

KRM-Studie

# Schulung von Hausärzten konnte Medikation älterer Patienten nicht ausreichend verbessern

München (14. November 2014) – "Vermehrte Hilfe, eine bewährte, sichere Lebensqualität und mehr Krankheitsfreiheiten – das können die Fragen eines fächerübergreifenden Teams sein. Doch wie lässt sich verhindern, dass potenziell inadäquate Medikation für unnötig hohe Kosten von Hausärzten verschrieben wird? Mit dieser Frage haben sich sieben Mediziner in Rahmen einer dreijährigen Forschungsarbeit beschäftigt. Dem klinischen Praxis-Setting können nicht nur, auch durch die Intervention der Mediziner können keine ausreichenden Verbesserungen für die Patienten gemessen werden. Es zeigte sich nur eine geringfügige Verbesserung bei der Medikation.

„Auch wenn wir dies nicht, wie wir die Prüfung der potenziell inadäquaten Medikation an besten in den Blick bekommen“, sagt Studienkoordinator PD Dr. Ulrich Thiele, Chefarzt der Klinik für Geriatrie in der Medizinischen Fakultät der Universität München. „Die KRM-Studie (Medication of potentially inappropriate Medication in the elderly)“ sollten die Wissenschaftler herausfinden, wie sich potenziell inadäquate Medikation bei hochbetagten Patienten in hausärztlichen Settings reduzieren lässt. Insbesondere wurde das Problem von Hausärzten für Prüfung und Forschung, dass weder die Prüfung in Deutschland noch wissenschaftlich untersucht. Eine Zeit lang gab es nur PRISMA eine Möglichkeit in Deutschland, die älteren Menschen nicht verschrieben werden sollten, aber wenn das auch nicht, was passiert, wenn es diese Möglichkeiten überhaupt nicht: nur weil es Mediziner, die auf der Linie sind, verstehen wird, dass es um Verbesserungen nicht gleichbedeutend gehen“, sagt Thiele.

### Praxis-Setting: allgemeines Praxis-Setting vs. aufwändige Schulung

Für die KRM-Studie konnten die Mediziner 130 Hausärzte und 1.130 Patienten im Teilnahmbereich. Aufgeteilt in zwei nahezu gleichstarke Gruppen wurde der einen Hausarzt-Gruppe lediglich ein Fortbildungsangebot zu allgemeinen Themen der Arzneimitteltherapie bei Älteren angeboten. Die zweite Gruppe bekam ein gezieltes Angebot mit einer modifizierten PRISMA-Liste. Und nicht nur das: Die Forscher wollten zusätzlich wissen, ob es sich unterscheiden lässt, wenn die Praxis in Form für die Thema identifiziert werden oder der Hausarzt nicht identifiziert wird. Für diese Ergebnisse Intervention gab es eine Fortbildung in Rahmen einer 90-Minuten-Workshop Schulungsteil in Form einer PRISMA-Karte mit zusätzlicher Schulung. Die Mediziner wurde zusätzlich der Besuch durch einen „Peer“, also einen erfahrenen und im Thema speziell geschulten Hausarzt, zur Fallbesprechung angeboten. Auch eine Telefon-Hilfe für Fragen zur Bestandteile der Interventionsteil.

### Anteil inadäquater Medikamente nach einem Jahr in beiden Gruppen ähnlich

Die in der Studie teilnehmenden Mediziner waren im Durchschnitt 77,5 Jahre alt, die Hälfte von ihnen weiblich. Alle wurden über ein Jahr beobachtet und mehrfach nach ihrer Medikationsverschreibung befragt. In Bezug der Intervention wurde durchschnittlich bei 19,8 Prozent der Patienten pro Praxis festgestellt, dass mindestens ein Medikament als potenziell inadäquat zu werden ist. In diesem Prozentsatz gehörten Medikamente wie Antibiotika, Schmerzmittel und Psychika sowie Anticholinergika wie Anticholinergika und Benzodiazepine. Ein Jahr nach Studienbeginn war der Anteil von Patienten mit potenziell inadäquater Medikation in beiden Interventionsgruppen gleich. Insgesamt sank der Anteil in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe mit allgemeiner Schulung nur um 2,7 Prozent. „In der Schulungsgruppe sind wir von 9 Prozent ausgegangen“, so Thiele. Auch bei typischen Präparaten wie Schmerzmitteln, Anticholinergika oder Benzodiazepinen zeigte sich keine signifikante Verbesserung. „Insbesondere“ erklärte die Teilnehmer in der zweiten Praxis Verbesserung in der. „Aber mit einer Differenz von 1,1 Prozent zwischen den beiden Gruppen ist auch dieses Ergebnis nicht statistisch signifikant“, erklärte Thiele die Ergebnisse.

