



PMV

forschungsgruppe

versorgungsepidemiologie
qualitätssicherung
sekundärdatenanalyse

Hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“

Kurzvorstellung anlässlich der Verleihung des vdek Zukunftspreises 2012

Dr. Ingrid Schubert, PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln
In Kooperation mit
Hausärztlicher Leitliniengruppe Hessen und DEGAM

Die Leitliniengruppe bedankt sich beim vdek und den Juroren für den Zukunftspreis



- Kontext:
 - Vorstellung der Leitliniengruppe Hessen
 - Ausgangspunkte für eine Leitlinie Multimedikation
- Leitlinie Multimedikation:
 - Gliederung
 - Leitfragen
 - Der Medikationsprozess
 - Überlegungen zur individuellen Präferenzsetzung (Priorisierung)
- Fazit/ Ausblick

Hausärztliche Leitliniengruppe Hessen



- **Gründung** 1997 durch Moderatoren der PMV-Pharmakotherapieziel
- Ca. 10-15 Ärzte, 186 Sitzungen, 15 Leitlinien (z.T. nicht aktualisiert)
- Seit **2010 Kooperation mit Leitliniengruppe der DEGAM**
- Moderation/Protokoll/wissenschaftliche Begleitung: PMV forschungsguppe
- **Ziele:** Für häufige und typische Versorgungsprobleme in der hausärztlichen Praxis Handlungskorridore aufzuzeigen, evidenz.-basierte Empfehlungen auszusprechen, Praxistipps zu vermitteln
- **Fokus:** nichtmedikamentöse und medikamentöse Therapie
- **Dissemination:** KVH aktuell, Internet, Druckversion
- **Implementation:** in Pharmakotherapieziel in Hessen
 - Darstellung des Umsetzungsgrades von Leitlinien-Empfehlung anhand von Indikatoren

Themen der hausärztlichen Leitlinien

- Antikoagulation
- Asthma bronchiale und COPD
- Chronische Herzinsuffizienz
- Diabetes mellitus Typ 2
- Fettstoffwechselstörung
- **Geriatric**
- Hausärztliche Gesprächsführung
- Hypertonie
- Palliativversorgung
- Psychosomatik
- Schmerzen
- Stabile Angina pectoris
- Venöse Thromboembolien

