

Polymedikation

eine Herausforderung für die (hausärztliche) Praxis

PD Dr. Guido Schmiemann MPH
Abteilung Versorgungsforschung
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen

Hausarzt

Stellv. Leiter Abteilung Versorgungsforschung
Institut für Public Health / Universität Bremen

Sprecher Sektion Qualitätsförderung
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin

Interessenskonflikte

- Begriffsklärung
- Entstehung
- Relevanz
- Beurteilung
- Perspektiven

Ziele

Polymedikation = Multimedikation,
Polypharmazie

≥ fünf unterschiedliche Wirkstoffe/ Tag

Unangemessene Polypharmazie

Begriffsklärung

- Peter Friedrich
- 45 Jahre
- 170 cm 83 kg
- Busfahrer
- Verheiratet, 1 Tochter
- Keine Vorerkrankungen
- Risiko: Nikotin; Vater Diabetes

Entstehung

45 Jahre

Erstdiagnose Bluthochdruck
Erstmaliger Gichtanfall

55 Jahre

RR 160/95

Chol 255, HDL 40, BZ 110, HS 9.5

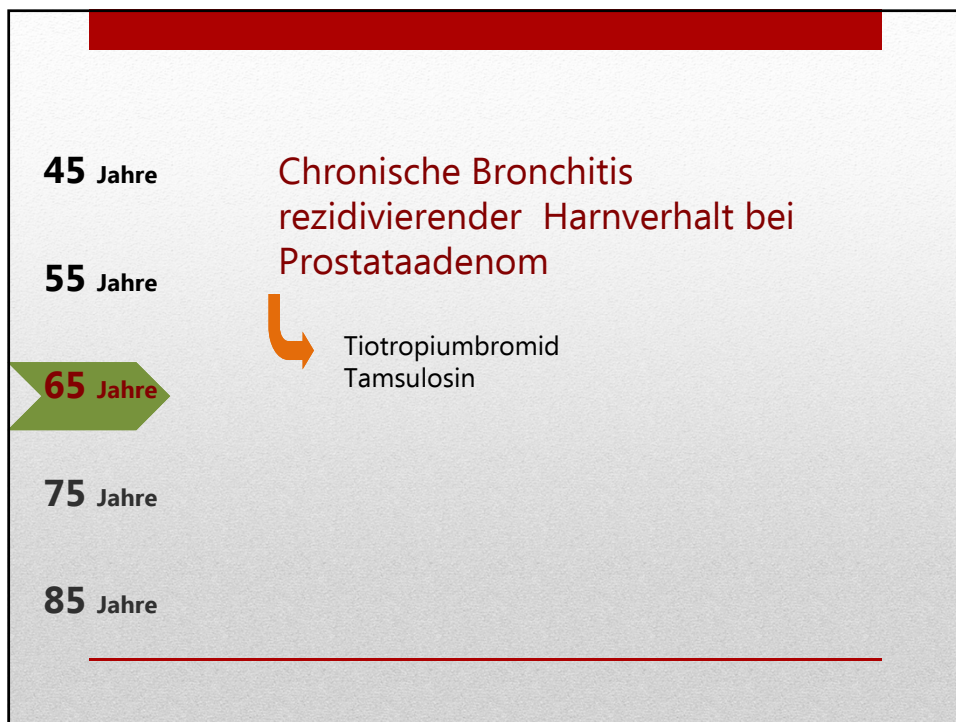
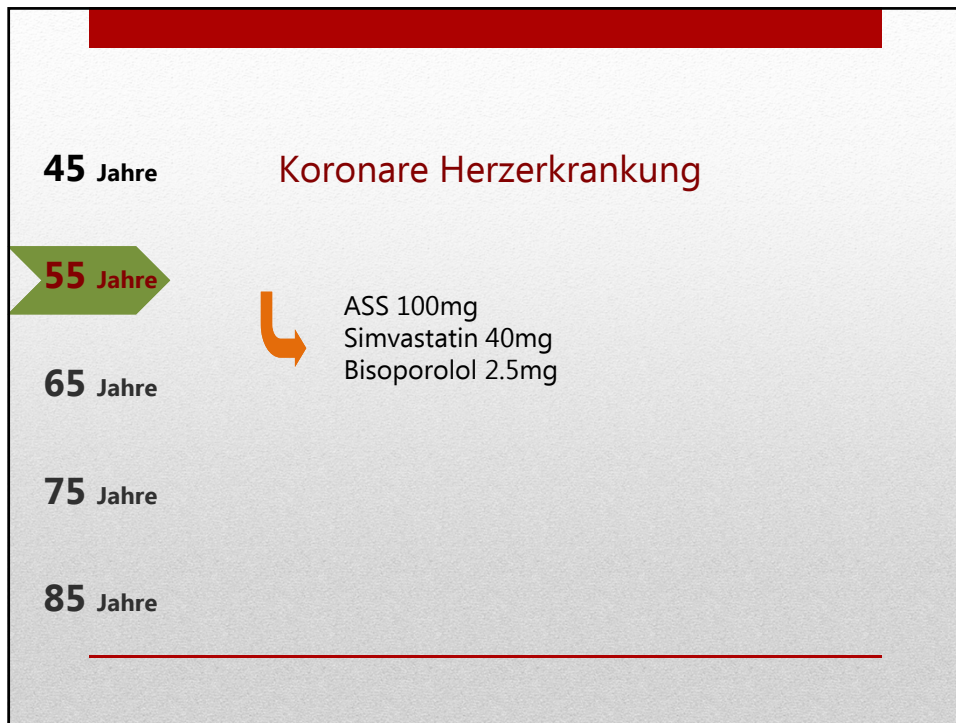
65 Jahre



