JE, Geda YE, Graff-Radford NR und Petersen RC. Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging. *Mayo Clin Proc* 2011;86:876–84.
- [3] Heath CA, Mercer SW und Guthrie B. Vascular comorbidities in younger people with dementia: a cross-sectional population-based study of 616 245 middle-aged people in Scotland. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015;86:959–64.
- [4] Wurm R, Parvizi T, Goeschl S et al. Analysis of co-medication in people with dementia. *Eur J Neurol* 2023;30:823–30.

Autorinnen und Autoren:

Dr. med. univ. Raphael Wurm
Universitätsklinik für Neurologie,
Medizinische Universität Wien

Assoc. Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. univ.
Elisabeth Stögmann

Universitätsklinik für Neurologie,
Medizinische Universität Wien

Conflict of Interest:

Elisabeth Stögmann erhielt Zuwendungen aus der pharmazeutischen Industrie.

PRISCUS 2.0

Was gibt es Neues?

Vor Kurzem wurde die Aktualisierung der PRISCUS-Liste veröffentlicht, die eine Übersicht über potenziell inadäquate Medikation (PIM) im Alter gibt. PRISCUS 2.0 ist mehr als doppelt so lang wie die Erstversion und bringt einige bedeutende Änderungen mit sich. Erstmals haben auch österreichische Expertinnen und Experten an dieser Liste mitgewirkt [1, 2].



Dragana Gordic/shutterstock.com

Mit zunehmendem Alter nimmt die Anzahl der verordneten Arzneimittel meist deutlich zu. Durch Polypharmazie und eine im fortgeschrittenen Alter veränderte Wirkung von Arzneimitteln kommt es häufig zu einem Anstieg von unerwünschten Arzneimittelereignissen. Ein Zusammenhang zwischen der Einnahme von PIM und einem erhöhten Risiko für Stürze, Krankenhausaufnahmen und teilweise sogar einer erhöhten Mortalität [3–5] wurde in zahlreichen Studien gezeigt. Die Vermeidung potenziell inadäquater Medikamente stellt eine Möglichkeit dar, die Arzneimittelversorgung für ältere Menschen sicherer zu gestalten. Die diversen PIM-Listen bieten hierbei eine wertvolle Hilfestellung im ärztlichen Alltag.

2022 wurde die PRISCUS-Liste nach der Erstveröffentlichung 2010 [6] jetzt erstmals aktualisiert [1]. Die neue Version ist auf der Projektwebsite (www.priscus2-0.de) abrufbar und hat

einige wichtige Neuerungen mit sich gebracht.

Da die PRISCUS-Liste 2.0 für Deutschland und Österreich gemeinsam konzipiert wurde und um die zu bewertenden Wirkstoffe einzugrenzen, erfolgte eine Fokussierung auf den deutschen und den österreichischen Arzneimittelmarkt mittels Ordnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen für das Jahr 2018. Die PRISCUS-Liste 2.0 stuft nun insgesamt 177 Wirkstoffe als PIM ein und ist damit wesentlich umfangreicher als die Erstversion. Diese Zunahme liegt vor allem daran, dass innerhalb mancher Wirkstoffklassen – beispielsweise NSAR oder Neuroleptika – nicht mehr die gesamte Wirkstoffklasse, sondern die einzelnen Substanzen differenziert bewertet wurden. Neu hinzu gekommen sind Medikamente zur Behandlung des idiopathischen Parkinson-Syndroms sowie zahlreiche Antidepressiva, Muskelrelaxanzien und Urologika. Auch alle selek-

tiven COX-2-Hemmer sowie mittellang wirksame Benzodiazepine sind neu auf der PRISCUS-Liste 2.0. Orale Antidiabetika wurden erstmals aufgenommen und die Wirkstoffe Glibenclamid, Glimepirid und Acarbose als PIM klassifiziert. Des Weiteren sind für einige Wirkstoffe Obergrenzen für Dosis und/oder Therapiedauer festgelegt worden:

- Protonenpumpenhemmer (PPI) gelten nun als PIM, wenn die Therapiedauer acht Wochen überschreitet.
- Ibuprofen bei Dosierungen von mehr als 1.200 mg pro Tag und bei Anwendung über mehr als eine Woche ohne PPI bzw. über mehr als acht Wochen mit PPI.
- Risperidon sollte nicht länger als sechs Wochen verordnet werden.

