

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. Martin Scherer

**Strategien niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte bei der
Reduktion von Polypharmazie bei alten, multimorbiden Patienten**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von
Stephanie Dresse
aus Bonn

Hamburg 2014

Angenommen von der Medizinischen Fakultät am: 9. Juli 2014

**Veröffentlicht mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität
Hamburg**

Prüfungsausschuss, die Vorsitzende Prof. Dr. H. Kaduszkiewicz

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter Prof. Dr. T. Eschenhagen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Aufgaben niedergelassener Hausärztinnen und -ärzte	2
1.2. Multimorbidität und Polypharmazie	6
1.3. Reduktion von Polypharmazie	7
1.3.1. Instrumente und Entscheidungshilfen	7
1.3.2. Weitere Einflussfaktoren auf die Medikamentenrevision	10
1.3.3. Studien zur Polypharmazie und deren Reduktion	11
1.4. Fragestellung und Ziele	14
2. Material und Methoden	15
2.1. Forschungsansatz	15
2.2. Datenerhebung	16
2.2.1. Rekrutierung von Ärzten	16
2.2.2. Das Interview und der Leitfaden	17
2.2.3. Datenaufzeichnung und Transkription	19
2.3. Datenauswertung	20
3. Ergebnisse	23
3.1. Einführung	23
3.2. Fragestellungen	24
3.2.1. Revisionsanlässe	24
3.2.1.1. Kontrollsysteme in der Praxis	25
3.2.1.2. Konsultation des Patienten	27
3.2.1.3. Gesundheitlicher Zustand des Patienten	30
3.2.1.4. Externe Treiber	31
3.2.1.5. Sonstige Revisionsanlässe	33
3.2.2. Wissenschaftliche Evidenz	34
3.2.2.1. Instrumente zur Medikamentenrevision	34
3.2.2.2. Entscheidungshilfen zur medikamentösen Therapie	35
3.2.2.3. Erfahrung	37
3.2.3. Klinische Expertise der Hausärztinnen und Hausärzte	39
3.2.3.1. Kardiologische Medikamente	39
3.2.3.1.1. Antiarrhythmika	39
3.2.3.1.2. Antihypertensiva	40
3.2.3.1.3. Antikoagulantien	43
3.2.3.1.4. Diuretika	46
3.2.3.1.5. Lipidsenker	47

3.2.3.2. Endokrinologische Medikamente	49
3.2.3.2.1. Antidiabetika	49
3.2.3.2.2. Schilddrüsenmittel	51
3.2.3.2.3. Hormonersatz	51
3.2.3.3. Neurologische Medikamente	51
3.2.3.3.1. Psychopharmaka	51
3.2.3.3.2. Antidementiva	54
3.2.3.4. Orthopädische Medikamente	54
3.2.3.4.1. Bisphosphonate	54
3.2.3.4.2. Allopurinol	56
3.2.3.5. Antiinflammatorische Medikamente, Glucocorticoide	57
3.2.3.6. Substitutionsmedikamente	57
3.2.3.6.1. Elektrolyte	57
3.2.3.6.2. OTC-Präparate, Vitamine, Spurenelemente	58
3.2.3.7. Pneumologische Medikamente	59
3.2.3.8. Weitere Medikamente	60
3.2.3.8.1. Protonenpumpeninhibitoren (PPI)	60
3.2.3.8.2. Prostata – Medikamente	61
3.2.3.8.3. Schmerzmittel	62
3.2.3.9. Medikamente im Allgemeinen	63
3.2.3.10. Hilfsmittel	64
3.2.4. Mitbestimmung des Patienten	64
3.2.4.1. Patientenpräferenz	65
3.2.4.2. Lebensqualität versus Lebenserwartung	68
3.2.4.3. Mitverantwortung des Patienten	69
3.2.4.4. Mangelnde Adhärenz	70
3.2.4.5. Lebensumfeld des Patienten	73
3.2.5. Praktische Umsetzung einer Medikamentenrevision/-reduktion	74
3.2.5.1. Absetzen	75
3.2.5.2. Ändern der Medikation	77
3.2.5.3. Abwarten	78
3.2.5.4. Begleitende Maßnahmen	80
3.2.5.5. Kommunikation mit Patienten oder Angehörigen	82
3.2.5.6. Kommunikation über und mit Kollegen	84
3.2.5.7. Medikamentenplan	90
3.2.5.8. Rolle des Hausarztes	93
3.2.5.9. Strukturelle und wirtschaftliche Aspekte der Praxis	94
3.2.6. Verbesserungsvorschläge	95

4. Diskussion.....	97
4.1. Überblick über vergleichbare Studien.....	97
4.2. Detaillierte Diskussion der Ergebnisse dieser Studie	99
4.2.1. Revisionsanlässe	100
4.2.2. Wissenschaftliche Evidenz.....	103
4.2.2.1. Instrumente zur Medikamentenrevision.....	103
4.2.2.2. Entscheidungshilfen zur medikamentösen Therapie.....	104
4.2.2.3. Erfahrung.....	106
4.2.3. Klinische Expertise der Hausärztinnen und Hausärzte.....	107
4.2.3.1. Kardiologische Medikamente	108
4.2.3.2. Endokrinologische Medikamente	111
4.2.3.3. Neurologische Medikamente	112
4.2.3.4. Orthopädische Medikamente.....	113
4.2.3.5. Weitere Medikamente	115
4.2.3.6. Zusammenfassung der klinischen Expertise der Hausärzte	115
4.2.4. Mitbestimmung des Patienten	116
4.2.5. Praktische Umsetzung einer Medikamentenrevision/-reduktion	118
4.2.6. Verbesserungsvorschläge	120
4.3. Limitationen der Untersuchung.....	122
4.4. Implikationen für zukünftige Forschung.....	123
5. Zusammenfassung	124
6. Abkürzungsverzeichnis.....	126
7. Literaturverzeichnis.....	127
8. Anhang	135
9. Danksagung.....	152
10. Lebenslauf	153
11. Eidesstattliche Erklärung.....	154

1. Einleitung

Die Therapie **älterer, multimorbider Patienten** ist komplex. Dank moderner Medikamente kann eine Therapie erfolgen, die sowohl eine Verbesserung der Lebensqualität als auch eine Zunahme der Lebenserwartung verspricht. Durch die häufige Einbindung verschiedener Fachrichtungen in die Behandlung eines multimorbiden Patienten steigt allerdings das Risiko der **Polypharmazie**. Die wachsende Komplexität der Pharmakotherapie (mit mehreren Medikamenten, die zur Behandlung einer Erkrankung gehören), die Leitlinien der verschiedenen Fachgesellschaften, die Daten der evidenzbasierten Medizin und nicht zuletzt die Erwartungshaltung von Patienten und Angehörigen unterstützen die Entwicklung der Polypharmazie. Polypharmazie ist wiederum eng assoziiert mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen, insbesondere bei älteren Patienten.

Wie wird der Hausarzt, der vor diesem Hintergrund die Behandlung seiner Patienten koordiniert und letztlich die Gesamtverantwortung trägt, dieser Situation gerecht? Diese Frage wird umso bedeutender, da die Anzahl alter und damit häufig auch multimorbider Patienten aufgrund der demographischen Entwicklung in Deutschland deutlich zunehmen wird.

Eine Möglichkeit, die immer mehr Beachtung findet, ist die Verschreibungsstrategie des „**Deprescribing**“ (Queneau et al. 2007). Deprescribing beschreibt den Prozess einer Reduktion der Medikation. Hierdurch soll es gelingen, auf Basis einer ärztlichen Gesamtbeurteilung Lebensqualität und Lebenserwartung zu steigern sowie die Medikationseffektivität, eventuell auch verbunden mit Kostensenkung zu verbessern.

Eine **Revision und Reduktion der Medikation** wird von drei Bereichen maßgeblich beeinflusst: Erstens durch die wissenschaftliche Evidenz. Auf wissenschaftlicher Evidenz basieren Instrumente wie der MAI-Score (Medication Appropriateness Index) (Hanlon et al. 1992) oder das NOTEARS-Tool (Lewis 2004) sowie Entscheidungshilfen wie zum Beispiel die Garfinkel-Methode (Garfinkel et al. 2007), deren Bekanntheit, Akzeptanz und zeitliche Durchführung allerdings unklar sind. Zum zweiten werden Revision und Reduktion der Medikation durch die klinische Expertise des Hausarztes beeinflusst, die von individuellen Erfahrungen und „Erfolgsrezepten“ geprägt ist. Und

drittens spielt die Patientenpräferenz hinsichtlich Lebenserwartung und Lebensqualität eine entscheidende Rolle.

Entwickelt nun der Hausarzt mit Hilfe der evidenzbasierten Medizin bzw. auf Basis seiner eigenen klinischen Expertise sowie der identifizierten Patientenpräferenz eine **Reduktionsstrategie**, so stellt sich noch die Frage nach deren Umsetzbarkeit im Spannungsfeld von Wirtschaftlichkeit und Zeitdruck im Praxisalltag.

Zusammenfassend lässt sich die Situation wie folgt schildern: Es ist bekannt, dass sich viele hausärztlich arbeitende Ärztinnen und Ärzte Gedanken machen über die **Arzneimittelliste** insbesondere ihrer alten, multimorbiden Patienten. Diese Thematik wird in fünf qualitativen europäischen Studien (Marx et al. 2009, Moen et al. 2010, Anthiarns et al. 2010, Schuling et al. 2012 und Luijks et al. 2012) exploriert (vgl. Abschnitt 1.3.3.).

Nach welchen genauen Regeln und Strategien Hausärztinnen und -ärzte dieses „Herunterverschreiben“ tatsächlich praktizieren, wurde bisher jedoch nicht untersucht. Daher beschäftigt sich diese Arbeit mit der Frage, welche Strategien niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte bei der Revision der Medikation einsetzen, welche Hilfestellungen sie nutzen und wie die Medikamentenrevision strukturell in der Praxis verankert ist.

1.1. Aufgaben niedergelassener Hausärztinnen und –ärzte

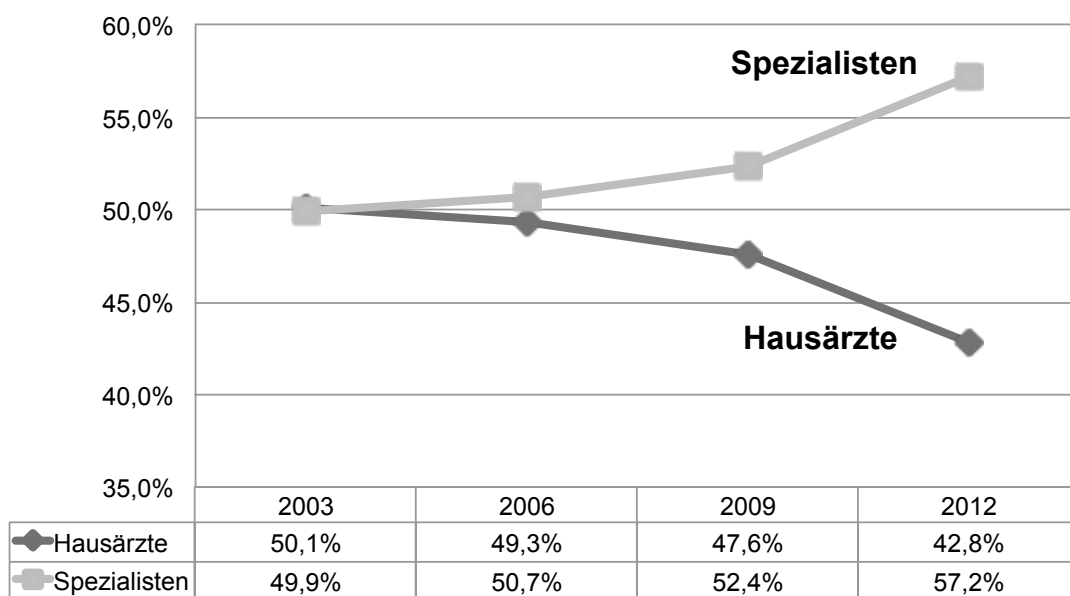
Der Hausarzt leistet die Grundversorgung und spielt eine zentrale Rolle bei der Koordination der weiteren medizinischen Versorgung älterer multimorbider Patienten. Hofmeister beschreibt diese zentrale Rolle in seinem Artikel „Was macht der Hausarzt eigentlich?“, indem er vom „Grundversorger“ und „Lotsen“ spricht (Hofmeister 2011). Um diese Rolle näher zu beleuchten, wird in diesem Kapitel zum einen die strukturelle Entwicklung der letzten Jahre beleuchtet und zum anderen analysiert, welchen Herausforderungen sich der Hausarzt gegenüber sieht.

In der Bundesrepublik Deutschland gab es Ende 2012 56.582 Hausärzte (KBV 2013). Diese versorgen nahezu die gesamte Bevölkerung, denn 94% der Bundesbürger haben einen Hausarzt. Diese flächendeckende Präsenz zeigt sich auch in der Stabilität des

Arzt-Patienten-Verhältnisses. Mehr als 60% der Bundesbürger geben an, dass sie ihren Hausarzt schon länger als 10 Jahre kennen (Dänschel 2012).

Innerhalb aller an der ärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind die Hausärzte die mit Abstand größte Arztgruppe, wobei es seit Jahren eine stark abnehmende Tendenz gibt. Abbildung 1 verdeutlicht, dass sich der Anteil der Hausärzte von 2003 bis 2012 um nahezu 10% auf 42,8% an allen ambulant tätigen Ärzten verringert hat.

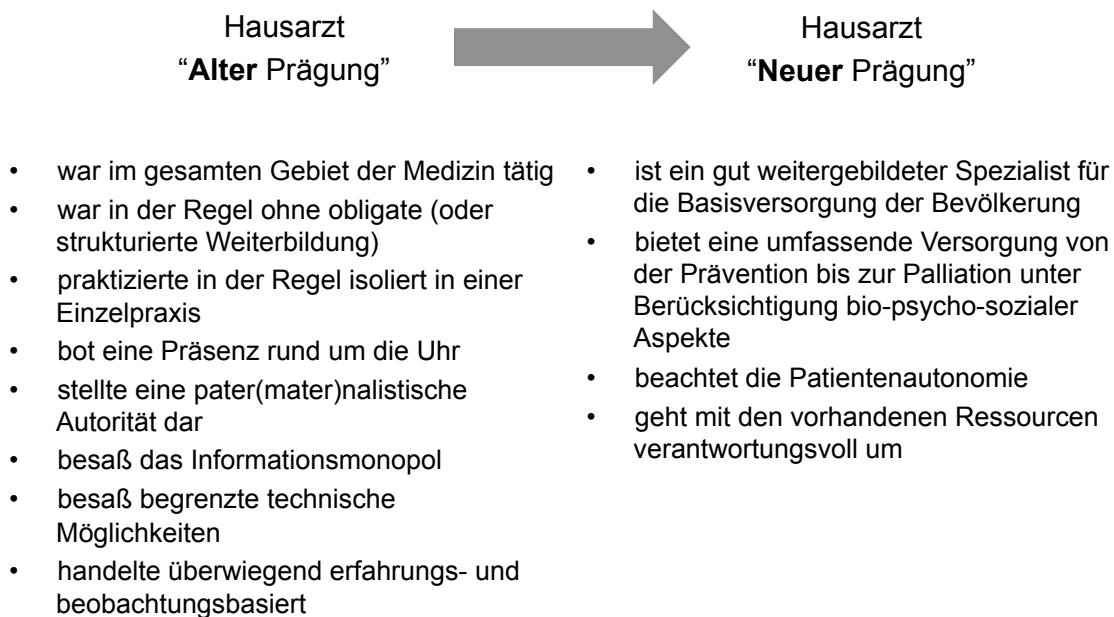
Abbildung 1: Das Verhältnis von Hausärzten zu Spezialisten von 2003 bis 2012
(Quellen: KBV 2013, KBV 2012)



In Abbildung 1 ist auch zu erkennen, dass sich dieser Trend in den letzten Jahren stark beschleunigt hat. Diese Entwicklung wird dramatisiert von der Aussage, dass bis zum Jahre 2020 rund die Hälfte aller niedergelassenen Hausärzte in Rente gehen werden (Thelen 2013). Mit dem Ausscheiden der älteren Hausärzte wird es zwangsläufig zu einem Verlust an Erfahrung kommen, z.B. auch an Erfahrung im Umgang mit Polypharmazie.

Der hohe Anspruch der Koordinationsleistung wird in den gestiegenen Anforderungen an einen Hausarzt deutlich. Beispielsweise spricht die Uniklinik Freiburg von einem „Hausarzt alter Prägung“ und einem „Hausarzt neuer Prägung“. Abbildung 2 zeigt diese Gegenüberstellung bzw. Entwicklung.

Abbildung 2: Die Entwicklung vom „Hausarzt alter Prägung“ zum „Hausarzt neuer Prägung“ (Universitätsklinikum Freiburg, 2013)



Diese Entwicklung spiegelt sich in der Berufsbezeichnung. So war früher der Hausarzt synonym mit dem praktischen Arzt. Mittlerweile ist es für eine Kassenarztzulassung erforderlich, eine Facharztprüfung abzulegen, um ein sogenannter Facharzt für Allgemeinmedizin zu werden. Die DEGAM (DEGAM 2012) unterstreicht diesen hohen Anspruch: Sie definiert den Hausarzt als ersten ärztlichen Ansprechpartner, der eine auf Dauer angelegte Arzt-Patienten-Beziehung anstrebt, um durch eine Steuer- und Koordinationsfunktion eine qualitativ hochstehende Versorgung zu ermöglichen. Die vollständige Definition befindet sich im Anhang B.

