FORUM MED
ForumMed
4. Ausgabe / Dezember 2009

GKK Salzburg

Die Grippezeit in der Krippenzeit

„Einen Vorsprung im Leben hat, wer da anpackt, wo die anderen erst einmal reden"

John F. Kennedy

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege!
Kommt sie, kommt sie nicht? Kommt sie in zwei bis drei Wellen, kommt sie mit tödlicher Macht? Sie haben nie bei einer Gleichung mit mehreren unbekannten Lösungsprobleme gehabt? Beineidenswert! Die H1N1v-Pandemie hat in der laufenden Impfkampagne Schlechtes und Gutes zum Vorschein gebracht, das einer zumindest vorläufigen Analyse bedarf, aus der man lernen und klüger werden kann.

Die Unbekannten

- *Eine Pandemie mit äußerst kontrovers diskutiertem Schädigungspotenzial, daher gepaart mit Nichtwissen und hellseherischen Vermutungen.*
- *Ein erst in Erprobung stehender Impfstoff mit neuer Herstellungstechnologie. Nach heutigem Wissen aber gut verträglich und frei von Hühnereiweiß, Adjuvantien und Wirkverstärkern, aber in den Medien hinsichtlich des Nebenwirkungspotenzials undifferenziert mit adjuvantierten und wirkverstärkten Impfstoffen in einen Topf geworfen.*
- *Ein Impfstoff, zumindest initial, ohne Zulassung für Schwangere, Kinder und Jugendliche, obwohl vermutlich Hauptrisikogruppen dieser Pandemie.*
- *Noch heute keine sichere Aussage, ob eine oder zwei Impfungen erforderlich sind.*
- *Die Impfbereitschaft der Bevölkerung völlig unberechenbar und in hohem Maß von der Berichterstattung der Massenmedien abhängig.*

Die Probleme

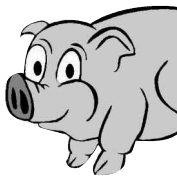
- *Die Reservierung und Bezahlung von Millionen Impfdosen ist leichter, als nur 100.000 Impfdosen vor Ort an den Mann, an die Frau zu bringen.*
- *Keine für ganz Österreich einheitliche Impflogistik, teilweise Management bei Chaos und externes Lobbying.*
- *Erheblicher Dokumentationsaufwand und teilweise Verunsicherung („Versuchskaninchen"), weil die H1N1v-Imfpung angesichts des unerprobten Impfstoffes in das Impfschadengesetz aufgenommen ist.*
- *Unvertretbarer Verwaltungsaufwand durch ABS-Abarbeitung und Einbeziehung der Rezeptgebühr in die Rezeptgebührenobergrenze.*
- *Mehrfachimpfdosenbehälter zur „Selbstabfüllung" mit einer Haltbarkeit von 3 Stunden nach Öffnung.*
- *Erst mit Beginn der Impfkampagne „Feilschen" um Impfhonorare.*
- *Rekrutierung von zusätzlichen Impfärzten*
- *Defizite in der Versorgung von Kindern in der Anfangsphase.*
- *In Salzburg zögerlicher Einstieg der öffentlichen Gesundheitsdienste in die Impfkampagne.*

Lehren für die Zukunft

- *Bei vorhersehbaren alljährlichen Epidemien (wie saisonale Influenza) Impfstofflogistik in Einmalbehältnissen über Apotheken und Hausapotheken, niedergelassene Ärzte, Arbeitsmediziner, Heimärzte und Impfaktionen zu fairen Bedingungen.*
- *Die effektivste Strategie hinsichtlich der raschen Erzielung einer hohen Impfrate bei vorhersehbaren bedrohlichen Epidemieszenarien mit Zeitdruck, ist vermutlich die Impflogistik über "Impfstrassen" mit Impfstoffen in Mehrfachbehältnissen unter Einbeziehung von Spitalseinrichtungen (insbesonders für Kinder), Kinderfachärzten, Betriebsärzten, Sprengelärzten, der öffentlichen Gesundheitsdienste und von SV-Einrichtungen.*
- *Vereinbarung fairer Impfhonorare und Vermeidung unnötiger Bürokratie sowie Verzicht auf Einarbeitung in Rezeptgebührenobergrenze.*
- *Zeit- und Personalressourcen sind auch für Massenimpfungen der begrenzende Engpassfaktor.*

Wir bedanken uns bei allen, die uns in den letzten Wochen unterstützt haben, sei es durch persönliches Engagement, gute Ideen und einen Impfeinsatz zu fairen Bedingungen. Wir haben in dieser Zeit aber auch Verweigerung, Desinformation, Ausnutzen der Situation und Kooperationsunfähigkeit erlebt – ein wenig Herbergsuche war immer dabei!