Einige in der Erstversion noch aufgeführte Wirkstoffe sind nicht mehr auf der Liste zu finden, da sie entweder vom Markt genommen oder kaum noch bei Personen über 65 Jahre verschrieben wurden.

PRISCUS 2.0

Die Bewertung der Wirkstoffe erfolgte durch rund 60 Expertinnen und Experten für geriatrische Pharmakotherapie. Sie bewerteten in einem dreistufigen Delphi-Verfahren, ob ausgewählte Wirkstoffe als klinisch relevante PIM für ältere Patientinnen und Patienten eingestuft werden sollten. Als Grundlage dienten eine systematische Literaturrecherche sowie eigens für das Projekt erstellte systematische Reviews [1, 7].

Die Erstellung der PIM-Listen auf Basis eines Expertenkonsenses ist seit Langem ein häufiger Kritikpunkt. Da ältere multimorbide Menschen jedoch nach wie vor oftmals nicht in klinische Studien ein-

geschlossen werden, ist die Bewertung der Sicherheit und Verträglichkeit von Arzneimitteln im Alter eine Herausforderung und bestehende Evidenzlücken müssen durch Expertenwissen überbrückt werden. Wichtig ist dennoch, die Expertenbefragung durch die beste verfügbare Evidenz zu untermauern. Für die Aktualisierung der PRISCUS-Liste wurde den Expertinnen und Experten durch die Aufbereitung von bereits verfügbaren Reviews und die zusätzliche Erstellung von systematischen Reviews eine Basis für eine möglichst evidenzbasierte Entscheidung zur Verfügung gestellt, was einen erheblichen methodischen Fortschritt darstellt.

Verbreitung von PIM

Eine österreichweite Untersuchung aus dem Jahr 2014 zeigte noch, dass knapp drei Viertel der untersuchten Personen ab 70 Jahren mindestens ein PIM erhielten [8], Basis dafür war die 2012 publizierte österreichische PIM-Liste [9]. In den letzten Jahren ist das Bewusstsein für Wirkstoffe, die für ältere Patientinnen und Patienten potenziell ungeeignet sein könnten, gewachsen. Ein Rückgang der PIM-Verordnungen konnte in zahlreichen Publikationen beobachtet werden. In Deutschland beispielsweise zeigten

frühere Untersuchungen, dass der Anteil der Personen ab 65 Jahren mit mindestens einer Verordnung eines Wirkstoffs von der PRISCUS-Liste im Zeitraum von 2009 bis 2019 von fast 25 auf ca. 15 Prozent abgenommen hat [1, 2, 10].

Bei Anwendung der neuen Empfehlungen von PRISCUS 2.0 rückwirkend auf die stattgefundenen Verordnungen des Jahres 2021 zeigt sich jetzt hingegen, dass nahezu jede zweite ältere Person mindestens eine PIM-Verordnung erhalten hat. Die Hauptgründe für diese Diskrepanz der PIM-Verordnungen im Vergleich zu denen der Vorjahre, sind vor allem der deutlich größere Umfang der PRISCUS-Liste 2.0 mit zahlreichen neuen Wirkstoffklassen und Wirkstoffen sowie die Tatsache, dass Verordnungen von PPI über mehr als acht Wochen jetzt als potenziell unangemessen beurteilt werden [2]. Diese retrospektiven Daten zeigen, dass weiterhin Handlungsbedarf besteht.


PPI gelten nun als PIM, wenn die Therapiedauer acht Wochen überschreitet. Hiermit verbundene Risiken wie die Zunahme von Infektionen und Frakturen durch Osteoporose sind eindeutig belegt [11]. Dies hat vor allem bei Frauen besondere Beachtung verdient: Sie erhalten nicht nur generell mehr PIM als Männer

[2, 12], sondern auch besonders oft PPI, was aufgrund ihres höheren Risikos für Osteoporose problematisch ist. Hier besteht vermutlich ein großes Potenzial für Deprescribing [2].

Neben den PPI gehören NSAR, Antidepressiva und Urologika zu den am meist verordneten PIM.