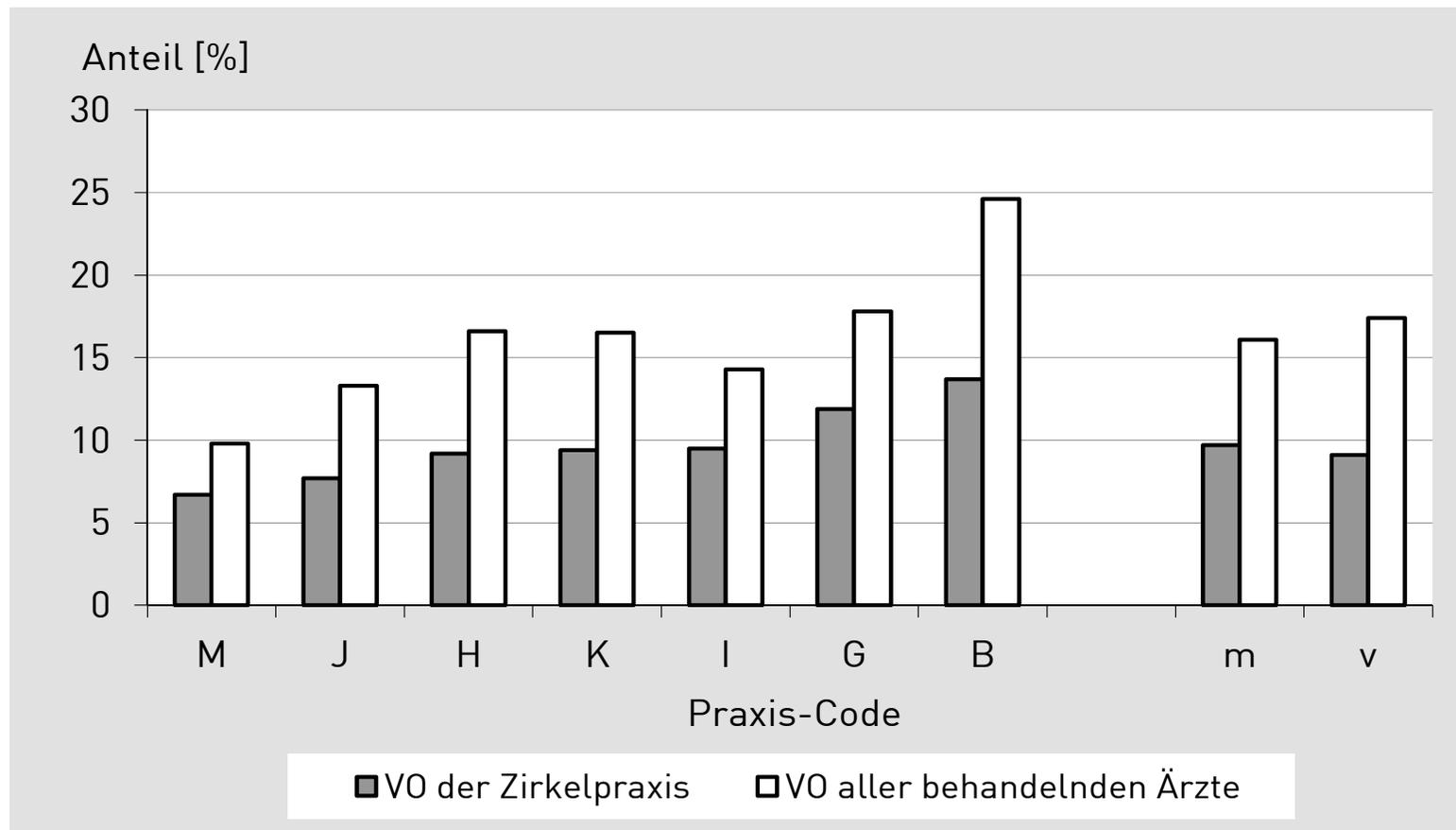


Warum wurde eine Leitlinie Multimedikation erarbeitet?

- **Vorbemerkung:** keine einheitliche Definition von Multimorbidität und Multimedikation
- **Hintergrund**
 - Behandlung bei Multimorbidität ist hausärztlicher Alltag – auch bei jüngeren Patienten
 - Multimedikation: steigendes Risiko für unerwünschte Wirkungen und Anwendungsprobleme
 - Keine Hilfestellungen in Leitlinien zur Behandlung bei Multimorbidität
 - Es muss zwischen notwendiger und unerwünschter Multimedikation unterschieden werden.
 - Keine Praxisroutinen für Medikationserfassung und Bewertung etabliert
 - Unzureichende Information des Hausarztes über Gesamtmedikation

