2. Ausgabe / Juni 2008
www.sgkk.at

GESUNDHEIT UND SERVICE

Information für Vertragsärzte

GKK Salzburg

„Asche aufs Haupt gestreut“

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege!

Nach der Euphorie der Fußball-EM sind wir wieder in den Niederungen des Alltags angelangt. Die tief greifenden Turbulenzen um die Gesundheitsreform mit Ordinationsschließungen und sehr unterschiedlichen und teilweise widersprüchlichen Meinungsäußerungen aus allen Lagern – wie immer bestimmt dabei der Standort den Standpunkt - lassen nicht zuletzt aus Sicht der Versicherten tiefe Sorgenfalten aufkommen. „Sprechen Sie nicht über die Gesundheitsreform, dies(e) könnte Ihrer Gesundheit schaden“ umschreibt vielleicht am Besten das „Bauchwehgefühl“ der großen Mehrheit der Einsager, Einfädler, Ideenlieferanten, Exekutierer und v.a. der Hauptbetroffenen, nämlich Ärzte und Patienten. Mangelnde Einbindung von wichtigen Partnern, Unterschätzung von Widerstand und nicht unbegründeten Ängsten sind durch das Eingeständnis „Asche auf mein Haupt“ weder zu ersetzen noch für eine Kalmierung des Konfliktes hilfreich.

Reformen des Gesundheitswesens sind bei selbst gewählten, limitierten Ressourcen eines Gemeinwesens Inhalt der politischen Tagesarbeit und kein österreichisches Spezifikum. Allerdings verfolgen Reformen im Gesundheitswesen weit eher das Ziel von Einsparpotenzialen als von grundlegenden Strukturveränderungen, die noch wesentlich schwieriger durchzusetzen wären. Bekanntermaßen sind die Krankenanstalten als wesentliche Träger, aber auch Kostenverursacher des Systems in der österreichischen Diskussion dzt. nur marginal betroffen. So ist auch zu vermuten, dass das derzeitige oft als „Reförmchen“ unterschätzte Gesetzeswerk nur die Basis für weitere und weit tiefgreifendere Umstrukturierungen sein kann.

Bei einem bereits anstehenden Schuldenberg in dreistelliger Millionenhöhe und den zu erwartenden Defiziten der nächsten Jahre werden die Effekte der dzt. geplanten Gesundheitsreform für ein längerfristiges Aufatmen nicht reichen. Trotzdem sind alle Sparpotentiale auszuschöpfen, die mit einigem guten Willen umsetzbar sind. Dabei wäre es ein fataler Fehler, beim Thema Generika sinnvolle Ökonomie einer qualitativ schlechten Behandlung unserer Versicherten gleichzusetzen. Die Forcierung des Generikamarktes wird die Krankenversicherung finanziell zwar nicht retten (im Bereich der SGKK liegt das max. Einsparpotential unter 3 Millionen Euro im Jahr bei einem zu erwartenden Gebarungsabgang von über 22 Millionen Euro für 2008), wäre aber zumindest ein solidarischer Akt der ärztlichen Partner, wo wir uns noch mehr bemühen könnten - allerdings unter der Voraussetzung, dass die Generikaregelung auch für Spitäler gelten würde.

Es ist in der laufenden gesundheitspolitischen Diskussion daher auch seitens der Ärzteschaft kein guter Dienst an der Sache - wenn es auch gilt, der Bevölkerung die Not der Ärzteschaft zu unterstreichen -, wenn zur Verhinderung der wie der Teufel gefürchteten aut idem Regelung (die eigentlich über die Bestimmung der RÖV bereits Bestandteil des Gesamtvertrages ist) bewusst Desinformation über Nachteile, Qualitätsmängel von Generika lanciert werden. Die Bevölkerung und noch mehr die Leserbriefschreiber der diversen Gazetten nehmen derartige „Hilfsfouls“ dankbar an. Glauben wir im Ernst, dass wir bei einem gesamteuropäischen Generikanteil von über 25% Millionen von Patienten mit „unpassenden“ Arzneimitteln versorgen? Das wäre wahrscheinlich ein guter neuer EU-Skandal!

Dem vermehrten Druck, Generika zu verschreiben, als Munition für den „Fall“ der Gesundheitsreform zu suchen, ist zwar als ein Verzweiflungsakt verständlich, aber sicher kein Indiz für Klugheit. Ein wenig Asche auf unsere ärztlichen Häupter darf da schon gestreut werden.