Wertvolle Hilfestellung

Die PRISCUS-Liste 2.0 ist ein hilfreiches Instrument für den ärztlichen Alltag, um die Qualität der Arzneimittelversorgung älterer Menschen zu optimieren. Sie umfasst nicht nur die potenziell inadäquaten Wirkstoffe, sondern enthält auch wichtige Informationen zu möglichen Therapiealternativen, zu vermeidenden Komedikation/Komorbiditäten, Hinweise zum Monitoring sowie den Grund für die Einstufung als PIM.

Wichtig ist, dass es sich bei der PRISCUS-Liste um keine „Kontraindikationsliste“ handelt: Patientenindividuell kann eine PIM-Verordnung trotzdem notwendig sein. Diese individuelle Einschätzung der klinischen Situation und die daraus folgende Auswahl der geeigneten Medikation ist und bleibt eine wichtige Aufgabe der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. 

Literatur:

- [1] Mann N-K, Mathes T, Sönnichsen A et al. Potentially Inadequate Medications in the Elderly: PRISCUS 2.0—First Update of the PRISCUS List. *Dtsch Arztebl Int* 2023;120:3–10.
- [2] Thürmann P, Mann N-K, Zawinell A, Niepraschk-von Dollen K und Schröder H. Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen – PRISCUS 2.0. In: Schröder H, Thürmann P, Telschow C, Schröder M, Busse R. *Arzneimittel-Kompass* 2022. Berlin, Heidelberg: Springer, 2022:51–76.
- [3] Mekonnen AB, Redley B, Courten B de und Manias E. Potentially inappropriate prescribing and its associations with health-related and system-related outcomes in hospitalised older adults: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2021;87:4150–72.
- [4] Xing XX, Zhu C, Liang HY et al. Associations Between Potentially Inappropriate Medications and Adverse Health Outcomes in the Elderly: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Pharmacother* 2019;53:1005–19.
- [5] Endres HG, Kaufmann-Kolle P, Steeb V, Bauer E, Böttner C und Thürmann P. Association between Potentially Inappropriate Medication (PIM) Use and Risk of Hospitalization in Older Adults: An Observational Study Based on Routine Data Comparing PIM Use with Use of PIM Alternatives. *PLOS ONE* 2016;11:e0146811.
- [6] Holt S, Schmiedl S und Thürmann P. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107:543–51.
- [7] Mühlbauer B. The new PRISCUS List—used judiciously, a valuable aid in deciding when to start and withdraw medications. *Dtsch Arztebl Int* 2023;120:1–2.
- [8] Mann E, Haastert B, Frühwald T et al. Potentially inappropriate medication in older persons in Austria: A nationwide prevalence study. *Eur Geriatr Med* 2014;5:399–405.
- [9] Mann E, Böhmendorfer B, Frühwald T et al. Potentially inappropriate medication in geriatric patients: the Austrian consensus panel list. *Wien Klin Wochenschr* 2012;124:160–9.
- [10] Selke Krulichová I, Selke GW und Thürmann P. Trends and patterns in EU(7)-PIM prescribing to elderly patients in Germany. *Eur J Clin Pharmacol* 2021;77:1553–61.
- [11] Thürmann P. Pharmakotherapeutische Aspekte bei der Therapie gastroenterologischer Erkrankungen im Alter. In: Mayet W-J. *Geriatrische Gastroenterologie. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage*. Berlin, Boston: De Gruyter, 2022:315–36.
- [12] Endres HG, Kaufmann-Kolle P, Knopf H und Thürmann P. Welche Faktoren begünstigen die Anwendung potenziell ungeeigneter Medikamente bei älteren Menschen?: Ergebnisse aus der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2018;61:40–51.

Adhärenz ist aktiv

Partnerschaftliches Verhältnis zu Patientinnen und Patienten

Adhärenz baut darauf, dass Entscheidungen über medizinisch-therapeutische Maßnahmen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten getroffen werden.

Adhärenz ist laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dann gegeben, wenn Gesundheitsdienstleister Entscheidungen über medizinisch-therapeutische Maßnahmen gemeinsam mit Patientinnen und Patienten treffen, die diese daraufhin einhalten [1, 2]. Dabei ersetzt der Begriff Adhärenz zunehmend das Konzept der Compliance. Denn im Gegensatz zur Compliance, die die passive „Therapietreue“ der Patientinnen und Patienten bezeichnet, steht bei dem Begriff Adhärenz ein aktives und partnerschaftliches Verhältnis im Vordergrund [1].