Die gestiegene Bedeutung der Steuer- und Koordinationsfunktion zwischen den verschiedenen Facharztgruppen zeigt sich auch in der Entwicklung der Praxis- und Kooperationsformen. Die Anzahl aller Gemeinschaftspraxen hat sich von 1990 bis 2011 um 30% erhöht. Zudem gibt es schon knapp 2.000 Medizinische Versorgungszentren, in denen rund 10.000 Ärzte tätig sind (Quelle KBV 2013). Die zunehmende Notwendigkeit schneller Informationswege und die Chancen der gegenseitigen Konsultation erhöhen die Attraktivität dieser Kooperationsformen.

Im Kontext dieser strukturellen Entwicklungen und der gestiegenen Anforderung hinsichtlich Ausbildung bzw. Koordinationsfunktion gibt es weitere Aspekte, die die

Tätigkeit erschweren. Zum Beispiel entsteht durch die **wachsende Komplexität** der Pharmakotherapie, auch gegebenenfalls erschwert durch Lücken im eigenen pharmakologischen Wissen, eine zunehmende Herausforderung (Soendergard et al. 2006). Die verschiedenen Diagnosen und Medikationen sind häufig schwierig miteinander zu verknüpfen. Zudem bestehen Risiken auf Patientenseite hinsichtlich Adhärenz, Selbstmedikation und eventuell schwieriger Kommunikation (Anthierens et al. 2010).

Darüber hinaus sieht sich der Hausarzt mit **EBM** und **Leitlinien** konfrontiert, die durch zusätzliche Empfehlung präventiver Medikamente die Medikamentenzahl erhöhen, ohne den präventiven Nutzen angesichts des fortgeschrittenen Alters quantifizieren zu können (Anthierens et al. 2010). Schuling warnt dementsprechend vor der Unsicherheit bezüglich des Nutzen/Risiko-Verhältnisses beim Einsatz präventiver Medikamente sowie der diesbezüglichen Beratung und Aufklärung des Patienten (Schuling et al. 2012). Zudem weist Moen auf den wichtigen Aspekt einer **verbesserten Kommunikation** zwischen Spezialisten und Hausärzten hin (Moen et al. 2010).

Momentan fehlen für den Hausarzt konkrete Anleitungen auch hinsichtlich einer Priorisierung der Diagnoseliste für den Verschreibungsmodus bei älteren multimorbiden Patienten. So merken Olsson et al. sowie Schuling et al. an, dass hinsichtlich der Lebensqualität älterer Patienten (älter 75 Jahre) die Angemessenheit und damit die Qualität der Verschreibung von zentraler Bedeutung ist, so dass eine Überarbeitung der Medikation im Einzelfall hinsichtlich Indikation, Dosisanpassung, Dauer der Medikation und Kosten als Basis der Betreuung alter Patienten dienen sollte (Olsson et al. 2011, Schuling et al. 2012).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass niedergelassene Hausärzte Fachspezialisten sind, die sich in einem sich stark verändernden Umfeld bewegen, und die sich aufgrund der Koordinationsrolle sowie aufgrund der zentralen Rolle in der medizinischen Grundversorgung einer Vielzahl von Anforderungen gegenüber sehen. Ihre Bedeutung ist für ältere Patienten nochmals höher, da diese aufgrund zunehmender Immobilität noch viel stärker auf einen generalistischen Spezialisten vor Ort angewiesen sind.

1.2. Multimorbidität und Polypharmazie

In der Hausarztpraxis betrifft ein Großteil aller Beratungen die Anliegen chronisch kranker und meist multimorbider Patienten. Dabei wird Multimorbidität definiert als das gleichzeitige Auftreten mindestens zweier chronischer Erkrankungen (van den Akker et al. 1998).

Beyer und al. beschreiben die Situation des Hausarztes bei multimorbiden Patienten folgendermaßen: „Es kommt aufgrund der Fülle spezialistischer Einzelbefunde darauf an, die Ganzheit der Patientenpersönlichkeit und ihrer gesundheitlichen Probleme im Blick zu behalten und auch in der Therapie Prioritäten zu setzen. Diesem Selbstverständnis entspricht es auch angesichts entsprechender Restriktionen an Zeit und Mitteln, sich im „muddling through“ oder sich im Grenzbereich des von evidenzbasierter Medizin Erlaubten zu bewegen. Wichtige wissenschaftliche Grundlagen, aber auch studiengeprobtes Handlungswissen fehlen einstweilen noch, um in diesem Bereich ein strukturiertes hausärztliches Handeln zu begründen“ (Beyer et al. 2007, S. 312).

Multimorbidität ist mehr als die Summe der Teile. Multimorbidität ist mit gehäufte Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, Mortalität und verringerter Lebensqualität assoziiert. Zudem haben multimorbide Patienten ein besonders hohes Risiko, weitere chronische Erkrankungen zu entwickeln, deren Therapie Multimedikation fördert (Beyer et al. 2007, S.313).

Multimedikation oder Polypharmazie definiert die WHO als regelmäßige Einnahme von mehr als drei Arzneimitteln. Golden stellt eher die Wirkung in den Vordergrund seiner Definition und spricht von der gleichzeitigen Einnahme verschiedener „high-risk“-Arzneimittel. Jørgensen legt den Anspruch etwas höher und setzt den Maßstab bei fünf oder mehr Arzneimitteln pro Tag (Hoppe 2012, S.3).

Polypharmazie birgt die Gefahr, den Überblick über die Medikation zu verlieren. Das kann sich in vielfältigen „Medikationsfehlern“ äußern, z.B.

- Verordnung mehrerer Arzneimittel aus derselben Indikationsgruppe (z.B. Paroxetin und Fluoxetin),
- Doppelverordnung (ACE-Hemmer und ACE-Hemmer-Diuretikum Kombination),

- Verordnung mehrerer Arzneimittel, die dieselbe Indikation behandeln,
- Verordnung eines (hoffentlich) wirksamen Arzneimittels, wenn ein anderes nicht geholfen hat (ohne dass das alte abgesetzt wird),
- Verordnung von Arzneimitteln, die die unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) eines anderen Medikaments behandeln (Hoppe 2012, S.3).

Durch diese und andere Fehler sowie die patientengesteuerte Einnahme nicht verschreibungspflichtiger Medikamente kann es zu gefährlichen Überdosierungen und Interaktionen kommen.

Im heutigen Gesundheitswesen gibt es verschiedenste Treiber für Polypharmazie. Patienten werden neben dem Hausarzt von mehreren Spezialisten betreut. An den Schnittstellen Patient, Spezialist, Apotheker, Krankenhaus und Hausarzt bestehen Kommunikationsdefizite, die mit einem Verlust wichtiger Informationen verbunden sind. Im Hinblick auf medizinische Leitlinien haben Boyd et al. herausgearbeitet, dass die strikte Einhaltung medizinischer Leitlinien bei älteren multimorbiden Patienten zu einer Polypharmazie führen kann, die für die Patienten kaum umzusetzen ist und sie möglicherweise sogar gefährdet (Boyd C et al. 2005).

1.3. Reduktion von Polypharmazie

Um die Aspekte der Reduktion von Polypharmazie zu beleuchten, werden im Folgenden die auf wissenschaftlicher Evidenz basierenden Instrumente und Entscheidungshilfen dargestellt. Anschließend werden weitere Einflussfaktoren auf die Medikamentenrevision, wie die klinische Expertise des Hausarztes, die Patientenpräferenz und die praktische Umsetzung analysiert. Im dritten Abschnitt werden die vorhandenen wissenschaftlichen Studien skizziert.

1.3.1. Instrumente und Entscheidungshilfen

In den vergangenen Jahren sind **auf Basis wissenschaftlicher Evidenz** Ansätze entwickelt worden, die für die Reduktion der Medikation genutzt werden können. Es gibt Instrumente wie den MAI-Score, das NOTEARS-tool, die Garfinkel-Methode, sowie Start- und Stop-Kriterien. Zudem wurden als Entscheidungshilfen Übersichten

über potentiell inadäquate Medikamente, wie die PRISCUS-Liste oder die Beers-Liste publiziert. Auch in vielen krankheitsspezifischen Leitlinien gibt es Hinweise auf Medikamente, die nicht eingesetzt werden sollten.

Der „**MAI-score**“ bietet eine Struktur der Annäherung an eine korrekte Verschreibung (Hanlon et al. 1996, Schmiemann 2011). Der Arzt soll die Medikation des Patienten hinsichtlich der 10 folgenden Kriterien überprüfen:

1. Indikation,
2. Effektivität (in der entsprechenden Patientengruppe),
3. Dosierung,
4. Einnahmевorschriften (Applikationsmodus, Einnahmefrequenz, Einnahmezeit, Relation zu den Mahlzeiten),
5. Interaktion (Medikamente untereinander),
6. Interaktion (Medikamente und Diagnosen),
7. Praktikabilität der Anwendung,
8. Kosten,
9. Doppelverschreibung und
10. Einnahmedauer.

Das **NO TEARS**-tool bietet Hilfestellungen und kritische Fragen zur Revision der Medikation in 7 verschiedenen Kategorien (Lewis 2004). Ein weiteres Regelwerk für die Überprüfung des Medikamentenregimes stellt die **Garfinkel-Methode** dar. Hier werden Entscheidungshilfen in Form von Fragen aufgelistet, deren Beantwortung dem Arzt helfen soll, sich für oder gegen ein Medikament zu entscheiden (Garfinkel 2010).

Dem MAI-Score, dem NOTEARS-tool und der Garfinkel-Methode ist gemeinsam, dass die Instrumente vorwiegend aus Fragen bestehen, die die Ärzte für ihren individuellen Patienten beantworten müssen. Mit einer Einschätzung der bestehenden Evidenz für ein bestimmtes Medikament in der Altersgruppe 65+ dürften viele praktizierende Ärzte allerdings überfordert sein.

Start- und Stopp-Kriterien sind eine konkretere Revisionshilfe. Stopp Kriterien enthalten unter Nennung konkreter Erkrankungen und Wirkstoffe 65 klinisch signifikante Kriterien für potentiell inadäquate Verschreibungen bei älteren Patienten. Start Kriterien enthalten 22 evidenzbasierte Indikationen für die Behandlung von gewöhnlich bei älteren Patienten auftretenden Krankheiten (Gallagher et al. 2008).

Von den unterschiedlichen Fachgesellschaften sind diverse **Leitlinien** und **Handlungsempfehlungen** zu vielen Erkrankungen geschrieben worden, die entsprechend neueren Forschungsergebnissen häufig revidiert werden.

Eine Entscheidungshilfe für die Identifikation potentiell inadäquater Medikamente ist die sogenannte **PRISCUS-Liste** (Thürmann PA et al. 2010, überarbeitet 2014). Sie gibt gezielt und ausführlich Auskunft über ungeeignete Arzneimittel bei älteren Patienten. Es werden Therapiealternativen und -maßnahmen aufgezeigt, falls das Arzneimittel trotzdem verwendet werden soll und Komorbiditäten benannt, bei denen einzelne Medikamente nicht eingesetzt werden sollten.

Eine weitere Liste dieser Art stammt aus den USA und wird im Allgemeinen als **Beers-Liste** bezeichnet. Sie liegt inzwischen in einer aktualisierten Version vor (The American Geriatrics Society 2012). Allerdings handelt es sich dabei um eine reine Negativliste ohne Vorschläge für Alternativen oder eventuelle Zusatzmaßnahmen. Zudem bezieht sich auch die aktualisierte Liste auf Arzneimittel, die vor allem in den USA eine wichtige Rolle in der Verschreibungspraxis spielen. Daher ist eine Übertragung auf deutsche Verhältnisse schwierig.

Hinsichtlich dieser dargestellten Ansätze zur Unterstützung einer Revision der Medikamente, die zum Teil auf wissenschaftlicher Evidenz basieren, zum Teil auf Expertenmeinung, stellen sich bezogen auf in Deutschland praktizierende Hausärzte drei Fragen:

- Wie hoch ist die Bekanntheit, Akzeptanz und Anwendung dieser Instrumente und Entscheidungshilfen?
- Welche Lücken lassen diese Instrumente und Entscheidungshilfen in Bezug auf ältere, multimorbide Patienten erkennen?
- Wie ist die Nutzung im normalen Praxisalltag möglich (Koper et al. 2012)?

1.3.2. Weitere Einflussfaktoren auf die Medikamentenrevision

Ein weiterer Einflussfaktor auf die Revision ist die **klinische Expertise des Hausarztes**. Sicherlich existieren in zahlreichen Hausarztpraxen individuelle Erfahrungen und „Erfolgsrezepte“, die aufgrund der Distanz zur Wissenschaft oder aufgrund des Zeitdrucks im Praxisalltag keine strukturierte Bewertung und Verbreitung finden. Eine wissenschaftliche Untersuchung, inwieweit solche „Self-made-Instrumente“ existieren und welcher Logik sie folgen, fehlt bislang.

Des Weiteren umfasst eine Revision der Medikation die Klärung der **Patientenpräferenz**. Ausgehend von einer ausführlichen Aufklärung des Patienten über die aktuellen Diagnosen und die aktuelle Medikation, muss der Hausarzt gemeinsam mit dem Patienten klären, welche Erwartungshaltung er hinsichtlich einerseits Lebenserwartung und andererseits Lebensqualität hat. Häufig spielt auch der soziale Kontext des Patienten eine große Rolle (Tjia et al. 2012).

Entwickelt nun der Hausarzt mit Hilfe der erläuterten Ansätzen bzw. auf Basis seiner eigenen klinischen Expertise und der identifizierten Patientenpräferenz eine Revisionsstrategie, so stellt sich noch die Frage nach deren **Bewertung** und nach deren **Umsetzung**.

Die **Bewertung** der Revisionsstrategie sollte verschiedene Aspekte beinhalten. Die Reduktion der Medikation kann zu Konflikten mit den beteiligten Fachärzten führen, so dass der Hausarzt sowohl die Frage nach der Entscheidungsgewalt als auch nach dem rechtlichen Risiko einzuschätzen hat. Die Devise „weniger ist mehr“ kann aber auch für Patienten, Angehörige und auch für den Behandler kritisch sein, denn es kann auch zu einer „Unterversorgung“ kommen (Tjia et al. 2012). Schließlich muss auch die Wirtschaftlichkeit der neu entwickelten Medikationsstrategie hinsichtlich Kosten und Nutzen bewertet werden, welche auch wiederum ethische Gesichtspunkte berücksichtigen muss.

Bezüglich der **Umsetzung** der Revisionsstrategie muss bei umfangreicheren Umstellungen geplant werden, wie von der bisherigen Medikation in welchen Zeiträumen auf die reduzierte Medikation umgestellt wird. Schon aus Gründen der Sorgfalt sollte in diesen Fällen ein schrittweises Vorgehen gewählt werden, damit definierte Kontrollpunkte vorhanden sind.

Insgesamt verdeutlichen die vielen Facetten einer Revision der Medikation den **zeitlichen Aufwand**, der mit deren Vorbereitung, Entwicklung, Bewertung und Umsetzung verbunden ist.

1.3.3. Studien zur Polypharmazie und deren Reduktion

Es gibt fünf wissenschaftliche Untersuchungen, die sich mit dem Thema des Umgangs von Hausärzten mit Polypharmazie beschäftigen. Diese Studien werden im Folgenden vorgestellt.

Die erste ist eine qualitative Studie aus Schweden von Moen et al. Sie untersuchte 2010 die hausärztliche Einstellung zur Polypharmazie bei multimorbiden, älteren Patienten mittels Fokusgruppeninterviews von privat- und kassenärztlich arbeitenden Hausärzten. Die Hausärzte definierten Polypharmazie als eine Verschreibung von mehr Medikamenten als klinisch indiziert. Sie zeigten sich ambivalent bezüglich der Einhaltung von bestehenden Leitlinien und beklagten eine mangelhafte Kommunikation zwischen Hausärzten und Spezialisten. Für die Hausärzte ist es eine Frage der individuellen Beurteilung, ab wann die Anzahl der Medikamente eine schwierige Vorhersage von unerwünschten Effekten, Interaktionen und Adhärenz mit sich bringt. Erstaunlicherweise wurden Bedarfsmedikamente, topische Medikamente und OTC-Medizin von der Einschätzung ausgenommen. Als Erkrankungsgruppe mit dem größten Risiko einer Polypharmazie-Entwicklung wurden kardiovaskuläre Erkrankungen angesehen. Letztlich zeigte sich hier, wie in den anderen Studien auch, ein großer Unterschied zwischen der Verschreibung von Medikamenten für einen Patienten mit einer speziellen Krankheit und der Verschreibung von Medikamenten für einen Patienten mit multiplen Erkrankungen. Individuelle Lösungsvorschläge der teilnehmenden Hausärzte wurden nicht beschrieben (Moen et al. 2010).

In einer von Anthierens et al. 2010 durchgeführten qualitativen Studie wurden in Belgien praktizierende Hausärzte in Einzelinterviews zu ihrer Sichtweise auf Polypharmazie befragt. Auch hier wurden **Probleme der Polypharmazie** beschrieben, die auf Seiten des Patienten sowie auf Seiten des Hausarztes zu finden seien. Die Existenz der evidenzbasierten Medizin empfanden viele Hausärzte als Druck bei der Behandlung multimorbider Patienten. Die Hausärzte in dieser Studie sahen für sich eine bedeutende Rolle in der **Optimierung der Medikamentenpläne** ihrer Patienten ohne

jedoch auch nur ansatzweise eine Lösung des Problems der Polypharmazie zu haben. So wird abschließend der dringende Bedarf nach einfachen, hausarztfreundlichen Tools zur Medikamentenreduktion festgestellt (Anthierens et al. 2010).