Multimedikation bei hausärztlichen Patienten

Anteil der Patienten über 64 Jahre bei Zirkelärzten im Quartal IV/2010:
Multimedikation: 5 und mehr verschiedene Wirkstoffe



m = Mittelwert der Zirkelpraxen; v = Mittelwert der Vergleichsgruppe

© PMV 2012

Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults

Addressing Polypharmacy

Doron Garfinkel, MD; Derelie Mangin, MBChB

Arch Intern Med. 2010;170(18):1648-1654

Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults

Addressing Polypharmacy Arch Intern Med. 2010;170(18):1648-1654

Doron Garfinkel, MD; Derelie Mangin, MBChB

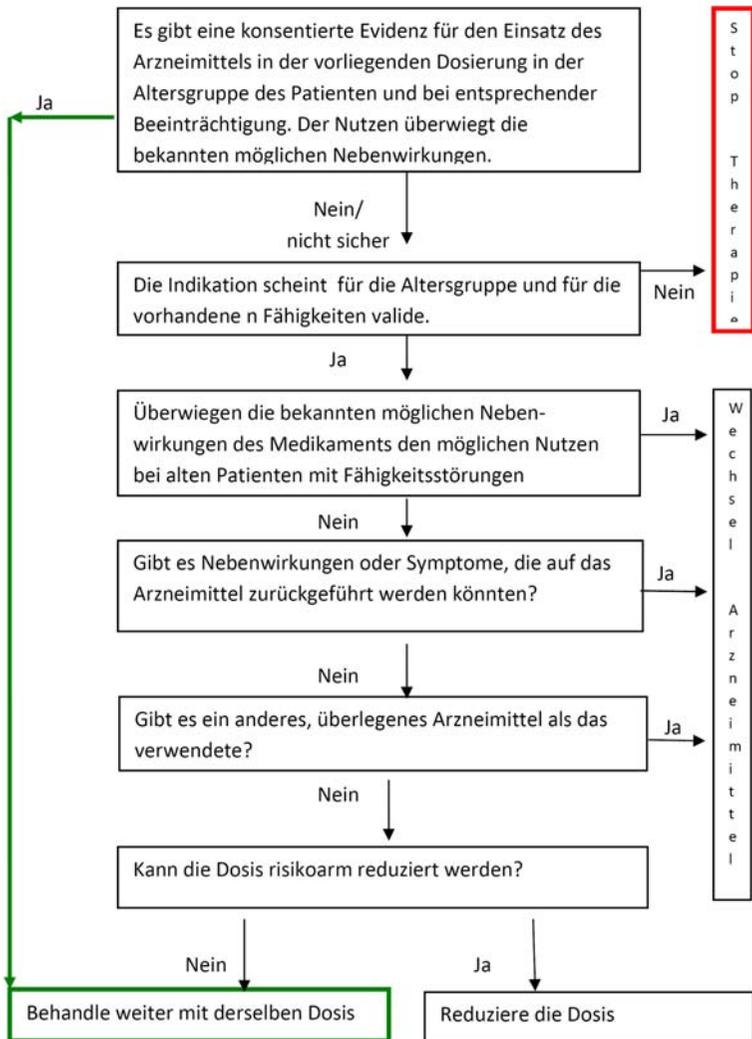
Table 3. Success rate after 1 year of follow-up according to types of drugs discontinued

