

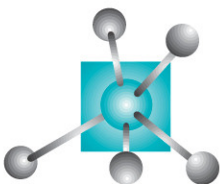
Dokumente⁶

Gesundheitswissenschaften

Herausgegeben von
Univ.- Prof. Dr.
Josef Weidenholzer,
Institut für Gesellschafts-
und Sozialpolitik,
Johannes Kepler
Universität Linz in
Zusammenarbeit mit
der Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse.

Versorgung mit medikamentösen Anti-Parkinson-Therapien in Oberösterreich

Mag. Werner Bencic
Michael Leitner
Anita Lengyel
Univ. Prof. Prim. Dr. Gerhard Ransmayr



Linz, 2005

Versorgung mit medikamentösen Anti-Parkinson-Therapien in Oberösterreich

Wahrscheinlich ist es im wesentlichen die demografische Alterung der österreichischen Bevölkerung, welche die Zahl der PatientInnen mit Parkinson-Krankheit stetig steigen lässt. In Österreich sind derzeit zwanzig- bis dreißigtausend Personen von der Krankheit betroffen. Im Alter von 55 bis 64 Jahren sind es 0,3 Prozent, im Alter von 85 bis 94 Jahren 4,3 Prozent. (Ott et al. 2004)

Auf Rechnung der OÖ Gebietskrankenkasse wurden im Jahr 2004 fast 13 Prozent mehr Packungen von Antiparkinsonmitteln verordnet als 2000.

Die Parkinson Krankheit ist nach dem englischen Arzt Dr. James Parkinson benannt, der die Erkrankung 1817 erstmals beschrieben hat. Die Parkinson Krankheit ist eine langsam fortschreitende neurologische Erkrankung. Sie betrifft bestimmte Gebiete des Gehirns (die Basalganglien), die an der Kontrolle der willkürlichen und unwillkürlichen Bewegung beteiligt sind. Die langsame Degeneration von Zellen der Substantia nigra (Schwarze Substanz) im Gehirn verursacht einen Mangel des Botenstoffes Dopamin im Gehirn. Dieser Mangel führt zu den klassischen Symptomen der Krankheit. Im Deutschen wird die Parkinson Krankheit auch als Schüttellähmung bezeichnet. Sie ist vor allem gekennzeichnet durch

1. Bewegungsarmut
2. Zittern in Ruhe
3. Muskelsteifheit
4. Gang- oder Gleichgewichtsstörungen

Behandlung des Morbus Parkinson

Die Grundlage der Behandlung des Morbus Parkinson bildet der Ausgleich des Dopamin-Mangels. Dafür stehen verschiedene Medikamente zur Verfügung, die in Abhängigkeit

- vom Lebensalter,
- von der Schwere der Krankheitszeichen
- von der krankheitsbedingten Behinderung sowie
- von allfälligen Begleiterkrankungen

verabreicht werden. Die Medikamente haben verschiedene Angriffspunkte an den dopaminergen Nervenschaltstellen. Je nach Wirkmechanismus unterscheidet man verschiedene Prinzipien (Dopamin-Substitution, Dopaminrezeptor-Stimulation, Dopamin Akkumulation). Für die verschiedenen Fallkonstellationen muss ein spezifisches Behandlungskonzept erstellt und in regelmäßigen Abständen kontrolliert und gegebenenfalls modifiziert werden. Da die Behandlung lebenslang erfolgt, müssen möglichst wirksame Medikamente unter Abwägung des Nebenwirkungsprofils ausgewählt werden. Die ideale Behandlung ist jene, die bei bestmöglicher Kontrolle der Behinderung die geringsten Nebenwirkungen aufweist.

Die Basisbehandlung stellen die L-Dopa Präparate sowie Dopaminagonisten dar, welche je nach Lebensalter als Monotherapie oder in Kombination gegeben werden. Dabei gelten L-Dopa Medikamente noch immer als "Goldstandard", da sie die Symptome der Erkrankung zumindest innerhalb der ersten Jahre am besten ausgleichen. Allerdings entwickeln die damit behandelten PatientInnen nach etwa drei bis fünf Jahren Wirkungsfluktuationen und/oder kommt es zu einer Ausweitung der Bewegungsstörungen vor allem an den Extremitäten oder am Rumpf, was man als L-Dopa-Langzeitsyndrom bezeichnet. Demgegenüber gibt es diese Nebenwirkung bei der Behandlung mit Dopaminagonisten deutlich seltener. Diese besitzen jedoch eine stärkere Potenz zur Provokation von Halluzinationen und anderen psychotischen Symptomen, die vor allem bei der Behandlung