In einer von Schuling et al. 2012 in den Niederlanden durchgeführten Focusgruppenuntersuchung wurden erfahrene Hausärzte nach ihrer Einstellung zur Medikamentenreduktion bei alten multimorbiden Patienten und nach dem Ausmaß der Einbeziehung des Patienten in den diesbezüglichen Entscheidungsprozess befragt. Die befragten Hausärzte äußerten Schwierigkeiten in der **Arzt/Patient-Kommunikation** über Lebensverlängerung und Lebensqualität. Es stellte sich heraus, dass ein Unterschied gesehen wurde zwischen dem Absetzen von Medikamenten wegen Nebenwirkungen und dem Absetzen langfristig verordneter präventiver Medikamente. Hier wurde die Forderung nach einer klaren Nutzen/Risiko Bewertung präventiver Medikamente laut. Letztlich wird eine große Unsicherheit der Hausärzte im Umgang mit multimorbiden alten Patienten beschrieben und der dringende Bedarf an unterstützenden Tools zur **Priorisierung** der Bedürfnisse älterer Patienten aufgezeigt. Als ideale Basis sehen die Hausärzte ein **patientenzentriertes Management**, bei dem die Entscheidung gemeinsam mit dem Patienten getroffen wird (Schuling et al. 2012).

Die holländische Forschungsgruppe um Luijks et al. hat 2012 eine Focusgruppenuntersuchung mit niederländischen Hausärzten durchgeführt. Hier sollte der Entscheidungsfindungsprozess von erfahrenen Hausärzten für die Verschreibung bei multimorbiden Patienten hinsichtlich ihrer Ziele und beeinflussender Faktoren in der täglichen Praxis untersucht werden. Als wichtigstes Entscheidungsmittel fand sich die patientenzentrierte, d.h. **individualisierte Behandlung**, bei der der Patient die Entscheidung über die Medikation (sowie auch die Verantwortung) mit beeinflusst und trägt. Hierbei lag der Hauptfokus auf der **Lebensqualität des Patienten**, so dass häufig Symptomkontrolle vor Basistherapie steht. Als wichtig erachtet wurde zudem das persönliche Verhältnis des Hausarztes zu seinem Patienten und dessen sozialem Umfeld (Luijks et al. 2012).

Die erste Fokusgruppenuntersuchung aus Deutschland entstand im Rahmen des Forschungskurses der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Sie wurde von Marx et al. 2009 veröffentlicht. Das Thema „Polypharmazie“ wurde in einer hausärztlichen Gruppe sowie zwei wissenschaftlichen

und einer heterogenen Gruppe diskutiert. Es wurden 3 Lösungsvorschläge auf Seiten des Arztes herausgearbeitet:

1. verbesserte Kommunikation mit dem Patienten (z.B. shared-decision-making)
2. verbesserte Kommunikation mit Kliniken/Spezialisten/Apotheken
3. Softwaregestützte Verschreibungsanalyse

Auf Seiten des Patienten fanden sich 2 Lösungsvorschläge:

1. Mitverantwortung des Patienten
2. Führen eines Medikamentenplans

Konkrete Anleitungen zur Verschreibung von Medikamenten bei multimorbiden Patienten wurden in dieser Studie nicht aufgezeigt (Marx et al. 2009).

Anfang 2013 erschien zudem eine Leitlinie aus Deutschland, erarbeitet von der Leitliniengruppe Hessen und der DEGAM. Ihr Titel lautet **„Hausärztliche Leitlinie – Multimedikation – Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten“** (DEGAM 2013). Die Empfehlungen der Leitlinie beruhen auf einer Literaturrecherche zu Studien zum Medikamentenreview. Zum einen wird der Medikationsprozess in 8 Schritte unterteilt, die zyklisch durchlaufen werden sollen und zum anderen werden allgemeine Hinweise zur Reduktion unerwünschter Multimedikation aufgelistet.

Die acht Schritte des Medikationsprozesses sind die Folgenden:

1. Bestandsaufnahme: Anamnese und Feststellung der aktuellen Medikation
2. Medikationsbewertung: Empfehlung, den MAI-Score zu nutzen
3. Abstimmung mit dem Patienten: Klärung der Bedürfnisse und Vorstellungen
4. Verordnungsvorschlag: Entscheidung auf Basis der Medikationsbewertung (siehe 2.)
5. Kommunikation: Sicherstellung guter Information des Patienten und Empfehlung des Plans des Aktionsbündnisses Arzneimittelsicherheit (AMTS)
6. Arzneimittelabgabe: Apothekenwahl mit elektronischem Medikationsprofil
7. Arzneimittelanwendung: Unterstützung durch Beteiligte (MFA, Pfleger, Apotheker) und durch schriftliche Informationen
8. Monitoring: Anlehnung an die Leitlinie zur Kontrollhäufigkeit.

Die allgemeinen Hinweise gehen nochmals detaillierter auf einige im Medikationsprozess bereits behandelte Themen ein. Zusätzlich werden hausärztliche Schlüsselfragen ausgearbeitet. Insgesamt bietet die Leitlinie zahlreiche Hinweise für den Hausarzt, im Sinne einer ausführlichen „**Tipps- und Tricks**“-Liste.

Zusammenfassend muss man konstatieren, dass alle Studien nur wenig konkreten Einblick in den Praxisalltag geben. Die Praktikabilität der Empfehlungen im normalen Praxisgeschehen bleibt ebenfalls nahezu nicht untersucht.

1.4. Fragestellung und Ziele

Zusammenfassend ergibt sich folgende **Fragestellung**: Welche Strategien verfolgen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in der hausärztlichen Versorgung beim Verschreiben, Überdenken und Reduzieren der Medikation ihrer alten, multimorbiden Patienten?

Folgende Kernfragen sollen hierzu beantwortet werden:

- Wie ist die Medikamentenrevision strukturell im Praxisalltag verankert?
- Welche Überlegungen und Instrumente fließen in den Entscheidungsprozess und die verschiedenen Umsetzungsstrategien ein?
- Welche Rolle spielen insbesondere ärztliche Kollegen und Patienten in diesem Prozess?

2. Material und Methoden

2.1. Forschungsansatz

Es handelt sich um eine explorative, qualitative Studie. Für Mayring ist „Qualitative Wissenschaft als verstehende“ definiert, die am Individuellen ansetzt und damit induktiv vorgeht (Mayring 2010, S. 19). Auch für Helfferich hat qualitative Forschung den Anspruch, Sinn zu rekonstruieren und einen Forschungsbeitrag zum „Verstehen“ zu leisten (Helfferich 2011 S. 21).

Elliot et al. unterstützen diese Sichtweise, indem sie formulieren: „Im Unterschied zu quantitativ orientierten Forschungsprojekten geht es bei qualitativen Arbeiten nicht um die Überprüfung von Theorien oder Hypothesen, sondern das zentrale Ziel ist die Erweiterung des Verständnisses und die Theoriebildung“ (Elliot et al. 1999).

Dementsprechend orientiert sich diese Arbeit aufgrund des Ziels, die Strategien niedergelassener Hausärzte zu beschreiben und zu verstehen, forschungsmethodisch an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Zur Durchführung einer solchen Analyse bietet Mayring (Mayring 2010 S 66ff) im Wesentlichen drei qualitative Techniken an:

1. Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung
2. Explikation (Kontextanalyse)
3. Strukturierung

Die Anwendung dieser Techniken bei der qualitativen Analyse der durchgeführten Interviews mit praktizierenden Hausärzten wird detaillierter in Kapitel 2.3. Datenauswertung beschrieben.

Zunächst wird das Vorgehen bei der Datenerhebung (Kapitel 2.2.) dargestellt. Die Notwendigkeit dieser Beschreibung unterstreicht Helfferich, denn die Äußerungen der Interviewten sind „unheilbar“ (Helfferich 2011 S. 22) kontextgebunden. So ist für das Verstehen der Informationen wichtig, in welchem Kontext sie entstanden sind und in welcher Interaktion ihr Sinn hergestellt wurde.

2.2. Datenerhebung

Wie Helfferich erwähnt, ist der Forschungsprozess ein mehrstufiger Prozess, in dessen Verlauf eine Reihe von Entscheidungen zu treffen sind. Beispielsweise benennt sie die Festlegung einer Befragungsgruppe (vgl. Abschnitt 2.2.1. Rekrutierung von Ärzten), die Bestimmung einer Interviewform (vgl. Abschnitt 2.2.2. Das Interview und der Leitfaden) und die Auswertungsstrategie (vgl. Abschnitt 2.2.3. Datenaufzeichnung und Transkription sowie Abschnitt 2.3. Datenauswertung) (Helfferich 2011 S. 26).

2.2.1. Rekrutierung von Ärzten

Wie schon mit der Forschungsfrage festgelegt, steht der Hausarzt im Mittelpunkt dieser Untersuchung. Dementsprechend zielt die Arbeit darauf ab, durch die Interpretation qualitativer Interviews mit Hausärzten und -ärztinnen typische Muster zu rekonstruieren (Helfferich 2011 S. 173). Der Anspruch der Arbeit ist nicht eine Sammlung empirischer Daten, die das Kriterium der Repräsentativität erfüllen.

Für die qualitative Analyse wurde ein mittlerer Stichprobenumfang gewählt, der gemäß Definition zwischen 6 und 30 Interviews liegt. Des Weiteren wurde aus Praktikabilitätsgründen ein räumlicher Schwerpunkt in Hamburg gesetzt und bewusst darauf geachtet, sowohl ältere, erfahrene als auch jüngere Hausärzte zu befragen. Ebenso wurden etwa gleich viele Ärztinnen wie Ärzte befragt.

Der Zugang zu den potentiellen Interviewten erfolgte über das Gatekeeper-System (Helfferich 2011 S.175). Einerseits wurde das Netzwerk des Instituts für Allgemeinmedizin des UKE bzw. von Frau Prof. Dr. Hanna Kaduszkiewicz genutzt und andererseits habe ich mir persönlich bekannte Hausärztinnen kontaktiert. Somit war die Kontaktherstellung relativ leicht und es kam jedes geplante Interview zustande.

Zur Vorbereitung des Interviews wurde nach einer telefonischen Kontaktaufnahme ein Informationsblatt versendet (vgl. Anhang C). Darüber hinaus unterzeichnete jeder Interviewte eine Einwilligungserklärung, um auch den ethischen Ansprüchen und den Datenschutzbestimmungen genüge zu leisten. Die Transskripte wurden anonymisiert, sowohl hinsichtlich Namen als auch bzgl. Orts- und Praxisangaben.

2.2.2. Das Interview und der Leitfaden

Wie Helfferich aufzeigt, lassen sich 14 Interviewvarianten unterscheiden (Helfferich 2011 S. 36f). Aufgrund der Forschungsfrage wurde als Interviewform das problemzentrierte Interview gewählt. Dieses wird folgendermaßen skizziert:

Gesprächsführend, nicht direktiv, Besonderheit: dialogisch, am Problem orientierte und über vorgängige Kenntnisnahme formulierte Fragen und Nachfragen, Fragensammlung in einem Leitfaden als Hintergrundkontrolle mit spontanen Fragen durch Interviewende.

Es geht also beim problemzentrierten Interview um ein problembezogenes Sinnverstehen, wie es in dieser Forschungsfrage auch der Fall ist: Welche Strategien nutzt der Hausarzt bei der Revision/Reduktion der Medikamente seiner multimorbiden Patienten und warum wählt er diese?

Die problemzentrierten Interviews wollen einen Verständnisprozess im Laufe des Interviews vollziehen. Daher sind erzählgenerierende mit verständnisgenerierenden Strategien verknüpft (Helfferich 2011 S. 41). Verständnisgenerierend sind z.B. Nachfragen, die bei Verständnisproblemen um Klärungen bitten oder die einer thematischen Zentrierung dienen (Witzel 1982). Konsequenterweise wurden das Interview und damit der Interviewleitfaden offen und dialogisch gestaltet (Helfferich 2011 S. 39).

Des Weiteren musste ich als Interviewende darauf achten, dass ich Kommunikationspartner bin. Ich musste die Haltung der Offenheit entwickeln und nach dieser Maxime das Interview steuern. Ebenso musste ich eigene Deutungen zurückhalten und Distanz bewahren, um die Fähigkeit zur Reflexion zu erhalten (Helfferich 2011 S. 24).

Obwohl eine Interviewkommunikation per se asymmetrisch ist, wurde bei der Befragung ein Gesprächsklima geschaffen, dass dem Prinzip bzw. dem übergeordneten Ziel der Offenheit folgt, es wurde Wert darauf gelegt, dem Gegenüber Raum für die Entfaltung seiner oder ihrer Sichtweise in einer möglichst natürlichen Alltagssituation zu geben (Helfferich 2011 S. 42ff).

Dies wurde möglichst gut sichergestellt: zum einen war ich als Interviewende eine Fachkollegin. Durch den gemeinsamen Erfahrungshintergrund sind Erzählpersonen in

der Regel bereiter, auch „Insider“-Aspekte zu thematisieren (Helfferich 2011 S. 122). Zum anderen fanden die Gespräche immer in den Praxisräumen der Interviewten statt. Insofern wurden die berichteten Fakten als wahr angenommen. Es handelt sich bei der Forschungsfrage um ein Interesse an „objektiven“ und „sachdienlichen“ Informationen. Also gibt es keinen Grund für die Annahme, dass der oder die Interviewende täuscht (Helfferich 2011 S. 40).

Hinsichtlich der möglichen Frageformen im Interview bzw. dem Interviewleitfaden unterscheidet Helfferich (Helfferich 2011 S. 102ff) acht Frageformen:

1. Erzählaufforderungen oder – „Stimuli“, „erzählungsgenerierende Fragen“
2. Aufrechterhaltungsfragen
3. Steuerungsfragen
4. Bitten um Detaillierungen bereits benannter Aspekte (immanente Fragen, auch als „Rückgriff-Technik“ bezeichnet)
5. Zurückspiegeln, Paraphrase, Angebot von Deutungen
6. Aufklärung bei Widersprüchen, Selbstdarstellungen hinterfragen
7. Suggestivfragen
8. Fakten-, Einstellungs-, Informations- oder Wissensfragen

Für das problemzentrierte Interview lässt Helfferich alle acht Frageformen zu (Helfferich 2011 S.107). Im Schwerpunkt habe ich im Interviewleitfaden und im Interview erzählungsgenerierende Fragen, Aufrechterhaltungsfragen, Detaillierungsfragen und Steuerungsfragen gewählt.

Des Weiteren wurde der Leitfaden so konzipiert, dass er den Anforderungen nach Helfferich (Helfferich 2011 S. 180) genügt. Insbesondere wurde darauf geachtet, offene Fragen zu formulieren, nicht überladen zu sein und dem natürlichen Argumentationsfluss zu folgen. Zudem erhielt der Fragebogen am Ende eine Abfrage der soziodemographischen Daten. Hier wurden das Alter, Geschlecht, die Dauer der Niederlassung, mögliche Zusatzbezeichnungen, die Anzahl Scheine pro Quartal und der prozentuale Anteil an über 65-jährigen Patienten dokumentiert.

2.2.3. Datenaufzeichnung und Transkription

Die Interviews wurden ca. im Wochenrhythmus geführt und in Audiodateien aufgezeichnet. Sie fanden im Zeitraum vom Mai bis September 2013 statt und dauerten gemäß den Tonbandaufnahmen zwischen 29 und 56 Minuten. Alle Interviews wurden auf ein Diktiergerät und zur Sicherheit auch auf einem Mobiltelefon aufgenommen. Die Aufzeichnungen wurden möglichst zeitnah wörtlich transkribiert und entsprechend anonymisiert. Lediglich inhaltslose Füllwörter wie äh oder hm etc. wurden nicht dokumentiert.

Ein Transkriptionsbeispiel ist im Folgenden dargestellt:

Abbildung 3: Transkriptionsbeispiel

Frau Dresse:	Haben Sie das so mit dem Patienten besprochen?
Herr Dr. X:	Ja, das habe ich so mit ihm besprochen, er hatte noch gesagt, dass der Urologe sagte, dass der Katheter auf keinen Fall gezogen werden durfte. Das war nach meiner Meinung nach Unsinn, denn er hatte vorher keinen gehabt, dieser war ja nur wegen der Makrohämaturie gelegt worden. Das musste ich mit ihm besprechen, dass ich anderer Meinung bin und damit war er dann aber auch einverstanden; ich hatte ihm zugesagt, dass ich sofort komme, wenn etwas passiert. Dann haben wir den Katheter gezogen und dann war er schon einmal froh. Und das Antidepressivum konnten wir absetzen und das Schmerzmittel reduzieren. Die Diuretika - war er sehr froh, dass die reduziert wurden. Das war schon eine gemeinsame Entscheidung.
Frau Dresse:	Auch mit Angehörigen dabei?
Herr Dr. X:	Ja, die Frau.
Frau Dresse:	Und die waren auch beide einverstanden?
Herr Dr. X:	Ja. Mit der Maßgabe, dass ich ihn unter Kontrolle behalte. Dass er jeden Tag anrufen kann, das Gewicht kontrolliert wird und nichts Unvorhergesehenes passiert, so nach dem Motto, ich komme in vier Wochen wieder, das wäre nicht gegangen.

Die Transkriptionsregeln sind im Anhang E dargestellt.

2.3. Datenauswertung

Das Datenmaterial besteht aus 13 transkribierten Interviews, die insgesamt ein Volumen von 168 DIN-A4 Seiten haben. Dieses Datenmaterial wurde mit Hilfe des Programms MaxQDA11 bearbeitet.

Zunächst wurden die transkribierten Dokumente in das Computerprogramm importiert. Anschließend wurden die Dokumente durch das Zuordnen von Codes zu Textpassagen codiert (MaxQDA11 2013). Die den Codes zugeordneten Textstellen werden in diesem Computerprogramm Codings bzw. codierte Segmente genannt.

In der Software MaxQDA11 wird das Codesystem, das sich aus Codes und Subcodes darstellen und hierarchisieren lässt, als Baumstruktur dargestellt. Die verschiedenen Hierarchiestufen blenden sich im Computerprogramm je nach Wunsch ein- oder aus. Die Beschreibung der Software MaxQDA11 verwendet auch den Begriff Kategorie für Code, geht aber nicht näher auf mögliche Unterschiede ein.

