



Im Blickpunkt

Information für Vertragspartner

Cannabis als Wundermittel?

Multiple Sklerose: Epidemiologie und Therapie

Solidaritätsprinzip in der Praxis



Burgenländische Gebietskrankenkasse

Inhalt

Vorwort	Seite 3
Cannabis als Wundermittel? Evidenzbasierter Einsatz von Cannabinoiden	Seite 4
Informationsplattform Arzneimittelsicherheit	Seite 9
Gesundheitseffekte von Übergewicht und Fettleibigkeit in 195 Ländern über 25 Jahre	Seite 11
Neu: Evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für die Betreuung von Erwachsenen/ Kindern mit Übergewicht oder Adipositas	Seite 11
Multiple Sklerose: Epidemiologie und Therapie	Seite 13
Solidaritätsprinzip in der Praxis	Seite 15
Cannabinoide in der Schmerz- und Palliativmedizin	Seite 17
Über die (Nicht-)Wirksamkeit teurer Krebsmedikamente	Seite 17
State of Health in the EU – Österreich. Länderprofil Gesundheit 2017	Seite 18

Impressum und Offenlegung gemäß §§ 24, 25
Mediengesetz MedieninhaberIn und HerausgeberIn:

Burgenländische Gebietskrankenkasse, gesetzliche Krankenversicherung, Siegfried Marcus-Straße 5,
7000 Eisenstadt, UID Nummer: ATU 16253300

Kontaktadresse: Dipl.-Ing. Berthold Reichardt, Behandlungsökonomie,
Telefon +43 2682608-1405, E-Mail: berthold.reichardt@bgkk.at

Vertretungsbefugte Organe der Burgenländischen Gebietskrankenkasse: Obmann Hartwig Roth,
1.Obmann-Stellvertreter Johann Wagner, 2.Obmann-Stellvertreterin Beate Horvath

Direktor Mag. Christian Moder

Aufsichtsbehörde: Die österreichische Sozialversicherung
unterliegt der Aufsicht des Bundes. Oberste Aufsichtsbehörde ist die Bundesministerin für Gesundheit

Erscheinungsweise: unregelmäßig ca. 4x jährlich

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung der Autorin/des Autors
und nicht der Redaktion wieder.

Sämtliche zur Verfügung gestellten Informationen und Erklärungen sind unverbindlich, die Burgenländische
Gebietskrankenkasse übernimmt keine Gewähr oder Haftung für deren Richtigkeit oder Vollständigkeit und
können daraus keinerlei Rechtsansprüche begründet werden. Grundlegende Richtung des periodischen

Mediums: Fach- und Informationsblatt für die Vertragspartner/innen der Burgenländischen
Gebietskrankenkasse und Entscheidungsträger/innen im Burgenländischen Gesundheitssystem

Druck: Wiener Gebietskrankenkasse, Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien
Satz- und Druckfehler vorbehalten

Bildquelle: Bilderbox, WGKK, BGKK,

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Genehmigung der BGKK gestattet

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

Der medizinische Einsatz von Cannabisprodukten wird nicht nur häufig in Publikumsmedien thematisiert, einschlägige Zubereitungen wurden im letzten Jahr auch häufiger rezeptiert. Der erste Beitrag bewertet dies aus medizinisch wissenschaftlicher, fachärztlicher Perspektive.

Die Gesundheit Österreich GmbH berichtet über das Österreichische Gesundheitsportal als ein Informationsservice zur Unterstützung einer sicheren und effizienten Verschreibung von Arzneimitteln und die aktuelle Erweiterung zu Kinderarzneimitteln.

Übergewicht und Fettleibigkeit ist nicht nur in Österreich ein gesundheitliches Problem, die Prävalenz steigt weltweit. In einer Kooperation zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Medizinischen Universität Graz wurde ein (Be-)Handlungspfad für Übergewicht & Adipositas erstellt.

Die Multiple Sklerose wird aus unterschiedlichen Perspektiven behandelt: Epidemiologie aus österreichischen Abrechnungsdaten, neue Therapieempfehlungen und die intravasalen Immunglobuline als Nichtempfehlung.

Österreichische Zahlen zum Solidaritätsprinzip und Zusammenfassungen aktueller Publikationen runden die Themenvielfalt ab.

Freundliche Grüße
Berthold Reichardt

Cannabis als Wundermittel? Evidenzbasierter Einsatz von Cannabinoiden

Einleitung:

In letzter Zeit wird vor allem medial viel über einen möglichen medizinischen Einsatz von Cannabis oder cannabis-haltigen Produkten gesprochen. Leider wird speziell in der Boulevardpresse Cannabis als Wundermittel gegen Schmerzen, Depression, Schlafstörung und andere Krankheitsbilder angepriesen. In der Bevölkerung entsteht der Eindruck der Harmlosigkeit verbunden mit einem steigenden Druck auf Mediziner, cannabis-haltige Medikamente off-label zu verschreiben.

Die Cannabis-Pflanze enthält weit über hundert unterschiedliche Cannabinoide, von denen nur eine Minderheit psychoaktiv wirken, allen voran Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD), die teils Gegenspieler sind. Nur die weibliche Hanfpflanze der Gattungen „Cannabis sativa“ und „Cannabis indica“ enthalten in den Blüten und blütennahen Blättern ausreichend THC, um eine Rauschwirkung zu erzeugen. Konsumiert wird Cannabis in Form von Marihuana oder Haschisch. Unter Marihuana verstehen wir die getrockneten Blüten, Haschisch wiederum ist das gewonnene Harz aus den Drüsen der Blüte. Abgesehen vom Inhalieren des Rauches oder Dampfes in Form von Joints oder Wasserpfeifen, kann THC durch die hohe Fettlöslichkeit in Öl oder Butter gelöst und zum Kochen oder Backen verwendet werden.

Immer mehr Länder erlauben den Einsatz von Marihuana auf Rezept. Zuletzt ist nun seit März 2017 für besondere Fälle die Verschreibung in Deutschland legalisiert worden. Einen sinnvollen medizinischen Grund für den Einsatz dieser getrockneten Blüten, die meist als Joints geraucht werden, gibt es nicht. Denn verschreibbare Arzneimittel auf Basis von Cannabis gibt es bereits.

Biologische Grundlagen:

Die beiden bekannten Cannabinoid-Rezeptoren-Typen CB1 und CB2 sind unterschiedlich verteilt:¹ CB1 findet man im Gehirn und beeinflusst Gedächtnis, Emotionsverarbeitung, Kognition, Motivation und Bewegungskoordination. Dieser Rezeptor ist somit auch für die psychoaktive Wirkung von Cannabis verantwortlich. CB2 ist im Körper weit verbreitet und hat abgesehen von der Modulation des Immunsystems auch Wirkungen auf unterschiedliche Organe wie Gastrointestinaltrakt, Leber, Herz, Muskel, Haut und Reproduktionsorgane.

Im Gegensatz zum fein abgestimmten Einfluss der Endocannabinoide wie Anandamide kann von außen zugeführtes THC eine übersteigerte Dopamin-Ausschüttung im ventralen Striatum bewirken, was letztlich verantwortlich ist für die berauschende Wirkung aber auch mögliche psychotische Nebenwirkungen. Speziell beim Rauchen von Cannabis-Produkten kommt es innerhalb weniger Sekunden zu einem Wirkeintritt, wobei die rasche Anflutung von THC das Belohnungssystem besonders anregt und damit für das Suchtpotential verantwortlich ist. Auch wenn die subjektiv meist angenehm empfundene Wahrnehmungsveränderung nur wenige Stunden anhält, kann die Verminderung der kognitiven und motorischen Funktionen noch Tage nachwirken und unter anderem die Fahrtüchtigkeit beeinflussen.²

Abgesehen von den Wirkstoffen aus der Hanfpflanze wurden seit Anfang der 1980er Jahre aus wissenschaftlichen Zwecken mehrere Hundert synthetische Cannabinoide entwickelt, die seit Anfang dieses Jahrtausends unter Namen wie „Spice“ oder „K2“ eine zunehmende Rolle als illegale Drogen spielen, da sie meist stärker wirken als THC und leider noch günstiger

ger erhältlich sind. Der größte Teil hiervon wird in China mehr oder weniger legal produziert und über das Internet gehandelt.