Die WHO empfiehlt einen Cut-off-Wert von 80 % für Adhärenz [1]. Das bedeutet, dass Personen, die weniger als 20 % vom vereinbarten Behandlungsplan abweichen, also z.B. 80 % der verschriebenen Medikamente einnehmen, als adhärenz gelten. Weicht eine Person um mehr als 20 % vom Behandlungsplan ab, gilt dies als mangelnde oder fehlende Adhärenz. Der Cut-off kann jedoch, je nach Krankheit oder Intervention, auch einen anderen Wert betragen. So werden für

Antidiabetika höhere Cut-off-Werte (bis zu 90 %) benötigt, während für Herzinsuffizienzbehandlungen oft etwas niedrigere Werte auch noch als ausreichend adhärenz gelten [3].

Die WHO inkludiert dabei jede Verordnung oder Empfehlung von Gesundheitsdienstleistern, die die Form, Dosierung und Art einer Behandlung vorgibt, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Medikamente, körperliche Übungen, Diäten und Einhalten von Folgeterminen [1, 4]. Die persönlichen Überzeugungen der Patientinnen und Patienten sollten bei jeder Verordnung berücksichtigt werden [1], was eine gemeinsame Entscheidungsfindung (shared-decision making) voraussetzt. Ziel einer gemeinsamen Entscheidungsfindung ist es, dass Patientinnen und Patienten verschiedene Behandlungsoptionen in Betracht ziehen können, informierte Präferenzen entwickeln und dann gemeinsam mit den Gesundheitsdienstleistern über den jeweiligen Behandlungsplan entscheiden [4].

Fehlende Adhärenz – alle Behandlungsphasen betroffen

Fehlende Adhärenz kann vom Start einer medizinischen Behandlung bis zum Ende einer Therapie auftreten. Je länger eine Person einer bestimmten Maßnahme/Therapie folgen muss (z.B. Dauertherapie bei chronischen Erkrankungen), desto häufiger zeigen sich Abweichungen vom Behandlungsplan [5]. Grundsätzlich können drei verschiedene Arten von fehlender Adhärenz unterschieden werden: Fehlende Adhärenz zu Beginn der Behandlung (eine Therapie wird nicht gestartet, ein Medikament nicht von der Apotheke abgeholt), mangelhafte/veränderte Durchführung der Maßnahme/Therapie (z.B. selbstständige Veränderung der Dosierung, unregelmäßige Einnahmezeiten) bzw. Abbruch oder vorzeitige Beendigung der Behandlung (siehe Abb. 1) [6–8]. Auch wenn fehlende Adhärenz bei Langzeittherapien (z.B. bei chronischen Erkrankungen) einen größeren Impact auf