Eine treffende Differenzierung befindet sich bei Berg und Milmeister (Berg und Milmeister 2007): Code und Kategorie sind nicht bedeutungsgleich, dennoch sind die Übergänge zwischen den beiden Begriffen fließend. In der Regel ist ein Code datennah, er ist an eine Textstelle angeknüpft, eine Kategorie hingegen ist ein Bestandteil der zu entwickelnden Theorie. Codes und Kategorien unterscheiden sich demnach durch ihre Reichweite. Der Code ist eine engere Kategorie, die Kategorie ein Oberbegriff, der mehrere Codes zusammenfasst.

Insofern werden bei der Datenauswertung zwei grundlegende Aufgaben durchgeführt, die sich nur schwer abgrenzen lassen:

1. Das Codieren, also die Benennung von Textsegmenten mit Codes
2. Die Bildung von Kategorien und die Hierarchisierung und Strukturierung der Kategorien.

Zwischen diesen beiden Arbeitsschritten gibt es fließende Übergänge und sie stehen im dauernden Wechsel. Das Ergebnis ist in jedem Fall die Entwicklung eines Kategoriensystems. Dies beschreibt auch Mayring (Mayring 2010 S. 59): „Die Kategorien werden in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie und dem konkreten Material entwickelt, durch Konstruktions- und Zuordnungsregeln definiert und während der Analyse überarbeitet und rücküberprüft.“

In dieser Arbeit hatte ich auf Basis der Literaturstudie ein Grundgerüst vorstrukturiert, das aus fünf Hauptkategorien bestand. Diese waren die Folgenden:

- Revision und Reduktion im Allgemeinen
- Wissenschaftliche Evidenz
- Klinische Expertise
- Patient und
- Umsetzung.

Daran orientiert, habe ich beim Analysieren bzw. Codieren des transkribierten Materials neue Codes bei relevanten Textstellen benannt und den Kategorien zugeordnet. Die codierten Segmente wurden so ausgewählt, dass sie mindestens einen Satz umfassen, damit sie auch für sich alleinstehend einen Sinn ergeben. Meistens umfasste ein Segment ca. 5 Zeilen, welches, um möglichst prägnante Aussagen zu erhalten, nur in Ausnahmen überschritten wurde. Es konnte auch vorkommen, dass einem codierten Segment mehrere Codes zugeordnet wurden.

Im Laufe dieses Analyseprozesses entstanden zur Wahrung von Übersichtlichkeit und zur verbesserten Strukturierung immer wieder neue Kategorien. Dieses Vorgehen wird bei Mayring (Mayring 2010 S. 66) als induktive Kategorienbildung bezeichnet, wie sie bei qualitativ orientierter Textanalyse oft eingesetzt wird. Die Kategorien werden direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess abgeleitet, ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen (Mayring 2010 S. 83).

Methodisch wurden später nur noch die Textteile weiterbearbeitet, die einem Code zugeordnet wurden. Textteile, die nicht markiert wurden, wurden im weiteren Verlauf der Arbeit nicht mehr berücksichtigt, so dass Unwesentliches, Ausschmückendes oder vom Thema Abweichendes ausgeschlossen werden konnte (Mayring 2010 S. 85).

Als die Analyse und Codierung der Interviews abgeschlossen war, wurde nun das erarbeitete Textmaterial ausgehend von der Kategorienstruktur durchgearbeitet. Die finale Struktur der Kategorien besteht aus bis zu 5 Ebenen und umfasst insgesamt 1.079 codierte Segmente und 218 Kategorien bzw. Codes (vgl. Anhang F).

Anschließend wurde in der so erarbeiteten Struktur das Textmaterial durchgearbeitet und als Ergebnis interpretiert. Zum Schluss folgte in der Diskussion eine nochmalige Verdichtung der Ergebnisse.

Das beschriebene Vorgehen wurde regelmäßig in gemeinsamen Sitzungen mit Frau Prof. Dr. H. Kaduszkiewicz analysiert und reflektiert. Das betraf die Qualität der Transkriptionen, die Codierung des Textmaterials sowie die Beschreibung der Ergebnisse als auch die Entwicklung der Kategorien und deren Diskussion.

3. Ergebnisse

Die Ergebnisse, die sich aus den geführten Interviews ergeben, werden in zwei Abschnitten vorgestellt. In der Einführung wird kurz die Stichprobe beschrieben. Im zweiten Abschnitt werden die Interviews entlang von sechs Themenbereichen beschrieben und ausgewertet.

3.1. Einführung

Für die Erstellung dieser Arbeit wurden 13 Interviews mit praktizierenden Hausärztinnen und –ärzten geführt. Wie aus Abbildung 4 zu entnehmen ist, wurden 6 weibliche und 7 männliche Kollegen befragt.

Abbildung 4: Die sozio-demographischen Daten der Interviewpartner

Nr.	Alter	Geschlecht	Niedergelassen seit	Zusatz- bezeichnung	Anzahl Scheine pro Quartal	%-Anteil Patienten über 65 Jahre
I1	60	m	25 Jahre, jetzt in Medizinischem Versorgungszentrum als Facharzt für Allgemeinmedizin	Rettungsmedizin	1.200	35%
I2	46	w	7 Jahre als Facharzt für Allgemeinmedizin	keine	1.200	40%
I3	58	w	17 Jahre, davon 2 in Gemeinschaftspraxis als Facharzt für Allgemeinmedizin	Naturheilverfahren	800	30%
I4	65	m	26 Jahre als Facharzt für Innere Medizin, hausärztlich tätig	Palliativmedizin	1.200	55%
I5	47	w	2 Jahre in Gemeinschaftspraxis als Facharzt für Allgemeinmedizin und Anästhesie	Facharzt Anästhesie	800	40%
I6	63	m	25 Jahre als Facharzt für Innere Medizin, hausärztlich tätig	Rettungsmedizin	1.150	40%
I7	48	w	5 Jahre als Facharzt für Allgemein- und Arbeitsmedizin	Ernährungsmedizin	650	25%
I8	57	m	14 Jahre als Facharzt für Innere- und Allgemeinmedizin	Palliativmedizin	1.100	70%
I9	60	m	21 Jahre als Facharzt für Allgemeinmedizin	Sport- und Flugmedizin	850	60%
I10	58	w	4 Jahre als Facharzt für Innere Medizin, hausärztlich tätig	keine	500	40%
I11	52	w	20 Jahre als Facharzt für Allgemeinmedizin	Akupunktur	730	65%
I12	43	m	6 Jahre als Facharzt für Innere Medizin, hausärztlich tätig	Rettungs- und Betriebsmedizin	700	30%
I13	47	m	9 Jahre als Facharzt für Allgemeinmedizin	Rettungs-, Betriebs- und Sportmedizin, Chirotherapie	1.000	35%
54,2					913,8	43%

Die ursprüngliche Stichprobengröße war auf ca. 15 Interviews angelegt. Es zeichnete sich aber ab dem 10. Interview ab, dass die Anzahl neuer inhaltlicher Aspekte deutlich abnahm bzw. nicht mehr nennenswert war. Angelehnt an das Saturierungsprinzip wurde daher schließlich eine Stichprobe von 13 Interviews als ausreichend festgestellt (Bertaux 1981).

Die Kolleginnen und Kollegen waren im Schnitt 54,2 Jahre alt, hatten in ihren Praxen durchschnittlich 914 Scheine pro Quartal und ca. 43% Patienten über 65 Jahre.

3.2. Fragestellungen

Zur Strukturierung und Auswertung der Interviews wurden insgesamt sechs Themenbereiche definiert. Diese waren im Folgenden:

- Revisionsanlässe,
- Wissenschaftliche Evidenz,
- Klinische Expertise der Hausärztinnen und Hausärzte,
- Mitbestimmung des Patienten,
- Praktische Umsetzung einer Medikamentenrevision/-reduktion und
- Verbesserungsvorschläge.

3.2.1. Revisionsanlässe

Die Anlässe für eine Revision bzw. Reduktion der Medikamente unterscheiden sich stark zwischen den Praxen und reichen von strukturierten Kontrollsystemen bis hin zu eher zufälligen externen Anlässen. Dabei spielt der Arbeitsdruck und Zeitmangel in der Hausarztpraxis eine große Rolle. Folgende Gruppen von **Revisionsanlässen** wurden in den Interviews identifiziert:

- Kontrollsysteme in der Praxis
- Konsultation des Patienten
- Gesundheitlicher Zustand des Patienten
- Externe Treiber
- Sonstige Revisionsanlässe

3.2.1.1. Kontrollsysteme in der Praxis

Bei einigen Hausärzten hat es sich bewährt, die **medizinischen Fachangestellten** (MFA) für verschiedene Vorgänge derart zu sensibilisieren und zu schulen, dass sie den Hausarzt auf eine Revision und mögliche Reduktion der Medikamente von Patienten systematisch hinweisen.

Beispielsweise kommen häufig Patienten in die Hausarztpraxis mit dem Wunsch, ein **Wiederholungsrezept** ausgestellt zu bekommen ohne einen Kontrolltermin mit ihrem Hausarzt abgemacht zu haben. Hier kontrolliert die MFA die bisherige Verschreibung in der Patientenkartei und informiert den Hausarzt über etwaige Abweichungen.

So wurde berichtet, dass eine eventuell zu häufige oder auch zu seltene Anforderung des Wiederholungsrezeptes bei der Kontrolle der MFA auffällt. Hier muss die MFA darauf achten, ob der Tablettenverbrauch mit der im **Medikamentenplan** festgelegten Dosierung übereinstimmt. Das Gleiche gilt für Rezeptanforderungen aus dem Pflegeheim, die die MFA mit dem Medikationsplan des betreffenden Patienten abgleicht und gegebenenfalls bei Abweichungen den Hausarzt informiert. Einige Ärzte berichteten über **Kontrolllisten** mit Medikamenten, auf die die MFA besonders achten müssen, wie zum Beispiel Medikamente, die Blutkontrollen erfordern oder auch Medikamente, deren Verordnungsfähigkeit sich geändert hat (z.B. Pentoxiphyllin).

I2-22

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Kontrollsystem\Kontrolle durch
Arzthelferin

Arzt/Ärztin: „Oder auch die Helferin beim Wiederholungsrezept darüber stolpert, dass jetzt mal Schluss ist. Ich habe auch vorne eine Liste, wo die auch wissen, wo sie besonders darauf achten müssen, habe das auch mit ihnen besprochen, dass sie da immer noch mal gucken müssen. Das klappt auch zunehmend gut, dass sie reagieren und sagen: jetzt bestellt der das schon wieder, dabei hatte er das auch erst. Soll ich das denn noch mal aufschreiben? Also, dass die auch tatsächlich mithelfen das zu überwachen. Oder wenn ich etwas aus dem Medikamentenplan herausnehme, aber das im Heim immer noch nicht angekommen ist, das nicht umgesetzt ist, dass ich dann noch mal eine Sicherheitsstufe habe, dass die Helferin sagt: das ist nicht mehr im Plan drin. Können wir das trotzdem aufschreiben?“

Des Weiteren sollte eine MFA auch darauf achten, ob ein Patient, der häufig mit diversen kleineren Problemen in die Praxis kommt, einen Medikamentenplan aufweist, der über längere Zeit nicht mehr kontrolliert oder verändert wurde. So entsteht die

Möglichkeit, eine **lang laufende unveränderte Medikation** zu kontrollieren und gegebenenfalls zu revidieren.

I1-53

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Kontrollsystem\Lange unveränderte Verordnung

Arzt/Ärztin: „Also das heißt, man muss in der täglichen Routine bei multimorbiden Patienten auch immer in gewissen Abständen sich dazu zwingen, zu sagen, ich guck mir jetzt mal meinen eigenen Plan an, ob der überhaupt noch Sinn macht. Weil wenn alles so gut läuft und die Dringlichkeit des Alltags den Alltag bestimmt und nicht so sehr die Strategie, dann geht einem das unter. Also eigene Medikamente regelmäßig, eigene Pläne und fremde.“

Dies gilt insbesondere, wenn die **Rezepterstellung** stark standardisiert bzw. automatisiert ist.

I4-130

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Struktur der Praxis\Organisationsgrad

Arzt/Ärztin: „Die hier mal so schnell durchrutschen wollen oder mittlerweile eine Email schicken: ich komme morgen mein Rezept abholen, was ja auch immer mehr zunimmt. Fax oder Email. Gut, wir versuchen das auch, wir machen das ja bewusst, wir haben da so Zettel, die die Patienten mitnehmen können. Die können die in den Briefkasten schmeißen. Das sind Zettel, um hier die Damen zu entlasten und die Telefoniererei etwas wegzunehmen, so können die Patienten solche Zettel einwerfen oder gleich ein Fax schicken. Das schon, aber das muss man natürlich trotzdem mal nachgucken, was ist denn da im letzten Jahr passiert. Und das müssen dann auch die Damen mal gucken.“

Als weiteren Auslöser zur Revision des Medikamentenplanes nennen die Ärzte eine **große Zeitspanne** zur letzten Konsultation des Patienten. Auch darauf werden sie in Praxen mit Kontrollsystemen hingewiesen, andere Ärzte achten selbst darauf.

I5-36

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Kontrollsystem\langer Abstand zu letzter Konsultation

Arzt/Ärztin: „Ja, wenn mal jemand länger nicht da war sowieso, und wenn ich auch hier selber mal diese Dosierungsliste aktualisieren will, die ist, das wirst Du selber sehen, mittelgut geführt. Und da will ich selber auch den Durchblick haben.“

Ebenfalls berichteten die Kollegen, dass eine **lange Liste** an Medikamenten sie dazu animiert, sich über die Plausibilität der Medikamente Gedanken zu machen und

eventuell etwas zu reduzieren. Dies geschieht meist auch ohne Unterstützung durch eine MFA.

I1-37

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Kontrollsystem\lange Medikationsliste

Arzt/Ärztin: „Also, ich habe das Bestreben, wenn sehr viele Medikamente auf dem Plan sind, zunächst mal zu gucken, was man reduzieren kann.“

3.2.1.2. Konsultation des Patienten

Einer der naheliegendsten Auslöser für eine Revision ist die Konsultation eines multimorbiden älteren Patienten. Dafür gibt es viele unterschiedliche Beweggründe.

In den Interviews mit den Hausärzten wurde nach der **Krankenhausentlassung** als Auslöser einer Medikamentenrevision gefragt und sie wurde als Auslöser einer Revision der Medikamentenpläne in allen Interviews bestätigt.

Vielfach wurde die Dringlichkeit der Revision nach der Krankenhausentlassung betont. Aufgrund der speziellen Umstände im Krankenhaus mit zumeist Bettlägerigkeit sei beim Wechsel in den ambulanten Bereich eine **erneute Anpassung** einiger Medikamente wichtig. Des Weiteren wurde angemerkt, dass einige Medikamente „mit der Gießkanne“ beim Eintritt ins Krankenhaus verteilt würden, die bei der Rückkehr in den ambulanten Bereich revidiert werden müssten.

I7-58

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Praxisbesuch\Krankenhausentlassung

Arzt/Ärztin: „Auch das ist immer ein Problem, wenn die Patienten im Krankenhaus waren, sind die oft sehr hoch eingestellt mit Medikamenten, also mit hohen Dosierungen und oder auch umgekehrt, es wird ganz viel rausgenommen, weil sie nur liegen, das gibt es natürlich auch. Und da ist immer ganz wichtig, dass ich die – erst mal sehe ich die ja direkt nach dem Krankenhausaufenthalt – und dann gucke ich schon, welche Medikamente da verändert wurden und bestell die grundsätzlich eine Woche oder spätestens zwei Wochen später wieder ein, um zu überprüfen, ob die und die Medikamente jetzt noch erforderlich sind in der Höhe oder beziehungsweise ob vielleicht etwas fehlt.“

Die Interviewten hoben einen weiteren Grund hervor, warum die Krankenhausentlassung ein wichtiger Prüfzeitpunkt sei. Dies sei die **Qualität** des Entlassungsberichts bzw. die **Übereinstimmung** von Entlassungsmedikation und

Diagnosen. Mehrere Kollegen berichteten davon, dass sie gelegentlich „Fehler“ finden. Auch wurde die mangelhafte Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und der Hausarztpraxis beklagt. So komme es vor, dass zum Beispiel Medikamente, die der Patient in der Vergangenheit während eines Krankenhausaufenthaltes nicht vertragen habe, bei einer erneuten Hospitalisation wieder verordnet würden. Hier müsse der Hausarzt dann die Medikationsliste umgehend wegen der **falschen Medikation aus dem Krankenhaus** verändern, was bei besserer Kommunikation nicht nötig gewesen wäre.

I4-11

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Fehler\Fehler im Arztbrief

Arzt/Ärztin: „Ja, Medikamente oder die Dosierung, da kommen ja manchmal ganz abstruse Dinge vor, die können am Diktat liegen, aber die können auch, ja, den schlimmsten Fall kann ich kaum erzählen. Wo ein Patient mit Insulin entlassen wurde im Arztbrief, der gar kein Diabetiker war. Das ist natürlich gefährlich.“

Als weitere Auslöser der Revision wurden die Konsultation im Rahmen eines **DMP und die Gesundheitsuntersuchung** genannt. Zu diesen Terminen werde mehr Zeit anberaumt als zu den üblichen Konsultationen, so dass mehr Aufmerksamkeit auf den Medikationsplan gelegt werden könne.

Die Interviewten schilderten aber auch, dass die Revisionen häufig **situativ** erfolgen.

I2-20

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Struktur der Praxis\Lage - Wirtschaftlichkeit - Zeitdruck

Arzt/Ärztin: Wenn ich jetzt nicht zu toll unter Druck stehe: Gesundheitsuntersuchungen, da hat man ja auch immer mal ein bisschen mehr Zeit und guckt noch mal, eigentlich sind Krankenhausentlassungen auch ein ganz dankbarer Moment, wo man auch manchmal so oder so gezwungen ist, sich damit zu beschäftigen. Ja, also es ist sehr situativ geprägt, wenn man gerade mal Zeit hat.