Aber auch natürliches Cannabis wird zunehmend gefährlicher, denn die Konzentration von THC ist in den letzten drei Jahrzehnten um das 10- bis 15-fache gestiegen durch entsprechende professionelle Züchtungen. Da die Hanfpflanze THC und CBD aus der gleichen Vorläufersubstanz synthetisiert, geht die erhöhte THC-Produktion auf Kosten der CBD-Synthese. Dadurch ist das heutige Marihuana nicht nur weit gefährlicher als früher wegen dem extrem hohen THC-Gehalt von bis zu 30 Prozent, sondern auch wegen der niedrigen CBD-Konzentration. CBD wirkt bei entsprechender Dosis antipsychotisch und könnte so die Psychose als Nebenwirkung des THC verhindern. Noch vor 20 Jahren lag im Marihuana ein Verhältnis zwischen THC und CBD von ca. 10 zu 1 vor. Heute ist es fast 100 zu 1 für THC.³ Somit ist das Argument jener, die meinen in den 1960er, 70er oder 80er Jahre Marihuana geraucht zu haben ohne davon einen Schaden genommen zu haben nicht unbedingt umlegbar auf das heutige Marihuana.

Prävalenz von Konsum und Sucht:

Laut Drogenbericht der Gesundheit Österreich GmbH geben 20 bis 25 Prozent der Bevölke-

rung zwischen 15 und 64 Jahren an, zumindest einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben. Die Zahl derer, die Cannabis in den letzten 30 Tagen konsumiert hat, liegt bei den letzten Erhebungen um 5 Prozent, allerdings mit einer deutlich steigenden Tendenz in den letzten 15 Jahren. Genaue Angaben zur Prävalenz von Cannabis-Abhängigkeit liegen in Österreich nicht vor. In Deutschland leiden laut Deutscher Hauptstelle für Suchtfragen 0,5 Prozent an Cannabis-Abhängigkeit und weitere 0,5 Prozent an Cannabis-Abusus nach DSM IV Kriterien.

Langfristige Folgen des Cannabis-Konsums:

Im Gegensatz zum Mythos, Cannabis wäre eine harmlose Droge, gibt es zunehmende Evidenz für die Gefährlichkeit eines regelmäßigen Konsums. An dieser Stelle können nur beispielhaft einige wenige Studien zitiert werden. Im Rahmen einer 25 Jahre dauernden Langzeit-Studie in Neuseeland wurden bei 1000 Personen Veränderungen des Intelligenz-Quotient (IQ) zwischen dem 18. und 38. Lebensjahr gemessen und mit dem individuellen Cannabis-Konsum korreliert.⁴ Bei den Personen, die als Minderjährige mit regelmäßigem Konsum begannen, fiel der IQ bis zum 38. Lebensjahr hoch signifikant um ca. 10 Prozent ($p=0,0002$) (siehe Abbildung 1).

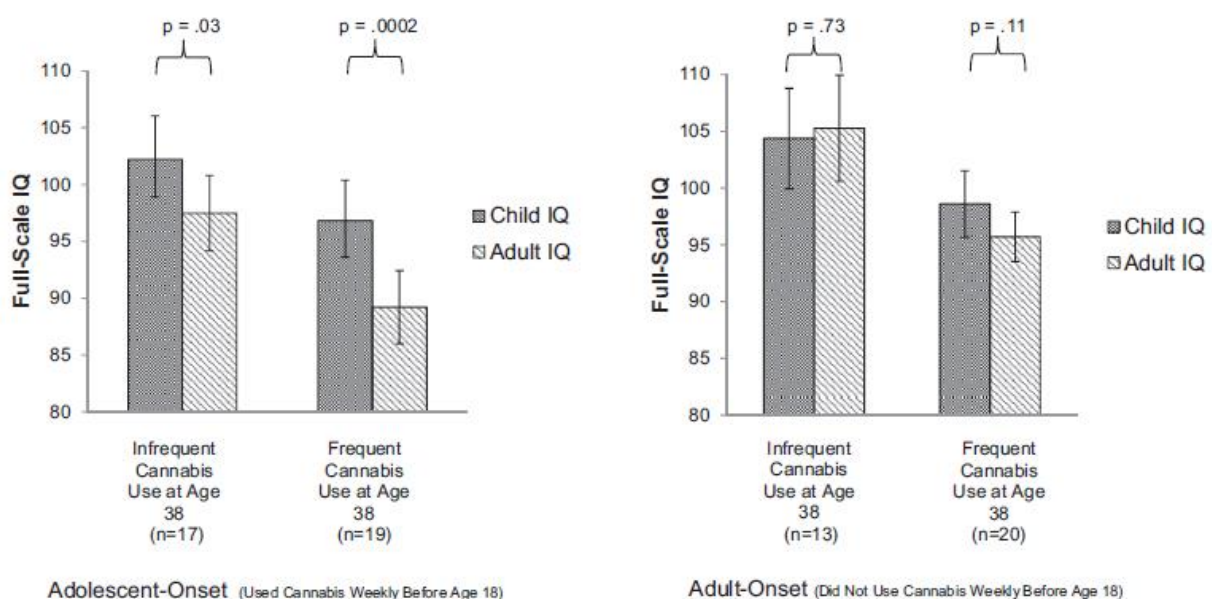


Abbildung 1: Veränderung des IQ vom 18. bis zum 38. Lebensjahr durch Cannabis. Signifikante Reduktion des IQ bei Beginn des regelmäßigen Cannabis-Konsums in der Jugend.

Andere Faktoren wie Schulbildung, Alkohol- oder Drogenkonsum und psychische Erkrankungen wurden statistisch kontrolliert und erklären somit nicht dieses Ergebnis. Auch wenn diese Studie kontrovers diskutiert wurde, stellt sich die Frage, ob die betroffenen Personen bei weiterem häufigen Cannabis-Konsum im Laufe der kommenden Jahrzehnte einer vorzeitigen dementiellen Entwicklung entgegensteuern werden.

Dass es einen Zusammenhang zwischen THC-Konsum und gehäuftem Auftreten von Schizophrenie gibt, ist oft beschrieben worden. Mittels PET-CT konnte gezeigt werden, dass auch bei Verwandte ersten Grades von Schizophrenen nach einmaligem Cannabis-Konsum die Dopamin-Ausschüttung stark ansteigt im Striatum, bei Gesunden ohne genetische Vorbelastungen hinsichtlich Psychose aber kaum.⁵ Genetische Faktoren sind also relevant für die Entwicklung einer chronischen Psychose durch Cannabis.

