

Warum verschreiben Hausärzte potentiell inadäquate Medikamente?

Karen Voigt¹, Mandy Gottschall¹, Grit Hübsch¹, Juliane Köberlein-Neu², Kathrin Czarnecki², Antje Bergmann¹

¹Bereich Allgemeinmedizin der TU Dresden, ²Bergisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsmanagement und Public Health der Universität Wuppertal

Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



Einleitung

Der Hausarzt nimmt bei der Versorgung multimorbider Patienten eine zentrale Rolle ein. Nach medizinisch-fachlichem Abwägen potentieller Vor- und Nachteile bei Medikation oder Nichtmedikation der verschiedenen parallel auftretenden Erkrankungen und basierend auf Patientenbedürfnissen muss der Hausarzt Strategien zur Behandlung oder ggf. Nichtbehandlung entscheiden, umsetzen und verantworten [1].

Fragestellungen

1. Ausmaß der Verordnung potentiell inadäquater Medikamente (PIM)
2. Exploration von Gründen für hausärztliche Handlungsstrategien bei der Verordnung von PIM

Methoden

- Querschnittsstudie mit allgemeinmedizinischen Lehrpraxen der TU Dresden (vgl. Abb. 1)
- Einschluss von Patienten mit mind. 2 Dauerdiagnosen und mind. 2 Dauermedikationen
- standardisierte Analyse von Krankenakten: Morbiditätsstruktur, Ausmaß/Merkmale der Behandlung, klinisch bedeutsame Ereignisse, Klinikaufenthalte, unerwünschte Arzneimittelereignisse, retrospektiv für ein randomisiertes Quartal 2012
- qualitative, leitfadensbasierte Interviews mit MFA und Hausärzten