Gelegentlich notwendige **Gutachten** für das Versorgungsamt oder (eher seltenere) Konsiliarberichte stellen auch einen Anlass dar, die Medikation zu überprüfen.

I6-71

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Praxisbesuch\Gutachten

Arzt/Ärztin: „Da sehe ich manchmal, wenn ich so irgendein Gutachten schreiben muss für das Versorgungsamt, sehe ich, dass es da noch mal notwendig ist, den Medikamentenplan durchzugehen.“

Auch **regelmäßige Untersuchungen** wie bspw. Blutuntersuchungen wurden als Auslöser erwähnt. Häufig machen auffällige Normwertabweichungen zum Beispiel im Bereich der Elektrolyte, der Nierenwerte oder der Leberwerte eine Revision der Medikamente nötig.

Als weiteren wichtigen Auslöser stellen die Befragten die Konsultation neuer Patienten dar. Häufig liegt ein **Hausarztwechsel** vor, das heißt, die meisten dieser Patienten haben einen Hausarzt gehabt und möchten diesen aus unterschiedlichen Gründen wechseln. Häufig ist dies mit Schwierigkeiten verbunden, da die Patienten selten ihre Krankenakte mitbringen, so dass eine Revision der Medikamente mit den dazugehörigen Diagnosen einige Mühe bereitet.

I7-58

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Praxisbesuch\Hausarztwechsel

Arzt/Ärztin: „Das sind Patienten, die zu mir neu in die hausärztliche Praxis kommen, wo mir das dann so oft auffällt, die irgendwo vorher woanders beim Hausarzt waren oder aus einer anderen Stadt kamen von einem anderen Hausarzt und die dann eben mit so einer Medikation ankommen. Die überprüfe ich immer. Also alle neuen Patienten, die eine Vormedikation haben, da will ich natürlich auch genau wissen, weshalb sie das alles nehmen, was die begründenden Diagnosen sind.“

Manche Hausärzte konstatierten, dass sie bei **jeder Konsultation**, entweder in der Praxis oder beim Hausbesuch, eine Revision der Medikationsliste durchführten, da dies für sie ein zentraler Punkt der hausärztlichen Arbeit sei. Von anderen Hausärzten wurde gerade dieser Punkt vehement abgelehnt, da sie sich diesen Mehraufwand bei jedem Patientenkontakt zeitlich nicht leisten könnten.

I12-59

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Praxisbesuch\bei jeder Konsultation

Arzt/Ärztin: „Ich schaue mir den Medikamentenplan bei jedem Patientenkontakt an. Insbesondere gucke ich ihn mir an, wenn jemand sich verschlechtert hat, wenn ich zum Hausbesuch gerufen werde, lasse ich mir in der Regel auch den Medikamentenplan zu Hause

vorlegen, weil ich dann auch gleich einen Eindruck davon gewinnen kann, wie läuft es eigentlich mit den Medikamenten, wie wird das da eigentlich gelebt.“

3.2.1.3. Gesundheitlicher Zustand des Patienten

Nahezu allen interviewten Hausärzten waren **Zustandsveränderungen** des Patienten als Auslöser für die Revision wichtig. Dies bezieht sich sowohl auf den physischen als auch auf den psychischen Zustand des Patienten. Beispielsweise wurde das Klagen über Schwindel, Schwäche oder Müdigkeit als Indikator genannt. Derartige Symptome wurden zum Anlass genommen, die Dosierung der Medikamente zu überprüfen, die eine solche Zustandsverschlechterung auslösen könnten.

I8-79

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Patientenzustand
 \Zustandsverschlechterung

Arzt/Ärztin: „Es gibt ja viele von den alten Patienten, die sagen: „Ich bin so müde.“ Die sind so antriebsgemindert und das sind ja so bestimmte Medikamente.“

In vielen Interviews kam auch zur Sprache, dass Verschlechterungen des Allgemeinzustandes des Patienten auch durch **Nebenwirkungen** der Medikamente begründet sein könnten. Daher werde bei der Schilderung zusätzlicher Symptome oder Blutbildveränderungen auch an mögliche Nebenwirkungen der Medikamente gedacht und somit die Medikationsliste überarbeitet.

I3-30

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Patientenzustand\Nebenwirkungen

Arzt/Ärztin: „Was nehmen Sie denn eigentlich an Medikamenten? Das mache ich nämlich erst, wenn irgendwelche Beschwerden sind oder irgendwelche Blutbildveränderungen, die ich mir nicht deuten kann. Dann frage ich: Was nehmen Sie denn eigentlich?“

Einige Hausärzte nannten eine **Überforderung des Patienten** als Auslöser für Revision. Diese Überforderung könne an der Handhabung der Medikamente, der Dosierung oder der Regelmäßigkeit der Einnahme der Medikamente festgemacht werden. Dies falle im Gespräch über die Medikamente oder auch durch ein unpassendes Zeitintervall zur letzten Verordnung eines Wiederholungsrezeptes auf.

I6-73

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Patientenzustand\Überforderung des Patienten

Arzt/Ärztin: „Und dann haben wir uns das dann so vorgenommen, dass wir dann auch ein paar aussortiert haben. Wenn ich das Gefühl habe, dass die nicht damit umgehen und manchmal sehe ich auch, dass das Medikament, das eigentlich gegeben werden müsste, länger als notwendig nicht verschrieben worden ist. Dann muss ja auch irgendetwas faul sein. Das sind dann solche Anlässe.“

3.2.1.4. Externe Treiber

Unter dieser Kategorie werden Vorschläge und Wünsche des Patienten sowie von weiteren Personen im Umfeld des Patienten und des Hausarztes, die eine Überarbeitung der Medikationsliste auslösen können, zusammengefasst.

Auf **Vorschlag des Patienten** könne eine Revision ausgelöst werden. Die Kollegen schilderten, dass viele Patienten sich selber sehr gut beobachteten und auch gut über Medikamente und deren Nebenwirkungen informiert seien, so dass sie den Hausarzt häufig darauf ansprächen, die Medikation zu verändern. Dies werde in der Regel vom Hausarzt auch gern aufgenommen.

I7-32

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Externe Treiber\Vorschlag des Patienten

Arzt/Ärztin: „Das sind solche Fragen. Ich bin da immer ganz dankbar, dass die Patienten auch mal selber fragen. Die holen dann ja immer ihre Massen an Rezepten hier ab, da stehen dann eben immer ihre 6 bis 8 Medikamente mitunter drauf. Man braucht ja oftmals zwei oder drei Dauerrezepte á drei Medikamenten und, wie gesagt, mir entgleitet das auch mal zwischen durch, das regelmäßig kritisch zu betrachten und ich bin ganz dankbar, wenn die von sich aus das ansprechen.“

Aber auch nicht besonders gut informierte Patienten sprächen ihren Hausarzt auf ihre Medikationsliste an, wenn sie das Gefühl hätten, dass die verordnete Menge zu viel für sie sei.

I7-30

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Externe Treiber\Vorschlag des Patienten

Arzt/Ärztin: „Das wird auch viel gefragt. Auch bei den Älteren: „Muss ich den ganzen Mist nehmen?“ Das ist so etwas Typisches, was die gern fragen und dann ist das so ein Argument, wo ich dann sofort sage: „Gut, dass Sie fragen. Wir müssen da noch mal einen Termin machen. Das gucken wir dann zusammen noch mal durch.“

Die Hausärztinnen und -ärzte berichteten, dass es besonders bei älteren pflegebedürftigen Patienten vorkomme, dass **Angehörige** und / oder **Pflegepersonal** berichten, der Patient habe sich verändert, sei es psychisch oder physisch. Werden diese Sorgen und Beobachtungen an den Hausarzt herangetragen, werde dieser in den meisten Fällen den Fall besonders im Hinblick auf die verordneten Medikamente prüfen. Gelegentlich kommen auch konkrete Vorschläge vom Pflegepersonal, das den Patienten schon länger betreut.

Des Weiteren berichteten viele Hausärztinnen und -ärzte, dass sie Revisions-, bzw. Änderungsvorschläge in der Medikation von **Apothekern** bekommen, mit denen sie zusammenarbeiten. Die Apotheker greifen meist auf ein computergestütztes Überwachungssystem zurück und könnten so in vielen Fällen den Arzt warnen vor der Kombination gewisser Medikamente. Diese Warnungen würden per Fax oder auch per Telefon übermittelt. In wieweit der Hausarzt sich an diesen Vorschlag halte, bleibe dann natürlich wieder ihm überlassen.

I4-83-85

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Externe Treiber\Vorschlag des Apothekers

Interviewerin: „Das heißt, die Apotheker passen da auf?“

Arzt/Ärztin: „Die haben offensichtlich so ein Programm, was dann sofort..., dann schicken die uns ein Fax. Also die E.-Apotheke macht das und unsere Hauptapotheke, die machen das, was wir....Manchmal ist das OK, manchmal machen wir das halt trotzdem so, auch wenn das scheinbar kontraindiziert ist. Zum Beispiel Spironolacton und Kalium bei Patienten mit massiver Hypokaliämie, von denen wir einige haben, dann sagt der eben: „Spironolacton und Kalinor geht überhaupt nicht“ und wir machen es trotzdem. Und wenn wir es nicht machen, dann ist der Kaliumspiegel bei 2 Punkt noch was. Aber das wissen die ja nicht. Aber sie weisen zumindest darauf hin.“

Ein weiter wichtiger Punkt für das Anstoßen einer Revision seien **Vorschläge von Kollegen** - entweder aus der Gemeinschaftspraxis oder von den Spezialisten. So falle es

häufig auf, dass sich eine Routine in der Verordnung einschleiche, die der Verordner selber nicht mehr kritisch reflektieren könne. Hier sei es hilfreich, wenn ein Kollege den Verordnungsplan mit etwas Abstand beurteilt.

I1-53

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Externe Treiber\Vorschlag des Kollegen

Arzt/Ärztin: „Weil es gibt so eine Routine, dass man manchmal, wir waren ja zu zweit in der Praxis und dann kam es manchmal vor, mein Partner sagte, was ist denn das hier überhaupt, schreibst ja dauernd hier irgendwas auf, so komisch so viel.“

Die Befragten schilderten, dass das in den meisten Fällen als **kollegialer Vorschlag** stattfände, gelegentlich habe so ein Vorschlag aber auch „Kontrollcharakter“.

Auch von Kollegen aus dem Krankenhaus würden **Änderungsvorschläge** gemacht, die gelegentlich nach Prüfung vom Hausarzt übernommen würden.

I5-6

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Externe Treiber\Vorschlag des Krankenhaus-Kollegen

Arzt/Ärztin: „Und da kam jetzt die Anregung aus dem Krankenhaus, und die finde ich in dem Fall tatsächlich einmal gut, dass wir das Marcumar jetzt umstellen auf das Xarelto. Einfach, weil das mit der Blutentnahme mühsam wird bei ihr, weil sie jetzt im Grunde nur noch einen Arm hat, wo wir so richtig kontrollieren können.“

3.2.1.5. Sonstige Revisionsanlässe

Generell wurde häufiger - unabhängig vom Zustand des Patienten - das **Lebensalter** des Patienten als Auslöser für eine Revision genannt. Dabei wurde keine einheitliche Altersgrenze benannt, ab der es eine Revision geben solle, sondern die Altersangaben in den Beispielen reichten von 75 bis zu 93. Insbesondere hinsichtlich langjähriger Blutdruckbehandlungen sei eine Revision relevant, da der Blutdruck im höheren Alter oft nicht mehr so gravierend sei.

I12-19-21

Code: Revision/Reduktion allgemein\Auslöser\Patientenzustand\Lebensalter

Arzt/Ärztin: „Sei es jetzt der Blutdruck, der vielleicht über die Zeit nicht mehr so bedeutsam ist, da freue ich mich immer, wenn man Medikamente reduzieren kann, weil jemand 10 Jahre älter geworden ist und der Blutdruck einfach nicht mehr so bedeutsam ist.“

Interviewerin: „Bedeutsam heißt aber dann, das er nicht mehr so hoch ist, oder?“

Arzt/Ärztin: „Dass er eben nicht mehr so hoch ist, genau, oder vielleicht tatsächlich auch schon zu niedrig wird, dass wir eben absetzen müssen. Aber das fällt ja auch gar nicht immer sofort so auf. Das muss man dann schon wirklich nachgucken, aber das tue ich dann eben auch, dass ich gerade wenn jemand schon betagter ist, 75, 80 ist, doch regelmäßig nachgucke auch mit einer Langzeitblutdruckmessung braucht man einfach wirklich diese zwei, drei oder vier Blutdruckmedikamente alle noch nebeneinander?“

3.2.2. Wissenschaftliche Evidenz

3.2.2.1. Instrumente zur Medikamentenrevision

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich mehrere Instrumente, die die Ärztinnen und Ärzte bei der Revision von Medikamenten unterstützen sollen. Die Ärzte wurden gefragt, ob sie diese Instrumente kennen und ggf. anwenden. Es handelt sich dabei konkret um den MAI-Score, NO TEARS, START- und STOPP und die Garfinkel – Methode. Dabei stellte sich heraus, dass zwar einige Hausärzte von der **Existenz** dieser Tools wussten, aber keiner berichtete, dass er diese Tools konsequent anwende. Es sei eher eine Mischung aus verschiedenen Instrumenten, wobei die **Garfinkel - Methode** am häufigsten genannt wurde, die als nicht konkret definierte Basis der Revision fungiere. Ein konkretes Verfolgen eines dieser Instrumente wurde als zu schematisch abgelehnt.

I2-75-76

Code: Revision/Reduktion - Wissenschaftliche Evidenz\Instrumente\No-Tears / Start und Stopp

Interviewerin: „Also diese NO TEARS-Liste oder Start and Stopp Kriterien, benutzt du so was?“

Arzt/Ärztin: „Ne, ich hab auch das, was in dieser hessischen Leitlinie, ich habe vergessen, wie das hieß, die haben ja auch so was drin. Das sind mehrere Schritte. Ich nehme das eher so in den Hinterkopf, das ist mir dann manchmal zu theoretisch. Ich bin dankbar, wenn ich noch mal erinnert werde. Man vergisst das ja auch manchmal. Hab das im Hinterkopf, aber nicht als festgelegte Strategie, das mache ich nicht. Bei aller Strukturiertheit, die ich sonst habe, ist mir das zu schematisch.“

3.2.2.2. Entscheidungshilfen zur medikamentösen Therapie

Für die Revision von Medikationslisten gibt es verschiedene Entscheidungshilfen, die bei den interviewten Hausärzten unterschiedlich bekannt sind und auch sehr unterschiedlich genutzt werden.

In erster Linie wurden die **Leitlinien** der verschiedenen Fachgesellschaften genannt, die zwar die Behandlungsweise von konkreten Krankheiten empfehlen, aber keine Angaben über die Dauer der Medikation machen, das heißt, keine Angaben darüber, wann und wie man die empfohlene Medikation wieder absetzen kann.

I1-39

Code: Revision/Reduktion - Wissenschaftliche Evidenz\Entscheidungshilfen\Leitlinien

Arzt/Ärztin: „Also Leitlinien sprechen davon, was man geben kann, aber nicht, wie lange und wann man es wieder absetzt.“

Manche Hausärzte berichteten auch von einer gewissen **Unsicherheit** bezüglich der wechselnden Inhalte der Leitlinien und einer Diskrepanz zwischen leitliniengerechter Behandlung und der eigenen Erfahrung.

I3-12

Code: Revision/Reduktion - Wissenschaftliche Evidenz\Entscheidungshilfen\Leitlinien

Arzt/Ärztin: „Aber es ist vielleicht nicht immer leicht – ja es ist so - ich kann mich an die Leitlinien, die auch immer mal geändert werden, ne, ich bin kein Freund davon – ne, nach der langen ... nach der Erfahrung mache ich viel nach: was tut dem Patienten gut, nicht was sagt mir die Leitlinie.“

Einige Hausärzte, die schon lange praktizieren, lehnen Leitlinien sogar grundsätzlich ab und halten sich hauptsächlich an **ihre eigenen Erfahrungen** und ihr Wissen (vgl. auch Kapitel 3.2.2.3. Erfahrung).

I9-55

Code: Revision/Reduktion - Wissenschaftliche Evidenz\Entscheidungshilfen\Leitlinien

Arzt/Ärztin: „Also ich bin in einer Zeit groß geworden, wo es noch keinerlei Leitlinien gab und wo einem niemand irgendwelche Vorschriften gemacht hat, was man in welchen Krankheitsfällen mindestens nun tun sollte. Ich brauche diese Leitlinien deswegen auch nicht. Ich habe auch keine Zeit mehr, eine Leitlinie mit 120 Seiten durchzulesen. Ich habe in meinem relativ kurzen Leben schon so viele 180 Grad-Kehrtkurven in der Therapie erlebt, dass ich so eine Leitlinie auch nicht mehr so richtig ernst nehmen kann.“

Die Leitlinien wurden auch kritisiert im Hinblick auf die **individuelle Situation** des Patienten, da ihre Inhalte häufig nicht zur Lebenserwartung und –situation des Patienten passten. Dieser komplexen Situation müsse Rechnung getragen werden.

