

G toptipps

• Fakten • Kosten • Trends

2/2020

Niederösterreich



ARZNEIMITTEL-
ENGPÄSSE_3

Medikamente bei Frauen mit
überaktivem Blasen-Syndrom_5

Generika und
Biosimilars heute_6

Sehr geehrte Ärztinnen und Ärzte, liebe Vertragspartnerinnen und Vertragspartner!

DAS CORONAVIRUS IST

mittlerweile seit mehreren Monaten Teil unseres Alltags und hat viele alte Gewohnheiten auf den Kopf gestellt. Gemeinsam konnten wir beweisen, dass das österreichische Gesundheitswesen flexibel und schnell auf große Herausforderungen reagieren kann und



sich die Versicherten sicher sein können: Wir sind gut versorgt! Ohne Ihren großen Einsatz wäre dies nicht möglich gewesen. Wir möchten uns bei Ihnen herzlich für diesen großartigen Einsatz in diesen herausfordernden Zeiten bedanken!

DIE UNSICHERHEIT UND die Ungewissheit waren groß und umso wichtiger war deshalb die gemeinsame Arbeit an Lösungen. Die Ermöglichung von telemedizinischer Leistungserbringung und elektronischer Rezeptübermittlung seien hier stellvertretend für viele Maßnahmen genannt, die wir gemeinsam in kürzester Zeit einführen konnten. Es freut uns sehr, dass diese Maßnahmen vielerorts so schnell aufgenommen wurden und so die Patientenversorgung sichergestellt werden konnte.

AUCH NACH DEM Ende der Pandemie wollen wir die Chancen, die sich aufgetan haben, nützen und dort, wo dies sinnvoll ist, gesetzte Maßnahmen mit in die Zukunft nehmen.

EIN BESONDERES ANLIEGEN ist es, dass wir aus diesen vergangenen Monaten gemeinsam lernen und in einen Dialog treten: Was haben Sie aus diesen Wochen mitgenommen? Wir freuen uns sehr über Ihr Feedback!

Bleiben wir in Kontakt!

Dr. Rainer Thomas
Leiter Geschäftsbereich 2

Mag. Franz Kiesl
Leiter Fachbereich Versorgungsmanagement 1

Medieninhaber und Herausgeber:

Österreichische Gesundheitskasse, Haidingergasse 1, 1030 Wien
www.gesundheitskasse.at/impressum

Redaktion: ÖGK Landesstelle Niederösterreich, Kremser Landstraße 3, 3100 St. Pölten
Dr. Jana Fischer, MSc, Tel.: 05 0766-6110, E-mail: jana.fischer@oegk.at

Fotos/Bilder: Shutterstock, ÖGK

Hersteller: Dockner Gesellschaft m.b.H, Untere Ortsstraße 17, 3125 Kuffern

Arzneimittel-Engpässe: Verordnung über die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung trat mit 1.4.2020 in Kraft

Das Problem der Nicht-Lieferfähigkeit von Arzneimitteln ist nicht erst seit der Corona-Pandemie evident. Alleine im Jahr 2019 wurden dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) 323 Vertriebsbeschränkungen von Arzneimitteln gemeldet ⁽¹⁾. Einer der Gründe für die Arzneimittelknappheit waren so genannte Parallelexporte, bei denen Parallelhändler Arzneimittel in Österreich zu einem vergleichsweise niedrigen Preis einkaufen und im Ausland zu höheren Preisen verkaufen. Als Folge davon stehen dem österreichischen Markt weniger Arzneimittel zur Verfügung. Um die Versorgung der Patientinnen und Patienten weiterhin sicherzustellen, muss entweder auf wirkstoffgleiche, meist teurere Medikamente oder auf therapeutisch gleichwertige Ersatzpräparate umgestellt werden, oder man greift auf Arzneimittelimporte aus dem Ausland zurück.

MIT 1. APRIL 2020 ist nun die Verordnung über die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in Kraft getreten, durch die künftig bei Produkten mit Vertriebsbeschränkungen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit Exporte in andere Vertragsparteien des Europäischen Wirtschaftsraums verboten werden. Dies soll die Versorgung in Österreich sicherstellen und langfristig zu einem Rückgang der Lieferengpässe führen.

Konkret legt die Verordnung folgendes Procedere fest:

DER ZULASSUNGSINHABER IST verpflichtet, jede über voraussichtlich zwei Wochen hinausgehende Nichtverfügbarkeit oder über voraussichtlich vier Wochen hinausgehende nicht ausreichende Verfügbarkeit einer verschreibungspflichtigen Arzneyspezialität im Inland unverzüglich dem BASG zu melden.