von älteren PatientInnen zum Tragen kommen können. Jüngere PatientInnen bleiben bei sachgerechter Handhabung dieser Medikamentengruppe von derartigen Erscheinungen weitestgehend verschont. Daher gilt derzeit die generelle Empfehlung bei Parkinson PatientInnen unter 70-75 Jahren mit einem längeren Therapiehorizont nach Möglichkeit primär die Behandlung mit einem Dopaminagonisten zu beginnen und erst in weiterer Folge ein L-Dopa Medikament dazu zu geben. Bei Dopaminersatz-pflichtigen PatientInnen mit einem kurzen Therapiehorizont kann man in der Regel sofort mit einem L-Dopa Präparat anbehandeln. Ein untergeordnetes Therapieprinzip ist die sogenannte anticholinerge Therapie, dadurch wird das durch Dopaminmangel entstandene Ungleichgewicht der Botenstoffe ausgeglichen.

Auch Amantadin, das die Dopamin-Verwertung verbessert, spielt eine wichtige Rolle bei der Kombinationstherapie mit L-Dopa. Als Monotherapie ist es in den ersten Krankheitsphasen sowie bei leichtem Krankheitsverlauf indiziert.

Eine für das Therapiekonzept relevante Begleiterkrankung von Parkinson-PatientInnen ist die Demenz. Dopaminagonisten und Anticholinergika sind bei Demenz kontraindiziert, da sie verwirrte und psychotische Zustände dementer PatientInnen verschlechtern können.

(Ott et al. 2004)

Versorgungsforschung

Die Kosten für die medikamentöse Anti-Parkinson-Therapie steigen nicht nur wegen der zunehmenden Arzneimittelverordnungen. Die neueren Therapien zeigen eine Tendenz zur kontinuierlichen Verteuerung. Im oben erwähnten Beobachtungszeitraum von 2000 bis 2004 stiegen die Kosten pro Verordnung für die OÖ Gebietskrankenkasse um fast 40 Prozent.

Daher wird die Frage nach der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medikamentösen Anti-Parkinson-Therapie immer dringlicher. In diesem Zusammenhang wird es nicht genügen, aus den Ergebnissen klinischer Studien Rückschlüsse auf die Alltagsversorgung von Parkinson-PatientInnen zu ziehen. Die Versorgung unter Alltagsbedingungen muss Gegenstand der Forschung werden.

International taucht der Begriff Versorgungsforschung (Health Services Research) in der gesundheitspolitischen Diskussion immer öfter auf: Neben den diversen gesundheitsbezogenen Forschungsaktivitäten wie beispielsweise der klinischen Forschung (unter den künstlichen Bedingungen klinischer Studien) soll die Evaluation der Versorgung kranker Menschen unter Alltagsbedingungen eine Rückkoppelungsschleife für versorgungspolitische Entscheidungen bilden.

(Bencic et al. 2002)

Im folgenden sei eine sehr schöne Definition von Versorgungsforschung aus der amerikanischen Literatur wiedergegeben:

„Health services research is a multidisciplinary field of inquiry, both basic and applied, that examines the use, costs, quality, accessibility, delivery, organization, financing, and outcomes of health care services to increase knowledge and understanding of the structure, processes, and effects of health services for individuals and populations.“

(Field et al. 1995)

In Österreich kann Versorgungsforschung besser als in vielen anderen Ländern auf elektronisch gespeicherte Daten zurückgreifen. Das österreichische Gesundheitssystem kann auch ein Data Warehouse sein. Ob aus den Diagnose-bezogenen Verrechnungs-Daten

der Krankenhäuser, den Daten der Pensionsversicherung über Rehabilitation und Pflegegeldbezug bis zu den umfangreichen Abrechnungs-Daten der Sozialversicherung über die extramural erbrachten Therapien, finden sich im österreichischen Gesundheitswesen wertvolle Informationen über die Versorgung kranker Menschen. Da es sich größtenteils um Daten handelt, die Geldflüsse induzieren, werden sie von Empfängern und Zahlern dieser Geldflüsse gut kontrolliert und weisen daher eine hohe Datenqualität auf.

Im Fall der Arzneitherapien gelangen für jede Verordnung die Daten

- zur Identifikation der betroffenen PatientInnen
- die Versicherungszugehörigkeit dieser PatientInnen
- über die verordnenden ÄrztInnen
- das Datum der Einlösung der Rezepte

über die Apotheken an die zuständigen Krankenkassen. Diese Daten werden von den Krankenkassen in mehrfacher Hinsicht verwertet:

- Gesetzlich vorgeschrieben ist eine jährliche Information über die Kosten der individuellen Leistungen an alle Versicherten
- ÄrztInnen bekommen zusammengefasste Informationen über ihr Behandlungs- und Ordnungsverhalten im Vergleich zu den Kollegen innerhalb ihrer Fachgruppe zur Verfügung gestellt
- Die Krankenkassen selbst beobachten mit Hilfe dieser Daten die Entwicklung des Leistungsmarktes und Trends in der Versorgung.