In letzter Zeit beschreiben immer mehr wissenschaftliche Veröffentlichungen die Zusammenhänge zwischen dem Rauchen von Cannabis-Produkten und Pneumonie, chronische Bronchitis, COPD und Lungenkrebs.⁶

Dauerhafter Cannabis-Konsum bewirkt deutliche Leistungseinbußen bei Gedächtnis, Motivation und kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit. Bei Beginn des regelmäßigen Konsums in der Jugend können diese Symptome auch nach Beendigung des Cannabis-Abusus persistieren.⁷ Da die Prozesse der Hirnreifung ungefähr bis zum 25. Lebensjahr andauern, sollte also aus medizinischer Sicht vom Cannabis-Konsum nicht nur während der Jugend, sondern auch während des jungen Erwachsenenalters dringlich abgeraten werden.

Cannabis als Medizin:

Dronabinol ist ein Medikament, das in einem etwas umständlichen Prozess aus der natürlichen Hanfpflanze gewonnen wird, in dem das CBD extrahiert wird, um daraus in einem chemischen Verfahren THC herzustellen. Natürlich wäre es per se viel einfacher, von vornherein aus der Pflanze THC zu extrahieren. Dies ist

allerdings nicht legal, weshalb der Umweg über CBD beschritten wird. Nabilone ist ein voll synthetisches THC-Analogon. Während Dronabinol und Nabilone ausschließlich THC bzw. ein THC-Derivat enthalten, besteht Sativex aus etwa gleich viel THC und CBD, und ist somit medizinisch gesehen sinnvoller, weil Cannabidiol Nebenwirkungen des THC wie Psychose entgegenwirkt. Sativex ist allerdings in Österreich nicht im Erstattungscode und die Kosten werden nur im ausreichend begründeten Einzelfall übernommen. CBD selbst gilt als Nahrungsergänzungsmittel und wird somit ohne strenge Auflagen von verschiedensten Firmen angeboten. Diese Regelung ist nicht nachvollziehbar, auch wenn CBD keine berauschende Wirkung und kein Suchtpotential birgt.

Die klassischen Indikationen der THC-haltigen Arzneimittel ist Übelkeit unter Chemotherapie und Kachexie bei lebensbedrohlichen Erkrankungen. Ansonsten hilft THC manchmal bei Spastik z.B. im Rahmen von multipler Sklerose oder bei neuropathischen Schmerzen. Bei all diesen Erkrankungen können die am Markt befindlichen THC-Medikamente zwar helfen, allerdings sind die Nebenwirkungen häufig stärker als bei anderen Medikamenten für die gleichen Indikationen, so dass von einem Mittel 1. Wahl nicht gesprochen werden kann. Und der Einsatz von Marihuana selbst wird entsprechend der vorliegenden Daten für diese Indikationen explizit nicht empfohlen.⁸ Für andere Erkrankungen wie Morbus Crohn, rheumatische oder gar psychiatrische Erkrankungen wird vom Einsatz von jeglichem Cannabis abgeraten.⁹

Interessant könnte in Zukunft die Anwendung von CBD in der Medizin werden. Es wirkt zwar nicht berauschend, hat aber unter anderem antiepileptische, anxiolytische und antipsychotische Eigenschaften.¹⁰

In einer Studie wurden Amisulprid und CBD doppelblind in ihrer antipsychotischen Wirkung bei akuter Schizophrenie verglichen bei gleicher Dosierung von 600 bis 800 mg. Beide Substanzen schnitten fast gleich gut ab.¹¹ Tatsächlich hat die Pharmaindustrie bereits begonnen, Hanfpflanzen zu züchten, bei denen das Verhältnis zwischen CBD und THC umgekehrt also zu Gunsten von CBD ist.

Für die Anwendung als Freizeitdroge spielen solche Züchtungen mangels berauschender Wirkung natürlich keine Rolle.

Die üblichen Qualitätsstandards in der Medizin erfordern bei der Verschreibung eines Arzneimittels die genaue Angabe der Substanz, Dosierung, Einnahmefrequenz und -dauer. All dies ist bei der Anwendung von Marihuana nicht möglich. Weder kann man die Substanz eingrenzen, da die Blüte der Hanfpflanze viele verschiedene Cannabinoide enthält, von denen die meisten noch nicht einmal in ihren Wirkungen und Nebenwirkungen ausreichend untersucht sind.

Ebenso wenig ist eine genaue Dosisangabe möglich, zumal je nach Gattung und Züchtung die Konzentration von THC und das Verhältnis von THC zu CBD unterschiedlich sind. Dementsprechend machen Angaben zu Einnahmefrequenz und Dauer auch wenig Sinn. Und je nach Applikationsform, also Rauchen des Joints, Inhalieren des Dampfes mittels Wasserpfeife oder Zubereitung in Lebensmittel, unterscheidet sich auch die aufgenommene Menge, Absorptionsgeschwindigkeit, maximaler Blutspiegel und Wirkdauer. Somit widerspricht die Verschreibung von Marihuana als Medikament jeglichem Standard der modernen evidenzbasierten Medizin. Dies wiederum wirft die Frage auf, ob das Rezeptieren von Marihuana ethisch vertretbar wäre, sofern gesetzlich zugelassen wie in weiten Teilen der USA und seit Kurzem in Deutschland.

Zusammenfassung:

Cannabis-haltige Arzneimittel können für manche Indikationen nach Ausschöpfung anderer Alternativen eine legitime Möglichkeit darstellen. Wie bei anderen Medikamenten auch müssen hier Wirksamkeit und potentielle Nebenwirkungen sorgfältig abgewogen werden. Medial wird Cannabis in den letzten Jahren als Freizeitdroge weitgehend verharmlost und als Medikament zum Wundermittel hochgepriesen. Dadurch wird die Kluft zwischen der Mystifizierung von Cannabis und den tatsächlichen wissenschaftlichen Fakten immer größer. Die Legalisierung von Cannabis als Genussmittel ist keine medizinische sondern eine gesellschaftspolitische Frage.

Vorteile einer solchen Legalisierung wären Entkriminalisierung der Konsumenten, Entlastung der Exekutive und Justiz, Steuereinnahmen usw. Der Nachteil läge in der erhöhten Verfügbarkeit, welche sicherlich zu mehr Konsum und damit mehr assoziierten Erkrankungen führen würde.

Aufgabe der Medizin ist es, einerseits entsprechende Aufklärungsarbeit zu leisten und andererseits die gleichen Qualitätsstandards wie auch bei anderen Arzneimittel anzuwenden.

Literatur

1. Hu SS et al: Distribution of endocannabinoid system in the central nervous system. In: Pertwee RG: Handbook of experimental pharmacology. Springer 2015
2. Volkow ND: Adverse health effects of marijuana use. NEJM 2014; 370(23): 2219-27
3. ElSohly MA et al: Changes in Cannabis Potency Over the Last 2 Decades (1995-2014): Analysis of Current Data in the United States. Biol Psychiatry 2016; 79(7):613-9
4. Meier MH et al: Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. Proc Natl Acad Sci 2012; 109(40):e2657-64
5. Kuepper R et al: Delta-9-tetrahydrocannabinol-induced dopamine release as a function of psychosis risk: 18F-fallypride positron emission tomography study. PLoS One 2013; 8(7):e70378
6. Macleod J et al: Cannabis, tobacco smoking, and lung function: a cross-sectional observational study in a general practice population. Br J Gen Pract 2015; 65(631):e89-95
7. Hall W et al: The health and social effects of nonmedical cannabis use. WHO 2016
8. Petzke F et al: Efficacy, tolerability and safety of cannabinoids for chronic neuropathic pain: A systematic review of randomized controlled trials. Schmerz 2016;30(1):62-88
9. Fitzcharles MA et al: Efficacy, tolerability and safety of cannabinoids in chronic pain associated with rheumatic diseases

(fibromyalgia syndrome, back pain, osteoarthritis, rheumatoid arthritis): A systematic review of randomized controlled trials. Schmerz. 2016;30(1):47-61