DAS BASG PRÜFT diese Meldungen und nimmt bei Vorliegen der Voraussetzungen die Arzneyspezialitäten in die Liste gemäß Verordnung über die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung gemäß § 57a Abs. 2 Arzneimittelgesetz auf. Für die in diese Liste aufgenommenen Arzneyspezialitäten gilt gemäß § 5 der Verordnung ein Exportverbot. Die Liste ist öffentlich einsehbar ⁽²⁾.

EINE ÜBERPRÜFUNG KANN auch dann erfolgen, wenn keine Meldung durch den Zulassungsinhaber vorliegt, das BASG jedoch Kenntnis über Einschränkungen auf einem anderen Weg erhalten hat. Eine Listung

und damit verbunden ein Exportverbot sind auch dann möglich, wenn nach Angaben des Zulassungsinhabers keine Einschränkung der Vertriebsfähigkeit vorliegt, der Bedarf in Österreich aber trotzdem nicht gedeckt ist. Der Dachverband der österreichischen Sozialversicherung wird die Entwicklung der Liste genau beobachten und in ausgewählten Fällen das BASG informieren.

DAS EXPORTVERBOT GILT nur temporär: Bei Wegfall der Einschränkung der Vertriebsfähigkeit hat das BASG unverzüglich die Löschung der betreffenden Arzneyspezialität aus der Liste vorzunehmen.

ARZNEIMITTEL-ENGPÄSSE KÖNNEN NEBEN den Parallelexporten vielfältige Gründe haben wie z.B. produktionstechnische Probleme, Qualitätsprobleme bei Rohstoffen oder Endprodukten oder einfach einen erhöhten Bedarf. Mit der Verordnung über die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung wurde jedoch ein erster wichtiger Schritt gesetzt.

Literatur

(1) BASG, Arzneimittel-Lieferengpässe, 19.02.2020, online unter: <https://www.ages.at/en/service/services-press/press-releases/arzneimittel-engpaesse/#>, Zugriff am 6.4.2020

(2) Liste gemäß Verordnung über die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung: https://medicineshortage.basg.gv.at/vertriebseinschraenkungen/faces/adf.task-flow?id=ban-btf&_afrc=document=WEB-INF/ban-btf.xml&_afrcLoop=481876688351654&_afrcWindowMode=0&_afrcWindowId=82rtaozpl_9; Zugriff am 6.4.2020

Schenkelhalsfrakturen und Sterblichkeit bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa

Die Fragestellung dieser Versorgungsanalyse mit Abrechnungsdaten der österreichischen Krankenversicherungsträger war, ob Patientinnen und Patienten ab dem fünfzigsten Lebensjahr mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED) ein höheres Risiko für Schenkelhalsfraktur haben und die Gesamtsterblichkeit in dieser Patientengruppe erhöht ist.



IN EINEM DATENSATZ der Jahre 2012 bis 2016 mit inkludierten 56.821 Patientinnen und Patienten mit Schenkelhalsfraktur hatten 531 Personen auch die Diagnose Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa (25 % Männer).

Die Ergebnisse der Studie sind:

- » Im Vergleich zu einer nach Alter, Geschlecht sowie Osteoporose- und Glukokortikoid-Therapie standardisierten Vergleichsgruppe haben Patientinnen und Patienten mit einer CED ein erhöhtes Risiko für eine Schenkelhalsfraktur, wobei bei Personen mit Morbus Crohn ein höheres Risiko als jene mit einer Colitis ulcerosa aufweisen.
- » Die Gesamtsterblichkeit nach Schenkelhalsfraktur ist bei Patientinnen und Patienten mit Morbus Crohn erhöht.