| Drug group | No. of patients with drug discontinuation | Recurrence of symptoms/signs* (failures) | Success rate (%) |
|---------------------------|---|--|------------------|
| Nitrates | 22 | 0 | 100% |
| H ₂ blockers | 35 | 2 | 94% |
| Antihypertensives | 51 | 9 | 82% |
| Diuretics (furosemide) | 27 (25) | 4 (4) | 85% |
| Pentoxifylline | 15 | 0 | 100% |
| Potassium supplement | 20 | 0 | 100% |
| Iron supplement | 19 | 1 | 95% |
| Sedatives & tranquilizers | 16 | 2 | 88% |
| Antidepressants | 19 | 5 | 74% |
| Antipsychotics | 13 | 4 | 69% |

* See text for further explanations

Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults

Addressing Polypharmacy Algorithmus zur Überprüfung der Medikation



Absetzen ist möglich!

Ist die Vorgehensweise übertragbar?



Hausärztliche Leitlinie Multimedikation

Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen
und geriatrischen Patienten

Konsentierung Version 1.00
xx.xx 2012

Revision bis spätestens
November 2014

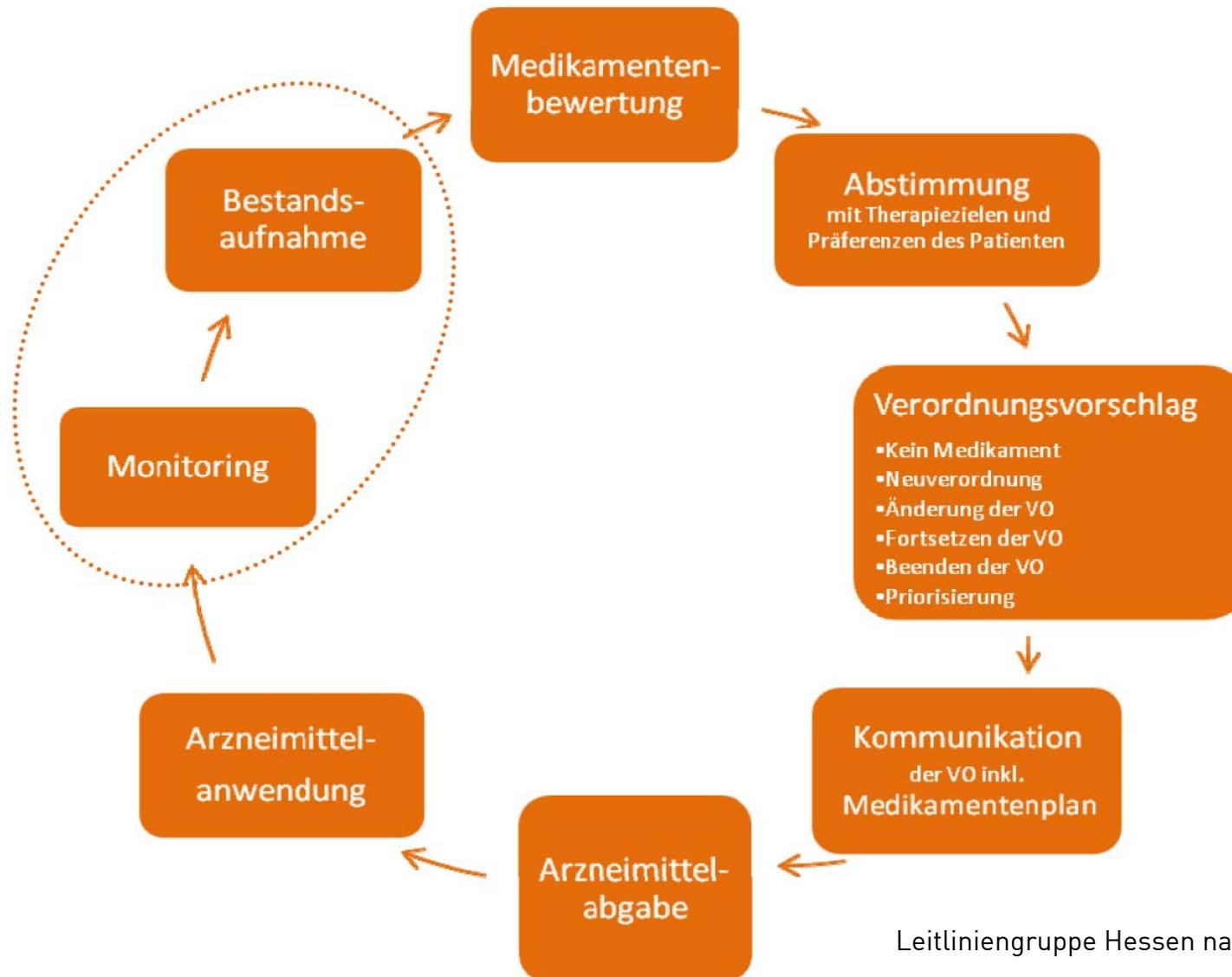
Version 1.00 vom xx.xx.2012

F. W. Bergert
M. Braun
H. Clarius
K. Ehrenthal
J. Feßler
J. Gross
J. Hintze
U. Hüttnert
B. Kluthe
A. Liesenfeld
J. Seßrin
G. Vetter
C. Muth (DEGAM)
U. Popert (DEGAM)
H. Kirchner (PMV)
I. Schubert (PMV)

Gliederung der hausärztlichen Leitlinie Multimedikation

- Einführung in die Thematik Multimorbidität und Multimedikation
 - Notwendige Multimedikation
 - Unerwünschte Multimedikation
 - Unterversorgung bei Multimedikation
 - Risiken und Gefahren
- **Der Medikationsprozess**
- Schnittstellen und Rahmenbedingungen
- Qualitätsindikatoren
- Besonderheiten der Arzneitherapie im Alter
- Studienübersicht

Medikationsprozess

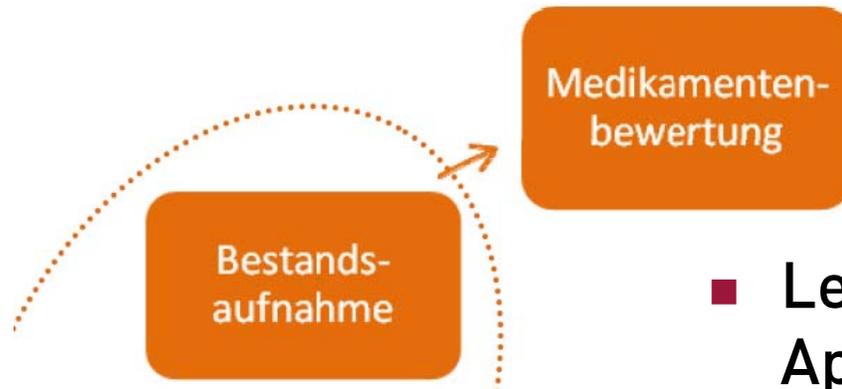




- Anamnese, körperliche Untersuchung
- **Erfassung der Arzneimittel inkl. OTC** (nach Medikationsplan / „Brown bag“)
 - Abgleich mit Arztdokumentation
- Nach Anwendungsproblemen / Adhärenz fragen
- Nach unspezifischen Symptomen, Nebenwirkungen fragen....

Zielgruppe für „brown bag“

- 5 und mehr Wirkstoffe , >2 chron. Erkrankungen
- AM mit enger therapeutischer Breite
- Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Adhärenzprobleme
- Mehrere Behandler
-