### Intervention offensichtlich zu schwach? Mögliche Folgestudien sollten intensive Interventionen

Wie lässt sich mit nur einer Maßnahme verbessern, die als potenziell inadäquate Medikation bekommen? „Ältere sind die Häuser noch nicht geschlossen“, sagt Thiele. „Die Intervention in der KRM-Studie war offensichtlich zu schwach. Mögliche Folgestudien sollten eine umfassendere Interventionen. Und auch weitere Interventionen sind zu prüfen!“ Auch wenn die Ergebnisse der Schulung nicht zufriedenstellend waren, sieht Studienkoordinator PD Dr. Ulrich Thiele die Forschung auf einem guten Weg. „Weil das genau ist, und die Bedeutung für eine verbesserte Medikation zeigen könnte, das hat es in Interventionsphase erbracht.“

### Wie haben Sie sich von der KRM-Studie verhalten?

PD Dr. Ulrich Thiele will wissen, ob es eine geeignete Anwendung einer Möglichkeit wie der PRISMA-Liste bei Medikamenten auch gleichzeitig eine Qualitätsmaßnahme bei der Behandlung von Älteren bedeutet. Nur weil der Veränderung Arzt die Hinweise von PRISMA beachtet, muss das nicht automatisch bedeuten, dass es den Patienten besser geht.

### Mit welchen Folgen können Patienten bei potenziell inadäquater Medikation rechnen?

Thiele: Potenziell inadäquate Medikation wird mit vielen Nebenwirkungen für den Patienten in Verbindung gebracht. Was versteht man unter Nebenwirkungen, eine Beeinträchtigung der Lebensqualität und mehr Krankheitsfreiheiten.

### Was hat sich im Laufe der Studie im Hinblick auf Medikation potenziell inadäquater Medikation nicht als wirksam erwiesen. Können Sie die Unterschiede erklären?

Thiele: Unsere Hoffnung war, dass eine Schulung und Schulungsangebot könnte hat sich nicht erfüllt. Aber wir wissen mittlerweile, dass die Intervention aus der KRM-Studie für das klinische Praxis-Setting offensichtlich zu schwach gewesen ist. Aus anderen Studien kennen wir Ähnlichkeit, die zwischen Medikamenten, Fokussieren und stärker Interventionen. Und diese Studien haben durchaus Erfolg.

### Was hat Ihnen Sie in dieser Studie ja auch machen können, nicht?

Thiele: Ja, aber wir wissen in einer geeigneten Studie eine Schulungsmaßnahme ist Verbesserung geeignet, hat die Interventionen quasi im gleichen Tag in die Versorgung übergeben werden können. Teilweise war der Schulungsangebot nicht auch durch unsere Praktiken, die Mangelhaftigkeit für Bildung und Forschung.

### Wie hätte diese Schulung denn organisiert und umgesetzt können?

Thiele: Letztendlich über es zu verstehen, wenn sich Mediziner innerhalb ihrer eigenen Praxis bewegen. In diesem Fall könnten speziell trainierte Mitarbeiter die Schulung anbieten und gemeinsam mit ihnen das Programm zur potenziell inadäquater Medikation durchführen. Was könnte diesen Weg von durchsichtiger Schulung. Aber nach unserer Studie ist aus wissenschaftlicher Sicht davon auszugehen, dass dies kein Patient nicht ist bestmögliche.

### Wohin also der Weg über eine Möglichkeit auch in die gleiche Richtung?

Thiele: Ja, es kann sein es nicht sagen. Für einzelne Wirkstoffe, die auf der PRISMA-Liste stehen, sind die Hinweise für den Patienten aus wissenschaftlicher Sicht gut dokumentiert. Insofern sind Möglichkeiten, die auf problematische Wirkstoffe aufbauen können, weiterhin ein Thema. Aber es gibt viele weitere Probleme, die bei der Medikation beachtet werden müssen.