Trotzdem bleibt die Frage:
War unser Probe-Galopp in der derzeitigen Probe-Pandemie erfolgreich?
Wir wünschen Ihnen und Ihren Familien „Schwein" für 2010.



Ihr Dr. N. Muß

und das gesamte Redaktionsteam

Inhaltsverzeichnis

Seite 1: Chefarzt Dr. Muß "Grippezeit in der Krippenzeit"
Seite 2-3: Problematik der Polypharmakotherapie im Senium
Seite 4: Die Tricks der Pharmaindustrie

www.sgkk.at

Die Problematik der Polypharmakotherapie im Senium

International Symposium on Polypharmacy for the Elderly

8. September Med. Universität Wien

Referenten aus Deutschland, den Niederlanden, Ungarn und Österreich berichteten bei einer Tagung in Wien über ihre spezielle Situation zum Thema der Polymedikation im Alter. Im Anschluss daran wurde mit Teilnehmern aus sieben Nationen über Zukunftsmodalitäten diskutiert und ein Optionsmodell aufgezeigt.

Bezüglich des Ist-Zustandes kann gesagt werden, dass die medikamentöse Versorgung der Generation älter als 61a in den präsentierenden Ländern im Sinne einer unkritischen Polypragmasie eine Übertherapie darstellt und daher als nicht zufrieden stellend beurteilt werden muss. Direkte Vergleiche zwischen den vier Ländern sind wegen der Uneinheitlichkeit der Analysen nicht exakt möglich, wobei die Situation bei uns bedenklich, aber keinesfalls schlechter ist. Am meisten betrifft die Polypharmakotherapie das Herzkreislaufsystem, das Nervensystem, Blut und Alimentation, also die ATC Codes C, N, B und A.

Von Polypharmakotherapie wird gesprochen, wenn die PatientenInnen mehr als fünf Wirkstoffe zugleich erhalten. In der untersuchten Gruppe der 60 bis 69-Jährigen imponiert die Gruppe derer mit 5-8 eingenommenen Substanzen mit einem 25%-Anteil, die Patienten mit 9 bis 12 und >13 eingenommenen Substanzen haben einen Anteil von je 14%. Die Anzahl derer mit >13 eingenommenen Substanzen steigt in der Gruppe der 70 bis 79-Jährigen auf 24% und ab dem 80. Lebensjahr auf knapp 30%. Erschwerend kommt dazu, dass zusätzlich etwa 15% OTC Präparate eingenommen werden.

Die Situation multimorbider geriatrischer PatientenInnen ist ungleich schwieriger als die von „normalen" älteren Personen, wobei für beide Gruppen hinterfragt werden muss, ob diese Personen im Stande sind ihre Medikation dahingehend zu managen, dass bei den Betroffenen

- **die Feinmotorik ausreicht, um die Einnahme durchzuführen (wie z.B. Verpackung, Teilung, Tropfenzählung)**
- **die kognitive Kompetenz besteht, die Verschreibung umzusetzen (z.B. Einnahmezeit)**
- **die Notwendigkeit der Therapie erkannt wird. (Priorisierung, Bedarfsmedikation).**

Bei 50% der PatientenInnen und 25% der Verschreiber besteht eine Überschätzung der diesbezüglichen Fähigkeiten, was durch mangelnde oder fehlende Unterstützung bei 32% der Unter-80-Jährigen und 43% der Über-80-Jährigen verschärft wird.