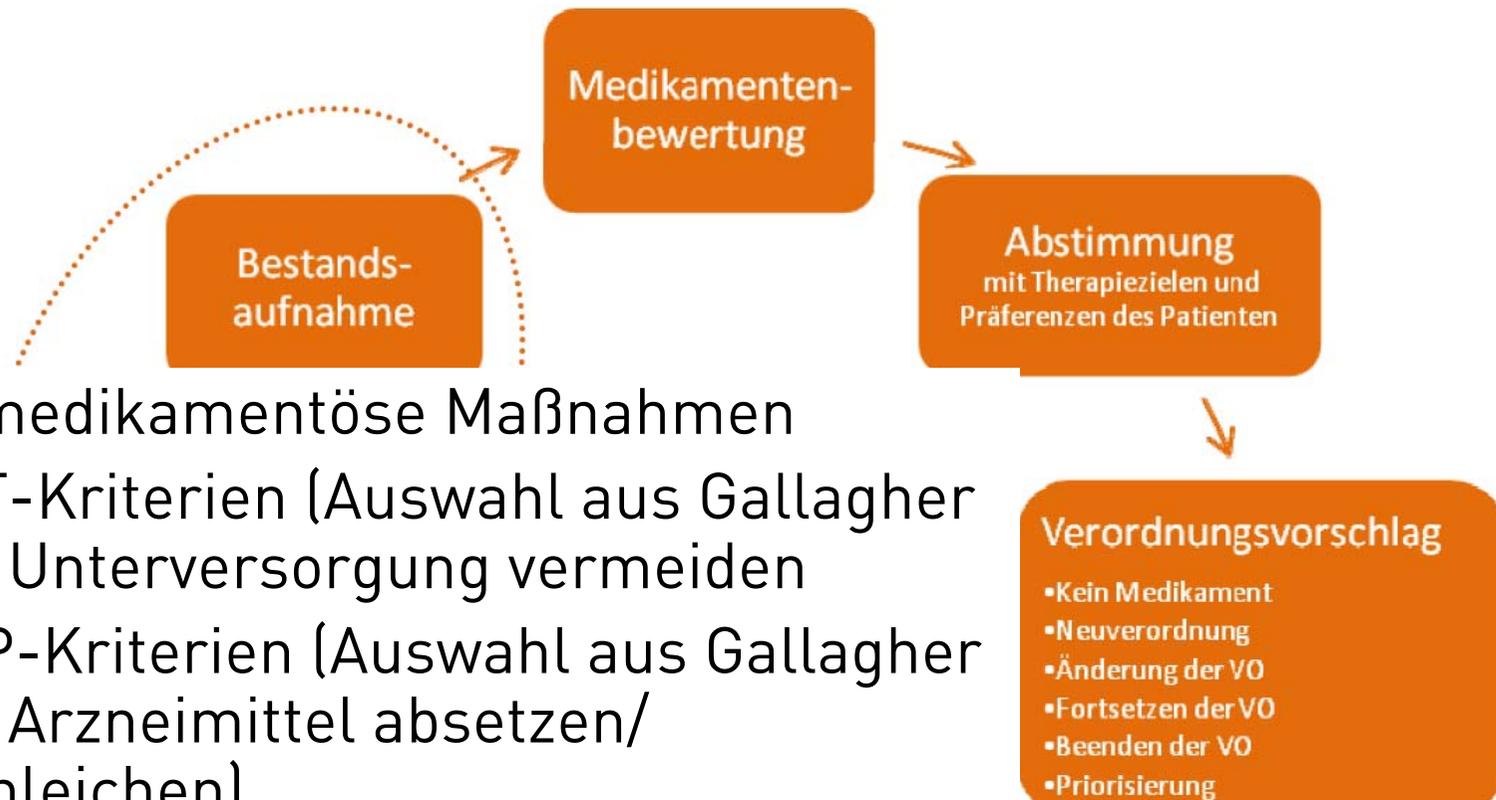


- Leitfragen des Medication Appropriateness Index (MAI)
 - Indikation, Evidenz, Interaktion, KI, Dosierung, Anwendung, Angemessenheit (PIM), Doppelverordnung, Unterversorgung, Adhärenz, Dauer, Wirtschaftlichkeit
 - Verordnungskaskaden identifizieren
 - Bessere Alternative vorhanden?
 - Nichtmedikamentöse Maßnahmen möglich?



- Leitfragen des Medication Appropriateness Index (MAI)
 - Indikation, Evidenz, Interaktion, KI, Dosierung, Anwendung, Angemessenheit (PIM), Doppelverordnung, Unterversorgung, Adhärenz, Dauer, Wirtschaftlichkeit
 - Verordnungskaskaden identifizieren
 - Bessere Alternative vorhanden?
 - Nichtmedikamentöse Maßnahmen möglich?

Verordnungsvorschlag



- Nichtmedikamentöse Maßnahmen
- START-Kriterien (Auswahl aus Gallagher 2008): Unterversorgung vermeiden
- STOPP-Kriterien (Auswahl aus Gallagher 2008): Arzneimittel absetzen/ ausschleichen)
 - Hinweise zum Vorgehen beim Absetzen (Iyer 2008)
- Strategisches / konservatives Verordnen
- **Individuelle Präferenzsetzung**

