

Journal für
Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislaufkrankungen

**"Betablocker auf dem Weg ins
neue Jahrtausend";
Satellitensymposium bei der
Jahrestagung 2001 der
Österreichischen
Kardiologischen Gesellschaft
Linz, 24. Mai 2001**

Kosteneffektivität bei Betablockern

Klein W

*Journal für Kardiologie - Austrian Journal
of Cardiology 2001; 8 (Supplementum B)
13-14*

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz

www.kup.at/kardiologie

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica

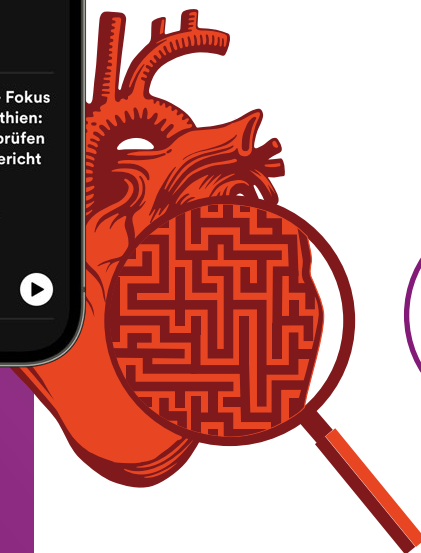


Der Podcast für Kardiolog*innen

MEIN KNIFFLIGSTER FALL

Fokus seltene Kardiomyopathien

Außergewöhnliche und spannende kardiologische Fälle aus dem klinischen Alltag erzählt und diskutiert von Expert*innen.



Jetzt anhören
& gleich folgen



www.pfi.sr/SKq

Pfizermed.at

Das Serviceportal für medizinische Fachkreise

www.pfizer.at

Pfizer Corporation Austria GmbH, Wien
PP-UNP-AUT-0503/02.2024



KOSTENEFFektivITÄT BEI BETABLOCKERN

Cost effectiveness analysis of beta-blocker treatment of congestive heart failure

Summary

Chronic congestive heart failure, due to its high prevalence, is not only a major medical but also a major economical problem in the industrialised world.

In most European countries, around 2 % of the health care budget has to be used for congestive heart failure: about two thirds for hospitalisations and about 12 % for drug treatment. Hospital stay is

8 to 16 days significantly longer than the average hospital stay.

It is therefore appropriate to look for cost effective ways to treat these patients. One way to do this is to improve medical therapy with beta-blockers which are able to reduce morbidity in these patients. A cost effectiveness analysis of the CIBIS II study has shown that bisoprolol was not only able to reduce mortality from 17 to 12 % but also lower the direct medical costs by 14 %.

ZUSAMMENFASSUNG

Das klinische Syndrom der Herzinsuffizienz stellt infolge seiner enormen Zunahme im letzten Jahrzehnt nicht nur eine beträchtliche ärztliche Herausforderung, sondern auch ein wichtiges gesundheitsökonomisches Problem dar. In den meisten europäischen Ländern werden 2 % des gesamten Gesundheitsbudgets für die Herzinsuffizienz verwendet, zwei Drittel davon für Hospitalisationen und etwa 12 % für Medikamente. Die Aufenthaltsdauer im Spital liegt mit 8 bis 16 Tagen deutlich über dem Durchschnittsbereich eines Spitalsaufenthaltes. Besonders kostenintensiv sind die fortgeschrittenen Stadien der Herzinsuffizienz.

Es ist daher nicht verwunderlich, daß man Wege zu finden versucht, die Herzinsuffizienz kosteneffektiver zu behandeln. Hier bietet sich unter anderem die Möglichkeit an, durch verbesserte Therapiemöglichkeiten bei geringen Substanzkosten die Morbidität dieser Patienten zu reduzieren. Eine Wirtschaftlichkeitsanalyse der CIBIS II-Studie hat gezeigt, daß Bisoprolol neben der

Reduktion der Mortalitätsrate von 17 auf 12 % auch in der Lage ist, die direkten medizinischen Kosten um 14 % zu reduzieren und damit Einsparungen von 1200 DM pro Patient zu erzielen vermag.