Einerseits muss vermehrt auf die potentiellen Interaktionen und Dosierungen in Bezug auf Begleiterkrankungen Rücksicht genommen werden, was rein in der Verantwortung des Verschreibers liegt. Dasselbe gilt für die Inadequanz der Rezeptur bezüglich des Alters. Entsprechend der Beer's-Liste sind zahlreiche Präparate für ältere Kranke nicht geeignet (1,2). Die meisten unerwünschten Nebenwirkungen treten auf bei Verschreibungen von

- **lang wirkenden Benzodiazepinen,**
- **Nifedipin und**
- **Amitryptilin.**

Andererseits sollte zusätzlich bei jeder Verschreibung die Notwendigkeit hinterfragt werden bzw. eine Priorisierung gemacht werden. Die Substanzen

- **Pentoxyphyllin,**
- **Ginkgo biloba,**
- **Allopurinol und**
- **Magnesium Salze**

werden neben anderen sehr oft verschrieben, haben aber letztendlich keinen oder nur geringen therapeutischen Wert. „Ut aliquid fiat" ist hier der absolut falsche Weg. Doppelverschreibungen, vor allem bei Benzodiazepinen und Diuretika, sind ein zusätzliches Problem, das leicht vermieden werden kann. Ineffektive Therapien sind nicht nur teuer, sondern auch ein großes Risiko für die PatientenInnen.
Die erhöhte Plasmakonzentration eines Wirkstoffes führt neben einer Reduktion der Metabolisierung auch zu einer Abnahme der Rezeptoraktivität im Alter. Des Weiteren bergen die Abnahme der Homöostase und die Multimorbidität negative Effekte. Parallelbehandlungen und mangelnde oder abnehmende Compliance verschärfen die Situation zusätzlich, sodass negative Reaktionen leichter entstehen. Die nachlassende Nierenfunktion und der Einsatz von Antipsychotika bei Verhaltensstörungen stehen hier an erster Stelle bei bis zu 95% der Bewohner von Seniorenheimen (3).

Parkinsonismus, Bewegungsunruhe, muskuläre Dystonie und tardive Dyskinesie sind die häufigsten unerwünschten Nebenwirkungen einer antipsychotischen Therapie, meistens basierend auf Dosierungsfehlern.

Auf Grund der im Senium veränderten Pharmakokinetik (zB. Cytochrominhibition und Induktion) empfiehlt sich ein niedriger Einstieg. Zusätzlich ist in Kombination mit dem Wechsel der Pharmakodynamik (z.B. SSRI, NSAID, Plättchenaggregation) Vorsicht geboten und eine langsame Titration zur optimalen Dosis wird notwendig.
Psychopharmaka sind allgemein einer der größten Risikofaktoren der Fallsucht mit einer relativen Risikorate von 28,3%, gefolgt von Antiarrhytmika, Digoxin und Diuretika (4).

Im Rahmen der Polypharmakotherapie stellt die Gabe von einer Risikosubstanz bereits eine erhöhte Sturzgefahr dar. Dass dadurch auch das Frakturrisiko steigt ist evident. Neben den Antipsychotika ist hier auf das deutlich erhöhte Risiko bei SSRI Gabe hinzuweisen. Das Absetzen der Sturz-Risiko-Medikamente (insbesondere der Sedativa, aber auch cardiovaskulärer Präparate) führt nachgewiesen zum Erfolg einschließlich einer Verbesserung der gesamten Bewegungssituation (5). Die Problematik des Absetzens kann minimiert werden, wenn bestimmte Medikamente erst gar nicht eingesetzt werden. Dies gilt entsprechend der Beer's Liste besonders für die Benzodiazepine.

Substanzen mit hohem Sturzpotenzial
Sedativa, Antidepressiva, Antihypertensiva, Analgetika, Antivertiginosa

Substanzen mit geringerem Sturzpotenzial
Nitrate, Antiarrhythmika, Betablokker-Augentropfen, Neuroleptika, Antidiabetika, Nikotinsäure, Urolog. Spasmolytika