I8-97

Code: Revision/Reduktion - Wissenschaftliche Evidenz\Entscheidungshilfen\Leitlinien

Arzt/Ärztin: „Ja, dass die Lebenserwartung mehr eingebaut wird. Jetzt hoffe ich, dass ich das nicht falsch gesagt habe. Das ist bei diesen ganzen Beschäftigungen, wenn ich mich mit einem Thema mehr beschäftige, wird mir eigentlich klar, wenn man jede Leitlinie sehen will, jedes Erkrankungsbild wirklich ganz komplex sieht, oder auch, wenn wir den Anspruch haben und das haben wir Allgemeinmediziner ja an Leitlinien, dass wir sagen: Trifft diese Leitlinie meinen Patienten, trifft diese Leitlinie die Lebenssituation meines Patienten, sagt die Leitlinie aus, wann gilt sie für welche Lebenserwartung und, und ... das erfordert eine enorme Differenzierung jedes Patienten und jeder Erkrankung.“

Die Länge der Leitlinien wurde zusätzlich kritisiert und zugleich der Wunsch geäußert, dass Leitlinien wesentlich **einfacher** und **kürzer** gefasst würden. Zudem wurde vermutet, dass die pharmazeutische Industrie bei der Erstellung von Leitlinien beteiligt sei.

I9-107

Code: Revision/Reduktion - Wissenschaftliche Evidenz\Entscheidungshilfen\Leitlinien

Arzt/Ärztin: „Wo man einfach mal abklopft, was bringt was und was bringt nichts, was ist Schnörkel und was ist Basisversorgung. Diese Differenzierung wäre schon ganz sinnvoll und wenn man dann erreichen könnte, dass die Leute, die die Leitlinien schreiben, vielleicht diese Leitlinien etwas schmalbrüstiger anlegen, wäre es auch schon ganz schön. Aber ich glaube, dass auch diese Leitlinienerstellung irgendetwas ist, wo auch die pharmazeutische Industrie gerne bei hilft.“

Als besonders wichtiger Kritikpunkt an den Leitlinien beanstandeten die Befragten, dass sich die unterschiedlichen Leitlinien **nicht miteinander in Einklang** bringen lassen, da viele Medikamente nicht kompatibel seien. Multimorbide Patienten würden aus dem Krankenhaus mit 12-15 Medikamenten entlassen und der Hausarzt habe keine Leitlinie, anhand der er Teile dieser Medikamente wieder absetzen könne.

I9-7

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
Arztes\Schwierigkeiten/Unsicherheit\Problem versch. Leitlinien

Arzt/Ärztin: „Dass man einen multimorbiden Patienten mit etwa 12 bis 15 Medikamenten versorgt aus dem Krankenhaus kriegt und das Absetzen ist dann doch immer etwa schwierig, weil es dafür eigentlich keine richtige Leitlinie gibt. Es gibt pausenlos irgendwelche Leitlinien, die dazu führen, dass Patienten mit diesem oder jenem unbedingt behandelt werden müssen. Allein die Kardiologen brauchen ja schon 4 Medikamente.“

In den Interviews wurde die **Priscus-Liste** einmal erwähnt, aber auch in diesem Beispiel kommt es nur zu einer gelegentlichen Nutzung.

I12-65

Code: Umsetzung\Verbesserungsvorschlag

Arzt/Ärztin: „Ja, das ist so ein Punkt in der PRISCUS-Liste, wo ich dann auch sehr regelmäßig aufhorche, wenn mir das auffällt. Ansonsten ist das mit der PRISCUS-Liste durchaus etwas, was ich mir vielleicht noch mal stärker in den Zugriff hinlegen sollte.“

Somit sei der Hausarzt gefordert, zwischen den spezifischen Medikamenten **abzuwägen** und zu priorisieren.

I13-84-85

Code: Revision/Reduktion - Wissenschaftliche Evidenz\Entscheidungshilfen\Leitlinien

Interviewerin: „Mit den verschiedenen Leitlinien, wenn die Ihnen begegnen, lassen die sich Ihrer Meinung nach miteinander gut verknüpfen bei multimorbiden Patienten?“

Arzt/Ärztin: „Nein, das lässt sich nicht verknüpfen. Ich glaube auch, das ist der Grund, weshalb es Hausärzte geben muss, die auch mehr machen als krankschreiben, die eben wissen müssen, dass dieses Medikament aus der Urologie und dieses Medikament aus der Kardiologie und dieses Medikament aus, na, der Gynäkologie sich nicht vertragen. Und das ist das, was ich anfangs schon meinte, wenn man so einen jüngeren oder auch ältere Ärzte im Krankenhaus hat oder auch niedergelassene Fachärzte, dann kennen die eben ganz viele Medikamente nicht.“

3.2.2.3. Erfahrung

Als Gegenpol zur wissenschaftlichen Evidenz, aber auch bei Fehlen von Evidenz betonten die Hausärzte die Bedeutung der klinischen Erfahrung. So wurde von diversen Fallbeispielen berichtet, bei denen es keine leitlinienkonforme Behandlung gäbe, sondern bei denen auf die eigene klinische Erfahrung zurückgegriffen werde. Die

Entscheidung über die Reduktion von Medikamenten aus der eigenen Erfahrung abzuleiten sei aber manchmal problematisch, da man sich nicht gut abgesichert fühle.

I1-38-39

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Erfahrungen

Interviewerin: „Woran halten Sie sich da, wenn Sie Veränderungen machen, woher nehmen Sie das Wissen, mit dem Sie da arbeiten?“

Arzt/Ärztin: „Das ist ein Problem. Also man kann immer sagen Erfahrung, natürlich, aber ich habe mich da oft nicht so auf sicherem Boden gefühlt. Weil es eigentlich keine Grundlage so genau gibt, was man und wie man Medikamente reduziert.“

Vielfach werde auch „aus dem Bauch heraus“ entschieden. Hier spiele die **Einschätzung** eine große Rolle, was dem Patienten gut tue. Um dieser Einschätzung gerecht zu werden, würden dann auch Medikamente der Krankenhausverordnung wieder abgesetzt.

I3-12

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Erfahrungen

Arzt/Ärztin: „Nicht, was sagt mir die Leitlinie, sondern was hab ich für ein Gefühl, was tut dem Patienten gut, wie wirkt der auf mich, wie sieht er aus, ich kenne die meisten lange, das ist mir dann viel wichtiger.“

Die Erfahrung habe zudem gezeigt, dass die Lehrmeinung vielen Änderungen mit der Zeit unterworfen sei. Daher sei die Erfahrung neben einem „**gewissen Standard**“ die Basis der Entscheidung.

I9-55-59

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Erfahrungen

Arzt/Ärztin: „Und so kommt es eben immer mal zu 180 Grad-Kurven und wo sich dann herausstellt, dass die Lehrmeinung, die über 20 Jahre lang war genau verkehrt. Dann kann ich solche Lehrmeinungen auch nicht mehr so richtig ernst nehmen.“

Interviewerin: „Aber Sie halten sich ja schon an Lehrmeinungen?“

Arzt/Ärztin: „An einen gewissen Standard fühlt man sich schon gebunden.“

Interviewerin: „Wo nehmen Sie den dann her? Was sind so Ihre Quellen?“

Arzt/Ärztin: „Aus meiner Erfahrung.“

In den Bereich der Erfahrung gehört auch der Umgang des Hausarztes mit der **Veränderung der Medikation durch Kollegen** anderer Fachrichtungen, niedergelassen oder im Krankenhaus. Manche Kollegen sagten hier besonders bezüglich der Krankenhausverordnung aus, dass sie zwar die Argumente für eine veränderte Medikation überprüften, dann jedoch meistens auf die ursprünglich von ihnen selbst verordnete Medikation zurückkämen.

I8-7

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Erfahrungen\Umgang mit Reduktion oder Umsetzung durch dritte

Arzt/Ärztin: „Da gucke ich was vorher war, gucke welche Argumente das Krankenhaus hat, um irgendwas zu ändern und bleibe in der Regel immer bei meiner alten Medikation. Also ich lasse mich da gar nicht vom Krankenhaus beeinflussen.“

Dies sei jedoch zum Teil schwierig mit Patienten zu diskutieren, die sich mit der Einstellung im Krankenhaus gut behandelt fühlten.

3.2.3. Klinische Expertise der Hausärztinnen und Hausärzte

In diesem Themenbereich wird die klinische Expertise des behandelnden Hausarztes hinsichtlich einzelner Medikamente, Medikamentengruppen und bestimmter Krankheitsbilder, die besondere Erwähnung fanden, dargestellt. Es sind Medikamente bzw. Krankheitsbilder, auf die die Hausärztinnen und Hausärzte besonders achten und die ggf. eine Medikamentenrevision auslösen. Es wird deutlich, dass die Hausärztinnen und Hausärzte auf sehr unterschiedliche Aspekte achten.

3.2.3.1. Kardiologische Medikamente

3.2.3.1.1. Antiarrhythmika

In der Gruppe der Antiarrhythmika wurde besonders das Amiodaron genannt. Es sei ein unbeliebtes Medikament, da es sich wegen seiner Nebenwirkungen an der Schilddrüse und am Auge nicht für eine Dauermedikation bei Herzrhythmusstörungen eigne, so dass ein Hausarzt sagte, er schreibe es nie auf.

Eine Hausärztin berichtete, sie habe gelesen, dass man bei gleichzeitiger Einnahme von Simvastatin und Amiodaron die Dosis des Amiodaron verringern müsse.

I13-45-47

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
 \Antiarrhythmika\Amiodaron

Arzt/Ärztin: „Also, Amiodaron liebe ich nicht als einfaches Medikament, das versuche ich immer irgendwie zu entfernen.“

Interviewerin: „Warum möchten Sie das entfernen?“

Arzt/Ärztin: „Weil das sowieso keine Dauergeschichte ist. Das ist zwar gut gegen Herzrhythmusstörungen, aber ich habe noch keinen gesehen, der das länger nehmen kann, weil die immer Schilddrüsen- und immer Augenprobleme kriegen und dann kann ich auch gleich dafür sorgen, dass ich irgendwie eine andere Lösung finde. Oder zumindest erzähle ich den Patienten das, also deswegen, ich schreib es nie auf. Also von mir aus, wenn es einer nimmt und es geht ihm gut, werde ich nichts ändern.“

3.2.3.1.2. Antihypertensiva

Antihypertensiva finden bei den meisten der interviewten Hausärzte eine große Beachtung. So würden sie zum Beispiel bei Patienten, die fünf verschiedene Antihypertensiva nähmen, probatorisch ein Blutdruckmittel herausnehmen, um zu schauen, ob der Blutdruck wieder ansteige. Auch bei Patienten, die bettlägerig seien, würden die Antihypertensiva reduziert, da diese Patienten durch ihre **Bettlägerigkeit** einen geringeren Bedarf hätten. Grundsätzlich sei wichtig, dass der Hypertonus ein großer Risikofaktor für viele Erkrankungen und auch für Demenz sei. Bei multimorbiden Patienten über 80 Jahre werde aber die Obergrenze des systolischen Blutdrucks weiter gefasst, ein Kollege hat für sich die Grenze bei 150 mmHg gezogen.

Wie mehrere Hausärzte berichteten, komme es häufig vor, dass Patienten bei der Aufnahme im Krankenhaus aus **Aufregung** einen erhöhten Blutdruck hätten, so dass die Blutdruckmedikamente im Krankenhaus erhöht würden. Diese würden sie nach der Entlassung meistens wieder reduzieren, da im häuslichen Umfeld der Bedarf wieder geringer sei.

I9-11

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen\
Antihypertensiva

Arzt/Ärztin: „Dann versuche ich die Blutdruckmedikation zurückzunehmen, weil in der Regel die Patienten im Krankenhaus in der Aufregung dann doch einen höheren Blutdruck haben und dann unter Umständen zu Hause mit weniger Antihypertensiva auskommen.“

Bezüglich neuer Patienten sagte ein Hausarzt, dass er gerade die Blutdruckmedikamente kritisch ansehe. So würden Medikamente, wie zum Beispiel **Alpha-Blocker** verordnet, für die es keine Endpunktstudien gebe.

Auch wurde von einigen Hausärzten betont, dass sie die alten **ACE-Hemmer**, wie Enalapril gerne durch Ramipril ersetzen würden. Von einer diesbezüglichen Negativerfahrung berichtete eine Hausärztin. Nach der Umsetzung von Enalapril auf Ramipril habe der betroffene Patient rezidivierende HNO-Infekte gehabt, die er nachträglich im Beipackzettel von Ramipril als mögliche Nebenwirkung gefunden habe.

Ein Hausarzt betonte, dass er gern Ramipril und **Amlodipin** kombiniere, da diese beiden Substanzen gut zueinander passten.

Bezüglich der **Sartane** gab es unterschiedliche Äußerungen. Manche Hausärzte gaben an, die Sartane wie ACE-Hemmer einzusetzen, andere Hausärzte untersuchten die Patientengeschichte auf Hustenreiz unter einer eventuell vorausgegangenen Ramiprilmedikation. Würden sie dies nicht finden, würden sie versuchsweise auf Ramipril umstellen.

I2-8

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
Arztes\Medikamentengruppen\Antihypertensiva

Arzt/Ärztin: „Meine Vorgängerin hatte noch einige Angiotensin -1- Antagonisten in ihrem Schrank, die sie dann freigiebig verschenkt hat und ich weiß immer nicht genau, geb ich denen jetzt doch mal versuchsweise Ramipril, dann forsche ich in der Karte, steht da was von Husten, hat sie das begründet gemacht oder nicht, das lässt sich dann schwer herausfinden.“

Als häufigster Grund für die Revision von Antihypertensiva wurden Müdigkeit, Schwäche und Synkopen genannt.

Über **HCT** wurde gesagt, dass ungern mehr als 12,5 mg verschrieben werden aus Sorge vor der darunter möglichen Entwicklung eines Diabetes mellitus.

Die gleichzeitige Behandlung einer Herzinsuffizienz und einer Hypertonie wurde als schwierig bezeichnet. Hier müsse man einen Kompromiss finden, um beide Erkrankungen behandeln zu können. Hierzu sagte ein Hausarzt, er habe in einem speziellen Beispiel sowohl die Dosis des **ACE-Hemmers** als auch die Dosis des **Diuretikums** entgegen der Verordnung aus dem Krankenhaus reduziert.

I12-7

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
Antihypertensiva

Arzt/Ärztin: „Da war es konkret so, dass Herzinsuffizienz- und Blutdruckmedikamente wieder angefangen wurden unter denen die Patientin früher schon mal einen Kollaps erlitten hatte, weil der Blutdruck zu stark runter gegangen war. Jetzt kam sie in wieder relativ hoher Dosierung damit aus dem Krankenhaus. Und dann muss man so einen Kompromiss finden. Einerseits natürlich die Herzinsuffizienz nicht völlig unbehandelt lassen, aber andererseits eben den Blutdruck nicht zu sehr gefährden. ACE-Hemmer doch nur in der halben Dosis wie jetzt aufgeschrieben von der Klinik. Diuretikum auch ein bisschen niedriger dosiert als von der Klinik jetzt empfohlen.“

Bezüglich der **Betablocker** äußerten einige Hausärzte, dass sie deren Verordnung mit Ausnahme nach einem Herzinfarkt oder bei einer Tachykardie nicht nachvollziehen könnten, da der Betablocker bezüglich Stoffwechsel und Ernährung und diverser Nebenwirkungen problematisch sei. Wenn er nicht zur Frequenzsenkung eingesetzt sei, werde er versuchsweise abgesetzt. Dies sei auch der Fall bei Patienten mit einem Herzinfarkt, der bereits 10 Jahre alt sei, da hier keine prognostische Bedeutung mehr vorliege.

I1-104

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
Arztes\Medikamentengruppen\Antihypertensiva

Arzt/Ärztin: „Oder auch ein Betablocker, wenn der Blutdruck normal ist, dass man mit dem Patienten diskutieren kann, der Herzinfarkt ist schon 10 Jahre vorbei, da ist eh diese prognostische Bedeutung nicht mehr gegeben bei dem Betablocker, kann man mal reduzieren, um zu gucken, ob der Blutdruck überhaupt hoch geht.“

3.2.3.1.3. Antikoagulantien

Die interviewten Hausärzte betonten, dass auch die Antikoagulantien zu den Medikamenten gehörten, auf die man besonders achten müsse. Gerade nach **Klinikentlassungen** seien viele Patienten auf ein Antikoagulans eingestellt. So bekomme der Patient eine Heparinspritze zusammen mit einem PPI gleich bei Eintritt ins Krankenhaus.

I3-6

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
Arztes\Medikamentengruppen\Antikoagulantien

Arzt/Ärztin: „... dann hatte sie immer noch das Fraxiparin, obwohl sie laufen konnte.“

Häufig sagten die Hausärzte in den Interviews, dass die im Krankenhaus antikoagulierten Patienten nach ihrer Entlassung unter Blutungskomplikationen zu leiden hätten. So wurde von einer massiven urogenitalen Blutung und mehreren Fällen von Hirnblutung gesprochen. Hierzu wurden Unsicherheiten geäußert, ob zum Beispiel eine traumatische Hirnblutung dadurch verhindert worden wäre, wenn die betroffene Patientin anstatt **Marcumar** eines der neueren oralen Antikoagulantien bekommen hätte.

Eine andere Hausärztin ärgerte sich über die Marcumarisierung einer Patienten mit Schlaganfall und Vorhofflimmern, die sich zuvor in einem Gespräch wegen einer Ulcusblutung in der Vorgeschichte gegen Marcumar entschieden hatte.

Einige Hausärzte betonten, dass sie sich bei der Antikoagulation an den CHADS-Score, aber auch an den **Has-bleed-Score** zur Risikoabwägung halten würden.

Ein Hausarzt sagte, er mache die Frage der Marcumarisierung bei Vorhofflimmern vom Zustand des Patienten abhängig. So würde er alte, immobile, sturzgefährdete Patienten, die sich durch das Marcumar große Blutergüsse zuziehen würden, nicht mehr damit behandeln. Ansonsten rate er seinen Patienten mit Vorhofflimmern zu einem Antikoagulans, da sie ansonsten einen Schlaganfall bekämen.