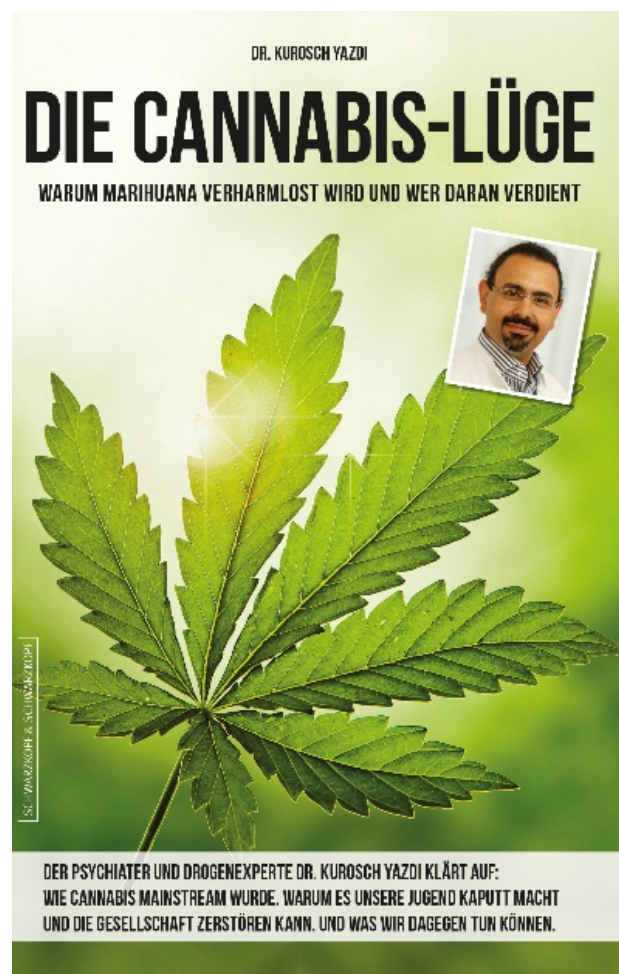
10. Devinsky O et al: Cannabidiol: pharmacology and potential therapeutic role in epilepsy and other neuropsychiatric disorders. Epilepsia. 2014; 55(6):791-802
11. Leweke FM et al: Cannabidiol enhances anandamide signaling and alleviates psychotic symptoms of schizophrenia. Transl Psychiatry 2012; 20;2:e94

Buchtipp:

Autor: Dr. Kurosch Yazdi, Titel: Die Cannabis-Lüge. Warum Marihuana verharmlost wird und wer daran verdient. Verlag: Schwarzkopf & Schwarzkopf, 2017, Berlin

Verfasser:

Dr. Kurosch Yazdi, Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin
Leiter der Klinik für Psychiatrie mit Schwerpunkt Suchtmedizin, Kepler Universitätsklinikum
kurosch.yazdi@kepleruniklinikum.at



Informationsplattform Arzneimittelsicherheit

Plattform unterstützt bei sicherer Arzneimittelverschreibung und Vermeidung von Medikationsfehlern

Ärztinnen und Ärzte sind bei der Verschreibung von Arzneimitteln mit zahlreichen Informationen und Anforderungen konfrontiert. Besondere Herausforderungen stellen sich bei Zielgruppen wie Älteren oder Kindern, beispielsweise durch Polypharmazie oder erhöhten Off-Label-Use. Leitlinien und Informationen dazu sind oft nicht „auf einen Griff“ zu finden. Die Gesundheit Österreich GmbH hat daher Anfang 2017 im Österreichischen Gesundheitsportal ein Informationsservice zur Unterstützung einer sicheren und effizienten Verschreibung von Arzneimitteln eingerichtet.

Ziel der Plattform ist es, „Health Professionals“ zu ausgewählten Themen mit evidenzbasierten Informationen und praxisrelevanten Instrumenten in gebündelter Form zu versorgen. Sie bietet Zugriff sowohl auf themenbezogene Tools und Leitfäden, als auch auf allgemeine Grundlagen

zum Arzneimittelsystem und dient dem raschen Nachlesen wie der individuellen Fortbildung. Zu finden ist sie im Bereich Professional unter „gesundheit.gv.at“. Es gelten die strengen Qualitätskriterien des österreichischen Gesundheitsportals, wie Transparenz und Unabhängigkeit.

Themenschwerpunkt „Polypharmazie & ältere Menschen“:

Gerade im höheren Lebensalter steigt das Risiko von Arzneimittelwechselwirkungen durch die gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente. Viele Substanzen oder Substanzkombinationen sind außerdem nicht für ältere Menschen untersucht. Auch Leitlinien gehen meist bestenfalls cursorisch auf diese Patientengruppe ein. Interaktionen, Wechselwirkungen (auch zwischen verschriebenen rezeptpflichtigen Medikamenten und OTC-Präparaten oder Nahrungsergänzungsmitteln) „Therapiemüdigkeit“ und für diese

Informationsplattform Arzneimittelsicherheit



Herzlich willkommen bei der Informationsplattform Arzneimittelsicherheit für Ärztinnen/Ärzte!

Das Informationsservice bietet Ärztinnen und Ärzten unabhängige, qualitätsgesicherte und serviceorientierte Informationen zur Unterstützung einer sicheren und effizienten Verschreibung von Arzneimitteln.

Ärztinnen und Ärzte sind mit zahlreichen

Informationen und Vorgaben konfrontiert, deren Sichtung zeitintensiv ist. Ziel ist es, ihnen auf einen Blick rasch Zugriff zu praxisrelevanten Instrumenten und wichtiger Evidenz zu bieten. Diese Plattform liefert gebündelte Informationen bzw. Zugang zu vorliegender Evidenz zu ausgewählten Schwerpunktthemen. Damit wollen wir Ärztinnen/Ärzte unterstützen, die zu bestimmten Fragestellungen nachlesen bzw. sich fortbilden wollen. Die Plattform ist selbst kein „Tool“ (wie etwa ein Praxis-Softwareprogramm) zur sicheren Verschreibung, sondern eine ausgesuchte, zielgerichtete Zusammenstellung von schon vorhandenen Tools, Leitfäden und weiteren Instrumenten, die Hilfestellung und Wissen bieten.

Die Plattform zielt auf qualitätsgesicherte, nachhaltige Bereitstellung von Informationen und wird regelmäßig aktualisiert und gewartet. Sie ist aber kein Nachrichtendienst mit tagesaktuellen Meldungen.

Inhalte

- Polypharmazie & ältere Menschen
- Grundlagen zum Arzneimittelsystem
- Informationsdienste & Links
- Projekt „Informationsplattform Arzneimittelsicherheit“

Zielgruppe potenziell inadäquate Medikation gehören zu den Herausforderungen und bewirken in Summe möglicherweise, dass Therapieziele nicht erreicht werden. Verschiedenste Strategien wurden in den letzten Jahrzehnten international und national entwickelt, um dem zu begegnen und negative Folgewirkungen zu reduzieren; dabei geht es sowohl um das Weglassen ungeeigneter als auch die Aufnahme geeigneter Medikamente ins Therapieregime. Instrumente zur Medikationsbewertung unterstützen beispielsweise dabei – periodisch oder anlassgebunden – individuelle Medikamentenlisten von Patientinnen/Patienten zu durchforsten und systematisch zu überprüfen.