KOSTEN DER HERZINSUFFIZIENZ

Aus gesundheitsökonomischer Sicht stellt die chronische Herzinsuffizienz eine bedeutsame Erkrankung dar [1]. Genauere Daten wurden für Großbritannien publiziert, wonach der National Health Service 1990 insgesamt 126 Millionen Pfund Behandlungskosten aufbringen mußte, entsprechend ca. 1,1 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen.

In Frankreich wurden 3/4 der direkten Kosten für die Herzinsuffizienz auf die jährlich 170.000 Krankenhauseinweisungen zurückgeführt und die Kosten auf 1–2 % der gesamten Gesundheitsausgaben geschätzt [2]. In Österreich liegt das Gesamtbudget für Gesundheit bei 200 Milliarden Schilling pro Jahr, demnach werden 2–4 Milliarden Schilling für die Herzinsuffizienz verwendet.

VERURSACHER DER KOSTEN

Die Zunahme der Prävalenz der chronischen Herzinsuffizienz ist zum Teil durch die zunehmende Lebenserwartung der Bevölkerung zu erklären, zum anderen durch die bessere Behandlung von akuten Herzkreislauf-erkrankungen. Derzeit liegt die Prävalenz bei etwa 2 % der Bevölkerung, und weitere 2 % haben wahrscheinlich eine asymptomatische linksventrikuläre Dysfunktion [3]. Zwei Drittel aller aus dieser Erkrankung erwachsenden Kosten entstehen durch die Spitalsaufenthalte dieser Patienten. In den USA sind die Krankenhauseinweisungen von herzinsuffizienten Patienten von 155.000 im Jahre 1970 auf 585.000 im Jahre 1985 angestiegen [4].

Die Ausgaben im stationären Bereich sind daher der größte Kostentreiber, vor allem aufgrund der langen Liegezeiten und der hohen Kosten der Krankenhäuser. In Deutschland betrug 1997 die mittlere Aufenthaltsdauer für die Primärdiagnose Herzinsuffizienz 16,2 Tage [5]. Die Arzneimittel stellen nur einen geringen Anteil der Gesamtkosten dar, haben aber in den letzten Jahren zu einer entscheidenden Verbesserung der Prognose geführt.

MÖGLICHKEITEN DER KOSTEN-SENKUNG

Weltweit sind daher Bestrebungen im Gange, Wege zu finden, die Herzinsuffizienz kosteneffektiver zu behandeln.

Dazu bieten sich grundsätzlich drei Möglichkeiten an:

1. Screening der Bevölkerung, um die linksventrikuläre Dysfunktion früher erkennen und behandeln zu können

2. Multidisziplinäre Behandlungsprogramme mit Ein-
schluß von geschulten Krankenschwestern,
die die Compliance der Patienten verbessern
und die Spitalweisungen reduzieren helfen
3. Verbesserte Therapiemöglichkeiten, die bei
geringeren Substanzkosten die Morbidität und
damit die Krankenhauseinweisungen dieser
Patienten reduzieren

Was den letzten Punkt anlangt, ist festzuhalten, daß sich die Arzneimitteltherapie der Herzinsuffizienz in den letzten Jahren entscheidend verbessert hat und ein wesentlicher Eckstein in der Behandlung der Herzinsuffizienz ist. Die Arzneimittelkosten machen etwa 12 % der Gesamtkosten der Behandlung aus. Die moderne Therapie umfaßt neben Diuretika und Digitalis vor allem den Einsatz von ACE-Hemmern und Betarezeptorenblockern sowie allenfalls Angiotensin-II-Antagonisten und Aldosteronantagonisten. In den letzten Jahren hat es eindeutige Hinweise dafür gegeben, daß Betarezeptorenblocker, verabreicht in Kombination mit Diuretika und ACE-Hemmern, eine Verbesserung in der Behandlungsqualität der Herzinsuffizienz mit sich bringen. Die Studien wurden mit Bisoprolol und Metoprolol [6, 7] sowie Carvedilol durchgeführt [8].