AUF GRUND DES erhöhten Risikos für Schenkelhalsfrakturen sollte dieser Problematik eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Literatur

Bartko J, Reichardt B, Kocijan R, Klaushofer K, Zwerina J, Behanova M: Inflammatory Bowel Disease: A Nationwide Study of Hip Fracture and Mortality Risk after Hip Fracture. *J Crohns Colitis*. 2020 Mar 14. pii: jjaa052. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjaa052

Die Rolle von verschreibungspflichtigen Medikamenten bei Frauen mit überaktivem Blasen-Syndrom

Thema dieser Versorgungsanalyse mit Abrechnungsdaten der österreichischen Krankenversicherungsträger war, ob bestimmte Triggermedikamente, die als vermutete Auslöser der überaktiven Blase gelten, in der Realversorgung bei Frauen zu einer häufigeren Folgeverordnung von anticholinerg wirkenden Medikamenten, die beim hyperaktiven Blasen-Syndrom eingesetzt werden (Markermedikamente), führen. Untersucht wurden dabei die Medikamentenverordnungen von 4.185.098 Frauen von Jänner 2009 bis Dezember 2012, die vor diesem Zeitraum keine Markermedikamente erhalten hatten.

Die Ergebnisse der Studie sind:

- » Die Anzahl an Patientinnen, die ein Medikament für Pollakisurie und Harninkontinenz erhielten, hat sich im Analysenzeitraum von 27.377 auf 33.499 erhöht. Mehr Frauen erhielten Solifenacin oder Trosipium, die Zahl der Patientinnen mit Tolterodin blieb konstant, und Oxybutynin wurde seltener rezeptiert.
- » Nahezu alle ATC-Klassen, die als mögliche Trigger der überaktiven Blase untersucht wurden, erhöhen die Inzidenz für die Verordnung eines Anticholinergikums, das höchste Risiko besteht für Präparate aus
 - der Substanzklasse G (Urogenitalsystem und Sexualhormone) und
 - der Substanzklasse J (Antiinfektiva zur systemischen Anwendung).
- » Bestimmte verschreibungspflichtige Medikamente sind ein bedeutender Risikofaktor, in weiterer Folge ein Anticholinergikum einzunehmen.
- » Folgende therapeutische Untergruppen der ATC-Ebene 2 erhöhen das Risiko einer anticholinergen Folgemedikation am stärksten:
 - Antipruriginosa, inkl. Antihistaminika, Anästhetika usw. (D04)
 - Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems (G03)
 - Antimykotika zur systemischen Anwendung (J02)
 - Immunstimulation (L03)
 - Anästhetika (N01)
 - Andere Mittel für das Nervensystem (N07)



Literatur

Umek W, Gleiss A, Bodner-Adler B, Reichardt B, Rinner C, Heinze G: The role of prescription drugs in female overactive bladder syndrome – A population-wide cohort study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2020 Feb;29(2):189-198; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pds.4920>, Zugang am 20.3.2020

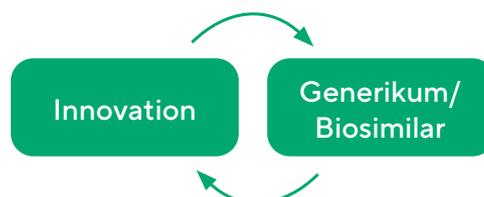
Red.

Die Innovationen von gestern sind die Generika/Biosimilars von heute



2019 WURDEN DREIZEHN Wirkstoffe erstmalig als Generikum oder Biosimilar in den EKO aufgenommen. Die entsprechenden Originärpräparate waren zuvor 9 bis 19 Jahre im Handel. Die jetzt mögliche und notwendige Substitution dieser Präparate durch Generika oder Biosimilars hat folgende Konsequenzen:

- » Kostenreduktion für diese Wirkstoffe für die Sozialversicherungsträger.
- » Einfacherer Zugang für die Verordnerinnen und Verordner (z.B. durch Aufnahme in den Grünen Bereich des EKO statt Gelben Bereich).
- » Botschaft an die forschende Pharmaindustrie: Bedingt durch das sinkende Preisniveau und die generische Konkurrenz können Firmenumsätze nur durch Innovationen gehalten werden. Investitionen in Forschung und Entwicklung sind daher lohnender als Marketing zur Marktverteidigung nach Patentablauf.



Die 2019 erstmalig generisch/biosimilar verfügbaren Wirkstoffe bzw. Wirkstoffkombinationen:

Wirkstoff	Aufnahme des ersten Generikums/ Biosimilars in den EKO	Handelsname des 1. Generikums/ Biosimilars	Originärpräparat	Aufnahme des Originärpräparates in den EKO bzw. HMV*	Anmerkung zu Kassenumsätzen vor der Aufnahme in den EKO	Umsatzjahre vor Verfügbarkeit des 1. Generikums/ Biosimilars
Buprenorphin und Naloxon	März	Bupensan Duo	Suboxone	01.02.2008		11
Pegfilgrastim	März	Pelgraz	Neulasta	01.01.2005	Umsätze seit 2003	16
Adalimumab	März	Amgevita, Imraldi	Humira	01.01.2005	Umsätze seit 2003	16
Ritonavir	Juli	Ritonavir Accord	Norvir	01.01.2005	Umsätze seit 2000	19
Darunavir	Juli	Darunavir Krka, Darunavir Mylan, Darunavir Ratiopharm, Darunavir Sandoz	Prezista	01.09.2007		12
Everolimus	Juli bzw. September	Everolimus HCS (nicht mehr verfügbar) bzw. Everolimus Ratiopharm	Afinitor	01.08.2013	Umsätze seit 2009	11
Brivudin	August	Brivudin Aristo	Mevir	01.01.2003		15
Amlodipin und Valsartan	Oktober	Amlodipin/Valsartan 1A Pharma, Amlodipin/Valsartan Krka, Amlodipin/Valsartan Sandoz	Exforge	01.11.2007		12
Febuxostat	Oktober	Feburo, Febuxostat Ratiopharm, Febuxostat Sandoz	Adenuric	01.07.2011		8
Aprepitant	November	Aprepitant Ratiopharm, Aprepitant Sandoz	Emend	01.07.2004		15
Atomoxetin	November	Atofab, Atomoxetin Stada	Strattera	01.09.2007		12
Gefitinib	November	Gefitinib Accord	Iressa	01.01.2010		9
Solifenacin	Dezember	Belmacina, Solifenacin 1A Pharma, Solifenacin Accord, Solifenacin Genericon, Solifenacin HCS, Solifenacin Stada, Solifenacinsuccinat Mylan, Vesisol	Vesicare	01.02.2007		13

*HMV Heilmittelverzeichnis, der Vorläufer des EKO

BEIDEN GENERIKA von Exforge und Exforge HCT (seit April 2020 erstmals generisch im EKO verfügbar) sind auf Grund des hohen Preisvorteils und der hohen Verordnungsfrequenz das Ressourcenoptimierungspotenzial und damit die Möglichkeit der Innovationsförderung besonders hoch; ebenso bei Verwendung von Biosimilars und kostengünstigen TNF- α -Blockern statt hochpreisigen TNF- α -Blockern.

AMBRISENTAN (VOLIBRIS), DASATINIB (Sprycel), Erlotinib (Tarceva), Lenalidomid (Revlimid) und Posaconazol (Noxafil) sind Wirkstoffe, deren Patentlaufzeit abgelaufen ist oder demnächst enden wird und die dann hoffentlich auch im Erstattungskodex generisch verfügbar sein werden.

Die Innovationen von heute sind die Generika von morgen

IM JAHR 2019 wurde von den SV-Trägern um 98 Mio. Euro mehr für Medikamente ausgegeben als 2018 (Basis maschinelle Heilmittelabrechnung, BIG, Basis KVP ohne USt. und ohne Berücksichtigung von Preismodellen). Diese Kostensteigerungen entfallen vor allem auf patentgeschützte Arzneimittel. Es wird auf die Entwicklung folgender Präparate hingewiesen, die als innovativ bewertet werden und mit einem zusätzlichen Patientennutzen zu bisherigen Therapien verbunden sind ^(1,2,3,4,5):

Substanzgruppe	Präparate (Substanz)	Patienten		Aufwand in Mio. Euro	
		2018	2019	2018	2019
CDK4/6 Hemmer	Ibrance (Palbociclib), Kisqali (Ribociclib), Verzenios (Abemaciclib)	1.598	1.928	37,4	42,6
2. Generation der Antandrogene	Zytiga (Abirateron), Xtandi (Enzalutamid)	2.248	2.592	49,5	60,7
Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren	Stelara (Ustekinumab), Cosentyx (Secukinumab), Taltz (Ixekizumab), Tremfya (Guselkumab)	5.540	7.330	55,9	75,3
Immunsuppressiva beim Multiplen Myelom	Revlimid (Lenalidomid), Imnovid (Pomalidomid)	1.772	1.944	79,1	92,3

Literatur

- (1) Preusser M et al: CDK4/6 inhibitors in the treatment of patients with breast cancer: summary of a multidisciplinary round-table discussion. ESMO Open. 2018 Aug 20;3 (5)
- (2) Body A et al: Medical management of metastatic prostate cancer. Aust Prescr. 2018 Oct;41 (5):154-159
- (3) Mottet N et al: EEESGoP, EUA-ESTRO-ESUR-SIOG guidelines on prostate cancer. Available online at: <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/2018>
- (4) Armstrong AW et al: Comparison of Biologics and Oral Treatments for Plaque Psoriasis. A Meta-analysis. JAMA Dermatol. 2020;156 (3):258-269
- (5) Mikhael J et al: Treatment of Multiple Myeloma: ASCO and CCO Joint Clinical Practice Guideline J Clin Oncol 37:1228-1263

Red.