Mit den besten Wünschen
für einen erholsamen Sommerurlaub

Dr. Norbert Muß
Chefarzt der Salzburger Gebietskrankenkasse

Inhaltsverzeichnis

Seite 1:	Chefarzt Dr. Muß; “Asche aufs Haupt gestreut”
Seite 2:	Sommerliche Tips, VU-Position Vorsorgeuntersuchung
Seite 3:	Dr. Kasseroller - Paradigmenwechsel bei Osteoporose
Seite 4:	Ontarget, Fehlende Diagnose, Chlorthalidon (Hydrosan®), Impressum

EIN SOMMERLICHES MEMORY

Infektiöse Durchfallerkrankungen

Häufigste Erreger:

Campylobacter spp
Salmonella spp
E.Coli
Shigella spp
Noroviren
Rotaviren (v.a. bei Kindern)
Clostridium difficile
bei vorangehender
Antiobiotikatherapie

Diagnostik:

- **Keine Diagnostik und keine spezifische Therapie bei unkomplizierter Diarrhoe (in über 90% der Fälle)**
- Ausmaß der Diagnostik richtet sich nach Schweregrad der Erkrankung, Umgebungssituation, Lebensalter und Komorbiditäten.

Wann Stuhluntersuchung?

- bei Häufung von Infektionen (“kollektive Durchfallerkrankungen”)
- bei schwer verlaufender Enteritis (Blut und Schleimbeimengungen, hohes und anhaltendes Fieber, profuse Diarrhoe, red. AZ).
- bei Patienten mit schweren Begleiterkrankungen +/- höheres Lebensalter
- bei Mitarbeitern in lebensmittelverarbeitenden Betrieben

Gegebenenfalls Meldepflicht nach Epidemiegesetz beachten!

Therapie:

symptomatisch:

- ausreichender Flüssigkeitsersatz, (eventuell Rehydratationslösungen),
- Motilitätshemmer (z.B. Lopermid) nur kurzfristig
- Evidenz unklar: Probiotika (Bakterienpräparate)

Wann Antibiotika?

Einzelfallentscheidung nach sorgfältiger Nutzen-Schaden-Abwägung.

Keine Indikation für Antibiotika bei:

- viraler Enterocolitis
- mild verlaufender Salmonellenenteritis ohne Risikofaktoren
- Nahrungsmitteltoxischen Infektionen
- Reiseprophylaxe

Indikation für Antibiotika bei:

Shigellenenteritis
Schwer verlaufender Salmonelleninfektionen
+/- Komorbiditäten (z.B. Implantate, Immunsuppression, Transplantationspatienten, hohes Alter)

Mittel der Wahl

Keim	*Antibiotikum*	*Dauer*
Shigella spp	Ciprofloxacin, Trimethoprim	3 – 7 d
enteritische Salmonellen nur bei Indikation	Ciproxin, Levofloxacin, Trimethopim/Sulfomethoxazol, Rifaximin	5 – 14 d
enteroinvasive E.coli	Ciprofloxacin, Trimethoprim, Rifaximin	5 d
Campylobacter spp.	Clarythromycin, Azithromycin	3 – 5 d
Clostridum difficile	Metronidazol, Vancomycin	10 – 14 d

Für eine Vorsorgeuntersuchung

ist ausschließlich die entsprechende VU-Position, die ein Pauschalhonorar darstellt, verrechenbar.

Aufgrund diverser Anlassfälle weisen wir Sie darauf hin, dass mit der Verrechnung der dafür vorgesehenen VU-Position alle mit der Vorsorgeuntersuchung zusammenhängenden Leistungen abgegolten sind und keine weiteren Leistungen, wie z.B. Erst-, Folgeordination, Blutsenkung, etc. verzeichnet werden können.

Die Blutabnahme ist auch dann nicht gesondert verrechenbar, wenn im Zuge einer Abnahme zusätzlich noch weitere Laborparameter im Zusammenhang mit einer Krankenbehandlung ausgewertet werden.