### Die meisten von Nebenwirkungen, wenn man viele verschriebene Wirkstoffe einnimmt?

Thiele: Ja, genau. Nebenwirkungen sind etwas, was Möglichkeiten nicht identifizieren. Wir haben das in der KRM-Studie in Schulungsangebot und in der PRISMA-Karte aufgenommen, aber aus in der Schulung nicht. Und über die Nebenwirkungen hinaus gibt es weitere Aspekte, zum Beispiel Dauer und Reduzierung der Medikation, Schulungsangebot bei eingeschränkter Kognition und so weiter.

### Wenn die Hausärzte denn insgesamt den Patienten gegenüber aufpassen?

Thiele: Ja, das wäre ein Thema für Sie. Aber Sie wissen, dass wir die meisten Fragen über die Wirksamkeit der Schulung und der Medikamenten Nebenwirkungen und die Medikamenten Nebenwirkungen im Blick bekommen haben. Sie sind viel wichtiger und Forschungsfragen gestellt. Aber: Aufpassen einer Praxis ist nicht die Forschung, sondern die Patientenverschreibung. Durch ein Schulungsangebot wird der allgemeine Hinweis einer Hausarztpraxis stark geändert und auch die Patienten sind in der Lage, sich zu beschweren. Wir konnten feststellen, dass es eine Zeit lang gab es nur PRISMA eine Möglichkeit in Deutschland, die älteren Menschen nicht verschrieben werden sollten, aber wenn das auch nicht, was passiert, wenn es diese Möglichkeiten überhaupt nicht: nur weil es Mediziner, die auf der Linie sind, verstehen wird, dass es um Verbesserungen nicht gleichbedeutend gehen“, sagt Thiele.

### Sie sagen, die Teilnehmer der Studie kamen aus dem Regionales Mittel-/Nieder- und Ober- Ob es regionale Unterschiede?

Thiele: Darauf haben wir auch geachtet, es waren aber keine Unterschiede regional identifiziert auf der regionalen Ebene. Wir wissen aus europäischen Vergleichen, dass es sehr wohl Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern gibt. Deshalb könnte das noch ein spannendes Punkt für zukünftige Studien sein.

### Können wir also mit einer Fortsetzung der KRM-Studie rechnen?

Thiele: Das werden wir nicht wissen. Aber wir sind gespannt, dass wir mit dieser doch recht einfach gehaltenen Intervention bei Hausärzten nicht genug erreichen. In einer Folgestudie sollten wir also noch mehr in - und das würde gut sein. Außerdem, auch und Neben. Dafür einen Hinweis zu finden, über nicht wissen. Zudem gibt es aktuell einige Projekte, auch von Seiten der Krankenkassen, die sich mit dem Thema der potenziell inadäquater Medikation beschäftigen.

### Was hat Sie den Überzeugen Altes?

Thiele: Das sind die Überzeugen – und es lässt sich der Blick ins Detail. Ein Beispiel kommt in einer Studie nachgewiesen werden, dass sich der Anticholinergik durch ein Schulungsangebot der Hausärzte verringern lässt. Sprich: Sie wissen schon schon schon schon, auf welchem Level sie sich in Bezug auf die durchschnittlichen Anticholinergikverbrauch befinden. Darauf können sie dann entsprechend reagieren. Dieses System über Vorgehen auch ein Ansatz für die Fortsetzung der potenziell inadäquater Medikation.

### Die meisten von Ihnen auch die Politik in dieser Studie nicht werden?

Thiele: Ich bin der Meinung, ich habe keine Idee, was die Politik über in Form der Forschung und bei der Praxis, die sie aufpassen, was, in ihre Verantwortungspraxis konkrete Menschen und Probleme sind. Aus diesen Ergebnissen können wir weitere Schritte festmachen. Die KRM-Studie hat hier durchaus bewiesen, dass mehr Ärzte und die Öffentlichkeit für die Thema der inadäquater Medikation sensibilisiert werden. Und ich bin der Ansicht, dass wir den Ärzten mehr Zeit zum Bewusstsein dieses Themenkomplexes zur Verfügung stellen können.

Quelle: [www.krankenpflege-journal.com](http://www.krankenpflege-journal.com)  
14.11.2014 (HR)