

„Das Gefährliche an Halbwahrheiten ist, dass immer die falsche Hälfte geglaubt wird“ (Hans Krailsheimer, deutscher Schriftsteller 1888-1958)

Ärztmangel ? Was sich Ärzte - was sich Patienten wünschen



Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege!

Wenn sich die Österreichische Ärzteezeitung durch die Inserateneinnahmen für ärztliche Stellenangebote aus dem In- und Ausland selbst zu finanzieren beginnt, ist das zweifellos ein Zeichen, dass der ärztliche Arbeitsmarkt angespannt ist. Wenn trotz noch immer zahlreich vorhandenen BewerberInnen auch im eigenen Bundesland offene Kassenstellen nur mit Mühe und medialer Begleitmusik besetzt werden können ist das ein Zeichen von Sand im Getriebe, oder zumindest ein Hinweis darauf, dass sich die Arbeitsbedingungen, aber auch die Berufsvorstellungen junger Ärzte und Ärztinnen, die „work life balance“ gravierend verändert haben.

Dabei ist Österreich ein Land mit guten ärztlichen Berufschancen – wie immer sind wir auch hier fast europäische Spitze: Jeder ÖsterreicherIn sucht im Jahr mehr als achtmal einen Arzt auf, mindestens jeder fünfte ÖsterreicherIn ist gegenwärtig in nichtzahnärztlicher medizinischer Betreuung, des Österreichers liebster Zweitwohnsitz ist Krankenhaus, Rehab-

oder Kurklinik. Dabei scheint es uns nur langsam zu dämmern, dass wir trotz allem finanziellen und personellen Input mit beträchtlichem jährlichen Anstieg der Lebenserwartung (+ 3 Monate pro Jahr) hinsichtlich des Alterwerdens in Gesundheit nahezu ein Land der Siechen und Kranken sind und in diesem Outcomeindikator zu den europäischen Schlusslichtern zählen. Ein statistischer Irrtum? Den Rufern nach Effizienzsteigerung und Korrektur von Systemfehlern kann man zumindest nicht Unehrenhaftigkeit vorwerfen. Liegt es an der Lebenskultur des homo sapiens austriacus?

Österreich gehört zu den EU-Ländern mit der höchsten Ärztedichte (4,7/1000 EW) und ist die Zahl berufsausübender Ärzte und Ärztinnen zwischen 1970 und 2010 bei einem Bevölkerungszuwachs von nur 12 Prozent in diesem Zeitraum um gesamt mehr als 300 Prozent gestiegen. Im Bundesland Salzburg beträgt der Anstieg der berufsausübenden Ärzte allein von 2000 auf 2010 gesamt 39,2 Prozent!

Glaukt man einer repräsentativen Umfrage (IMAS 2011), sind nahezu 80 Prozent der befragten Österreicher und Österreicherinnen über 16 Jahre der Meinung, dass es in Österreich genug Ärzte und Ärztinnen gibt. Schlaun geworden?

Die Wünsche von Ärzten und Patienten sind gut bekannt. In der Salzburger „Landarztstudie“ sind es neue Arbeitszeitmodelle und Praxiskooperationsformen mit dem Ziel einer Reduktion der erheblichen Arbeitsbelastung, die Abkehr von der Rundumbereitschaft, der Abbau von Bürokratie und die gesteigerte Akzeptanz der praktischen Ärzte als Basisversorger in der ärzt-

lichen Versorgungshierarchie und weniger monetäre Aspekte. Die Fokussierung der Ausbildungsinhalte im Turnus auf die tatsächlichen Berufserfordernisse stehen schon lange auf dem Wunschzettel.

In den subjektiven Betreuungsbedürfnissen der Patienten an den praktischen Arzt stehen die Kenntnis der psychosozialen Situation und emotionale Unterstützung, ärztliche Kompetenz, Aufklärung und Information, Empathie und Wertschätzung, v.a. aber auch Verfügbarkeit und Zuwendung bei chronischen Erkrankungen an vorderster Stelle.