Wenn man bedenkt, dass 2 Medikamente ein Risiko für Interaktionen von 13% in sich tragen, dies bei 4 Medikamenten auf 38% und bei 7 Medikamenten auf 82% ansteigt, so ist die pharmakologische Polypragmasie, insbesondere beim älteren Menschen, tunlichst zu reduzieren. Wenn man weiters bedenkt, dass es bei möglichen Interaktionen entweder zu keinen (62%) oder in 24% der Fälle zu insignifikanten Wechselwirkungen kommt, bleiben 10% klinisch relevante Wirkungen übrig und zusätzlich 4% gefährliche Nebenwirkungen. Hier ist neben den reinen arzneimittelbezogenen Wechselwirkungen zusätzlich an die extrinsische Beeinflussung durch Umwelt, Nikotin, Alkohol, ärztliches Therapiemanagement und die Marktsituation hinzuweisen. In einem zweiten Schritt sind auf intrinsischer Seite neben Alter und Organfunktion, Nebenerkrankungen, Genetik, Geschlecht und Rasse zu berücksichtigen. Neben diesem pharmakospezifischen Problembereich können zusätzlich von den PatientenInnen noch Irrtümer und falsche Interpretationen von Anweisungen zu negativen Auswirkungen führen.

Es darf nicht sein, dass wir die Therapie der Therapie therapieren.

Ziel des Symposiums war Empfehlungen für die Praxis zu erarbeiten. Die Beer's Liste darf als Basisliteratur in keiner Praxis fehlen, obwohl sie keinen Anspruch auf Vollständigkeit stellt, aber auch klinisch nicht relevante Substanzen enthält.
Auf Grund der Häufigkeit von Interaktionen ist folgende Reihung der Wirkstoffgruppen vorzunehmen:

1. **SSRI**
2. **Betablocker**
3. **ACE-Hemmer**
4. **NSAR**
5. **Ca-Antagonisten**
6. **Penicilline**
7. **Glucocorticoide oral**

Marcoumar und Diclofenac (vorwiegend im stationären Bereich), durch Kombination verursachte Blutungen stellen 50% aller Interaktionen dar.

SSRI und NSAR (Risiko der gastrointestinalen Blutung steigt um das 16-fache) ist die häufigste Ursache von Wechselwirkungen in der täglichen ambulanten Praxis.

NSAR und ASS reduziert die cardioprotektive Wirkung der Acetylsalicylsäure.

SSRI und Tamoxifen wirkt sich negativ auf die Wirkung von Tamoxifen aus.

Clopidogrel kann in seiner Wirkung durch Atorvastatin bzw. Ca-Antagonisten bzw. PPI eingeschränkt werden.

Kombinationspräparate können die Behandlung vereinfachen, werden aber die Polypharmakotherapie nicht reduzieren. Es ist daher notwendig, dass jeder Verschreiber die einzelnen aktiven Substanzen kennt einschließlich ihrer Evaluierung.

Für die Einleitung der Behandlung und die Dosistitration sollen die Einzelsubstanzen eingesetzt werden. Die Verfügbarkeit eines Kombinationspräparates alleine darf die Wahl nicht beeinflussen. Bei Einhaltung dieser Schritte können eine Verbesserung der Verträglichkeit und der pharmakologischen Wirksamkeit, die Erhöhung der Compliance sowie eine Kostenreduktion erzielt werden.

Es sind aber auch die Nachteile der Kombination ins Kalkül zu ziehen, wie die geringere Flexibilität beim Dosieren oder unnötiges Therapierisiko. Daher sind auch Kombinationen mit unklarem Nutzen wie z.B. ein Erkältungsmix oder Schmerzkombinationen zu meiden. Dies gilt besonders auch im Hinblick auf die unkontrollierte Einnahme von OTC- Präparaten.

Eine Polypille, wie etwa die Post-Herzinfarkt-Alles-Kombination, ist heute lediglich als Idee für die Zukunft zu sehen.