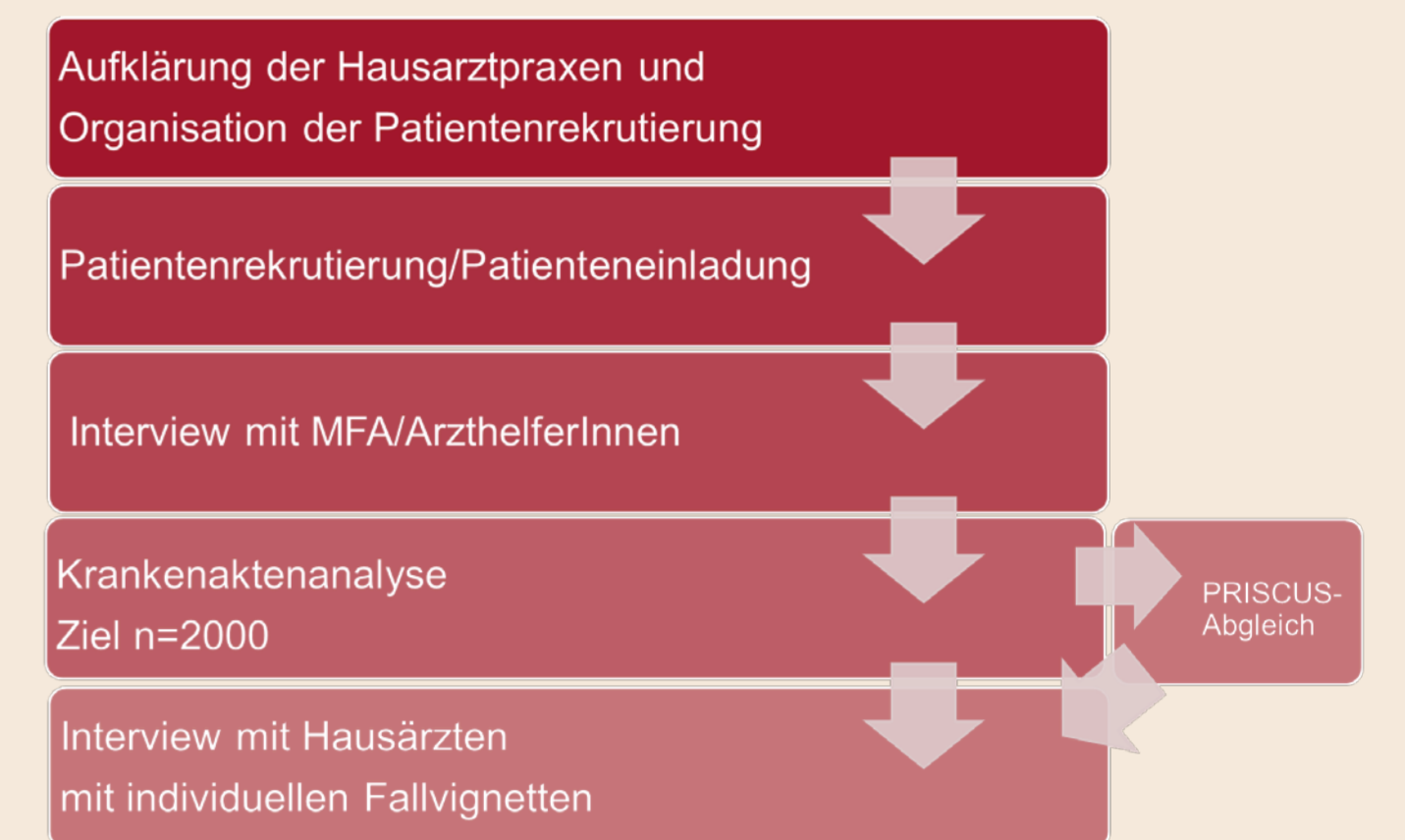


Abb. 1 Studienablauf

Zwischenstand

- Pretest zur Prüfung des Studiendesigns im Februar/März 2013 in Wuppertal: Erhebungsinstrumente erwiesen sich als anwendbar, die Rekrutierungsstrategie der Patienten wurde angepasst
- Patientenrekrutierung und sich anschließende Datenerhebung erfolgen seit April 2013 (aktueller Stand: vgl. Tab. 1)

Tab. 1 Aktueller Stand der Erhebung (September 2013)

	aktueller Stand	noch geplant (Schätzung)
Patientenrekrutierung	3 Praxen	3 Praxen
Krankenaktenanalyse	630	1370
Interviews MFA	9	12
Interviews Ärzte	3	4
PRISCUS-Abgleich	erfolgt	ausstehend

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung Patienten

Soziodemografische Merkmale

Tab. 2 Soziodemografische Merkmale der Patienten ≥ 65 Jahre

	Männer	Frauen	Alle
Anzahl Patienten (%)	182 (40,5)	273 (59,5)	455
Alter, Mittelwert (SD) in Jahren	76,1 (6,2)	75,6 (5,8)	75,8 (6,0)
Altersgruppen (%)			
65-69 Jahre	25 (13,7)	38 (13,9)	63 (13,8)
70-74 Jahre	54 (29,7)	87 (31,9)	141 (31,0)
75-79 Jahre	59 (32,4)	85 (31,1)	144 (31,6)
80-84 Jahre	21 (11,5)	43 (15,8)	64 (14,1)
85-89 Jahre	17 (9,3)	15 (5,5)	32 (7,0)
90-94 Jahre	6 (3,3)	5 (1,8)	11 (2,4)

Morbiditätsstruktur

Tab. 3 Häufigste Dauerdiagnosen bei Patienten ≥ 65 Jahre

Rang	Erkrankung	Anteil (%)
1	Arterielle Hypertonie (I10)	378 (83,1)
2	Störungen des Fettstoffwechsels (E78)	189 (41,5)
3	Diabetes mellitus Typ 2 (E11)	156 (34,3)
4	Chronisch ischämische Herzkrankheit (I25)	129 (28,4)
5	Vorhofflimmern und Vorhofflattern (I48)	77 (16,9)
6	Med. Behandlung, z.B. orale Antikoagulation (Z92)	71 (15,6)
7	Osteoporose (M81)	70 (15,4)
8	Vorhandensein eines Bypass/Schrittmacher (Z95)	64 (14,1)
9	Katarakt, sonstige (H26)	51 (11,2)
10	Hypothyreose (E03)	48 (10,6)

Tab. 4 Häufigste Akutdiagnosen bei Patienten ≥ 65 Jahre

Rang	Erkrankung	Anteil (%)
1	Belastungsreaktion / Anpassungsstörung (F43)	16 (3,8)
2	Sonstige Gelenkerkrankungen (M25)	15 (3,5)
3	Akute Infektion der Atemwege (J06)	13 (3,1)
4	Rückenschmerzen (M54)	13 (3,1)
5	Schlafstörungen (G47)	12 (2,8)
6	Bauch- und Beckenschmerzen (R10)	11 (2,6)
7	Depressive Episode (F32)	8 (1,9)
8	Biomechanische Funktionsstörungen (M99)	8 (1,9)
9	Andere Angststörungen (F41)	7 (1,6)
10	Somatoforme Störungen (F45)	7 (1,6)