In Zukunft kann daran gedacht werden, das Case Management der Krankenkassen mit diesen Daten zu unterstützen, und das Monitoring von Disease Management Programmen zumindest teilweise datengestützt zu bewerkstelligen.

Versorgung mit medikamentösen Anti-Parkinson Therapien in Oberösterreich

Versorgungsforschung für die Fragestellung, wie Parkinson-PatientInnen in Oberösterreich behandelt werden, heisst im Anschluss an die oben angeführten Möglichkeiten der Verwertung von Daten der OÖ Gebietskrankenkasse eine patientenbezogene Auswertung der Arzneimittelverordnungen. Für die vorliegende Arbeit wurden folgende ausgewählte konkrete Fragestellungen formuliert:

- Welches ist das am häufigsten verordnete Medikament?
- Werden Anticholinergika auch bei älteren PatientInnen, die mit Antidementiva behandelt werden, eingesetzt?
- Werden demente PatientInnen mit Dopaminagonisten behandelt?

Diese Fragestellungen beziehen sich auf die Empfehlungen zur optimalen Behandlung des Morbus Parkinson, wie sie weiter oben im Abschnitt "Behandlung des Morbus Parkinson" dargestellt werden.

Die Daten zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurden aus einem EDV-Tool zur Ermittlung der Eigen- und Folgekosten (FOKO) ärztlicher Leistungen und Verordnungen der OÖ Gebietskrankenkasse erhoben. FOKO ermöglicht die individuelle Abbildung der Inanspruchnahme von Leistungen durch Versicherte, die individuelle Abbildung der Tätigkeit einzelner ÄrztInnen und der Anwendungsfrequenzen einzelner Leistungen oder Güter. Zunächst wurden alle PatientInnen identifiziert, die im ersten Halbjahr 2003 Antiparkinsonmittel erhalten hatten. Auch PatientInnen mit anderen Erkrankungen, beispielsweise mit der sogenannten Restless legs - Erkrankung, die ebenfalls Antiparkinson-Arzneimittel erhalten können, waren in dieser Gruppe der im ersten Schritt identifizierten 6.945 PatientInnen enthalten. Darum wurde in einem zweiten Schritt noch auf eine Parkinson-Diagnose überprüft. In der technischen Umsetzung wurde der Diagnose-Suchbegriff (*park*) in den Diagnose-Angaben der Abrechnungen von niedergelassenen ÄrztInnen und Krankenhäusern sowie in der Dokumentation von Krankenständen abgefragt.

Auf diese Art blieben 1.501 PatientInnen übrig, die mit großer Sicherheit im 1. Halbjahr 2003 an der Parkinson-Krankheit litten. Für diese PatientInnen wurde pro Versicherungsnummer die detaillierte Verordnung von Antiparkinson-Arzneimitteln ausgewertet und nach pharmakologischen Gruppen geordnet. Nach dieser Zuordnung von Therapiekonzepten inklusive Kombinationstherapien auf die einzelnen PatientInnen konnten folgende Ergebnisse extrahiert werden:

- L-Dopa-Präparate werden am häufigsten eingesetzt, und zwar zur Hälfte als Monotherapie, die andere Hälfte in Kombination.
- Bei den Anticholinergika zeigt Abbildung 1, dass die Verordnungen des für diese Gruppe repräsentativen Wirkstoffes Bornaprin im Vergleich zu den Verordnungen aller Anti-Parkinson-Arzneimittel (Abbildung 2) zumindest keinen Schwerpunkt bei alten PatientInnen haben.
- Bornaprin und Antidementiva gleichzeitig im selben Quartal tauchen nur bei 5 von 44 PatientInnen auf – Kombinationen dieser beiden Wirkprinzipien sind daher nur selten.
- PatientInnen mit Antidementiva erhielten allerdings relativ häufig Dopamin-Agonisten, nämlich 19 von 73 – das heißt, dass rund ein Viertel der dementen PatientInnen mit Dopamin-Agonisten wahrscheinlich nicht optimal behandelt wurden.