Die Plattform bietet Detailinformationen zu folgenden Themenbereichen:

- **Leitfragen zur Medikationsbewertung:**
Ein Gerüst an Leitfragen wie beispielsweise beim „Medication Appropriateness Index“ (MAI) hilft, strukturiert und pro Medikament alle wichtigen Punkte, von der Indikation über Wechselwirkungen bis hin zur Therapiedauer und Wirtschaftlichkeit durchzugehen und berücksichtigt eine mögliche Unterversorgung.
- **Listen „potenziell ungeeigneter“ bzw. „potenziell geeigneter“ Medikamente**
wie z.B. die Österreichische PIM-Liste
- **Leitlinien, Leitfäden, Broschüren**
- **Weitere Informationen**
z.B. über Literatur zum Weiterlesen und Österreichische Studien

Themenschwerpunkt „Kinderarzneimittel“:

Die Verschreibung von Arzneimitteln für Kinder und Jugendliche stellt Ärztinnen und Ärzte vor eine besondere Herausforderung, da für viele Arzneimittel - aufgrund fehlender Studiendaten - eine pädiatrische Indikation fehlt oder nur die Anwendung an bestimmten Altersgruppen empfohlen wird. Das zieht die verstärkte Notwendigkeit eines Off-Label-Einsatzes nach sich. Zahlreiche Projekte in Österreich, anderen europäischen Ländern, und auf EU-Ebene verdeutlichen die Aktualität der Thematik. Entsprechende Leitlinien werden von Fachgesellschaften entwickelt, in vielen Bereichen fehlen jedoch fundierte Daten. Die Problematik des Off-Label-Use wird auf

unterschiedlichen Ebenen aufgegriffen: Einerseits soll durch mehr Kinder einschließende Arzneimittelstudien das Wissen zum Thema Arzneimittel für Kinder und die Zahl der Zulassungen von Arzneimitteln für Kinder erhöht werden. Andererseits gilt es, den verschreibenden Ärztinnen und Ärzten konkrete Hilfestellungen in die Hand zu geben – so wurden in verschiedenen europäischen Ländern Projekte zur Entwicklung von Online-Datenbanken für pädiatrische Dosierungen verwirklicht.

Die Plattform bietet Detailinformationen zu folgenden Themenbereichen:

- Kurzzusammenfassungen relevanter Informationen **zur Anwendung von Arzneimitteln an Kindern,**
- eine Übersicht zu **Datenbanken zur Anwendung von Arzneimitteln an Kindern** (jeweils gegliedert nach Quelle/Zugriffsmöglichkeit, Land, Sprache, Pro und Kontra, inhaltlicher Fokus, Anwenderzielgruppe)
- Kurzzusammenfassungen relevanter Informationen zur **Forschung von Arzneimitteln an Kindern.**

Erarbeitet werden die Inhalte für die Seite über eine Internet- und Literaturrecherche, ergänzt durch den Austausch mit einschlägigen Expertinnen/Experten. Nach Sichtung und Bewertung der Informationsquellen nach vorher festgelegten Kriterien wird die Konzeptfassung in einem Workshop ärztlichen und pharmazeutischen Expertinnen/Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens präsentiert und zur Diskussion gestellt.

WEITERE INFORMATIONEN:

<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/professional/arzneimittelsicherheit/inhalt>

Gesundheitseffekte von Übergewicht und Fettleibigkeit in 195 Ländern über 25 Jahre (1)

Die „Global Burden of Disease 2015 Obesity Collaborators“ haben Daten von 68,5 Millionen Personen im Zeitraum 1980 bis 2015 analysiert, um Trends in der Prävalenz von Kindern und Erwachsenen mit Übergewicht oder Adipositas aufzuzeigen. Zusätzlich wurde die Krankheitslast, die durch einen hohen Body Mass Index (BMI) je nach Alter und Geschlecht entsteht, in 195 Ländern zwischen 1990 und 2015 dargestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Prävalenz von Adipositas seit 1980 in mehr als 70 Ländern verdoppelt hat und auch in den meisten anderen analysierten Ländern ansteigt. Ein hoher BMI ist für 4 Millionen Sterbefälle weltweit verantwortlich, 2/3 davon sind auf kardiovaskuläre Erkrankungen zurückzuführen. Die Analyseergebnisse dieser großen Datenmenge machen deutlich, dass eine

rechtzeitige Identifikation von Übergewicht und Adipositas gepaart mit der Implementierung und Evaluation von evidenzbasierten Interventionen notwendig sind, um die Krankheitslast und die Sterblichkeit zu reduzieren. Sehen Sie dazu den Artikel: Neu: Evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für die Betreuung von Erwachsenen/ Kindern mit Übergewicht und Adipositas, die Ärzte und andere Gesundheitsberufe unterstützen, Patientinnen und Patienten mit Adipositas erfolgreich zu betreuen.

(1) GBD 2015 Obesity Collaborators: Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. N Engl J Med. 2017 Jul 6;377(1):13-27

Neu: Evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für die Betreuung von Erwachsenen/ Kindern mit Übergewicht und Adipositas,

die Ärzte und andere Gesundheitsberufe unterstützen, Patientinnen und Patienten mit Adipositas erfolgreich zu betreuen. Sie haben oft unzutreffende Meinungen über Patienten mit Adipositas, kaum Ausbildung in Verhaltensänderung und wenig Erfahrung dabei, in einem interdisziplinären Team zu arbeiten¹.

Das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) der Medizinischen Universität Graz entwickelte nun strukturierte, evidenzbasierte Behandlungspfade

zur Therapie von Übergewicht/ Adipositas, die seit kurzem vorliegen². Aus 23 aktuellen evidenzbasierten Leitlinien (Publikationsdatum ab 2011) wurden Handlungsempfehlungen mit hohem Empfehlungsgrad extrahiert für die Bereiche Anamnese, Diagnostik, Risikoeinschätzung, Ernährung oder Diät, Bewegung, Verhaltenstherapie, pharmakologische Therapie sowie die Betreuung vor und nach bariatrischen Operationen. Die Behandlungspfade (getrennt für Erwachsene und für Kinder/ Jugendliche) wurden als Algorithmus mit Infoboxen abgebildet.

1 Dietz et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. Lancet 2015; 385(9986): 2521-2533

2 Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Medizinische Universität Graz. (Be)Handlungspfad Übergewicht & Adipositas auf Primärversorgungsebene, 2016

Der 2. Teil des Berichtes befasst sich mit der Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team. Abgeleitet aus den Leitlinien wäre die Begleitung der Menschen mit Übergewicht/Adipositas auf Primärversorgungsebene zumindest durch folgende Berufsgruppen anzustreben: Arzt für Allgemeinmedizin, Qualifizierte Ernährungsfachkraft, Qualifizierte Fachkraft für Bewegungs-/ Sporttherapie, Gesundheitsberufe mit einer PSY-Kompetenz

Exemplarische Empfehlungen für Erwachsene:

- Therapieziel ist ein Gewichtsverlust von rund 0,25 bis 1 kg pro Woche bzw. von 5 – 10 % des Ausgangsgewichts in 6 Monaten
- durch die kalorienreduzierte Diät soll ein tägliches Energiedefizit von 500 bis 700 kcal bezogen auf den Gesamtumsatz erreicht werden
- aufgrund des erhöhten Komplikationsrisikos sollen sehr niedrig kalorische Diäten nur durchgeführt werden, wenn eine ausreichende Erfahrung in der medizinischen Betreuung und ein intensives medizinisches Monitoring gewährleistet sind
- die körperliche Aktivität soll mit insgesamt moderater Intensität für zumindest 150 Minuten pro Woche (5 Einheit zu je 30 Minuten) erfolgen
- Krafttraining alleine ist für eine Gewichtsreduktion wenig effektiv
- die Betreuung kann individuell oder in Gruppen erfolgen, wobei eine Gruppenbetreuung bevorzugt werden soll
- ein „off-label“-Einsatz von Arzneimitteln zur Gewichtsreduktion (z.B. Amphetamine, Diuretika, humanes Choriongonadotropin, Testosteron, Thyroxin und Wachstumshormone) soll nicht erfolgen