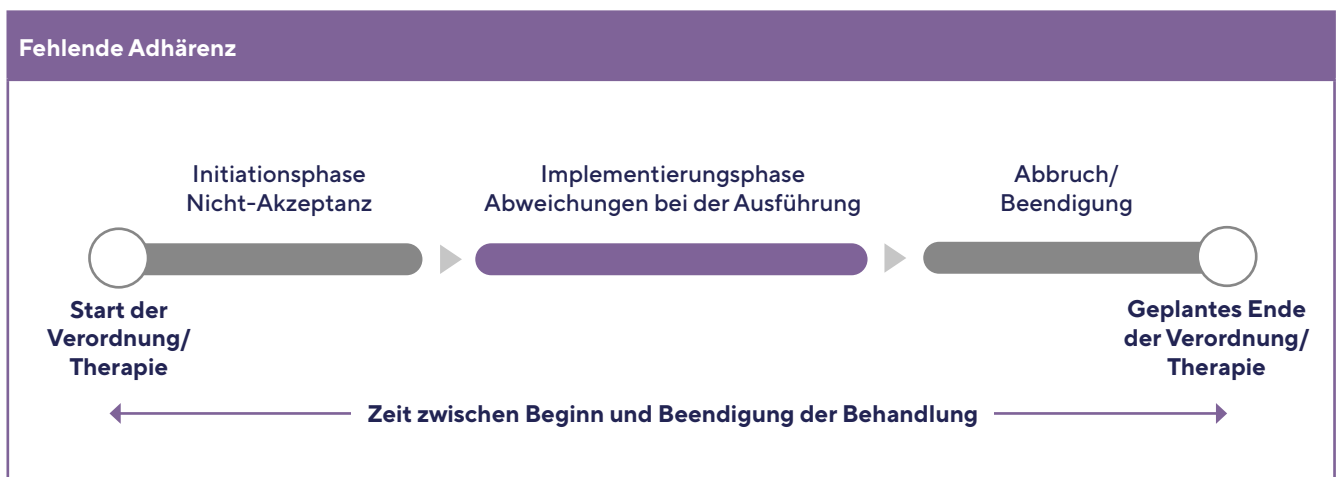


Abbildung 1: Arten fehlender Adhärenz, adaptiert nach [6].



die Gesundheit der Patientinnen und Patienten und damit einhergehende, auch sozioökonomische Folgen mit sich bringt, ist fehlende Adhärenz auch bei Kurzzeittherapien von Bedeutung. Bis zu 10% der verordneten Antibiotika werden nicht in der Apotheke abgeholt und bis zu 25% der Menschen nehmen weniger als 80% der verordneten Dosen ein oder ändern die Dosierung der Antibiotikabehandlung nachdem die Symptome verschwunden sind [6, 9].

Fehlende Adhärenz betrifft Erwachsene gleichermaßen wie Kinder und Jugendliche. Jedoch muss die fehlende Adhärenz bei mündigen Personen und Menschen, die von einer Betreuungsperson abhängig sind, unterschieden werden. Kinder oder Menschen mit kognitiven Einschränkungen benötigen oft mehr Unterstützung, um Krankheitsursachen und Behandlungsmöglichkeiten zu verstehen. Die erfolgreiche Umsetzung von Behandlungsempfehlungen oder anderen Verordnungen hängt somit nicht nur von den Fähigkeiten, Möglichkeiten und Motivationen der Patientinnen und

Patienten selbst ab, sondern auch von den Betreuungspersonen, die die Patientinnen und Patienten unterstützen [1, 10, 11].

Fehlende Adhärenz - wie kommt es dazu?

In früheren Theorien zur Adhärenz wurde oft zwischen „beabsichtigter“ und „unbeabsichtigter“ fehlender Adhärenz unterschieden. Aus heutiger Sicht ist dieses Modell unzureichend, um fehlende Adhärenz zu erklären, da andere Faktoren, wie z.B. Umweltfaktoren, dabei nicht berücksichtigt werden [12]. So kann es vorkommen, dass Patientinnen und Patienten einen Ambulanztermin nicht wahrnehmen, weil externe Faktoren wie schlechte Erreichbarkeit oder zeitliche Zwänge vorliegen (z.B. das Fernbleiben von der Arbeit nicht akzeptiert wird). Aufgrund von fehlenden Alternativen zu Vor-Ort-Besuchen, wie z.B. Telekonsultationen würden diese Patientinnen und Patienten Kontrollen nicht regelmäßig wahrnehmen und

als „nicht therapiebereit“ gelten [13]. Heutzutage wird meist das „Capability, Opportunity and Motivation Model of Behaviour“ (COM-B) [14] genutzt, um adhärenthes Verhalten zu beschreiben. Dabei werden psychische und physische Fähigkeiten (Capabilities) wie z.B. sich daran zu erinnern, wie Übungen durchgeführt werden sollten, und Medikamente regelmäßig einzunehmen, Gelegenheiten (Opportunities) wie z.B. die Verfügbarkeit von Therapieplätzen und Freistellungen von der Arbeit für Besuche an der Ambulanz sowie Motivation als treibende Kräfte für gute Adhärenz gesehen [14].

Fehlende Adhärenz - wie unterstützen?


Aus der vorhandenen Literatur können bereits einige Strategien zur Unterstützung der Patientinnen und Patienten abgeleitet werden. Allerdings muss an dieser Stelle auch erwähnt werden, dass viele Interventionen, die entwickelt bzw. untersucht wurden, um das Adhärenz-

verhalten zu verbessern, nur begrenzte Wirksamkeit zeigten [5, 15, 16]. So sind beispielsweise Beratung, Aufklärung und Information wichtige Komponenten zur Förderung der Adhärenz und werden in vielen Studien als Interventionen genannt. Fehlende Adhärenz ist jedoch oft mehr als das Ergebnis von mangelnder Motivation, Wissen oder Information, sondern viel komplexer.

