

7. Lake Side Symposium, Zürich

Diabetes und Gesundheitsökonomie

Bereits zum 7. Mal fand das Lakeside Symposium, organisiert durch den Gründer und Leiter des Lungenzentrums Hirslanden, Dr. med. Jürg Barandun, im Casino Lakeside am Zürichsee statt. Einmal mehr verstand es der Organisator wichtige Themen aus der Praxis auszuwählen und sie durch ausgezeichnete Referenten praxisgerecht präsentieren zu lassen. Der Anlass wurde durch die Firma Boehringer Ingelheim als Hauptsponsor unterstützt. Neben wichtigen Aspekten der Pneumologie waren Diabetes sowie die Chancen und Pflichten der Ärzteschaft im Zeitalter des medizinischen Fortschritts weitere Themen des Symposiums, die im Folgenden präsentiert werden.

Wie geht der Hausarzt mit der Inflation der Antidiabetika um?

Während in der Mitte des letzten Jahrhunderts 2 Medikamentengruppen auf dem Markt waren, stehen uns heute 8 Medikamentengruppen mit ungefähr 40 Medikamenten zur Verfügung und jedes Jahr kommen zwei weitere dazu, so der Referent Prof. Dr. med. Roger Lehmann, Universitätsspital Zürich. Wie soll man sich damit zurechtfinden? Die Medikamente sollten nach den folgenden Kriterien beurteilt werden: Wirksamkeit (HbA1c-Senkung), Hypoglykämien, Wirkung auf Gewicht, Nebenwirkungen und Kosten. Hypoglykämien kommen häufig vor und dies sowohl beim Typ1- als auch beim Typ2-Diabetes. Der erste Schritt in der Behandlung ist stets eine Lifestyle-Änderung und Metformin. Je nach Erfolg sind weitere Therapien erforderlich.

Inkretin-basierte Therapien

Bei gleichen Blutzuckerspiegeln führt die intravenöse Injektion von Glukose zu einer deutlich geringeren Ausschüttung von Insulin als die orale Glukosezuführung. Die Blutkonzentration von Glukose

erklärt allein nicht die Menge der Insulinausschüttung des Pankreas. Das Ausmass dieses als Inkretin-Effekt bezeichneten Effekts, wofür das glukoseabhängige insulinotrope Peptid (GIP) und das Glukagon-like Peptid 1 (GLP-1) verantwortlich sind, beträgt 60% der prandialen Insulinantwort. Entsprechend wurden auf Inkretin basierte Therapien entwickelt. Dazu gehören die humanen GLP-1 Analoga: Liraglutid (Victoza), Dulaglutid (Trulicity), die 1 x täglich s.c. gespritzt werden, die Exendin-basierten Therapien mit Exenatid (Byetta, Bydureon), die täglich 2 x s.c. oder 1 x wöchentlich gespritzt werden. Ferner die DPP-4 Inhibitoren Sitagliptin (Januvia, Xelevia), Vildagliptin (Galvus), Saxagliptin (Onglyza), Linagliptin (Trajenta), Alogliptin (Vipidia), von denen 1-2 täglich eine Tablette einzunehmen ist. Ausser für Linagliptin muss für alle DPP-4 Hemmer eine Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz vorgenommen werden. Die wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Substanzklassen sind: DPP-4 Inhibitoren HbA1c - 0.9%, Gewicht neutral, GLP-1 Analoga HbA1c -1.5%, Gewicht -3.4 kg.