Empfehlungen für Kinder/ Jugendliche (Auswahl):

- Eltern oder Erziehungsberechtigte sollen die Verantwortung für die Lebensstiländerung des Kindes/Jugendlichen übernehmen, vor allem bei jüngeren Kindern bis zum 12. Lebensjahr
- übergewichtige Kinder/Jugendliche (2-18 Jahre) sowie adipöse Kinder im Alter von 2-5 Jahren sollen Lebensstilinterventionen mit dem Ziel der Gewichtsstabilisierung bzw. der Verlangsamung der Gewichtszunahme erhalten

- adipöse Kinder/Jugendliche im Alter von 6-18 Jahren sollen Lebensstilinterventionen mit dem Ziel der Gewichtsreduktion erhalten
- insgesamt mindestens eine Stunde/Tag aktives Spiel, andere Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. Gehen, Radfahren, Treppen steigen) oder strukturierte Bewegung (z.B. Fußball, Schwimmen, Tanzen) mit moderater bis intensiver Belastung in einer bis mehreren Einheiten von mindestens 10 Minuten Dauer
- zur Erreichung eines gesunden Gewichtsmanagements sollen strukturierte Verhaltensmaßnahmen angeboten werden
- Medikamente zur Gewichtsreduktion sollen für Kinder und Jugendliche generell nicht eingesetzt werden

Die Behandlungspfade wurden mit Blick auf die Primärversorgungsebene entwickelt (vor allem PHC-Einrichtungen mit verschiedenen Gesundheitsberufen), können aber auch in allen anderen Versorgungsebenen herangezogen werden (Facharztordination, Einrichtungen der Krankenkassen, Ambulatorien, Spital sowie Einrichtungen für Kuraufenthalt/ Rehabilitation).

Maßnahmen können im niedergelassenen Bereich nur insoweit bezahlt werden, als sie in die Leistungspflicht der Krankenversicherung fallen.

Das Hauptdokument, die Behandlungspfade und Infoboxen sind auf der Homepage des Hauptverbandes der österr. Sozialversicherungsträger als Download verfügbar:

<http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.775475>

Mag. Bettina Maringer
Abteilung Vertragspartner Spitäler (VPS)
Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger, Wien
Tel. 01/71132/3412
bettina.maringer@sozialversicherung.at

Multiple Sklerose: Epidemiologie und Therapie

Epidemiologie (1)

Auf Basis von Routinedaten der österreichischen Sozialversicherungsträger wurden die Erkrankungshäufigkeit und die Neuerkrankungsrate der Multiplen Sklerose (MS) erhoben. 13.205 Personen hatten im Analysenzeitraum 2010 bis 2013 entweder einen Krankenhausaufenthalt mit der Diagnose MS oder eine MS spezifische Medikation. Mittels eines validen statistischen Modells konnte auch abgeschätzt werden, wie viele MS-Patienten trotz bestehender Erkrankung in den SV-Daten nicht abgebildet sind. Mit der capture-recapture Methode können unter Einschluss von zwei Datenquellen auch jene Patienten abgeschätzt werden, die im Untersuchungszeitraum weder einen Krankenhausaufenthalt mit MS-Diagnose noch eine MS-Medikation im niedergelassenen Bereich hatten. Die Jahresprävalenz lag 2013 bei 13.340 Personen (95 %iges Konfidenzintervall: 11.811 bis 14.870) und die Neuerkrankungen bei 1.638 Personen (1.209 bis 2.070).

Das statistische Modell zur Erhebung von MS Patienten, die keine medikamentöse Therapie erhalten konnten/wollten, weist ca. 1.600 Patienten aus. Allerdings hat sich die Anzahl der verfügbaren Wirkstoffe für die Therapie der MS in den letzten Jahren deutlich gesteigert und weitere werden erwartet (Masitinib, Ofatumumab, Ozanimod, Ponesimod, Siponimod, ...). Die Anzahl an MS Patienten, denen kein für sie passendes Therapiekonzept angeboten werden kann, wird sich daher deutlich reduzieren.

Therapie (2)

Zwei europäische Fachgesellschaften (European Academy of Neurology und European Committee of Treatment of Research in Multiple Sclerosis), haben die aktuellen Leitlinien zur Therapie der MS publiziert und geben folgende Empfehlungen ab:

- die Therapie soll von einschlägigen Zentren initiiert und überwacht werden
- Interferon oder Glatiramer sind die Therapien der Wahl beim klinisch isolierten Syndrom
- die Therapie bei schubförmiger MS soll frühzeitig beginnen
- Interferon beta-1b, Interferon beta-1a und Glatiramer sind die Basismedikamente bei schubförmiger MS; die fakultativ notwendige Folgetherapie mit Teriflunomid, Dimethylfumarat, Cladribin, Fingolimod, Daclizumab (bereits wieder vom Markt genommen, Anm. der Redaktion), Natalizumab oder Alemtuzumab ist von der Patientencharakteristik und den Begleiterkrankungen abhängig, der Schwere der Erkrankung, dem Medikamentennebenwirkungsprofil und der Verfügbarkeit der Substanzen in den jeweiligen Gesundheitssystemen
- bei sekundär progredienter MS steht Interferon im Vordergrund, bei notwendiger Folgetherapie Mitoxantron
- bei primär progredienter MS hat nur Ocrelizumab eine Zulassung (zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Leitlinie bezog sich die Empfehlung auf die Zulassungsstudie, die EMA-Zulassung erfolgte erst am 8.1.2018)

Zur Therapiekontrolle wird empfohlen:

- MRT 6 Monate und 12 Monate nach Therapiestart
- standardisierte MRT Protokolle sollen von MS Erfahrenen beurteilt werden; dies inkludiert auch das Monitoring einer möglichen multifokalen Leukoenzephalopathie

Zusätzlich wird empfohlen, die Vorgaben der Fachinformationen betreffend der Dosierungsempfehlung, den Warn- und Vorsichtshinweisen und den Kontraindikationen zu beachten.

Intravasale Immunglobuline

Keine Zulassung für die MS haben die intravasalen Immunglobuline (IVIg). Sie werden in der aktuellen europäischen Leitlinie (2) nicht einmal angeführt.

Auch die Österreichische Multiple Sklerose Gesellschaft bewertet die IVIg sehr kritisch (3): „Das Wesentliche in Kürze:

- Eine immunmodulierende Basis-Therapie der MS mit IVIg gilt aufgrund neuer Erkenntnisse als obsolet und ist daher zur Behandlung der MS nicht zugelassen („Off-Label-Use“).
- IVIg können in speziellen begründeten Einzel-Fällen für eine begrenzte Zeit nach der Geburt als Schubprophylaxe in einer Dosierung von monatlich 0,2g/kg/KG herangezogen werden („Reservemedikament“), eine postpartale Behandlung mit IVIg wird aber nicht generell empfohlen.
- Ausschließliches Stillen hat einen moderaten schubmindernden Effekt.
- In den vergangenen Jahren sind neue krankheitsmodifizierende Medikamente zur Therapie der schubförmigen MS zugelassen worden, die ihre Wirksamkeit durch randomisierte kontrollierte Studien („Goldstandard der klinischen Forschung“) belegen konnten. Es steht dadurch heute ein größeres Therapie-spektrum zur Verfügung (Abb.). Die früher berechtigte Möglichkeit, IVIg als „Zweite-Linie-Therapie“ bei Unverträglichkeit oder fehlender Wirksamkeit einer Basistherapie mit Interferon-beta oder Glatirameracetat einzusetzen, ist daher nicht mehr zutreffend.
- 2011 wurden im Rahmen des Projektes „Prävalenz der MS“ Daten über die Behandlung in Österreich erhoben (4). Der hohe Prozentsatz von 12% an MS-Betroffenen, welche zum gegebenen Zeitpunkt eine IVIg-Therapie erhielten, zeigt auf, dass eine Aufklärung über die aktuelle Studienlage dringend erforderlich ist.“

Auch bestehende Therapien mit intravasalen Immunglobulinen bei MS-Patienten sollten einer kritischen Überprüfung zugeführt werden.