I4-116-118

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Antikoagulantien\Marcumar

Arzt/Ärztin: „Jetzt zum Beispiel das Thema Vorhofflimmern. Das ist ja ein Thema, wenn die Leute deswegen plötzlich Marcumar kriegen oder ein anderes Antikoagulans und eben

Betablocker, was sie alles vorher nicht hatten und fühlen sich einfach mies mit dem Zeug. Und ich ihnen dann sagen muss: ja, wenn Sie das nicht nehmen, kriegen Sie irgendwann einen Schlaganfall. Das ist so ein Problem.“

Interviewerin: „Und bei welchen Patienten haben Sie das Marcumar dann abgesetzt und gesagt: trotz Vorhofflimmern ist mir das Risiko mit dem Marcumar zu groß?“

Arzt/Ärztin: „Wenn jemand kaum noch mobil ist, im Bett liegt und sehr alt ist und sehr sturzgefährdet ist, und nach Stürzen eben immer wieder in der Klinik landet mit riesen Blutergüssen und Platzwunden, dann muss man eben sagen, dann geht es nicht.“

Eine Hausärztin erzählte von einem Fall, bei dem eine Patientin unbedingt das Marcumar absetzen wollte nach einer langjährigen Einnahme. Bald nach dem Absetzen habe sie dann eine Lungenembolie erlitten.

Bezüglich der **Gatrane** berichteten manche Hausärzte, dass sie gerne wegen des geringen Monitoringaufwands darauf umstiegen. Manche sagten, sie würden mit einem Gatran bridgen und danach wieder auf Marcumar umsteigen oder bei zum Beispiel Xarelto bleiben.

I9-71-73

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Antikoagulantien\Marcumar

Arzt/Ärztin: „Dann haben wir das Marcumar, das ich natürlich nicht absetze, aber wenn ich dann mal das runterfahren muss, weil ein Marcumar-Patient operiert werden muss, zum Bridging, nehme ich neuerdings auch immer mal so ein Gatran, Xarelto, zum Beispiel statt Heparinspritzen.“

Interviewerin: „Sie bridgen dann also mit dem Neueren und gehen danach wieder auf das Marcumar zurück.“

Arzt/Ärztin: „Und gehe danach wieder aufs Marcumar, oder wenn ich tatsächlich mal bei jemandem wirklich Schwierigkeiten habe, das Marcumar einzustellen, dann lass ich es bei Xarelto.“

Ein anderer Hausarzt war der Auffassung, dass man nicht mehr zu Marcumar zurückkommen könne, da es unter der Therapie mit den neuen Antikoagulantien keine Möglichkeit der **Gerinnungskontrolle** gebe.

I6-53

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Antikoagulantien

Arzt/Ärztin: „Ich kann ja nicht wieder auf Marcumar zurückgehen. Diese Übergangszonen, die sind ja auch noch nicht erforscht, was da passiert. Also normalerweise stelle ich meine Leute noch auf Marcumar ein, wenn ich ihnen zumuten kann, dass sie hierherkommen zum Testen. Das ist ja, so manche von den Rentnern mögen das gern, und ich mache nicht die wöchentliche Kontrolle, meistens reicht eine zwei- bis dreiwöchentliche Kontrolle.“

Bezüglich des **ASS** sagten einige Hausärzte, dass sie es gemäß den Leitlinien eher nicht primärpräventiv verordneten.

I6-49

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Antikoagulantien\ASS

Arzt/Ärztin: „Schwierige Frage! Primärprävention eher nicht. Also ich rate niemandem aus primärpräventiven Gründen, ASS zu nehmen. Da halte ich mich eigentlich so an die Leitlinien ziemlich streng.“

Ein Hausarzt sagte, er streiche das ASS nicht, obschon er wisse, dass es bei manchen Patienten nichts bringe.

I9-71

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
Arztes\Medikamentengruppen\Antikoagulantien\ASS

Arzt/Ärztin: „ASS streiche ich in der Regel nicht. Obwohl sich auch schon zu mir herumgesprochen hat, dass es ein paar Patienten gibt, bei denen das ASS überhaupt nichts bringt. Aber das war zu meiner Zeit als ich studiert habe, noch nicht so Gang und Gäbe. Und wie ich das beurteile, da gibt es irgendwelche Laborwerte, mit denen man das bestimmen kann, aber keine Ahnung. Also bleibt das ASS so als Uralt-Standardmedikament stehen.“

Eine weitere Hausärztin hielt das ASS für ein häufig diskutiertes Thema. Sie bemerkte, dass für viele Patienten das ASS ein **Sicherheitsmedikament** sei, das sie auch präventiv einsetze, wenn es keine Kontraindikationen bezüglich des Magens gebe.

I11-38

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Antikoagulantien\ASS

Arzt/Ärztin: „Und ASS, das ist immer wieder Thema, dass man das diskutiert. Bei dem ASS hab ich immer das Gefühl, dass das für die Patienten auch so ein gewisses Sicherheitsmedikament

ist. Also, wenn ich jetzt nicht irgendwelche Magenproblematiken habe, stimmt, es kommt häufiger auch präventiv vor. Das ist richtig.“

Um ASS abzusetzen, sagte eine Hausärztin, müsse sie den Patienten gut und lange kennen. Häufig reduziere sie auf 50mg im Alter, setzte es aber auch vermehrt komplett ab, da sie häufig auch **Darmblutungen** unter ASS gesehen habe.

I3-26

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Antikoagulantien\ASS

Arzt/Ärztin: „Und beim ASS bin ich, das war dieser andere Patient ja mit der dekompensierten Herzinsuffizienz und den Pleuraergüssen, der hatte hinterher noch 50mg. Mit dem habe ich immer gehandelt, der wollte es eigentlich nicht mehr, aber ich fand schon 50mg ist auch...das wird ja diskutiert im Alter diese 50 mg. Ich habe sie dann bei ihm – ich habe gesagt ok, das sollte er lassen. Ansonsten bin ich da auch ein bisschen vorsichtig, weil ich doch auch vermehrte Blutungen, Darmblutungen unter dem Aspirin, dem ASS, gesehen habe, richtig massive Blutungen. Also da bin ich eher vorsichtig. Aber da muss ich die Patienten schon gut und lange kennen und setze es dann ab.“

Bezüglich **Clopidogrel** wurde gesagt, dass sich an die Empfehlungen der Kardiologen gehalten werde, falls diese es nicht übermäßig lang verordneten.

I9-71

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Antikoagulantien\Clopidogrel

Arzt/Ärztin: „Dann so bei den Clopidogrel-Sachen, da halte ich mich in der Regel an die Empfehlungen der Kardiologen, wie lange die dies nun haben wollen. Wenn es denn nicht über ewig geht.“

3.2.3.1.4. Diuretika

Für viele Hausärzte stand in den Interviews fest, dass ein **Übermaß an Diuretika** vielen Patienten schade und daher vermehrt die Diuretika ins Visier genommen würden. Wie Gerinnungshemmer und Blutzucker senkende Medikamente gehörten die Diuretika zu den Medikamenten, die am häufigsten zu **Krankenhauseinweisungen** aufgrund von unerwünschten Arzneimittelwirkungen führten.

Den Interviewberichten zufolge würden Schleifendiuretika häufig bedarfsadaptiert verordnet, das heißt, Patienten könnten eigenmächtig bei dicker werdenden Beinen und Gewichtszunahme zum Beispiel Torasemid kurzfristig höher dosieren.

In den meisten Fällen würden Diuretika jedoch von anderen zu hoch verordnet, damit die Patienten mit ihrer **Herzinsuffizienz** zurecht kämen. Dadurch würden neue Probleme verursacht, wie häufig starke Exsikkose und Blutdruckabfall, wodurch wiederum Hirnleistung und Fähigkeit, den Alltag zu meistern, abnehmen. Daher müsse die Entwässerung häufig mal ein wenig erhöht und dann wieder ein wenig verringert werden, je nach Zustand und Gewicht des Patienten. Dies sei besser möglich, wenn die Entwässerung nicht an Kombipräparate gebunden sei, obwohl grundsätzlich die Compliance bei Kombipräparaten höher sei.

Ein wichtiger Punkt bei der Diuretikaverordnung im Unterschied zum Krankenhaus sei, dass zu Hause keiner mehr die Trinkmenge des Patienten kontrolliere.

I5-32

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
 Arztes\Medikamentengruppen\Diuretika

Arzt/Ärztin: „Diuretika, bei den Alten, da kriegen die dann häufig auch so ein Schema aufgeschrieben und da gucken wir dann auch schon relativ früh, ob das denn so richtig notwendig ist. Die sind dann wieder zu Hause und keiner passt auf, was sie trinken.“

3.2.3.1.5. Lipidsenker

Zu den Statinen sagten einige der interviewten Hausärzte, dass sie die Statintherapie vom Risikoprofil abhängig machten. Manche arbeiteten mit **Scores**, wie dem PROCAM-Score oder dem Arriba Index, die sie zum Teil mit den Patienten errechneten, um dann gemeinsam eine Therapieentscheidung zu fällen. Diese Therapie könne je nach Risikoprofil in eine Statintherapie münden oder auch in eine Ernährungsumstellung nach entsprechender Beratung mit Kontrolle in drei Monaten.

Die Verordnung von Statinen bei reiner **Cholesterinwert-Erhöhung** ohne weitere Risiken wurde von den meisten Hausärzten abgelehnt und sei zudem nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnungsfähig. Bei mäßig bis stark erhöhten Werten werde eine Sonographie der Carotiden durchgeführt und nur bei positivem Befund eine Statintherapie eingeleitet. Dies werde von den Kliniken häufig nicht beachtet, so dass

viele Patienten mit einem Statin entlassen würden. Auch eine Altersbeschränkung wurde von vielen Kollegen beschrieben. So werde ab einem Alter von ca. 85 Jahren kein Cholesterinsenker mehr verordnet. Manche Patienten müsse man mit etwas mehr Aufwand davon überzeugen, dass sie von einer solchen Therapie keine zusätzliche Lebensverlängerung hätten.

I4-37-38

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Lipidsenker

Interviewerin: „Wenn Sie jetzt bei so einem älteren Patienten dann für sich entschieden haben, das Statin macht jetzt keinen Sinn mehr aufgrund des Alters, besprechen Sie das dann mit dem Patienten?“

Arzt/Ärztin: „Ich versuche es, ja. Es ist manchmal schwierig, wenn die Patienten, wie soll ich das mal sagen, sehr cholesterinfixiert sind, manche, und auch mit 92 noch darüber diskutieren, dass das Cholesterin so hoch ist und das doch gerne kontrolliert haben möchten. Und das müsste doch runter. Das ist nicht immer so einfach denen zu sagen: „Ob man das nun senkt oder nicht, dafür leben Sie keinen Tag länger!“

Ungern genutzt würden kombinierte **Cholesterinsenker**, wie zum Beispiel Inegy, deren Zusatznutzen nicht belegt sei. Häufig bekämen Patienten dieses Mittel von einem Kardiologen verschrieben.

Bei multimorbiden Patienten hätten manche Kollegen besonders die Sorge, dass der Patient nach Absetzen des Statins einen **Herzinfarkt** oder **Schlaganfall** bekomme.

I2-48

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Lipidsenker

Arzt/Ärztin: „Und ein bisschen ist vielleicht auch, ich hatte jetzt nicht direkt frisch, aber auch so einen Patienten mit einem Bronchialkarzinom, der aber auch wirklich eine schwere stenosierende KHK hat, vielleicht auch meine Angst, zu sagen, jetzt nehme ich ihm das Simva weg und nachher schiebt er einen Herzinfarkt noch darein oder einen Schlaganfall, das ist ja nicht schön, selbst wenn man sagt, der darf jetzt sterben, wenn sich die Lage verschlechtert. Das muss ja nicht davon kommen, aber manchmal gibt's ja auch dumme Zufälle.“

Bezüglich Interaktionen mit Simvastatin bemerkte eine Kollegin, dass sie erfahren habe, dass man bei gleichzeitiger Gabe von Amiodaron die Simvastatin-Dosis verringern sollte.

Entgegen den vorangegangenen Meinungen sagte ein Kollege, dass Statine einen guten wissenschaftlichen Beleg hätten und bei einer Lebenserwartung über 6 Monate einen Effekt hätten. Daher gebe er häufig ein Statin dazu, weil für ihn die größte Sorge in einem Schlaganfall bestehe. Lediglich bei einer bestehenden **Niereninsuffizienz** würde kein Statin verordnet.

Bei der Frage nach Reduktion von Polymedikation wurde häufig das Statin als das erste Medikament genannt, das aus dem **Medikationsplan gestrichen** würde, gerne in Absprache mit dem Patienten.

I12-27

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Lipidsenker

Arzt/Ärztin: „Also beim Statin komme ich selber auch immer wieder mal ins Grübeln und spreche es auch selber an mit den Patienten: Wollen wir das noch gemeinsam in unserem Konzept? Bei einem 80-jährigen – wollen wir das Cholesterin noch behandeln? Ja, kommt durchaus auch dann vor, dass ich dann mal mit dem Patienten beschließe, wir lassen das mal wegfallen, um die Zahl der Tabletten zu reduzieren, manchmal kommen die Leute ja auch wirklich mit dem Wunsch, Tabletten zu reduzieren und da ist das natürlich eines der Ersten, das dann fällt, das ist klar.“

3.2.3.2. Endokrinologische Medikamente

3.2.3.2.1. Antidiabetika

Blutzuckersenkende Medikamente wurden von einigen Hausärzten als besonders nebenwirkungsträchtig bezeichnet. Die Verschreibung der neueren Antidiabetika, zum Beispiel **DPP4-Hemmer**, wurde von einigen Hausärzten komplett abgelehnt: die althergebrachte Diabeteseinstellung werde bevorzugt. Andere Hausärzte berichteten, dass sie DPP4-Hemmer in Kombination mit Metformin einsetzten, aber versuchten, den DPP4-Anteil im Verlauf wieder herauszunehmen.

Das Absetzen der gängigen, **oralen Antidiabetika** sei nicht einfach.

I9-11

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
Arztes\Medikamentengruppen\Antidiabetika\orale

Arzt/Ärztin: „Bei den oralen Antidiabetika tue ich mich auch so ein bisschen schwer, die abzusetzen, obwohl ich eigentlich der Meinung bin, dass eine Diät mehr bringen würde als Metformin und Glibenclamid zusammen, aber man schreckt dann doch irgendwie davor zurück, in diesem Chaos mit so ganz grobem Hammer dazwischen zu gehen.“

In Bezug auf die **Insulintherapie** berichteten die Hausärzte immer wieder von Überforderungssituationen der Patienten.

I7-28

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Insulin und Analoga

Arzt/Ärztin: „Das ist dann völlig entgleist im Krankenhaus und in der Reha. Dann haben die ihn sofort auf Lantus, also langwirksames Insulin und noch eine intensivierte Therapie eingestellt. Damit ist der zu Hause völlig überfordert mit dem ganzen Spritzen und wir haben dann versucht, zunächst mal die Ernährung wieder so zu optimieren, wie er das von vorher kannte und dann habe ich aufgrund des HbA1c, der dann auch schon viel besser wurde, vorsichtig die Insulintherapie wieder rausgenommen und jetzt hat er ein HbA1c von 7,2 schon über Monate und hat eben Janumet 50/1000 mg morgens und abends eine. Damit kommt der super klar.“

I10-51

Code: Umsetzung\Medikation ändern\Dosisanpassung

Arzt/Ärztin: „Also bei einer 82-jährigen ist eine HbA1c von 8,2 (...) durchaus akzeptabel, aber da würde man ja meinetwegen jetzt einen jüngeren Menschen, das würde man ja nicht so lassen, dann ist der ja zu hoch, aber ich habe das dann teilweise gesehen. Plötzlich, aus welchen Gründen auch immer, waren dann bei 80-jährigen die HbA1c-Werte bei 6,5 und dann frage ich natürlich gleich, haben Sie auch mal nächtliches Schwitzen oder naja Zittern und so. Also was man vielleicht so als Hypoglykämie, die noch nicht einmal so ganz wahrgenommen wurde als solche, gehabt. Und selbst, wenn die dann nein sagen, dann reduzieren wir entweder die Insulindosis oder machen am Metformin was, dass sie da weniger nehmen, denn den Ehrgeiz, den soll man nicht haben. Dafür ist das Risiko von Unterzuckerung dann zu groß. Das ist das, was mir einfällt, wo ich echt auch gucke, ob man da nicht etwas einsparen kann.“

3.2.3.2.2. Schilddrüsenmittel

Schilddrüsenmedikamente gehörten laut mehrfacher Aussage der Kollegen zu den Medikamenten, die man nicht reduzieren oder absetzen könne, da sie eine notwendige **Substitutionsbehandlung** darstellten.

I9-11

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Schilddrüsenmittel

Arzt/Ärztin: „Und dann versuche ich die Sachen stehenzulassen, die eben einfach nur etwas ersetzen, was der Körper nicht selbst herstellt, z. B. L-Thyroxin oder Insulin muss ich stehenlassen.“

3.2.3.2.3. Hormonersatz

Eine Hausärztin berichtete, es komme vor, dass Patientinnen in hohem Lebensalter noch eine **Hormonersatztherapie** bekämen. Sie würde sich weigern, dies zu verschreiben und würde die Patientinnen an den Gynäkologen verweisen.

I2-38

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
Arztes\Medikamentengruppen\Hormonersatz

Arzt/Ärztin: „Und dann hab ich durchaus auch Patienten in einem Lebensalter, die Hormone nehmen, wo ich sage: „Hallo?“ Also da hat meine Vorgängerin glaub ich ...bis hin zu einer 80jährigen, die Östrogen aufgeschrieben haben wollte, wo ich sage: „ne! Gehen Sie zum Frauenarzt“. „Ich kann nicht mehr zum Frauenarzt gehen!“ Im Heim! Wo ich gesagt habe: Ich schreib es Ihnen nicht auf!“

3.2.3.3. Neurologische Medikamente

3.2.3.3.1. Psychopharmaka

Die Gruppe der Psychopharmaka wurde sehr häufig als eine problematische, gefährliche Gruppe bei älteren multimorbiden Patienten bezeichnet.