Verordnungsplanung / Präferenzsetzung



***Eine wichtige Frage
besonders an ältere
Patienten: Was ist für Sie
das Wichtigste bei der
Behandlung?***

Von Renteln-Kruse, Der Hausarzt 20/06

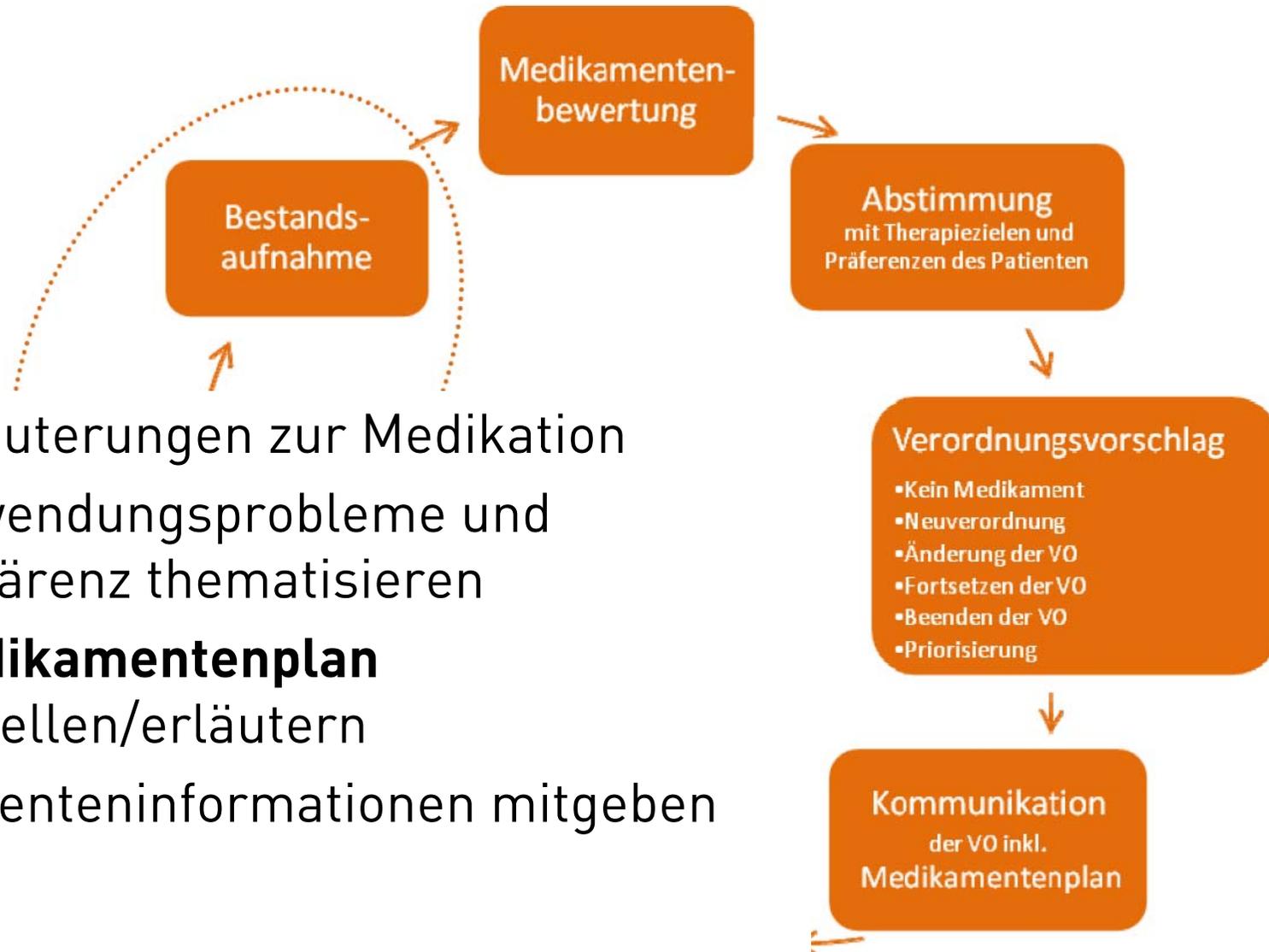
vdek Zukunftspreis 2012: 30.01.2013

Individuelle Präferenzsetzung (Priorisierung)



- Welche Medikamente sind (auch bei hinreichender Evidenz und begründeter Indikation) ggfs. verzichtbar, um die Zahl der verschiedenen Arzneistoffe zu reduzieren?
- **Leitfrage für Patient:** *Welche Beschwerde steht für Sie im Vordergrund (z. B. Luftnot, Schmerzen, Beweglichkeit)? Was soll mit der Therapie erreicht werden? Welche Nebenwirkung ist für Sie nicht tolerabel?*
- **Leitfrage für Arzt:** *Welche Medikation wird als unentbehrlich angesehen?*
- **Voraussetzung:**
Verständigung mit Patienten über Therapieziele und Wünsche

Kommunikation und Umsetzungsplanung



- Erläuterungen zur Medikation
- Anwendungsprobleme und Adhärenz thematisieren
- **Medikamentenplan** erstellen/erläutern
- Patienteninformationen mitgeben
- ...