In den Empfehlungen für den Umgang mit und Unterstützung von Patientinnen und Patienten mit fehlender und mangelnder Adhärenz, die von der European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) [4] und dem European Patient Forum (EPF) [8] veröffentlicht wurden, wird hervorgehoben, dass Patientinnen und Patienten nicht für ihre mangelnde Adhärenz verantwortlich ge-

macht oder zur Adhärenz gezwungen werden sollten. Vielmehr sollten Patientinnen und Patienten in ihrer Adhärenz unterstützt werden, indem Behandlungen entsprechend geändert bzw. an die persönlichen Ziele und Lebensweisen der Menschen angepasst werden. Effektive Kommunikation (wie z.B. empathische Gesprächsführung, offene und nicht wertende Fragen, Zulassen von beidseitigem Feedback) und ein regelmäßiges Thematisieren von Adhärenz, insbesondere dann, wenn die Krankheit nicht gut kontrolliert ist oder die Patientinnen und Patienten von Problemen im persönlichen Umgang mit der Krankheit berichten, sollten integraler Bestandteil einer umfassenden Behandlung sein.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass fehlende Adhärenz ein komple-

xes Phänomen ist, das unabhängig von Krankheit, Therapie, Alter, Geschlecht oder anderen Faktoren auftritt. Fehlende Adhärenz kann dazu führen, dass das Behandlungsziel nicht erreicht wird und hat somit auch sozioökonomische Folgen [1]. Noch immer ist der Umgang mit fehlender Adhärenz nicht ausreichend beforscht und gut untersuchte Interventionen, um Adhärenz zu unterstützen, fehlen bis heute [5]. Ein partnerschaftliches Miteinander der Gesundheitsdienstleister und Patientinnen und Patienten sowie ein aktives Einbinden der Betroffenen in das Gesundheitsmanagement scheinen aber wichtige Faktoren für eine gute Adhärenz zu sein. Patientinnen und Patienten und ihre Bedürfnisse müssen im Mittelpunkt des medizinischen und therapeutischen Handelns stehen. 

Autorinnen und Autoren:

Valentin Ritschl, PhD
Lisa Sperl, BSc
Erika Mosor, PhD
Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Tanja Stamm, PhD

Institut für Outcomes Research, Zentrum für Medical Data Science, Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich
Ludwig Boltzmann Institut für Arthritis und Rehabilitation

Conflict of Interest:

Tanja Stamm erhielt Zuwendungen aus der pharmazeutischen Industrie.

Literatur:


- [1] World Health Organization. Adherence to Long-term Therapies – Evidence for Action. Genf, 2003. Abrufbar unter: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf.
- [2] AOK-Bundesverband. Lexikon – Stichwort Adherence, 2023. Abrufbar unter: aok-bv.de/lexikon/a/index_06445.html.
- [3] Karve S, Cleves MA, Helm M, Hudson TJ, West DS und Martin BC. Good and poor adherence: optimal cut-point for adherence measures using administrative claims data. *Curr Med Res Opin* 2009;25:2303-10.
- [4] Ritschl V, Stamm TA, Aletaha D et al. 2020 EULAR points to consider for the prevention, screening, assessment and management of non-adherence to treatment in people with rheumatic and musculoskeletal diseases for use in clinical practice. *Ann Rheum Dis* 2021;80:707-13.
- [5] Ritschl V, Stamm TA, Aletaha D et al. Prevention, screening, assessing and managing of non-adherent behaviour in people with rheumatic and musculoskeletal diseases: systematic reviews informing the 2020 EULAR points to consider. *RMD Open* 2020;6.
- [6] The ABC Project Team. Ascertaining Barriers for Compliance: policies for safe, effective and cost-effective use of medicines in Europe – Final Report of the ABC Project, 2012. Abrufbar unter: abcproject.eu/img/ABC%20Final.pdf.
- [7] Vera MA de, Marcotte G, Rai S, Galo JS und Bhole V. Medication adherence in gout: a systematic review. *Arthritis Care Res* 2014;66:1551-9.
- [8] European Patients Forum. Adherence and Concordance – EPF Position Paper, 2015. Abrufbar unter: www.eu-patient.eu/globalassets/policy/adherence-compliance-concordance/adherence-paper-final_rev_external.pdf.
- [9] Rapoff MA. Adherence to Pediatric Medical Regimens. 2nd ed. New York: Springer, 2009.
- [10] Maclean MF und Chesson R. Factors Affecting Parents' Role as Co-Therapists: A Pilot Study of Parents of Children with Motor-Learning Difficulties. *Brit J Occup Ther* 1991;54:262-6.
- [11] Allen KD und Warzak WJ. The problem of parental nonadherence in clinical behavior analysis: effective treatment is not enough. *J Appl Behav Anal* 2000;33:373-91.
- [12] McHorney CA und Spain CV. Frequency of and reasons for medication non-fulfillment and non-persistence among American adults with chronic disease in 2008. *Health Expect* 2011;14:307-20.
- [13] Ritschl V, Lackner A, Boström C et al. I do not want to suppress the natural process of inflammation: new insights on factors associated with non-adherence in rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther* 2018;20:234.
- [14] Jackson C, Eliasson ÅL, Barber N und Weinman J. Applying COM-B to medication adherence: A suggested framework for research and interventions. *The European Health Psychologist* 2014;16:7-17.
- [15] Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(11):CD000011.
- [16] Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP und Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD000011.