Literatur

- 1 Salhofer-Polanyi S, Cetin H, Leutmezer F, Baumgartner A, Blechinger S, Dal-Bianco A, Altmann P, Bajer-Kornek B, Rommer P, Guger M, Leitner-Bohn D, Reichardt B, Alasti F, Temsch W, Stamm T: Epidemiology of Multiple Sclerosis in Austria. *Neuroepidemiology*. 2017;49(1-2):40-44
- 2 Montalban X, Gold R, Thompson AJ, Otero-Romero S, Amato MP, Chandraratna D, Clanet M, Comi G, Derfuss T, Fazekas F, Hartung HP, Havrdova E, Hemmer B, Kappos L, Liblau R, Lubetzki C, Marcus E, Miller DH, Olsson T, Pilling S, Selmaj K, Siva A, Sorensen PS, Sormani MP, Thalheim C, Wiendl H, Zipp F:ECTRIMS/EAN guideline on the pharmacological treatment of people with multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2018 Jan 1:1352458517751049 <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1352458517751049> Zugriff am 15.2.2018
Eur J Neurol. 2018 Feb;25(2):215-237 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ene.13536/epdf> Zugriff am 15.2.2018
- 3 Stellungnahme des Ärztebeirats der ÖGMS <http://www.oemsg.at/artikel/datum/2015/02/18/therapie-der-multiplen-sklerose-im-wandel-gibt-es-noch-eine-berechtigung-fuer-den-einsatz-intraven/> Zugriff am 15.2.2018
- 4 Baumhackl U (Hg) (2014) Multiple Sklerose. Prävalenz und Therapie im 12-Jahres-Vergleich in Österreich. Facultas Verlag

Solidaritätsprinzip in der Praxis

anhand von Daten der österreichischen Krankenversicherungsträger

„Die Solidarität der Besserverdienenden und Gesunden sichert die Finanzierung der medizinischen Leistungen und gewährleistet die Gleichbehandlung finanziell schlechter gestellter Menschen.“¹ Dieses Prinzip soll anhand der Medikamentenkosten der Anspruchsberechtigten der österreichischen Krankenversicherungsträger veranschaulicht werden. Datenbasis sind die Abrechnungsdaten der SV-Träger, die Medikation während stationärer oder ambulanter Krankenhausaufenthalte wird daher nicht berücksichtigt.

Die insgesamt 8,6 Mio. Anspruchsberechtigten können in drei Gruppen eingeteilt werden. Die erste und gleichzeitig größte Gruppe mit gesamt 5.897.244 Personen ist jene, die innerhalb eines

Jahres pro Person nicht mehr als € 100,- für Medikamente mit Kostenübernahme durch die österreichischen Krankenversicherungsträger erhält. Sie benötigen in Summe € 110 Mio. des Solidarbudgets. 42 % aller Personen in dieser Gruppe benötigen gar keine von den österreichischen Krankenversicherungsträgern finanzierte Medikation.

Die zweite Gruppe hat einen Medikamentenbedarf von € 100,- bis maximal € 1.000,- pro Kopf und Jahr.

Obwohl diese Gruppe mit 2.108.993 Personen um fast 2/3 kleiner ist als die größte Gruppe, benötigen sie mit gesamt € 769 Mio. zirka sieben Mal so viel Mittel für Medikamente aus dem Budget der Krankenversicherungsträger

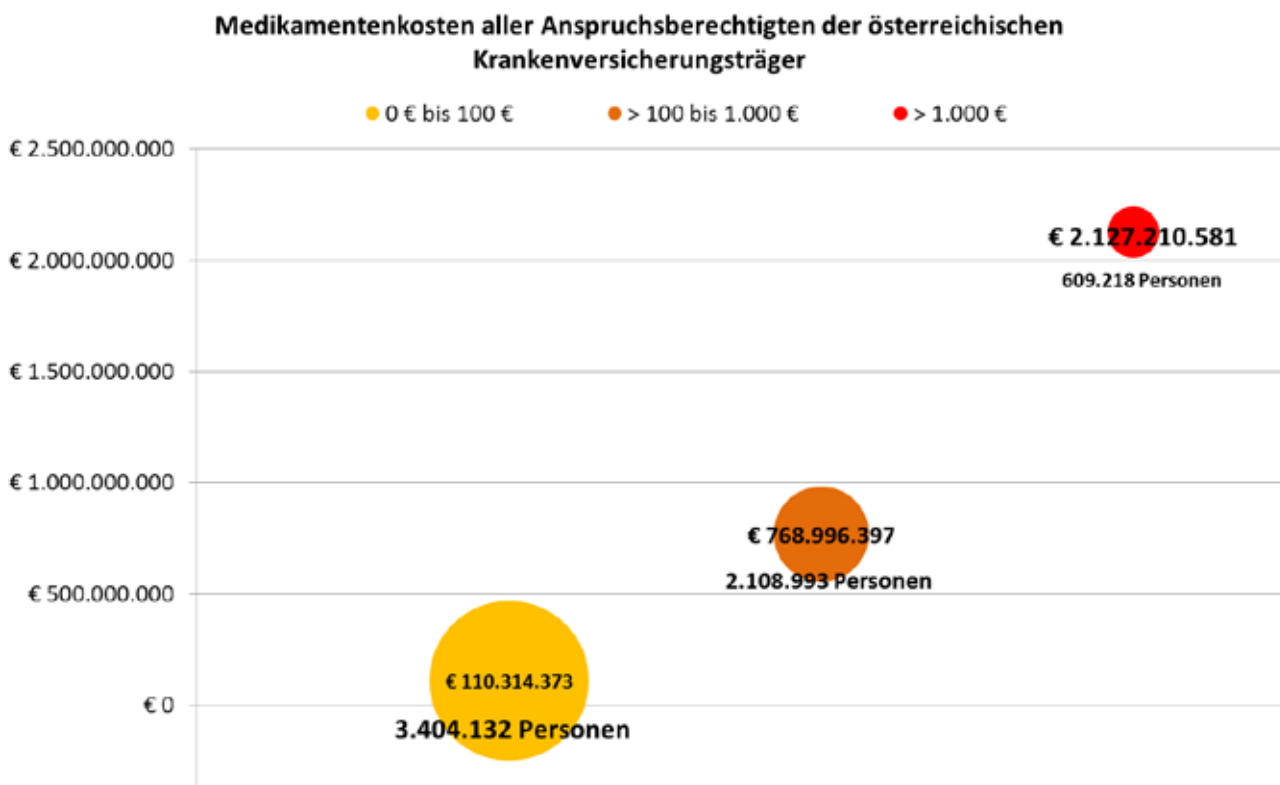


Abbildung 1). Medikamentenkosten aller Anspruchsberechtigten der österreichischen Krankenversicherungsträger; Daten aus BIG, HVB



wie die erste Gruppe. Die dritte Gruppe ist mit 609.218 Personen die kleinste Gruppe und umfasst nur 7 % aller Anspruchsberechtigten. Sie umfasst jene Personen, die am meisten vom Solidaritätsprinzip profitieren. Ohne den finanziellen Ausgleich der ersten beiden Gruppen wäre es nicht möglich, die hohen Medikamentenkosten von über € 1.000,- pro Kopf und Jahr vom Gesundheitssystem zu tragen. Diese Personen benötigen fast drei Mal so viel Medikamentenbudget wie die zweite und 19 Mal so viel wie die erste Gruppe pro Jahr.