Ausmaß der hausärztlichen Verordnung von PIM

Keine Geschlechts- und Altersunterschiede

27 von 83 PIM-Wirkstoffen wurden verordnet

Tab. 5 Häufigkeit und Anzahl der verordneten PIM

	Männer	Frauen	Alle
Häufigkeit PIM	38 (20,9)	62 (22,7)	100 (22,0)
Anzahl PIM-Wirkstoffe, Mittelwert (SD) pro Patienten mit PIM	1,1 (0,3)*	1,3 (0,5)*	1,2 (0,4)*

Tab. 6 Anzahl der verordneten PIM nach Altersgruppe

Altersgruppen	kein PIM (n=355)	1 PIM (n=79)	2 PIM (n=20)
65-74 (n=203)	79,3	16,3	4,4
75-84 (n=208)	78,8	17,3	3,8
85-94 (n=43)	69,8	23,3	7

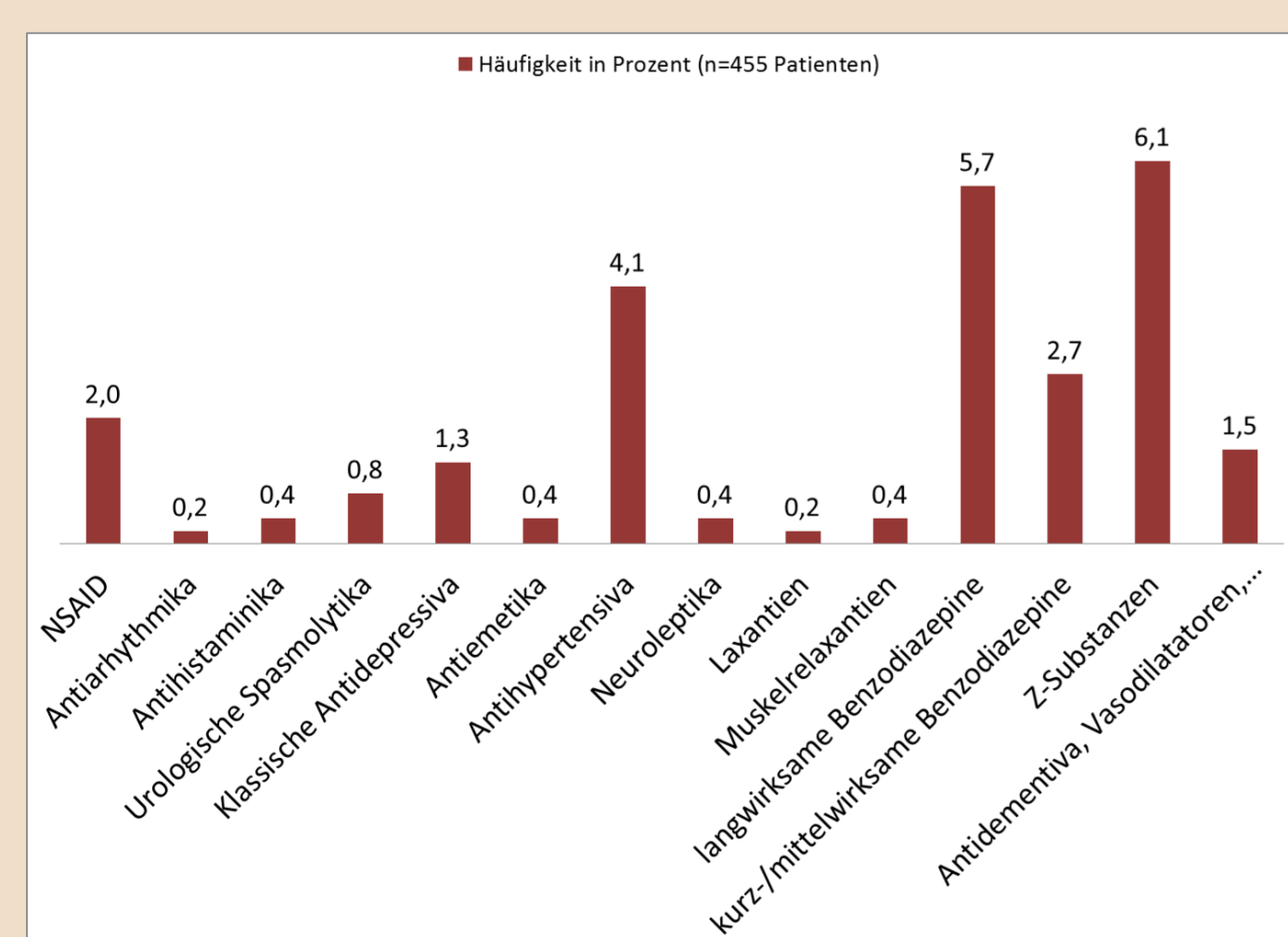


Abb. 2 Häufigkeiten der verordneten PIM nach Wirkstoffgruppen

Gründe für die Verordnung von PIM aus Sicht der Hausärzte

Ich finde die meisten sind heute mit 65, wo sie in die PRISCUS-Liste hineingeraten, biologisch deutlich jünger. Ich habe dafür aber auch 50-jährige, die nach 35 Jahren Kampfrauchen eigentlich schon seit 10 Jahren dazu gehören.

(...) was wichtig ist, Schlafprobleme - zur Ruhe kommen: Benzos versus Z-Substanzen, da steht man zwischen Baum und Borke. Da ist mir auch bewusst, dass das auf der PRISCUS-Liste nicht unbedingt empfohlen ist, aber man hat nichts anderes und für den Patienten ist es auch wichtig, dass er ab und zu schläft oder dass er eben schmerzfrei ist.

Altersdefinition ≥ 65 Jahre zu eng

Also ich nutze die PRISCUS-Liste, nicht jetzt immer oder ständig. Das sind ja immer wiederkehrende Medikamente, welche sich im Kopf rot markern lassen. Also, ich kenne die ganze PRISCUS-Liste auch nicht auswendig.

mangelnde Medikationsalternativen

PRISCUS-Liste nicht immer präsent

von Fachärzten übernommene Verordnungen

Abwägen zwischen Empfehlungen und individuellem Patientenfall