Für mehr als 5.300 Medikamente jetzt auch **Gebrauchs- und Fachinformationen** von unterwegs einsehbar!

Für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte hält die App des Dachverbands der Sozialversicherungen komfortabel Infos zu Medikamenten im Erstattungskodex der Sozialversicherungen – dem EKO – bereit, die laufend optimiert und verbessert werden.

In der ab 1. Juli 2020 verfügbaren Version finden Sie folgende Neuerungen:

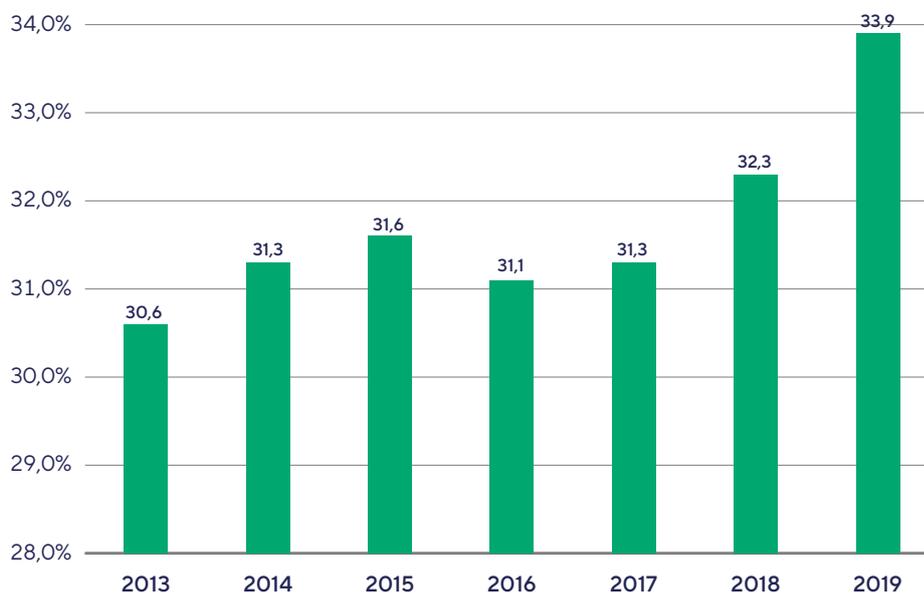
- aktuelle Fach- und Gebrauchsinformationen zu allen Medikamenten
- Information zur Rezeptpflicht
- Vereinfachung der Beschreibung für Kassenzeichen

Wirken Generika besser?

Problemstellung

EINERSEITS HABEN WIR in Österreich mit 34 % an den Gesamtverordnungen im Jahr 2019 einen weit geringeren Generikaanteil als in anderen hochentwickelten Gesundheitssystemen wie Deutschland, Dänemark, Niederlande, Norwegen oder Schweden, andererseits zeigen die SV-internen Tools auf Basis der Verordnungsdaten und Preisunterschiede ein hohes offenes Einsparpotenzial durch Generika. Aktuell beträgt dieses durch substanz- und wirkstärkenidenter Substitution durch Generika 61 Mio. € pro Halbjahr.

Grafik: Zeitreihe Generikaanteil an den Gesamtverordnungen in Ö
(Quelle: maschinelle Heilmittelabrechnung, BIG)



Die argumentierten Vorbehalte/Gründe gegenüber Generika sind seit Jahren unverändert:

- » Bedenken an der wissenschaftlichen Grundlage: Zulassung ohne klinischer Endpunktstudie auf Basis einer Bioäquivalenzstudie mit geringen Fallzahlen und (scheinbar) breitem Konfidenzintervall
- » Markentreue der Patientinnen und Patienten (und Verordnerinnen und Verordner)
- » unklarer Preisvorteil der Generika durch häufige Preisanpassungen
- » Lieferengpässe

Lösungsansatz

DA PROSPEKTIV ANGELEGTE randomisierte Vergleichsstudien zu klinischen Endpunkten zwischen Originärpräparaten und Generika nicht durchgeführt werden, bieten sich als Lösungsansatz die Abrechnungsdaten der SV-Träger an, um aus millionenfachen Verordnungsdaten aus dem niedergelassenen Bereich diese patientenbezogen mit den Diagnosedaten aus dem stationären Bereich und den Todesdaten aus den Versichertenstammdaten zu verknüpfen.