In Summe leistet das solidarisch organisierte Gesundheitssystem für diese Anspruchsberechtigten € 2 Mrd. pro Jahr nur für ihre Medikamente.

Die gehaltsabhängigen Krankenversicherungsbeiträge mit einer solidarisch getragenen Ausgabenfinanzierung stellt die Medikamentenversorgung für alle Anspruchsberechtigten sicher.

Für sie gelesen...

Cannabinoide in der Schmerz- und Palliativmedizin

Am 10. März 2017 trat in Deutschland das Gesetz zur „Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ in Kraft. Ärzte dürfen Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen bei fehlender Therapiealternativen Cannabinoide auf Kassenkosten verordnen. Da die Evidenz für die Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit von Cannabinoiden in der Schmerz- und Palliativmedizin widersprüchlich beurteilt wird, wurde von Häuser et al. eine systematische Übersicht über systematische Übersichtsarbeiten von randomisiert kontrollierten Studien und prospektiven, längerfristigen Beobachtungsstudien durchgeführt.

Während die öffentliche Wahrnehmung Cannabisprodukte in der Schmerz- und Palliativmedizin als wirkungsvoll bewerten, haben diese laut systematischen Übersichtsarbeiten und prospektiven Beobachtungsstudien nur eingeschränkte Evidenz. Lediglich bei chronischen neuropathischen Schmerzen liegt ein ausreichender (wenn auch aufgrund der niedrigen Stichprobengröße und der kurzen Studiendauer mit einer niedrigen Validität zu bewertender) Nutzen vor. Keine ausreichende Evidenz liegt vor bei Appetitverlust bei Krebserkrankungen und HIV/AIDS, Fibromyalgiesyndrom, Morbus Chron, muskuloskelettalen Schmerzen, rheumatoider Arthritis, chronischer Pankreatitis und Tumorschmerz. Der Einsatz von Cannabinoiden ist daher nur als individueller Heilversuch anzusehen. Außerdem sollten die relevanten zentralnervösen und psychiatrischen Nebenwirkungen wie Benommenheit, Verwirrtheit und Psychosen mitberücksichtigt werden. Die Europäische Arzneimittel-Agentur fordert grundsätzlich bei der Zulassung eines Medikaments zur Schmerztherapie zwei Studien mit einer Dauer von mindestens 12 Wochen an. Diese Forderung wurde

bei der Zulassung der Verschreibungsfähigkeit von Medizinhanf in Deutschland nicht berücksichtigt. Eine Chance für zukünftige evidenzbasierte Aussagen zur Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit von Medizinhanf bei spezifischen Aussagen bietet die im erlassenen Gesetz vorgeschriebene Begleitforschung.

Häuser W, Fitzcharles MA, Radbruch L, Petzke F: Cannabinoids in pain management and palliative medicine— an overview of systematic reviews and prospective observational studies. Deutsches Ärzteblatt Int 2017; 114: 627–34. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0627
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5645627/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-114-0627.pdf Zugriff am 29.3.2018

Über die (Nicht-)Wirksamkeit teurer Krebsmedikamente

Die meisten Krebsmedikamente die zwischen 2009 und 2013 auf den Markt gekommen sind, hatten keine eindeutige Evidenz im Hinblick auf Erhöhung der Lebensqualität oder Verlängerung der Lebenszeit. Auch nach Markteintritt konnte für die meisten dieser Medikamente in randomisiert kontrollierten Langzeitstudien kein Nutzen in der Gesamtüberlebensrate oder in der Lebensqualität dokumentiert werden. Selbst wenn die Überlebensdauer im Vergleich zu Standardtherapie verlängert werden konnte, war dies meist ohne klinische Relevanz. Auch nach Markteinführung werden nur wenige neue Informationen für Patienten und deren behandelnde Ärzte generiert und keine Empfehlungen, unter welchen Differentialkriterien solch teure Medikamente finanziert werden sollen.

Die Bewilligung und Finanzierung von hochpreisigen Medikamenten ohne klinisch relevanten Nutzen bringen nicht nur Nachteile für den

Patienten sondern auch für die Solidargemeinschaft mit sich. Die begrenzten Mittel, die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehen, müssen sinnvoll und nachhaltig investiert werden, um auch in Zukunft die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können.

Davis C, Naci H, Gurpinar E, Poplavska E, Pinto A, Aggarwal A: Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13. *BMJ* 2017;359:j4530. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j4530> Zugriff am 29.3.2018

„State of Health in the EU – Österreich. Länderprofil Gesundheit 2017.“

Um den Gesundheitszustand in der EU zu erheben, wurden von der OECD und dem European Observatory on Health Systems and Policies Länderprofile erstellt, die den Gesundheitszustand im Land, die Einflussfaktoren auf die Gesundheit, die Organisation des Gesundheitssystems und deren Wirksamkeit, Zugang und Anpassungsfähigkeit evaluieren. Im November 2017 wurde die erste Reihe der zukünftig im 2-jährigen Zyklus erhobenen Länderprofile publiziert.

Österreich schnitt dabei vor allem im Bereich der Gesundheitsversorgung gut ab. Eine geringe vermeidbare Sterblichkeit deutet auf eine hohe Wirksamkeit der österreichischen Gesundheitsversorgung hin. Auch der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird als gut bewertet. Bei der Lebenserwartung bei der Geburt liegt Österreich zwar über dem EU-Durchschnitt, die Österreicher verbringen dafür aber weniger Jahre in einem guten Gesundheitszustand. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs sind in Summe für mehr als zwei Drittel der Sterbefälle in Österreich verantwortlich. Auch Diabetes und Demenzerkrankungen zählen zu den häufigsten Todesursachen in Österreich. Zur Krankheitsbelastung tragen vor allem Probleme mit dem Bewegungsapparat und eine schlechte psychische Gesundheit bei. Der Gesundheitszustand der Österreicher ist außerdem abhängig vom Bildungsstand und dem Einkommensniveau,

welche wiederum mit verhaltensbedingten Risikofaktoren korrelieren. Diese Risikofaktoren kommen bei Personen mit niedrigem Bildungsstand und geringem Einkommen häufiger vor. Sowohl die Fettleibigkeitsquoten als auch der Raucheranteil ist in dieser Bevölkerungsgruppe besonders hoch.

Am österreichischen Gesundheitssystem kritisiert werden vor allem die Komplexität und die Fragmentierung aufgrund der überwiegend dezentralen Planung und Verantwortungsübertragung, genauso wie ein im Vergleich mit anderen EU-Ländern teures System mit starkem Fokus auf die stationäre Krankenhausversorgung. Die Primärversorgung steckt dagegen noch in den Kinderschuhen, was auch zu einer hohen Zahl an vermeidbaren Krankenhauseinweisungen führt. Zukünftig sollen die Reformen daher auf die Stärkung der Primärversorgung abzielen, um das österreichische Gesundheitssystem auch in Zukunft effizient gestalten zu können.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Österreich: Länderprofil Gesundheit 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285040-de> Zugriff am 29.3.2018