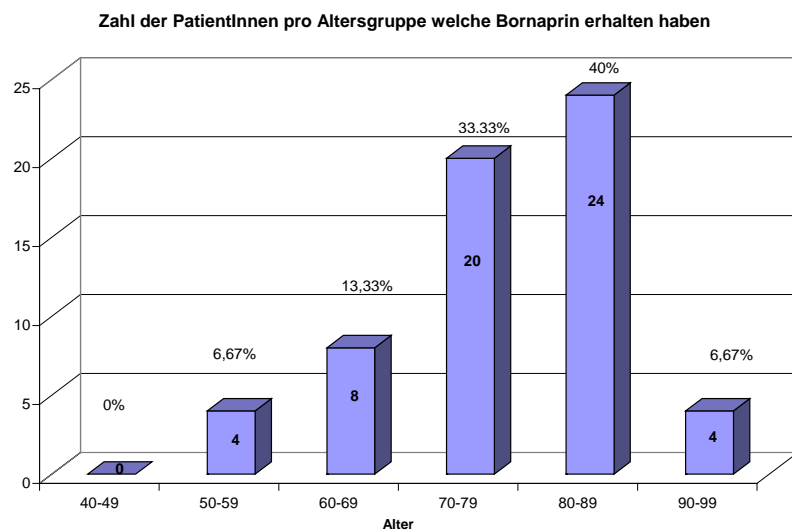


Abb.1
Quelle: OÖGKK FOKO

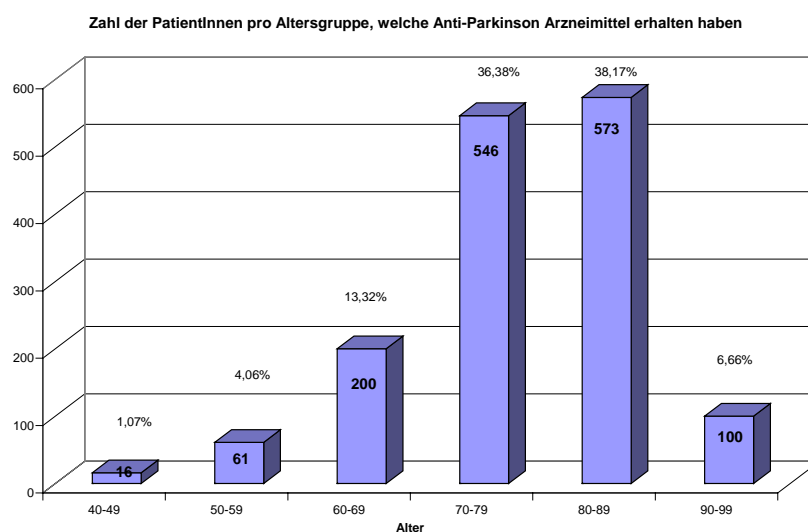


Abb.2
Quelle: OÖGKK FOKO

Schlußfolgerungen

Unserer Einschätzung nach hat sich gezeigt, dass die Überprüfung der Verordnungsqualität im Sinne der Versorgungsforschung mit Hilfe von Echt-Daten der Sozialversicherung funktioniert. Die Schlußfolgerung aus den konkreten Ergebnissen der Daten-Abfragen lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Die Versorgung von Parkinson-PatientInnen durch die niedergelassenen ÄrztInnen in Oberösterreich entspricht hinsichtlich der Auswahl der Medikamente zu einem großen Teil den Therapieempfehlungen. Ein Problembereich scheint die Anti-Parkinson-Therapie für demente und höherbetagte Patienten zu sein, da in dieser Fallkonstellation häufig eine suboptimale Kombinationstherapie zum Einsatz kommt. Dieser Problembereich muss in der Diskussion zwischen Krankenkasse, ExpertInnen und den niedergelassenen ÄrztInnen in Oberösterreich thematisiert werden. Die vorliegende Arbeit hat einige punktuelle Aspekte der Anti-Parkinson-Therapie abgedeckt. Weitere Untersuchungen zu spezifischen anderen Fragestellungen wie beispielsweise dem altersgerechten Einsatz untergeordneter Wirkstoffe wie Amantadin werden empfohlen, um mit verhältnismässig geringem Aufwand die Ist-Situation der Anti-Parkinson-Therapie in Oberösterreich darzustellen und an die Verordner zu kommunizieren.

Literatur:

Bencic, W., B. Möller, M. Pogantsch M., B. Reichardt: Heilmittel-Versorgungsforschung in Österreich; Soziale Sicherheit 2002; 6: 261 - 263

Field M. et al.: Health Services Research: Work Force and Educational Issues (National Academy Press, Washington D.C. 1995); <http://www.nap.edu/catalog/5020.html> (letzter Zugriff 2005/05/20)

Ott et al.: Morbus Parkinson; Österreichische Ärztezeitung 2004; 22: 32 - 40

Autorenliste:

Mag. Werner Bencic
Wissenschaftsreferent der OÖ Gebietskrankenkasse

Prim. Univ.Prof. Dr. Gerhard Ransmayr
Vorstand der Abt. Neurologie und Psychiatrie AKH Linz

Michael Leitner
Data-Warehouse Manager OÖ Gebietskrankenkasse

Anita Lengyel
Mitarbeiterin im Referat für Wissenschaftskooperation der OÖ Gebietskrankenkasse