Ramipril
Allopurinol

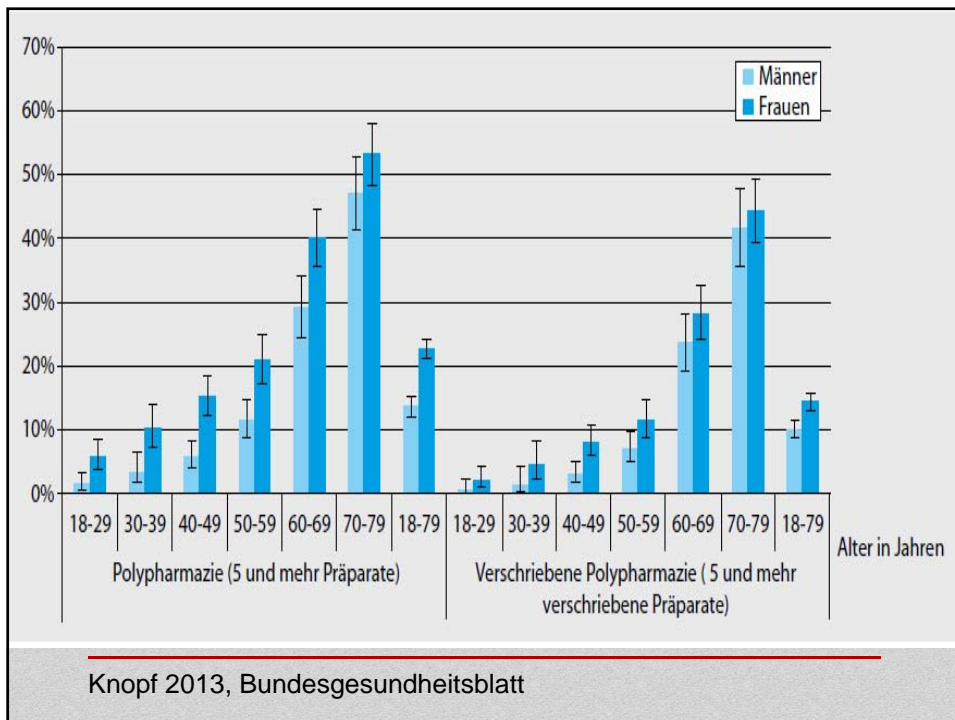
75 Jahre

85 Jahre





Wirkstoff	Indikation
Ramipril	Blutdruck
ASS 100	Herz
Simvastatin	Herz
Bisoprolol	Herz
Allopurinol	Gicht
Tiotropiumbromid	Bronchitis
Metformin	Diabetes
Tamsulosin	Prostata
Citalopram	Depression
Methyldopa	Parkinson
Novaminsulfon	Schmerzen
Gingko und Vitamin E selbstständig	



- Jede 6. Frau und jeder 11. Mann (>65 Jahre) hat mehr als vier chronische Erkrankungen
- Ein Patient mit Multimorbidität konsultiert im Durchschnitt sechs Fachärzte
van den Bussche 2012 Z Allg Med
- Ein Großteil der Besuche bei Fachärzten erfolgt ohne Überweisung

Rahmenbedingungen

47% der > 70jährigen sind von einer Polymedikation betroffen Knopf 2013 Bundesges

5- 12 % der Krankenhauseinweisungen durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)
Hartholt 2012 PloS

Einweisungen durch UAW kosten 430 Mill. €/Jahr
Polypharmazie Report HKK 2012

Relevanz

**Sind diese Medikamente für
diesen Patienten
geeignet?
sinnvoll?
angemessen?**

Wer entscheidet nach welchen Kriterien?

- Vollständiger Medikamentenplan
- Regelmäßige Evaluation
- Vorhandene Evidenz

Voraussetzungen

ARZNEIMITTELTHERAPIESICHERHEIT

Medikationsplan für den Überblick

Eine standardisierte, strukturierte Informationsquelle soll den Informationsaustausch im Medikationsprozess verbessern und die Patientensicherheit erhöhen.