DIE ERGEBNISSE DIESES Projekts, das vom vormaligen Hauptverband (nunmehr Dachverband der österreichischen Sozialversicherung) ausgeschrieben und auch von der österreichischen Zulassungsbehörde unterstützt wurde, wurden nun von der international besetzten Projektgruppe um Georg Heinze von der Medizinischen Universität Wien in einem medizinisch wissenschaftlichen Journal publiziert ⁽⁷⁾.

VERGLICHEN WURDEN DIE Häufigkeit der kardiovaskulären und zerebralen Ereignisse Herzinfarkt, Schlaganfall und TIA, und die Sterblichkeit bei Substanzen in den Indikationen Hypertonie/Herzinsuffizienz, Hypercholesterinämie und Diabetes, die in identer Wirkstärke und Darreichungsform zeitgleich sowohl als Originärpräparat als auch als Generikum verfügbar waren. Inkludiert wurden Patientinnen und Patienten, die auf eine von 17 Substanzen der angeführten Indikationen neu eingestellt wurden. Um Verzerrungen der Studienergebnisse durch unterschiedliche Komorbiditäten und Komedikationen zu unterbinden, wurden mehrere statistische Verfahren der Adjustierung angewendet, damit deren Ergebnisse einer kritischen Bewertung der Studiendurchführung standhalten.

Ergebnisse

ES KONNTEN DIE Daten von über 1,2 Mio. Patientinnen und Patienten ausgewertet werden. Nach statistischer Berücksichtigung aller verfügbaren möglichen begleitenden Störvariablen haben Patientinnen und Patienten, die mit einem Generikum therapiert werden, ein etwas geringeres Risiko zu versterben bzw. ein kardiovaskuläres oder zerebrales Ereignis zu erleiden.

DATEN NACH STATISTISCHER Berücksichtigung aller möglichen Einflussfaktoren, um einen fairen Vergleich zwischen Originärpräparat und Generikum zu ermöglichen ⁽¹⁾:

Hazard Ratio (HR) für Sterblichkeit (95 % Konfidenzintervall) von Originärpräparaten zu Generika	Hazard Ratio (HR) für ein kardiovaskuläres oder zerebrales Ereignis (95 % Konfidenzintervall) von Originärpräparaten zu Generika
12 Kardiaka (Metoprolol, Bisoprolol, Nebivolol, Carvedilol, Amlodipin, Enalapril, Lisinopril, Ramipril, Enalapril und Diuretika, Lisinopril und Diuretika, Ramipril und Diuretika, Losartan und Diuretika)	
1,15 (1,06; 1,25)	1,13 (1,07; 1,20)
2 Statine (Simvastatin, Fluvastatin)	
1,13 (0,86; 1,47)	1,20 (1,05; 1,38)
3 Antidiabetika (Metformin, Gliclazid, Repaglinid)	
1,09 (0,93; 1,28)	1,11 (1,03; 1,20)

Botschaft

DIE THERAPIE MIT Generika führt zu einer zumindest vergleichbaren oder etwas niedrigeren Sterblichkeit und weniger kardio- bzw. zerebrovaskulären Ereignissen. Auch wenn für dieses Ergebnis keine rationale Erklärung geliefert werden kann, unterstützt es doch die Bemühungen zur Effizienzsteigerung bei limitierten Ressourcen im Gesundheitssystem durch eine bevorzugte Verordnung von Generika.

ALLE ANGEFÜHRTEN DATEN dieses Artikels wurden – mit Ausnahme von statistischen Basisdaten wie zB dem Generikaanteil – folgender Publikation entnommen, die kostenfrei im Internet als Volltextversion abrufbar ist:

(1) Tian Y, Reichardt B, Dunkler D, Hronsky M, Winkelmayr WC, Bucsecs A, Strohmaier S, Heinze G: Comparative effectiveness of branded vs. generic versions of antihypertensive, lipid-lowering and hypoglycemic substances: a population-wide cohort study. Sci Rep 10, 5964 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-62318-y>, Zugang am 7.4.2020

Red.