In der allgemeinen Diskussion um die Verteilung der immer knapper werdenden Ressourcen und mit der zunehmenden Erkenntnis, daß auch im Gesundheitssektor nicht unbegrenzt Mittel zur Verfügung stehen, ist es unumgänglich, sich mit den

ökonomischen Implikationen einer so weitgreifenden Krankheit, wie sie die Herzinsuffizienz darstellt, auseinanderzusetzen. Hieraus ergibt sich die Forderung nach wirksamen, sicheren und zugleich kosteneffektiven Präventions- und Therapiemaßnahmen.

Eine kürzlich durchgeführte pharmakoökonomische Analyse der Wirtschaftlichkeit der Therapie mit Bisoprolol zusätzlich zur Standardtherapie bei Herzinsuffizienz läßt erkennen, daß die Betablockertherapie nicht nur einen hohen medizinischen Nutzen in sich birgt, sondern auch einen wirtschaftlich günstigen Therapieansatz darstellt. Die Zahl der Hospitalisationen, die sich bei Bisoprolol gegenüber Placebo um 14,4 % verringern, senken die totalen direkten medizinischen Kosten um 14,1 %, das entspricht 1250 DM pro Patient. Die Liegedauer verringerte sich von 13,2 auf 11,3 Tage.

Bezogen auf eine Prävalenz der chronischen Herzinsuffizienz von 2 % muß in Deutschland von ca. 1,6 Millionen Patienten ausgegangen werden. Daraus leiten sich rein rechnerisch Einsparungsmöglichkeiten von ca. 2 Milliarden DM ab, die gemäß CIBIS II innerhalb eines Zeitraumes von knapp 1 1/2 Jahren realisiert werden könnten [9].

Literatur:

1. McMurray J, Hart W, Rhodes G. An evaluation of the cost of heart failure to the National Health Service in the UK. *Br J Med Econ* 1993; 6: 99–110.
2. Levy E. From cost of illness to cost-effectiveness in heart failure. *Eur Heart J* 1998; 19 (Suppl P): P2–P4.

3. McMurray JV, McDonagh TA, Davie AP, et al. Should we screen for asymptomatic left ventricular dysfunction to prevent heart failure? *Eur Heart J* 1998; 19: 842–6.

4. Graves EJ, Kozak LJ. National hospital discharge survey. *Vital Health Stat* 1992; 13: 1–51.

5. AOK-Bundesverband (Hrsg). Krankheitsartenstatistik der AOK 1993. Bonn, 1996.

6. Lechat P, Escolano S, Golmard JL, Lardoux H, Witchitz S, Henneman JA, Maisch B, Hetzel M, Jarillon P, Boissel JP, Mallet A. Prognostic value of bisoprolol-induced hemodynamic effects in heart failure during the Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study (CIBIS). *Circulation* 1997; 96: 2197–205.

7. Hjalmarson A, Goldstein S, Fagerberg B, Wedel H, Waagstein F, Kjeksus J, Wikstrand J, El Allaf D, Vitovec J, Aldershville J, Halinen M, Dietz R, Neuhaus KL, Janosi A, Thorgeirsson G, Dunselman PH, Gullestadt L, Kuch J, Herlitz J, Rickenbacher P, Ball S, Gottlieb S, Deedwania P. Effects of controlled-release metoprolol on total mortality, hospitalizations, and well-being in patients with heart failure; the Metoprolol CR/XL Randomized Intervention Trial in congestive heart failure (MERIT-HF). MERIT-HF Study Group. *JAMA* 2000; 283: 1295–302.

8. Packer M, Bristow MR, Cohn JN, Colucci WS, Fowler HB, Gilbert EM, Shusterman NH, for the US Carvedilol Heart Failure Study Group. The effect of carvedilol on morbidity and mortality in patients with chronic heart failure. *N Engl J Med* 1996; 334: 1349–55.

9. Szucs Th, Schwenkglenks M, Paschen B, Follath F. Wirtschaftlichkeit von Bisoprolol in der Behandlung der Herzinsuffizienz in Deutschland. Eine Analyse auf der Basis der CIBIS-II-Studie. *Medizinische Klinik* 2000; 12: 663–71.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Werner Klein
Klinische Abteilung für Kardiologie
Medizinische Universitätsklinik
A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 15
E-Mail: we.klein@kfunigraz.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)