Medikationsplan für: **Michaela Mustermann** geb. am: **13.12.1936**

Seite 1 von 1
ausgedruckt von: Dr. Manfred Überall
Hauptstraße 55, 01234 Am Ort
Tel: 04562-12345
E-Mail: m.ueberall@mein-netz.de
ausgedruckt am: 12.12.2012

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Mo	Mi	Ab	zN	Einheit	Hinweise	Grund
Ramipril	Ramipril STADA® N1	5mg	Tab	1	0	0		Stück	während der Mahlzeiten	Bluthochdruck
Hydrochlorothiazid	HCT-dura® 25mg N2	25mg	Tab	1	0	0		Stück	während der Mahlzeiten	Bluthochdruck
Clopidogrel	Plavix® 75 mg N1	75mg	Tab	0	0	1		Stück	während der Mahlzeiten	art. Verschluss
Simvastatin	Simvalip® 20mg N2	20mg	Tab	0	0	1		Stück	nach der Mahlzeit	erhöhte Blutfette

Anwendung unter die Haut

Insulin human	Insulin B. Braun Basal		Spritze	20	0	10		IE	sub cutan	Diabetes
---------------	------------------------	--	---------	----	---	----	--	----	-----------	----------

Bedarfsmedikation

Glycerolnitrat	Corangin® Nitropray		Spray	max. 3				Hübe	akut	Herzschmerzen
	Vivinox® stark		Tab	0	0	0	1	Stück	bei Bedarf	Schlaflosigkeit

Wichtige Angaben
Bitte messen Sie Ihren Blutdruck täglich!

Version DE-1.3 vom 16.07.2012
Herstellereerkennung, Firma MP-ready

1. Gibt es eine Indikation für das Medikament?
2. Ist das Medikament wirksam für die verordnete Indikation?
3. Stimmt die Dosierung?
4. Sind die Einnahmeverfahren korrekt?
(Applikationsmodus, Einnahmefrequenz, Einnahmezeit, Relation zu Mahlzeiten)
5. Gibt es klinisch relevante Interaktionen mit anderen Medikamenten?

Hanlon 1996

Medication appropriateness indicator

RESEARCH **Open Access**

Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study

Inger Nordin Olsson^{1,2*}, Rebecka Runnamo^{1,3} and Peter Engfeldt¹

Eine geringe Qualität der verordneten Medikamente ist mit einer geringeren Lebensqualität assoziiert

MAI

- Perspektive der Patienten – Was möchten Sie?
- Langzeitnutzen – in Abwägung zur Lebenserwartung
- Reine Symptomkontrolle – besteht der Bedarf (noch)

Bryant 2013 JPrimHealthCare

Pleased Do

- 70 Pat, Ø 83 J, 7.7 Med
- Follow up 19 Monate
- Reduktion "Non-life saving drugs"
- **84% erfolgreich abgesetzt**
- 6/256 wurden wieder angesetzt

Verbesserung von Lebensqualität/ kognitiver Funktion

Garfinkel 2010 ArchInternMed

Medikamente absetzen

Anamnese | Behandlung

Vorname(n)

Nachname

Geschlecht Mann Frau

Alter Jahre

Raucher

Manifeste Arteriosklerose

Familienanamnese

Antihypertensiva

Systolischer Blutdruck mmHg

Gesamtcholesterin mg/dl oder mmol/l


HDL-Cholesterin mg/dl oder mmol/l


Diabetes


HbA1c %

Von 100 Männern mit der gleichen Risikokonstellation (Doppelgänger) werden 21 in den nächsten 10 Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall bekommen.


Verhaltensänderung


Rauch-Stopp 


Ernährung 


Sport 

Medikamente

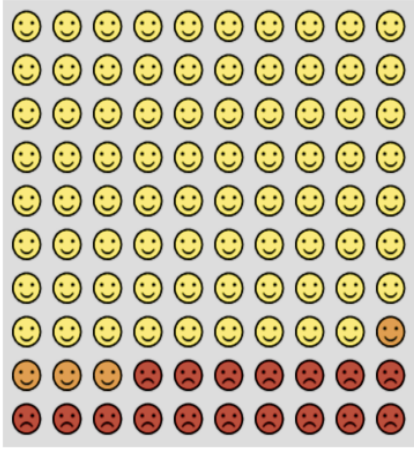
Statin 

Blutdrucksenkung 

ASS 

Metformin 

Von 100 behandelten Männern mit der gleichen Risikokonstellation (Doppelgänger) werden 17 in den nächsten 10 Jahren einen Herzinfarkt oder Schlaganfall bekommen.



Für weitere Fragen
schmiemann@uni-bremen.de

Vielen Dank