Paradigmenwechsel zum Thema Osteoporose

Zweiter Teil

Wie schon im ersten Teil erwähnt ist die Osteoporose laut WHO mit dem Resultat der Knochendichtemessung(BMD) bei einem T-Score < minus 2,5 diagnostiziert, womit aber trotzdem noch keine über die Prophylaxe hinausgehende spezifische Therapie indiziert sein muss.

Basisdiagnostik

Die empfohlene Basisdiagnostik bestehend aus Anamnese, klinischem Befund und DXA soll bei folgendem Risikoprofil eingesetzt werden:

Alter		Risikoprofil
Frau	*Mann*	
50 – 60	60 – 70	Wirbelkörperfraktur Periphere Fraktur als Einzelfallentscheidung
60 – 70	70 – 80	Wirbelkörperfraktur, Periphere Fraktur Proximale Femurfraktur eines Elternteiles Untergewicht Nikotin- und Alkoholabusus Multiple Stürze, Immobilität
> 70	> 80	Lebensalter als Risiko ausreichend

Für die Abklärung des Sturzrisikos und der Mobilität stehen mit dem „timed up & go Test“ und dem „chair rising Test“ (www.lutherhaus.de/ dvo-leitlinien, Seite 11) einfache Untersuchungen zur Verfügung.

Eine spezifische medikamentöse Therapie ohne eingetretener WK-Fraktur wird heute empfohlen:

Alter		T -Score				
Frau	*Mann*	*-2,0 bis -2,5*	*-2,5 bis -3,0*	*-3,0 bis -3,5*	*-3,5 bis -4,0*	*< -4,0*
50 – 60	60 – 70	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
60 – 65	70 – 75	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
65 – 70	75 – 80	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
70 – 75	80 – 85	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
> 75	> 85	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Nur bei bereits eingetretener WK-Fraktur ist die sofortige Therapie wichtig um das erhöhte Risiko für Folgefrakturen zu reduzieren. Die Dauer der medikamentösen spezifischen Therapie soll 3-5 Jahre betragen. Zur Abschätzung des medizinischen Therapieerfolges ist die DXA nur bedingt tauglich insbesondere in den ersten 2 Jahren. Die Grundlage zur Therapieentscheidung ist auch gegeben, wenn das 10 Jahres Frakturrisiko > 30 Prozent beträgt. Die genaue Berechnung ist schwierig, da die einzelnen Risikofaktoren unterschiedlich gewichtet sind. Bei reduziertem T-Score ist das Frakturrisiko altersabhängig und daurch fallweise nicht erhöht, weshalb eine weitere Therapie, und unter Umständen auch die DXA-Diagnostik, bei jüngeren Patienten nicht indiziert ist.

10 Jahres Frakturrisiko ohne Berücksichtigung der Risikofaktoren auf dem T-Score basierend:

	T-Score Frauen					
Alter	*0*	*-1*	*-2*	*-3*	*-4*	
50	0,2	0,4	1,1	2,8	7,0	Frakturrisiko in Prozent
60	0,4	1,0	2,7	7,1	17,9	
70	0,7	1,9	5,3	14,1	34,6	
80	0,8	2,4	6,8	18,6	43,6	

	T-Score Männer					
Alter	*0*	*-1*	*-2*	*-3*	*-4*	
50	0,2	0,6	1,9	5,5	15,4	Frakturrisiko in Prozent
60	0,3	0,8	2,2	6,0	16,0	
70	0,6	1,8	4,8	12,9	31,6	
80	1,1	2,9	7,7	19,2	41,7	

Neben Alter und Geschlecht erhöht jeder zusätzliche Risikofaktor das Frakturrisiko um das 1,5 bis 2-fache.
Für Nikotin und Alkohol ist die Gewichtung etwas niedriger anzusetzen.(Literatur beim Verfasser)

Fortsetzung folgt.

Verlagspostamt 5024 Salzburg - Erscheinungsort Sbg. - DVR Nr. 0024015
Österreichische Post AG Info.Mail Entgelt bezahlt

Wir ersuchen den **Empfänger oder den Briefträger,** im Falle der **Adressänderung oder der Unzustellbarkeit,** die richtige Anschrift oder den Grund der Unzustellbarkeit anzugeben.
Besten Dank für Ihre Bemühungen!