Der konsensuelle Abschluss der Veranstaltung brachte folgende Empfehlungen:

- **Beratung und Training der Verordner extramural und intramural mit Qualitätskontrolle der Therapieempfehlungen**
- **Intra – extramurale Schnittstellenverbesserung**
- **Kommunikationsverbesserung Spezialist - Hausarzt**
- **Eine Kennzeichnung von Arzneimitteln mit hohem Interaktionspotenzial ist einzufordern**
- **Verbesserung von e-health und Unterstützung durch entsprechende Software**
- **Kommunikation aller Beteiligten insbesondere bezüglich OTC-Präparaten und doctor shopping**
- **Priorisierung notwendiger Medikation nach dem Motto: weniger ist manchmal mehr**
- **Periodisch wiederkehrende Medikamentenvisiten in den Praxen**
- **Schaffen von Anreizmodellen**
- **Nur Kombinationspräparate mit klarem therapeutischen Nutzen einsetzen, der mit freier Kombination nicht erreicht werden kann**
- **Bessere Integration der Geriatrie in die med. Ausbildung**
- **Leicht verständliche Beipackinformationen**
- **Klinische Studien mit geriatrischen Patienten**

Literatur:

1. *Beers, M.H., et al.: Arch. Intern. Med. 1991, 151, 1825.*
2. *Fick, D.M., et al.: Arch. Intern. Med. 2003, 163, 2716. Erratum 2004, 164, 1701.*
3. *Saltz et al., Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 6(Supple2):14-19,2004*
4. *Leipzig et al.: Metaanalysis on falls and medication, J Am Geriatr Soc. 1999;47(1):30-39&40-50*
5. *Van der Velde et al.: Risk of falls after withdrawal of fall-risk-increasing drugs. BJ Clin Pharm 63(2):232-237*

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!

Die Tricks der Pharmaindustrie...

(Quelle: Trend 10/2008) [1]Unter folgendem Link ist der Trend-Leitartikel übers Internet abrufbar:
http://www.trend.at/articles/0839/580/220477/die-tricks-pharmaindustrie-mit-mitteln-pharmafirmen-profite

Die Oktoberausgabe des Wirtschaftsmagazins „Trend“ titelt mit diesen viel sagenden Worten und demonstriert in mehreren pointierten Artikeln ein Dilemma, gegen welches die SGKK schon lange Alarm schlägt: mit viel Geld und besten Kontakten zu Entscheidungsträgern wird der Pharmamarkt oft gänzlich unabhängig vom Kosten/Nutzen Gedanken diktiert. Waren bisher in erster Linie Ärzte im Visier der Marketingstrategen, verlagert sich die Aufmerksamkeit zusehends in Richtung Patient bzw. Konsument. Der Kommentar des Wiener Kommunikationswissenschafters Maximilian Gottschlich bringt die Problematik besonders treffend auf den Punkt. Seiner Ansicht nach würde die Gesundheitsindustrie der Kundschaft die Illusion vermitteln, „über Gesundheit wie über ein beliebiges Konsumgut verfügen zu können“ – eine Vorstellung, die suggeriert, dass Tabletten den bewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit ersetzen könnten. Die Wahrheit ist, dass die persönlichen Ressourcen jedes Menschen, zu welchen vor allem Rauchverzicht, Bewegung oder gesunde Ernährung zählen, zwar kein Geld, dafür aber Eigenverantwortung und Verzicht auf Bequemlichkeit kosten. Im Trendartikel wird in einer Grafik von Dr. Johannes Bonelli, Internist im St. Elisabeth Spital, sehr anschaulich dargestellt, dass genannte Lebensstilmodifikationen zur Prävention im Lebenszeitgewinn um ein Vielfaches effektiver sind als Medikamente. Jedem unserer Leser, dem dieses brisante Thema ein ebenso wichtiges Anliegen ist wie uns, sei die Gesamtlektüre der Beiträge im Trend[1] ans Herz gelegt, für all diejenigen, die es kompakter wünschen, haben wir versucht, die thematisierten „Tricks“ zusammenzufassen:

Manipulation unter dem Deckmantel der Information – Awareness Kampagnen
Die Zielgruppe Patient wird im Pharmamarketing zunehmend als Nische erkannt und genutzt. Wyeth zum Beispiel trägt den Kampf um eine Auflockerung der Verschreibungsrichtlinien für Enbrel auf dem Rücken einer Awareness Kampagne zur rheumatoiden Arthritis aus, natürlich streng unter dem Deckmantel der Informationsbereitstellung für die Leid tragenden Patienten. Wird daraufhin in der Öffentlichkeit Kritik laut, soll eine eilig einberufene Podiumsdiskussion mit geschickter Zusammenstellung der Diskussionspartner (eine einzelne kritische Stimme gegenüber sieben Plädoyers für besagte Kampagne) die neue Marketingstrategie wieder ins rechte Licht rücken.