Wir werden uns rasch bemühen müssen, alle diese Wünsche - unter Wahrung der Finanzierbarkeit – unter einen Hut zu bekommen. Starres Denken in eingefahrenen Bahnen wird dazu nicht reichen, unkonventionelle, aber trotzdem realisierbare Konzepte sind gefragt – sonst könnte ein ärztlicher Versorgungsmangel tatsächlich Realität werden.

Mit kollegialen Grüßen
Ihr



Dr. Norbert Muß, Chefarzt der Salzburger Gebietskrankenkasse

Inhaltsverzeichnis

- Seite 1: Dr. N. Muß "Ärztmangel"
- Seite 2/3: Neue Therapieoptionen bei Vorhofflimmern
- Seite 3/4: Ökonomie und Sicherheitsaspekte - Patientenauswahl
Impressum

Neue Therapieoptionen bei Vorhofflimmern Hat die Zukunft wirklich begonnen?

Seit kurzem stehen für nicht valvuläres Vorhofflimmern neue Medikamente zur Verfügung.

Nicht valvuläres Vorhofflimmern ist mit einer Prävalenz von 1-2 Prozent der Gesamtbevölkerung (mit einer Prävalenz in älteren Bevölkerungsgruppen bis zu 10 Prozent – in Österreich ca. 100 000 Personen) eine häufige Herzrhythmusstörung, die neben den Einschränkungen der Hämodynamik mit einem erhöhten thromboembolischen Risiko verbunden ist. Neben Vorhofflimmern per se erhöht sich das thromboembolische Risiko durch weitere prädisponierende Faktoren und kann das dadurch variierende Embolie-

C	Congestive heart failure (Herzinsuffizienz)	1
H	Hypertonie	1
A₂	Alter > 75 Jahre	2
D	Diabetes mellitus	1
S₂	Schlaganfall in der Anamnese	2
V	Atherosklerotische Gefäßerkrankung	1
A	Alter 64 – 74 Jahre	1
S_c	„Sex category“ (weibliches Geschlecht)	1

risiko (in Abhängigkeit von der Zahl dieser Faktoren zwischen 2 und 20 Prozent pro Jahr) durch Scores eingeschätzt werden, wobei neuere Leitlinien dazu den **CHA₂DS₂-VAS_c-Score** empfehlen.

Die Indikation zur Antikoagulation ist ab einem CHA₂DS₂-VAS_c-Score von 2 und mehr empfohlen. Es sind maximal neun Risikopunkte möglich.

Charakteristika der „neuen“ Antikoagulanzen Aktueller Zulassungs- und EKO-Status

	APIXABAN = ELIQUIS®	DABIGATRAN = PRADAXA®	RIVAROXABAN = XARELTO®
Wirkmechanismus	reversibler, direkter Faktor Xa-Inhibitor	reversibler, direkter Thrombininhibitor	reversibler, direkter Faktor Xa-Inhibitor
Halbwertszeit (in h)	9 - 13	12 - 17	7 - 11
Elimination	Niere 25% Leber 75%	Niere 85% Leber 15%	Niere 34% Leber 66%
Prodrug	Nein	Ja	Nein
Monitoring erforderlich	Nein	Nein	Nein
Antidot verfügbar	Nein	Nein	Nein
Europäische Zulassung für (in Klammer EKO-Status) a) Prophylaxe der tiefen Beinvenenthrombose nach Hüft- oder Knie-TEP	+ (+)	+ (+)	+ (+)
b) nicht valvuläres VH-Flimmern	- (aber zu erwarten) (-)	+ (+)	+ (-, aber zu erwarten)
c) Behandlung tiefer Venenthrombosen, Prävention rezidivierender tiefer Venenthrombosen und Pulmonalembolie nach akuter tiefer Venenthrombose	- (-)	- (-)	+ (-, aber zu erwarten)
Dosierungen	für a) 2 x tgl. 2,5 mg für b) 2 x tgl. 2,5 - 5 mg xxx	für a) 1 x tgl. 220 mg oder 150 mg für b) 2 x tgl. 110 mg oder 2 x tgl. 150 mg xx	für a) 1 x tgl. 10 mg für b) 1 x tgl. 15 oder 1 x tgl. 20 mg x für c) erste Wo. 2 x tgl. 15 mg, dann 1 x tgl. 20 mg xxxx

X = bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion (eGFR 30 – 50 ml) 15 mg 1 x tgl., KI bei eGFR < 15 ml/MIN: Cave Interferenzen mit anderen Arzneimitteln. Siehe Warnhinweise in Fachinformation.

XX = Cave: Gegenüber Vitamin K-Antagonisten in RE-LY-Studie erhöhtes gastrointestinales Blutungsrisiko, numerisch erhöhtes Myokardinfarktrisiko. Dosierung 2 x tgl. 110 mg bei Patienten zwischen 75 und 80 Jahre im Einzelfall bei niedrigem thromboembolischen Risiko und hohem Blutungsrisiko, bei Patienten > 80 Jahre, sowie bei Komedikation mit Verapamil oder Amiodaron. Kontraindikation bei gleichzeitiger Einnahme von Ketokonazol, Cyclosporin, Itrakonazol, Tacrolimus. Siehe Warnhinweise in Fachinformation.

XXX = 2 x tgl. 2,5 mg bei Kreatinin > 1,5 mg, Alter > 80 Jahre, Gewicht < 60 kg. Siehe Warnhinweise in Fachinformation.

XXXX = in den ersten Wochen 2 x tgl. 15 mg, dann 1 x tgl. 20 mg, bei eingeschränkter Nierenfunktion 1 x tgl. 15 mg Siehe Warnhinweise in Fachinformation.

Stand 3/2012

Nach den Leitlinienempfehlungen der European Society of Cardiology (ESC, 2010) ist bei einem Score von 1, bei Bevorzugung der oralen Antikoagulation, entweder ASS in Dosierung 75 - 325 mg pro Tag oder die orale Antikoagulation empfohlen. Bei einem Score von 0, der ein sehr niedriges thromboembolisches Risiko anzeigt, wird nunmehr weder Antikoagulation-Therapie noch ASS empfohlen.

Durch die neuen Leitlinien mit dem erweiterten Score (bisher CHADS₂-Score mit 5 Faktoren und maximal 6 Risikopunkten) sinkt die Schwelle, ab der eine Antikoagulation indiziert ist.

Die Antikoagulationstherapie sowohl mit den klassischen Cumarinderivaten und

Heparinen, wie auch mit den „neuen“ Antikoagulantien (Thrombin- und Faktor Xa-Inhibitoren, NOAC) senkt zwar das Thromboembolierisiko deutlich, erhöht aber auch das Blutungsrisiko eines Patienten, sodass schlussendlich für die individuelle Beurteilung des Gesamtrisikos auch das Blutungsrisiko zu berücksichtigen ist, das mit dem **HAS-BLED-Score** abgeschätzt wird.

Die Abschätzung des Blutungsrisikos sollte (darf) die grundsätzliche Indikationsstellung zur Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern nicht beeinflussen, sondern lediglich die Intensität (Dosierung) der Antikoagulationstherapie.

Ein hohes Blutungsrisiko gilt ab einem **HAS-BLED-SCORE** von ≥ 3 (ESC 2010).