Borreliose – vom Hautfleck zur „endlosen Erkrankung“

Dr. med. Hartwig Bailer, MBA
 Facharzt für Innere Medizin

MIT GESCHÄTZTEN 25.000 bis 70.000 Neuerkrankungen jährlich ist die Borreliose die häufigste durch Zecken übertragene Krankheit Österreichs. 1976 erkrankten im U.S. Städtchen Lyme zahlreiche Jugendliche an Gelenkentzündungen nach Zeckenstich, 1981 wurde „Borrelia burgdorferi“ als Verursacher der „Lyme-Borreliose“ entdeckt. Borrelien sind Bakterien, die sich im Darm der Zecke vermehren und beim Blutsaugen auf das Opfer übertragen werden, weshalb jede Zecke sofort zu entfernen ist, da das Erkrankungsrisiko mit zunehmender Saugdauer wächst. Die Lyme-Borreliose tritt weltweit zwischen dem 40. und 60. nördlichen Breitengrad auf. In Österreich gelten 30 bis 40 % aller Zecken als infiziert.

DIE BORRELIOSE IST eine Multisystemerkrankung, die Haut, Gelenke, Nervensystem, Herz und Augen befallen kann. Bei über 80 % aller Betroffenen tritt als Erstmanifestation ca. drei bis 30 Tage nach dem Zeckenstich an der Stichstelle das Erythema migrans („Wanderröte“) auf, eine rundliche über 5 cm messende Hautrötung mit abgesetztem äußeren Rand. Dieses heilt auch ohne Antibiotika-Behandlung nach wenigen Wochen ab. In weiterer Folge kann es völlig unabsehbar zum Auftreten von Entzündungen eines oder mehrerer Gelenke kommen (zu 85 % Kniegelenk, seltener Ellenbogen-, Sprunggelenk), sowie 4 bis 6 Wochen nach Zeckenstich bei 60 bis 70 % der Infizierten zur frühen Neuroborreliose. Diese äußert sich mit nächtlichen stechenden Schmerzen in der vom Zeckenstich befallenen Gliedmaße, aber auch mit Lähmungen an Armen und Beinen sowie einzelner Hirnnerven (besonders Facialis, Augenmuskeln). Nach Monaten bis Jahren kann bei 2 % noch die späte Neuroborreliose auftreten mit Sensibilitäts-, Gang- und Harnblasenfunktionsstörungen, auch gemeinsam mit einer umschriebenen Hautdegeneration (Acrodermatitis atrophicans), die trotz Behandlung als irreversible Schädigung persistieren kann.

DIE DIAGNOSE WIRD in der Regel durch das Zusammentreffen von Zeckenstich und Erythema migrans gestellt und eine Antibiotika-Therapie ohne Labor-Serologie begonnen.

MITTEL DER WAHL sind Amoxicillin und Doxycyclin (p.o. oder i.v. in Standarddosierung) – bei solitärer Hautmanifestation 10 bis 14 Tage, bei kutaner Disseminierung oder Allgemeinsymptomatik (z.B. Fieber) drei Wochen. Damit werden Heilungsraten >95 % erzielt. Nicht abheilende Hautveränderungen sind differenzialdiagnostisch weiter abzuklären. Bei nachgewiesener Neuroborreliose sind liquorgängige Antibiotika (z.B. Penicillin G, Ceftriaxon) einzusetzen. Schwierig ist die Interpretation der Borrelien-Antikörperspiegel insbesondere bei behandelten Erkrankten mit Systemmanifestation, da die Erkrankung keine bleibende Immunität hinterlässt (und es auch keine Schutzimpfung gibt), die Serumspiegel individuell schwanken und auch wiederholte Infektionen auftreten können.

DAS „POST-LYME-DISEASE-SYNDROM“ (PLDS) tritt bei bis zu 10 % der Erkrankten auf und äußert sich als chronische Müdigkeit, Konzentrations- und

Befindlichkeitsstörungen, diffuse Gelenksbeschwerden, die aber auch ohne Borrelien-Infektion auftreten können, weshalb wiederholte, langdauernde Antibiotikatherapien oft wirkungslos bleiben. Für wiederholte Schlagzeilen in den Medien sorgte das „Chronic Lyme“, eine rein hypothetische Krankheit ohne gesicherten Borrelienbezug mit diffusen unklaren Beschwerden und entsprechend mannigfaltigen, Evidenz entbehrenden Therapieansätzen, die überaus häufig zum „endlosen unheilbaren Leiden“ wird.