SGLT-2-Hemmer

Eine neue Medikamentenklasse mit glukosesenkender Wirkung sind die SGLT-2 Hemmer. Die Hemmung von SGLT-2 führt zu einer gesteigerten Exkretion von Glukose im Urin. In der Schweiz sind die SGLT-2 Hemmer Canagliflozin (Invokana®), Dapagliflozin (Forxiga®) und Empagliflozin (Jardiance®) zugelassen. Die Wirksamkeit (HbA1c-Senkung) der SGLT-2 Hemmer entspricht derjenigen der DPP-4 Hemmer. Die Gewichtssenkung mit Canagliflozin ist aber signifikant grösser als mit Sitagliptin (-2.4 kg, p < 0.001). Die Nebenwirkungen sind in einem Direktvergleich zwischen Canagliflozin und Sitagliptin bezüglich genitaler Mykosen häufiger unter Canagliflozin (Männer 19 (9.2%) vs. 1 (0.5%), Frauen 26 (15.3%) vs. 7 (4.3%)). Bezüglich Harnwegsinfekte mit 15 (0.4%) vs. 21 (5.6%), Pollakisurie mit 6 (1.6%) vs. 5 (1.3%),


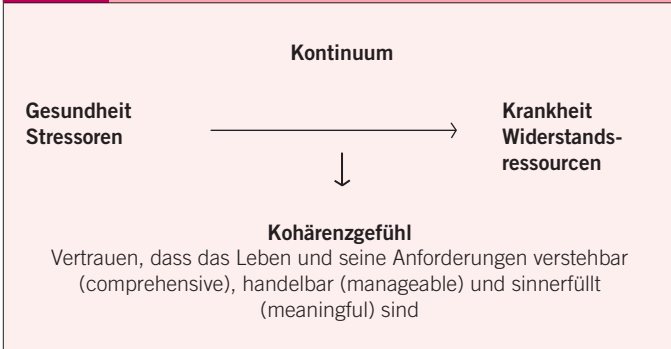
TAB. 1 Management des Diabetes						
Lifestyle + Monotherapie + Zweierkombination + Dreifachkombination	Gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, Gewichtskontrolle					
	Metformin					
	Sulfonylharnstoffe	Glitazone	DPP-4-Inhibitoren	SGLT2-H	GLP-1RA	Insulin
	GLitazone	SU	SU	SU	SU	Glitazone
	DPP-4-i	DPP-4-i	Glitazone	Glitazone	Glitazone	DPP-4-i
	SGLT2-H	SGLT2-H	SGLT2-H	DPP-4-i	Insulin	SGLT2-H
	GLP-1	GLP-1	Insulin	Insulin	SGLT2-H	GLP-1
Insulin	Insulin					
iDegLira (Xultophy®)						

ABB. 1 Gesundheit ist nicht schwarz oder weiss



Polyurie mit 3 (0.8%) vs. 0, Schwindel 0 vs. 2 (0.5%) und orthostatische Hypotonie 0 vs. 1 (0.3%) sind die beiden Medikamentenklassen vergleichbar.

Wahl der Antidiabetika

Grundsätzlich ist die Wirksamkeit aller Anti-Diabetika etwa gleich, mit Ausnahme der langwirksamen GLP-1-Rezeptor Agonisten und Insulin. Die Grundtherapie besteht aus gesunder Ernährung, körperlicher Aktivität und Gewichtskontrolle. Daran schliesst sich die Monotherapie mit Metformin an. Zweierkombinationen mit Metformin sind für Sulfonylharnstoffe, Glitazone, DPP-4 Inhibitoren, SGLT-2 Hemmer, GLP-1 Rezeptoragonisten und Insulin (normal basal) möglich. Falls notwendig sind auch Dreierkombinationen möglich.

Keine Hypoglykämie ist bei der Monotherapie mit Metformin, den Zweierkombinationen von Glitazonen, DPP-4 Inhibitoren, SGLT-2 Hemmern und GLP-1 Rezeptoragonisten mit Metformin zu erwarten. Das Gleiche gilt für die Dreifachkombinationen mit DPP-4 Inhibitoren, SGLT-2 Hemmern, Glitazonen und GLP-1 RA. Keine Gewichtszunahme bei Monotherapie mit Metformin, Zweierkombinationen mit DPP-4 Inhibitoren, SGLT-2 Hemmern und GLP-1 Rezeptoragonisten.