Therapiemöglichkeiten der „Antikoagulation“ bei nicht valvulärem Vorhofflimmern

- Vitamin-K-Antagonisten (Sintrom®, Marcoumar®; Risikoreduktion bis 60 Prozent)
- ASS (Risikoreduktion bis 20 Prozent; Reduktion thromboembolischer Ereignisse: ASS < ASS + Clopidogrel < Vitamin K-Antagonisten)
- Heparine (v.a. für Bridgingtherapie bei Operationen, Schwangerschaft, Kontraindikation für Vitamin-K-Antagonisten)
- „Neue Antikoagulantien“ = NOAC (direkte Thrombin- und Faktor Xa-Inhibitoren wie
 - Dabigatran = Pradaxa®
 - Rivaroxaban = Xarelto®
 - Apixaban = Eliquis®
 - Neu: Edaxaban = LIXIANA® - ist in Japan registriert und derzeit noch nicht in der EU zugelassen)

H	Hypertonus	1
A	Gestörte Leber- oder Nierenfunktion	1 – 2
S	Schlaganfall in der Anamnese	1
B	Blutung in der Anamnese	1
L	Labile (schwankende) INR-Einstellung	1
E	Alter > 65 Jahre	
D	Begleitende Medikation (ASS, NSAR) oder Alkoholismus	1 – 2

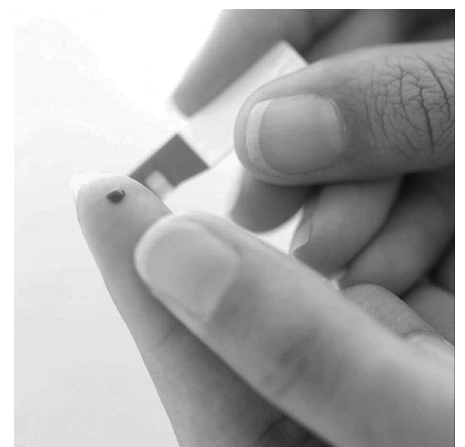
Ökonomie und Sicherheitsaspekte – Patientenauswahl

Ohne Berücksichtigung der Kosten für INR-Messungen bei Vitamin-K-Antagonisten erhöhen die neuen oralen Antikoagulantien (NOAC) die reinen Medikationskosten in der Indikation nicht valvuläres VHF um mehr als das **Fünffzigfache**, eine kaum zu verkraftende finanzielle Mehrbelastung der SV-Träger bei potenziell 100.000 Patienten in Österreich und dies v.a. bei sehr langer Therapiedauer.



Bei allen nunmehr zur positiven Positionierung der NOAC ins Treffen geführten Nachteilen der bewährten Vitamin-K-Antagonisten, wie schwankende INR-Werte, erhöhtes Blutungsrisiko, Unannehmlichkeiten der Kontrollen, lange Halbwertszeit, Abhängigkeit von der Nahrungsaufnahme und der Komplexität des Bridgingmanagements vor und nach Operationen, besteht **keine zwingende Veranlassung**, gut und stabil mit Vitamin-K-Antagonisten eingestellte Patienten, die auch teilweise in der Lage sind, INR-Messungen selbst durchzuführen und die Cumarindosierung zu adaptieren, **umzustellen**.

Compliancedefizite, wie wir sie bei Medikation mit Cumarinen immer wieder sehen und fürchten und die häufig zu einer



Untertherapie mit wenig wirksamer ASS-Therapie führten, werden v.a. bei den NOAC mit 2 x täglicher Applikation ebenso zu erwarten sein und den scheinbaren

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!

Benefit gegenüber Vitamin-K-Antagonisten in Wirksamkeit und Blutungssicherheit in den streng monitorisierten Studien möglicherweise relativieren.



Eine **vorsichtige Zurückhaltung** und ein allmählicher Erfahrungsgewinn mit den neuen Substanzen scheint sinnvoll, v.a. in der Gruppe der älteren, geringgewichtigen Patienten mit und ohne Nierenfunktions-einschränkung (Kontrolle der Nierenfunktion zumindest 1 x jährlich empfohlen, bei erhöhtem Risiko öfters empfohlen), weil es zu Kumulierung und damit erhöhtem Blutungsrisiko kommen kann.