Das Kreieren von Scheininnovationen
Wie bereits mehrmals ausführlich berichtet, versuchen Pharmaunternehmen, die gewinnbringenden Lebensabschnitte von Bestseller-Medikamenten zu verlängern, indem der Wirkstoff geringfügig verändert wird und das neu erschaffene Medikament mit Hilfe zwar schwer nachvollziehbarer, dafür umso heftiger propagierter „Vorteile“ überteuert auf den Markt zu bringen. (Prominente Beispiele solcher Medikamente, die in Deutschland auf der so genannten „Me-too-Liste“ genannt werden sind Nexium, Cipralex, Aerius, Actonel,…um nur einige wenige zu nennen)

Lobbying im Gesundheitswesen
Hochkarätige Entscheidungsträger im Gesundheitswesen pflegen mitunter beste geschäftliche und persönliche Kontakte zur Pharmaindustrie. Auch bei der Erstellung von Konsensusrichtlinien erhalten die Teilnehmer/Meinungsträger der Fachgesellschaften teilweise großzügige Aufwandsentschädigungen von mit der Pharmaindustrie verbandelten Consultingfirmen, also indirekt und intransparent.

Ärzte als Handlanger
Wir Ärzte werden - weil ohnehin eine kritische Zielgruppe – auf äußerst subtile Art und Weise für die Zwecke der Pharmaindustrie missbraucht. Da sehr viel Geld in die Forschung und Ärztefortbildung investiert wird, bietet sich für die Geldgeber gleichzeitig die Möglichkeit zu bestimmen, was beforscht wird und worüber wie informiert wird. Leider sind pharmagesponserte Fortbildungen nicht immer auf den ersten Blick als subtile Werbeveranstaltungen zu erkennen, sind doch die meisten auch noch DFP-berechtigt und bürgen dadurch für eine gewisse Objektivität – oder etwa nicht? Sind Studienergebnisse nicht ganz nach Wunsch gelaufen, bedient man sich einfach des Spiels mit den Zahlen. Im Trendartikel wird am Beispiel des onkologischen Präparates Herceptin der Unterschied zwischen absoluter und relativer Risikoreduktion drastisch veranschaulicht. Es ist ein gewaltiger Unterschied, ob die Chance auf ein krankheitsfreies Überleben um 30% verbessert wird, oder um 1,8%. Warum beide Zahlen stimmen und worin der Unterschied zwischen relativer und absoluter Risikoreduktion liegt, wird leider oft zu wenig hinterfragt. Auch Ärzte lassen sich nämlich von der Art und Weise, wie Studien aufbereitet werden, massiv beeinflussen. In einer zu dieser Fragestellung angelegten Studie zur Cholesterinsenkung, bei der den Ärzten entweder die absoluten oder die relativen Zahlen präsentiert wurden, unterschied sich die Verschreibungsfrequenz laut Trendartikel um mehr als 50%.

Erfundene Krankheiten – sind natürliche Lebensvorgänge behandlungspflichtig?
Konkret schreibt der Autor Gottfried Derka im Trend von einer überbordenden „Medikalisierung“ des Lebens und einer Ausweitung der medizinischen Zuständigkeit auf immer mehr Lebensbereiche. Gemeint sind zum Beispiel physiologische Alterungsprozesse bei Mann und Frau, notorisch zappelnde Kinder, Hitzewallungen im Wechsel bis hin zur vorübergehenden sexuellen Lustlosigkeit kurz nach Geburt eines Kindes. Die vom Autor in den Raum gestellte Frage, wo die Grenze zwischen sinnvoller medizinischer Innovations-Information zur Verringerung schweren Leidens und Marktgeschrei liege, sei auch hier dahingestellt und ist von jedem Leser für sich zu beantworten.

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; Gestaltung: Desk Top Media; Druck: Druckerei Huttegger; Auflage: 1.800 – 12/2009

www.sgkk.at