Medikamentenplan

| | | |
|--|---|---|
| <p>Medikationsplan</p> <p>Seite 1 von 1</p>  | <p>für: Amalie Rosalie Mayer geb. am: 13.12.1832</p> <p>erstellt von: Dr. Rudolf Virchow Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin Tel: 030-400456-0 E-Mail: medikations.plan@ap-amts.de</p> <p>erstellt am: 12.06.2012</p> |  |
|--|---|---|

| Wirkstoff | Arzneimittel | Stärke | Form | morgens | mittags | abends | Zur Nacht | Hinweise | Grund |
|--------------------|--------------------|--------|------|---------|---------|--------|-----------|----------|-------------------|
| Ramipril | Ramipril STADA® N1 | 5 mg | Tab | 1 | 0 | 0 | 0 | | Bluthochdruck |
| Hydrochlorothiazid | HCT-dura® 25 mg N2 | 25 mg | Tab | 1 | 0 | 0 | 0 | | Bluthochdruck |
| Clopidogrel | Plavix® 75 mg N1 | 75 mg | Tab | 0 | 0 | 1 | 0 | | Blutverdünnung |
| Simvastatin | Simvalip® 20mg N2 | 20 mg | Tab | 0 | 0 | 1 | 0 | | Erhöhte Blutfette |

Fertigspritze

| | | | | | | | | | |
|---------------|------------------------|--|--|-----------------------|--|--|--|--|---------------------|
| Insulin human | Insulin B. Braun Basal | | | 20 I.E. – 0 – 10 I.E. | | | | | Erhöhter Blutzucker |
|---------------|------------------------|--|--|-----------------------|--|--|--|--|---------------------|

Bedarfsmedikation

| | | | | | | | | | |
|-------------------|----------------------|-------|-------|------------------|---|---|---|--|-----------------|
| Glyceroltrinitrat | Corangin® Nitrospray | 20 mg | Spray | Max. 3 Hübe akut | | | | | Herzschmerzen |
| Diphenhydramin | Vivinox stark | 20 mg | Tab | 0 | 0 | 0 | 1 | | Schlafstörungen |

Wichtige Angaben

Bitte messen Sie Ihren Blutdruck täglich!

<http://www.akdae.de/AMTS/Massnahmen/docs/Medikationsplan.pdf>

Zusammenfassende Prinzipien

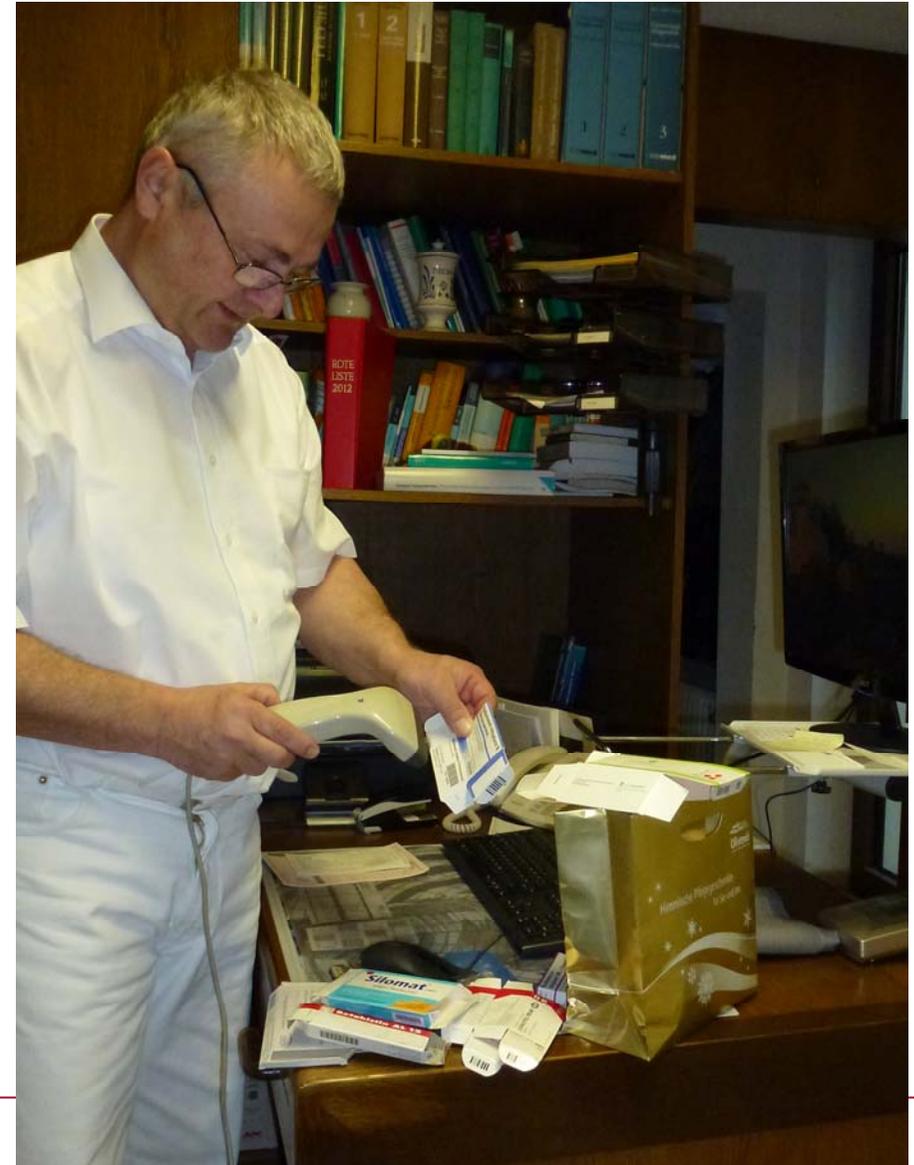
- Vor jeder Therapie eine Medikamenten-Anamnese durchführen
- Leitfragen des MAI als Hilfestellung zur Medikationsbewertung heranziehen.
 - Indikation überprüfen / Unterversorgung prüfen
 - auf potentielle Interaktionen prüfen
 - auf UAWs und unspezifische Symptome achten
- Medikationsplan aktuell halten / OTC berücksichtigen
- Patienten in die Entscheidung einer Verordnung mit einbeziehen.
- **Absetzen der Medikation als Prozess planen und begleiten.**