Standard Operating Procedures bei akuten Blutungen bzw. bei der Notwendigkeit einer Akutoperation oder einer geplanten Fibrinolyse-therapie bei Insult sind erst in Entwicklung oder noch nicht allgemeines Wissensgut.

Auch wenn bei Blutungen durch Kumulation/Überdosierung von Faktor Xa – Inhibitoren (Rivaroxaban, Apixaban) zumindest theoretisch mit Gerinnungsfaktoren (Prothrombinkomplex) ein Antidot zur Verfügung steht und bei Dabigatran eine Dialyse

versucht werden kann, sind die diesbezüglichen Erfahrungen spärlich und vor allem teuer. Die Hersteller der NOAC sind daher dringlich aufgefordert, wirksame Antidote zu entwickeln.

NOAC`s interferieren dosis- und zeitabhängig mit vielen Gerinnungstests und können pathologische Gerinnungswerte vortäuschen, sodass bei der Anforderung von Gerinnungsanalytik unter NOAC`s die Weitergabe von Substanz und Dosis sowie Zeitpunkt der letzten Einnahme/Verabreichung wichtig sind, um Fehlinterpretationen durch das Labor zu vermeiden. Die diesbezüglichen Erfahrungen der Befundinterpretation sind erst „in process“.

Hinsichtlich der Patientenauswahl wird man bei verantwortungsbewusstem Vorgehen für eine Um-/Neueinstellung mit NOAC`s an diejenigen Patienten mit nicht valvulärem VH-Flimmern denken,

- die mit einem Vitamin-K-Antagonisten aus diversen Gründen trotz verlässlicher Medikation nicht zurechtgekommen sind oder
- bei denen ein INR-Monitoring nicht möglich ist und
- wo es unter Cumarinen zu Blutungen gekommen ist.

Eine höhergradige Niereninsuffizienz stellt von vorneherein eine Kontraindikation für NOAC dar. Die NOAC`s sind dzt. weder für die Thromboembolieprophylaxe bei artifizialen Herzklappen noch beim akuten Koronarsyndrom (ACS) zugelassen. Von einer Verwendung in der Schwangerschaft und Stillperiode wird abgeraten. Daten hinsichtlich einer eventuellen Karzinogenität sind noch nicht vollständig.

Die Zukunft einer neuen Generation von Antikoagulanzen hat aufgrund der hoffnungsvollen Studiendaten unseres Erachtens mit Sicherheit begonnen, wenn wir auch keine Gründe dafür sehen, Änderungen des Medikationsregimes bei bisher gut mit Vitamin-K-Antagonisten eingestellten Patienten mit nicht valvulärem VH-Flimmern „überfallsartig und massenhaft“ zu initiieren. Das gilt nicht nur, wie man den SV-Trägern vorwerfen könnte, aus ökonomischen Gründen, sondern auch deswegen, weil der Umgang mit neuen Substanzen immer mit einem vorsichtigen Herantasten an Indikationsstellung, Sicherheitsfragen und Nebenwirkungspotenziale verbunden sein sollte. Negative Beispiele der Vergangenheit legen dies nahe.

Die SV-Träger wollen, im ureigensten Patienteninteresse, jedenfalls in der Zukunft ankommen, aber möglichst auf gesicherten Wegen und mit möglichst großem Nutzen, aber mit wenig Schaden für unsere Versicherten.

Impressum

Eigentümer und Herausgeber:
Salzburger Gebietskrankenkasse,
Engelbert-Weiß-Weg 10,
5020 Salzburg;

Inhalt:
Chefarzt MR Dr. Norbert Muß,

Redaktion:
Öffentlichkeitsarbeit, redaktion@sgkk.at;

Bilder: SGKK;

Gestaltung: Desk Top Media;

Druck: Druckerei Huttegger;

Auflage: 1.800 – 3/2012