Ich muss immer abschätzen: mache ich jetzt dem Patienten noch mehr Kummer, wenn ich komplett verweigere, absetze oder verordne ich es weiter und gestalte die Therapie so, dass noch ein Neurologe/Psychiater mit draufguckt. (...) Ich kann es thematisieren, steht ja auch in der Akte „immer wieder Benzoabhängigkeit besprochen“. (...) ich muss es im Auge haben, Nichtnachverordnen ist auch schwierig, weil sie sich dann Nebenbehandler suchen, von denen ich nichts weiß. Das hat alles ein Für und Wider.

Da ist natürlich die Schwierigkeit, dass die von mir sehr selten erstverordnet werden in dem Alter. Sondern, dass die Patienten dort manchmal eine jahrzehntelange Karriere mit diesen Z-Substanzen haben und ich dann gucken muss, womit ich sie mehr gefährde: mit einem halbwegs kontrollierten Einsatz (...) oder mit einem unkontrollierten Entzug.

Diskussion

Die PIM-Prävalenz von 27,9% reiht sich annähernd in Ergebnisse vorliegender Studien ein [2,3]. Hinter der Verordnung von Medikamenten, so auch PIM, stecken zahlreiche Überlegungen und Priorisierungsstrategien der behandelnden Hausärzte. Die Komplexität der Patienten macht eine individuelle Entscheidung notwendig, welche wesentlich nicht immer konform zu Leitlinien oder Empfehlungen wie der PRISCUS-Liste ist.

Literatur

- [1] Köberlein J, Gottschall M, Czarnecki K, Thomas A, Bergmann A, Voigt K. General practitioners' views on polypharmacy and its consequences for patient health care. BMC Family Practice 2013; 14: 119
- [2] Amann U, Schmedt N, Garbe E. Ärztliche Verordnungen von potenziell inadäquater Medikation bei Älteren. Deutsches Ärzteblatt 2012; 109: 69-75
- [3] Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter. Robert Koch-Institut, Berlin 2009.

Dieses Projekt wurde gefördert von

RES ROLAND ERNST STIFTUNG
für Gesundheitswesen

Kontakt:

Karen.Voigt@uniklinikum-dresden.de