Insulintherapie

Der Beginn mit Insulin sollte nicht verzögert werden. Bei jeder Dreierkombination ist Insulin eine gute Wahl. Früh: Kleine Dosen in Kombination (Origin), aber nicht mit Sulfonylharnstoffen, sondern beispielsweise Metformin/DPP-4 Hemmer. Neu ist die Kombination Langzeitinsulin und GLP-1 Rezeptoragonisten Xultophy®(iDeglLira).

Das Fazit lautet:

- Wichtig sind eine individualisierte Behandlung und Strategie
- Die Behandlung soll personalisiert und multifaktoriell sind (keine glukozentrierte Therapie). dh. Rauchstopp, Blutdruck <140/90 mmHg (diastolischer Blutdruck >70 mmHg), Lipid-Management (Statintherapie eventuell in Kombination mit Ezetimibe), Anti-Thrombozyten Strategie
- HbA1c-Ziel und Behandlung (Vermeidung mikrovaskulärer und wahrscheinlich makrovaskulärer Komplikationen)
- Individualisiertes HbA1c-Ziel 6.0–8.0% (meist <7.0%), vermeide Hypoglykämien, Medikamente ohne Hypoglykämien und Gewichtszunahme: Metformin und DPP-4 Hemmer/GLP-1 Analoge/SGLT2-Hemmer

- Wichtig sind regelmässige körperliche Aktivität (30–80 Min/Tag) und gesunde Ernährung

Verantwortung und Verantwortlichkeit

Chancen und Pflichten der Ärzteschaft im Zeitalter des medizinischen Fortschritts

Den Abschluss der Tagung machte Prof. Dr. med. Thomas Szucs, Basel und Zürich. Verantwortlichkeit ist die in einem System übertragene und zugewiesene Pflicht, Verantwortung dagegen ist die Einstellung des Arztes gegenüber seiner Pflicht (gegenüber seinem Patienten). In einem funktionierenden System ist die Verantwortung grösser als die Verantwortlichkeit, in einem verfallenden System ist sie kleiner. Das Gesetz schreibt im Hinblick auf die Verantwortlichkeit des Arztes Folgendes vor: „Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Für Leistungen, die über das Mass hinausgehen, kann die Vergütung verweigert werden. Eine nach diesem Gesetz dem Leistungserbringer zu Unrecht bezahlte Leistung kann zurückgefordert werden.“

Im Status Quo ist die Verantwortung von Nutzen (Arzt) vs. Kosten (Versicherer) Stakeholder-getrennt. In Zukunft soll die Verantwortung für Kosten und Nutzen durch die Stakeholder geteilt werden.“

Das Kostenverständnis

Haupttreiber für steigende Gesundheitsausgaben sind die alternde Bevölkerung, Veränderung der Erstattungssysteme, erhöhte Nachfrage durch mehr Wohlstand, medizinisch-technischer Fortschritt, steigende Kapitalintensität sowie höhere Kosten im Gesundheitswesen.

Schwieriger Balanceakt – die Zeit des medizinischen Durchbruchs – 2015: Me Too’s erhalten gleiche Konditionen, wie verhält es sich mit Combos? Durchbruch Krebs? Durchbruch HIV? Durchbruch Alzheimer? Dies führt zum Bankrott. Die Kostenentwicklung ist insgesamt stabil, aber es ist noch keine generelle Entwarnung möglich, so der Referent. Sorgenkinder sind die Arztkosten, insbesondere wegen neuer Spezialistenpraxen und der Mengenausweitung bei „Übrige“. Die Zunahme der Ärztekosten von 2012 auf 2013 (Helsana-Gruppe) betrug bei der Radiologie 9%, gefolgt von Ophthalmologie, Urologie, ORL, Gastroenterologie, Kardiologie (6%), Psychiatrie, orthopädische Chirurgie, Neurologie, Dermatologie und Venerologie, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, medizinische Onkologie (<1%). Bei den Grundversorgern betrug die Zunahme 1.9%, bei den Spezialisten 6.5% und bei den Ärzten insgesamt 4.7%. Die Zunahme von 2013 auf 2014 betrug bei allen Disziplinen 5% und mehr. Bei den Grundversorgern 8%, bei den Spezialisten 12.6% und bei den Ärzten insgesamt 10.9%. Zwischen Arztleistungen und Ärztedichte ist eine enge Korrelation, wie der Referent anhand der Zahlen der Helsana-Gruppe aufzeigte. Fehlansätze führen zu einer Mengenzunahme, wie anhand der Zunahme der Radiologen gezeigt werden kann. Im Jahre 2003 gab es in der Schweiz 153 Radiologen (100%), im Jahre 2008 waren es 198 (129%), im Jahre 2013 326 (213%). Die technischen Leistungen stehen im Fokus der Kostenzunahme.