ONTARGET

Rampril 10 mg versus Telmisartan (Micardis®)
Kosten: € 8,80 : Kosten: € 29,10*
Wirkung: 1 : Wirkung: 1

Wir haben bereits in der letzten Ausgabe auf die therapeutische Gleichwertigkeit von ACE-Hemmern und den kostenintensiven AT-II-Antagonisten hingewiesen und daher die vermehrte Beachtung der IND-Regelung für diese Substanzgruppe: „wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden“ eingefordert. Mit einer ACE-Hemmer-Unverträglichkeit ist in 3 – 7 % der Patienten zu rechnen und ist daher der AT-II-Antagonistenanteil im Bereich der SGKK von 25% nicht nachvollziehbar. Dass die IND-Regel nach wie vor gut begründet ist, zeigt die vor kurzem publizierte ONTARGET-Studie (Ongoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial, NEJM, 2008).
Über 25.000 kardiovaskuläre Risikopatienten (> 55a, hohes Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse als Folge von KHK, PAVK, TIA, Schlaganfall oder DM mit Endorganschäden) mit normalem oder kontrolliertem Blutdruck werden über 5 Jahre observiert. Zusätzlich zur zuvor bestmöglichen Therapie (Statine, Thrombozytenaggregationshemmer, Betablocker oder andere Antihypertensiva) erhalten die Pat. den AT-II-Blocker Telmisartan (Micardis®) 80mg täglich oder den bereits generischen ACE-Hemmer Ramipril 10mg oder beide in Kombination. Beide Substanzen senken die als Endpunkte definierten Ereignisse (kardiovaskulärer Tod, Myokardinfarkt oder Hospitalisierung aufgrund von Herzinsuffizienz) gleich gut (Anm. der Red.: aber bei Telmisartan mit 3,4fach höheren Therapiekosten). Eine Kombination beider Substanzen ergibt keinen zusätzlichen Effekt und erhöht nur die Nebenwirkungsquote. Die leichten Verträglichkeitsvorteile der AT-II-Blocker gegenüber ACE Hemmern werden bestätigt, was aber keine Begründung sein kann, von der ökonomisch sinnvollen IND-Regelung „wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden“ abzugehen. Dass Telmisartan unter den AT-II-Blockern seine Wirksamkeit in der kardiovaskulären Sekundärprävention durch eine große Studie nunmehr belegt hat, kann unter Einhaltung der IND-Regel durchaus ein Marktvorteil sein.

* KVP auf Basis 30ST, EKO 2008

Fehlende Diagnose(n)

auf Überweisungsscheinen

Bei Überprüfung der Honorarabrechnungen ist in letzter Zeit aufgefallen, dass die Angabe der Diagnose(n) auf Überweisungsscheinen oft fehlt und wir weisen daher darauf hin, dass – insbesonders bei Laborzuweisungen - die Diagnosen immer anzuführen sind.

Darüber hinaus können wir uns auch vorstellen, dass es eine Selbstverständlichkeit sein muss, Kolleginnen und Kollegen aus dem Laborfach über die klinische Situation und damit auch über die Sinnhaftigkeit der angeforderten Laborpositionen zu informieren.

Impressum: Eigentümer und Herausgeber:
Salzburger Gebietskrankenkasse, Engelbert-Weiß-Weg 10, 5020 Salzburg;
Inhalt: Chefarzt MR Dr. Norbert Muß; **Redaktion:** Hertha M. Petertill,
Öffentlichkeitsarbeit, redaktion@sgkk.at; Internet: www.sgkk.at;
Gestaltung: Desk Top Media; **Druck:** Laber Druck;
Auflage: 1.800 – 6/2008

Kostengünstig beißt nicht! Chlorthalidon (Hydrosan®)

Die Verordnungen von Chlorthalidon (z.B. Hydrosan®) als preisgünstige Therapie der 1. Wahl (neben den anderen Hochdruckmedikamenten der 1. Wahl) scheint auf Grund des sensationellen Preises vereinzelt zu heftigem Kopfschütteln zu führen. Nach wie vor sind niedrig dosiertes Chlorthalidon und das auch in Kürze als Monosubstanz erhältliche Hydrochlorothiazid potente Antihypertensiva, wie dies auch in einer neuerlichen Analyse der ALLHAT Studie sogar beim metabolischen Syndrom bestätigt wird (Diekema DJ; JAMA 2008; 299,1190). Also keine unbegründete Scheu, kostengünstig zu verordnen!