A-OQI-Qualitätszirkel

Entwickeln wir die Versorgung gemeinsam weiter

Die Qualitätsmessung im Gesundheitssystem hat seit einigen Jahren hohe Priorität in der Gesundheitspolitik. Der zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung abgeschlossene Zielsteuerungsvertrag widmet sich in einem eigenen Ziel der Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich.

Die A-OQI-Qualitätszirkel sind ein neues Instrument, das es niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, begleitet von Ärztekammer und Sozialversicherung über die Betreuung ihrer Patientinnen und Patientinnen sowie über diesbezügliche Verbesserungspotenziale zu diskutieren und Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung abzuleiten. A-OQI steht hier für Austrian Outpatient Quality Indicators, also etwa Österreichische Qualitätsindikatoren für Patientinnen und Patienten in der extramuralen Versorgung. Auf Basis der Abrechnungsdaten werden Indikatoren für Bezirke und Versorgungsregionen zur Verfügung gestellt, die jährlich wechselnde Krankheitsbilder umfassen und als Diskussionsgrundlage dienen sollen. Die Entwicklung dieser Indikatoren und die daraus abgeleiteten Maßnahmen der Jahre 2021 und 2022 wurden in entsprechenden Berichten dargestellt, die auf der Website der für die Organisation und Durchführung der Qualitätszirkel zuständigen Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin (ÖQMED) abgerufen werden können.

2021 und 2022 behandelten die A-OQI-Qualitätszirkel das Thema Diabetes, 2023 liegt der Fokus auf arteriosklerotischen Erkrankungen. Neu ist, dass erstmals in allen 32 Versorgungsregionen Österreichs A-OQI-Qualitätszirkel in den Monaten September bis November stattfinden. Außerdem wurde die Zielgruppe neben der bisher adressierten Fachgruppe Allgemeinmedizin um die Fachgruppen Innere Medizin und Neurologie erweitert. 

Weitere Informationen



Termine:

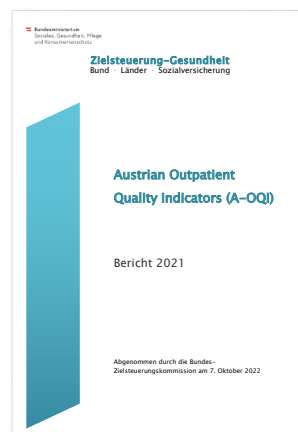
Die Termine aller aktuellen A-OQI-Qualitätszirkel finden Sie auf der ÖQMED-Website:
www.oeqmed.at/a-oqi-qualitaetszirkel



Anmeldungen zur Teilnahme:

Eva Gartner (ÖQMED)
E-Mail: e.gartner@oeqmed.at
Telefon: +43 660 - 683 49 64

Downloads:



www.oeqmed.at/documents/40385/112945/aoqiERGEBNISBERICHT+2021.pdf



www.oeqmed.at/documents/40385/112945/A-OQI_Bericht+2022.pdf





Österreichische
Gesundheitskasse