Wandel im Arztberuf

Der Patient ist mündiger geworden, während der Arzt vom Allwissenden zum „Nichts wissenden“ Arzt geworden ist. Die Medi-

zin ist komplexer geworden, vier Augen sind besser als zwei. Der Arzt ist vom Einzelkämpfer zum Teamplayer geworden. Ein Beispiel dafür ist das Tumorboard. Die Gesundheit wird durch E-Health und Social Media digital und vernetzt geworden. Die Medizin ist zudem schneller geworden – es heisst am Ball der Forschung bleiben (vom Forscher zum Informationsverwalter). Die Medizin ist aber auch multidisziplinär geworden (vom Bewundernden zum Hinterfragten). Die Erosion ärztlicher Souveränität. Verlust der Selbständigkeit führt zu Einbussen der Kompetenzen, der Einkünfte und des Prestige. Es wird mehr Leadership durch Ärzte gefordert.

Grau ist das neue Schwarz-Weiss

Politische Massnahmen: der Masterplan fordert 11% mehr Grundversorger, 9% weniger Radiologen. „Ist der Masterplan ein Irrweg statt ein Ausweg?“, fragt der Referent. Die Krankenversicherer haben die Weichen gestellt – Einsparung durch Vertragsfreiheit. Capitation macht es möglich- vertraglich vereinbarte Pauschalvergütungen. Die Leistungserbringer erhalten für einen bestimmten Zeitraum pro Versichertem eine Summe für die gesamte Versorgung eines Versicherten, unabhängig davon ob Leistungen benötigt wurden oder nicht.

Helsana geht einen Schritt weiter: Kostenbewusstsein und Kundenorientierung. Helsana richtet sich konsequent auf ihre Kunden aus und stellt sie ins Zentrum all ihrer Aktivitäten. Helsana hat aber auch klare Erwartungen an alle andern Partner im Gesundheitswesen:

Komfortzone verlassen: gemeinsam an einem Strang ziehen, gemeinsam mehr für unsere Kunden erreichen, gemeinsam Preise, Kosten, Strukturen hinterfragen.

Dialog mit allen Stakeholdern verstärken: gemeinsam Voraussetzungen schaffen für eine konstruktive Zusammenarbeit, gemeinsam Verantwortung einfordern mit Fokus auf die Prämienzahler und Patienten.

Die Zukunft bringt und birgt neue Verantwortung, Beitrag der Krankenversicherung

- ▶ Patientensteuerung
 - Gesundheitsförderung
 - Disease Management
 - Sturzberatung
 - Herzinsuffizienzprogramm
 - Case Management
 - GIS (evidenzbasierte Triage)
 - TREE (Früherkennung)
- ▶ Innovation fördern
 - Produkte
 - Prozesse
- ▶ Versorgungsforschung
- ▶ Gesundheitspolitik als strategische Aufgabe

Der Referent schliesst mit dem Rat „der Schlüssel zur Leadership: sei multidisziplinär!“

▼ **Prof. Dr. Dr. h.c. Walter F. Riesen**

Quelle: 7. Lake Side Symposium, 7. März 2015, Zürich