Zusammenfassung:

DIE BORRELIOSE IST eine sehr häufige Erkrankung mit primärem Antibiotikabedarf. Ein diagnostisches Dilemma besteht oft bei Nichtauftreten, Ignorieren, aber auch erfolgreicher Selbstbehandlung eines Erythema migrans, wenn Betroffene ohne diese Anamnese wegen erst viel später auftretender Gelenks- und neurologischer Symptome ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, deshalb eine komplizierte Differenzialdiagnose abläuft und allenfalls „Ex-iuvantibus“-Therapien nicht helfen. Hautrötungen ohne wahrgenommenen Zeckenbiss sind stets ärztlich, unklare Beschwerden nach Jahren sehr kritisch hinsichtlich chronischer Borreliose zu beurteilen.

Literaturauswahl

- Kutane Lyme Borreliose. AWMF Leitlinie, Reg. Nr. 013/044, 2016.
- Neuroborreliose. AWMF Leitlinie, Reg. Nr. 030/071, 2018.

Der Autor meldet keinen Interessenskonflikt.



Was braucht unser Gesundheitswesen, Spezialisten oder Generalisten?

In Gesellschaft und Medien ist oft der Ruf nach hochspezialisierten Schwerpunktspitä- lern zu vernehmen. Jeder wünscht sich im Krankheitsfall eine komplexe, hochmoderne und extrem spezialisierte Spitzenversorgung. Darüber hinaus zeigen Studien, dass immer mehr Menschen in Österreich den Weg zur Hausärztin/zum Hausarzt überspringen und gleich die Fachärztin/den Facharzt oder die Spitalsambulanz aufsuchen ⁽¹⁾.



DOCH DABEI WIRD eines oft vergessen: Das Gesund- heitswesen ist unbedingt als Ganzes zu betrachten. Präventive und kurative Medizin, niedergelassener und stationärer Bereich greifen ineinander und können in ihrer Kombination bestmögliche Ergebnisse für die Patientinnen und Patienten erzielen. Nur die/der erst- klassig ausgebildete Generalistin/Generalist, die/der als Hausärztin/Hausarzt in regelmäßigem Kontakt mit ihren/seinen Patientinnen und Patienten steht, hat eine umfassende Kenntnis über deren Krankengeschichte, kennt die Familienanamnese und kann so einen opti- malen Behandlungsprozess entwickeln. Überdies kann sie/er in Wahrnehmung ihrer/seiner Gatekeeper-Funk- tion bei Bedarf in die richtige Richtung weiter verwei- sen und so die Patientin/den Patienten zielgerichtet und effizient zum für sie/ihn relevanten Facharzt oder in die individuell optimale stationäre Einrichtung bzw. fallbezogen in die Spezialabteilung lotsen. Die Hausärzt- tin/der Hausarzt ist quasi Schnittstelle, ihr/ihm obliegt dabei insbesondere auch eine gewisse Koordination zur Vermeidung von sowohl Über- als auch Unterver- sorgung. ⁽²⁾

DAHER BRAUCHT ES breit ausgebildete Ärztinnen und Ärzte in unseren Strukturen, die die Patientin/den Pa- tienten als Ganzes im Blick behalten, sie/ihn umfassend und kompetent versorgen und behandeln und gegebe- nenfalls eine notwendige Zuweisung veranlassen. Eine Weiterbetreuung durch die Hausärztin/den Hausarzt ist auch in diesem Fall sinnvoll.

Literatur

- (1) Hoffmann K, George A, Jirovsky E, Dörner TE: Re-examining access points to the different levels of health care: a cross-sectional series in Austria, European Journal of Public Health, 2019 Apr 1, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz050>. Zugang am 26.11.2019
- (2) DEGAM-Leitlinie Nr. 21: Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemein- sam entscheiden. https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S2-Leitlinien/053-045%20Schutz%20vor%20Ueber- und%20Unterversorgung/053-045I_S2e_SchutzvorUeberundUnterversor- gung.pdf. Zugang am 3.12.2019

Fazit

In der Krankenbehandlung bedarf es beider – breit ausgebildeter Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie spezialisierter Fachärztinnen und Fachärzte und auch Spitäler, die durch Einbringen ihrer jeweiligen Expertise die Patientin/den Patienten und deren/dessen Behandlung in den Mittelpunkt stellen und bestmöglich dem aktuellen Stand des Wissens entsprechend versorgen.

Red.