Ausblick: Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung

- Verbesserung der innerärztlichen Kommunikation
 - Arztbrief als Kommunikationsmittel
 - Medikationsplan aktualisieren
 - Krankenhausärzte: Erläuterungen, warum Medikation verändert wurde (Muster für Arztbrief)
- Verbesserung der Kommunikation mit anderen Gesundheitsberufen
- Erprobung der individuellen Präferenzsetzung
- Verstärkte Aufmerksamkeit für alle Phasen des Medikationsprozesses
- Stärkere Sensibilisierung der Patienten und Behandler für nichtmedikamentöse Maßnahmen.

Ausblick: Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung

- Implementierung der Leitlinie in Qualitätszirkeln mit Daten gestütztem Feedback (z.B. HZV, IV-Projekte)
- Etablierung der Medikationsbewertung (Brown bag) im hausärztlichen Alltag
 - Medikationscheck mit eingescannten Arzneimitteln
 - z.B. bei ausgewählten Patienten einmal jährlich im Rahmen von DMP, HZV



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Die Leitliniengruppe freut sich über Anregungen und Unterstützung
Leitlinie ab Januar 2013 abrufbar:
www.pmvforschungsgruppe.de
www.degam.de, www.leitlinien.de

Die Durchführung der Literaturrecherche und Bewertung der Studien wurde vom Verein zur Förderung der Arzneimittelanwendungsforschung finanziell unterstützt

Korrespondenz:

Dr. Ingrid Schubert, PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln
Herderstraße 52, 50931 Köln, Ingrid.Schubert@uk-koeln.de



- Bain KT, Holmes HM, Beers M, Maio V, Handler SM, Pauker SG. Discontinuing Medications: A Novel Approach for Revising the Prescribing Stage of the Medication-Use Process. JAGS 2008; 56:1946-1952.
- Boyd CM et al. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases: Implications for Pay for Performance. JAMA. 2005;294(6):716-724
- Gallagher P, Ryan V, Byrne S et al. STOPP (Screening Tool of Older Persons` potentially inappropriate Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment): consensus validation. Int J Clin Pharm Ther 2008; 46; 72-83
- Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. Arch Intern Med. 2010; 170 (18): 1648-1654
- Haefeli WE. Polypharmazie. Schweiz Med Forum 2011;11:847-852
- Hanlon T, Schmader KE, Samsa GP, Morris Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK Cohen HJ, Feussner JR. A method for assessing drug therapy appropriateness Journal of Clinical Epidemiology 1992; 45,1045-1051
- Marx G et al: Polypharmazie: ein hausärztliches Dilemma? Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten. Gesundheitswesen 2009; 71: 339-348. DOI 10.1055/s-0029-1192004
- Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, et al. Principles of Conservative Prescribing. Arch Int Med, 211;171:1433-1440
- Steinman MH, Hanlon JT. Managing Medications in Clinically complex Elders: "There is got to be a happy Medium". JAMA 201;304:1592-1602