Der Effekt von **Antidepressiva**, insbesondere von Citalopram, wurde mehrfach angezweifelt.

I1-104

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Psychopharmaka

Arzt/Ärztin: „Oder auch die Psychopharmaka, dass man sagt: also Sie haben jetzt seit 5 Jahren Citalopram genommen und wir wissen jetzt gar nicht, ob das überhaupt noch was nützt, den Versuch können wir mal machen. Da muss man schon, die Patienten haben ja oft die Angst, sie würden total depressiv. Dabei ist der Effekt von solchen Medikamenten ja gar nicht so toll und auch nicht so lange anhaltend vor allen Dingen. Und da muss man den Patienten schon informieren, wozu diese Medikamente genau sind und wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass sie überhaupt helfen.“

Zudem sei gerade bei älteren Patienten wichtig, Citalopram nicht hoch zu dosieren und auf die QT-Zeit-Veränderung zu achten.

Bezüglich **Neuroleptika** sagten einige Kollegen, dass gerade bei alten Patienten mit Demenz die Wirkung nicht ausgeprägt sei, daher würden sie diese Mittel absetzen und abwarten. Häufig seien gerade solche Medikamente vor Jahren angesetzt worden ohne im Verlauf die Notwendigkeit zu überprüfen.

I1-47

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
Arztes\Medikamentengruppen\Psihopharmaka

Arzt/Ärztin: „Meine Erfahrung ist, dass bei dementen Patienten Psychopharmaka eh praktisch nicht das machen, was sie in guten Studien bei normalen Patienten vielleicht machen. Und deshalb habe ich da sehr großzügig abgesetzt und immer mal geguckt, was überhaupt passiert. Also die habe ich sehr großzügig abgesetzt: Antidepressiva und Neuroleptika. Gerade in Altenheimen und wenn nicht mehr klar war, warum das Mittel eh überhaupt auf dem Plan steht.“

Häufig komme es auch vor, dass einem Patienten, besonders im **Krankenhaus**, wegen akuter Unruhe ein Neuroleptikum verordnet werde, das man nach der Entlassung wieder absetzen könne.

In manchen Fällen zeige sich nach einer Reduktion oder einem Absetzen eines Neuroleptikums allerdings, dass die Indikation weiter gegeben sei.

I2-52

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Psychopharmaka

Arzt/Ärztin: „Und jetzt bei dieser Patientin, wo ich sagte, da habe ich das Risperdal mal reduziert, dann fing die an, wieder Andere zu hauen, es ist keine zweite Schenkelhalsfraktur

zum Glück dabei rum gekommen, die waren ein bisschen erschrocken alle, und die Pflegerin sagte, die hätten die gewürgt und wenn sie nicht dazu gekommen wäre, dann weiß sie nicht, was passiert wäre, ...“

Als eine besonders schwierig zu handhabende Gruppe wurde die Gruppe der **Schlafmittel** bezeichnet. Gerade bei älteren Patienten sei es schwierig, Schlafmittel zu reduzieren oder abzusetzen.

I4-100-102

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Psychopharmaka

Arzt/Ärztin: „Schlafmittel, aber das ist ein ganz schwieriges Thema. Das ist im Alter, die Leute vom Schlafmittel zu entwöhnen, das ist fast ein frustantes Geschäft. Da wird ja ein wilder Missbrauch betrieben.....Also ich meine ja gerade die Suchtpatienten, die sind ja sehr unterwürfig und dann geht das vielleicht einen Monat gut und dann merkt man an der Abruffrequenz, dass alles wieder beim Alten ist.“

Sedierende Mittel seien auch gefährlich, weil sie eine erhöhte **Sturzneigung** auslösten, die gerade bei älteren Patienten bedeutsam sei.

I12-63

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Psychopharmaka

Arzt/Ärztin: „Ich habe aber zum Beispiel die Sache mit den Benzodiazepinen oder Tranquilizern aller Art und den Älteren doch sehr intensiv im Kopf und spreche Ältere auf Benzodiazepine an und dokumentiere das auch, weil ich diese Sturzgefahr für Ältere doch sehr bedeutsam finde und einfach auch wiederholt erlebt habe, dass die dann wirklich auch stürzen.“

Als besonders schwierig wurde die Behandlung von Erkrankungen bei gleichzeitigem Therapiebedarf einer Parkinsonerkrankung beschrieben. Dabei fühlten sich viele Hausärzte alleingelassen und überfordert.

I6-29

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Schwierigkeiten/Unsicherheit

Arzt/Ärztin: „Und dann eine Besonderheit, das sind eben die Parkinson-Kranken mit einer Parkinsonmedikation von mindestens 6 Medikamenten. Alle diese Medikamente, die Parkinsonmedikamente, wenigstens die Mehrzahl wird über das CYP-System meist CYP 2a3 verstoffwechselt und dann hat man ein echtes Problem. Dann hat man ein Problem, weil man weiß, die Parkinsonmedikamente, also die werden sozusagen dachziegelartig aufgebaut, da wird eins gegeben, wenn das nicht geht, 2 oder 3 oder 4. Da gibt es nicht so ein System, das

sagt, wenn das 4. funktioniert, dann kann ich das erste wieder wegnehmen. Da sind wir als Hausärzte eigentlich auf uns gestellt und wissen nicht genau, was wir tun müssen. Dann kommt die im Alter häufige Depression bei Parkinson noch dazu und, ja, direkt eine Psychotherapie, was medikamentenfrei wäre, das ist nicht so ohne Weiteres dann hinzukriegen. Dann kommt noch ein Antidepressivum dazu. Schlaflosigkeit spielt auch noch eine Rolle bei Parkinsonkranken. Das sind dann so schwierige Dinge.“

3.2.3.3.2. Antidementiva

Ein Hausarzt erklärte, dass er Antidementiva in der Regel absetze und die Evidenz hinterfrage.

I1-45

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Antidementiva

Arzt/Ärztin: „Ja Psychopharmaka war ich schon, Neuroleptika besonders oder Mittel, deren Wirksamkeit nicht so gut belegt war wie Antidementiva. Habe ich dann vorzugsweise abgesetzt. Immer gefragt, gibt es eine gute Evidenz, dass das Mittel eigentlich auch das bewirkt, was es hier im Einzelfall eigentlich auch soll. Was zum Therapieziel gehört.“

3.2.3.4. Orthopädische Medikamente

3.2.3.4.1. Bisphosphonate

Bezüglich der Bisphosphonate zur Osteoporosetherapie waren sich die Hausärzte einig, dass sie keine prophylaktische Therapie machen und die Medikamente erst nach eingehender **Diagnostik** in einem Osteoporosezentrum einsetzen würden.

I5-44

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Bisphosphonate

Arzt/Ärztin: „Bisphosphonate, (...) ich persönlich mache es so, dass ich eben einmal ins Osteoporose-Zentrum schicke und sie wirklich einmal eine valide Messung haben und auf deren Votum verlasse ich mich dann eigentlich auch, was die Osteoporoseprophylaxe angeht. Das fange ich eigentlich nicht selber an ohne eine DEXA-Messung und ohne ein Statement von jemand, der sich damit gut auskennt.“

Bezüglich der Dauer der Therapie wurde erwähnt, dass Therapiepausen erlaubt seien und es keine Studien gäbe, die über eine längere Zeit als 3 Jahre gelaufen seien. Die Patienten seien meist dankbar, wenn als Alternative zu Bisphosphonaten Vitamin D vorgeschlagen würde.

I13-55-57

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Bisphosphonate

Arzt/Ärztin: „Also Alendronsäure, wenn die die erst mal acht Jahre geschluckt haben, dann finde ich, das reicht auch. Also es gibt keine Studien, die das länger als 3 Jahre praktisch verfolgt haben. Gut, die brauchen nur einmal mit Rückenschmerzen zum Orthopäden gehen mit über 70, dann kriegen die es gleich wieder. Dann nehme ich es ihnen wieder weg.“

Interviewerin: „Und das besprechen Sie dann mit dem Patienten?“

Arzt/Ärztin: „Ja, und wenn sie es wollen, dann sollen sie es schlucken, aber die meisten wollen ja gar nicht so viele Tabletten schlucken. Die sind ja dankbar, wenn ich sage: „Also, da schluckst du lieber Vitamin D im Winter, musst du zwar selber bezahlen, schmeckt aber besser ... nein, aber Vitamin hört sich schon wesentlich besser an als Alendronsäure.“

Ein Hausarzt sagte, dass zukünftig Osteodensitometrien von den gesetzlichen Kassen getragen werden würden. Dies würde eine große Menge an neu therapierten Patienten bedeuten, bei denen man die Ösophagusnebenwirkungen bedenken müsse.

Ein Teil der Hausärzte betonte, dass sie Bisphosphonate aufgrund der hohen Kosten nicht als Spritze anwenden würden. Andere sahen das anders.

I18-53

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Bisphosphonate

Arzt/Ärztin: „Ja, das wird enorm wieder Medikamente geben. Da frag ich mich bei den Bisphosphonaten, wie das mit den alten multimorbiden Patienten ist. Da habe ich natürlich enorme Sorge mit dem Schlucken und Ösophagus-Nebenwirkungen. Da bin ich gerade selbst so ein bisschen am Überlegen, ob das nicht besser ist, das denen einmal im Vierteljahr zu spritzen. Das ist zwar viel teurer, aber da ist die Compliance wenigstens da und da zeigen auch die Studien, dass die Compliance für die Tabletten extrem schlecht ist. Also da bin ich noch in der Findungsphase.“

3.2.3.4.2. Allopurinol

Allopurinol wird von vielen Hausärzten als ein Medikament beschrieben, das sehr nebenwirkungsträchtig sei und daher besonders in Augenschein genommen werde. Man müsse den präventiven Sinn von Allopurinol sehen, einen Gichtanfall verhindern zu können.

Die meisten Ärzte sagten, sie würden Allopurinol nur nach stattgehabtem Gichtanfall und nicht zur reinen Behandlung einer Hyperurikämie einsetzen. Dabei würden sie auf eine so geringe Dosis wie möglich achten. Da Allopurinol recht allergen sei, verordneten viele Hausärzte es nur bei deutlich erhöhten Harnsäurespiegeln. Einer der Hausärzte sagte, er verschreibe Allopurinol ab einem Harnsäurewert von 10mg/dl auch unabhängig von einem vorangegangenen Gichtanfall. Dies mache er auch, um die Nieren vor einer Schädigung zu schützen. Zudem könne es auch bei Harnsäurewerten von 8mg/dl einen Gichtanfall geben. Ein Hausarzt erklärte, er mache eine Therapie nicht mehr von den Harnsäurewerten, sondern von Muskel und Ganzkörperschmerzen abhängig. Dann würde er versuchsweise Allopurinol geben und es bei positivem Effekt weiter verordnen. Ein Problem sei, dass bei Kombinationen von ACE-Hemmern oder AT1-Blockern mit Diuretika zusätzlich die Harnsäure ansteige.

Ein Hausarzt bemerkte, er sähe Allopurinol nicht als präventives Medikament. Er würde es bei Symptomen einsetzen, sei dann aber unsicher bezüglich der Dauer der Medikation und würde es so nach ein bis zwei Jahren versuchen, wieder abzusetzen.

Eine Hausärztin berichtete, sie habe gerade in einer Fortbildung gelernt, dass man Ramipril, Simvastatin und Allopurinol nicht kombinieren dürfe, und dass Allopurinol zu häufig verordnet werde. Deshalb durchsuche sie die Patientenakten auf stattgefundene Gichtanfälle und setze es ab, wenn sie in der Patientengeschichte keinen Gichtanfall finde.

I11-40-42

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
Arztes\Medikamentengruppen\Allopurinol

Arzt/Ärztin: „Ja, Allopurinol, da bin ich jetzt ja gerade frisch geschult, dass man das viel zu oft gibt und da bin ich jetzt dabei, das immer raus zu streichen, dass man das auf keinen Fall präventiv gibt, um Laborkosmetik zu betreiben, was viele Patienten seit Jahrzehnten in ihrer Medikamentenliste haben und es ist immer so durchgelaufen. Und wenn man sie dann mal

fragt, haben die eigentlich nicht wirklich einen Gichtanfall gehabt. Sondern das ist dann vor 20 Jahren mal so eingestellt, weil der Harnsäurewert mal so hoch war und wie gesagt, weiß ich ja jetzt, dass das mit ganz simplen anderen Präparaten doch Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen hat. Da bin ich schwer am raus streichen.“

Außerdem sei Allopurinol ein **schwer handhabbares** Medikament, das gefährliche Hauterscheinungen bis hin zu Dermatitis bullosa auslösen könne. Zudem existieren Unsicherheiten hinsichtlich der Dauer der Anwendung, weil echte Empfehlungen fehlten (Beispiel Allopurinol, Simvastatin).

3.2.3.5. Antiinflammatorische Medikamente, Glucocorticoide

Einige Hausärzte sagten, dass sie Corticoide, hier **Prednison**, häufig reduzierten, um auf einer niedrigen Dosis zu bleiben oder es ganz absetzen zu können. Diese Reduktion vollzögen sie sehr langsam.

I1-29

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
 Arztes\Medikamentengruppen\Corticoide

Arzt/Ärztin: „Dann habe ich das Prednison langsam wieder reduziert von 5 auf 2,5 mg langsam jeden Tag, um ihn ganz langsam da wieder runter zu bekommen.“

3.2.3.6. Substitutionsmedikamente

3.2.3.6.1. Elektrolyte

In einigen Interviews wurde betont, dass Elektrolytverschiebungen gerade im Alter häufig seien. Dies liege auch an diversen Medikamenten, hier besonders den Diuretika. Wer mit alten Menschen arbeite, müsse Natrium und Kalium bestimmen zusätzlich zu Kreatinin. Besonders an **Natriumerniedrigungen** könne man ein Volumen- und Hydratationsproblem erkennen, das mit erhöhter Sturzgefahr und Minderung der kognitiven Fähigkeiten einhergehe. Dies müsse noch mehr ins Bewusstsein der Ärzte kommen, meint einer der interviewten Hausärzte.

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
Arztes\Medikamentengruppen\Elektrolyte\Elektrolytverschiebungen

Arzt/Ärztin: „Es wird leider auch häufig...was man eigentlich sagen muss, wer mit Medikamenten bei alten Menschen arbeitet, muss Natrium und Kalium bestimmen und Kreatinin sowieso. Dass das Natrium in den meisten Laborvorschlägen beim Screening nicht drin ist, ist ein großer Fehler. Ich will Ihnen jetzt keinen Vortrag darüber halten, was Natrium bedeutet. Meistens denken die Leute, wenn Natrium niedrig ist, müssen sie mehr Kochsalz essen, was natürlich nicht der Fall ist, sondern das ist ja ein Volumenproblem und ein Hydratationsproblem. Na ja, also das gehört dazu. Und da habe ich auch mit meinen Patienten ein paar Überraschungen erlebt. Ich dachte immer, ich wäre da vorsichtig, dass dann eben was passiert ist bei niedrigem Natrium. Die Sturzgefahr, das ist auch so was, dass eine Sturzgefahr und eine Art der Minderung von kognitiven Fähigkeiten schlicht und einfach durch falschen Elektrolyt/Wasserhaushalt hervorgerufen werden kann. Das müsste noch mehr ins Bewusstsein kommen. Dass man denkt, wenn die wenig Kalium oder Natrium haben, dass man denkt, ach, das spielt keine so große Rolle – das ist falsch. Das ist so ein Erfahrungswert, das steht wahrscheinlich auch in Büchern drin, wird aber wahrscheinlich zu wenig beachtet.“

Bezüglich Calcium sagten einige Hausärzte, dass sie zur Osteoporoseprophylaxe eher den Patienten Vitamin D empfehlen würden und sie hinsichtlich calciumreicher Ernährung berieten zum Teil mit dem **Calciumrechner** unter www.gesundheitsinformation.de, einer Internetseite, die vom IQWiG unterstützt werde. Diese Seite könne man zur Beratung für beispielsweise Frauen in den Wechseljahren parallel zum Gespräch aufrufen.

Andere Hausärzte meinten, Calcium- und Magnesiumpräparate würden sie absetzen und den Patienten eher zu einem Glas Milch raten.

3.2.3.6.2. OTC-Präparate, Vitamine, Spurenelemente

Die interviewten Kollegen gaben mehrheitlich an, die Patienten nur selten nach Präparaten zu fragen, die sie freiverkäuflich in der Apotheke oder dem Reformhaus kaufen. In den meisten Fällen würden sie diese Zusatzprodukte wie zum Beispiel Protonenpumpenhemmer (eingesetzt ohne entsprechend Indikation), Multivitaminpräparate und Zink- und Selenpräparate kritisch bewerten. Manche plädierten im Patientengespräch auf eine **gesunde Lebensweise** mit ausgewogener Ernährung, so dass keine Zusatzpräparate nötig seien. In den meisten Fällen würden sie

die Patienten mit dem Wunsch nach Vitaminen und Spurenelementen dahingehend beraten, eine Kur damit für eine begrenzte Zeit von ca. 4 Wochen durchzuführen, um eventuelle, nicht genau messbare Mängel auszugleichen. Manche Kollegen handhaben dies lockerer und beeinflussen die Patienten bezüglich der Einnahme von Vitaminen und Spurenelementen nicht. Lediglich bei fettlöslichen Vitaminen (E, D, A und K) werde von einer längerfristigen Einnahme abgeraten.

Als Ausnahmen wurden Vitamin B₁₂, Folsäure und Vitamin D genannt. Mängel müssten ausgeglichen werden. So sei ein Vitamin B₁₂-Mangel unter **Metformintherapie** relativ häufig.

Vitamin D sei in der letzten Zeit nicht nur bei **Osteoporosepatienten** vermehrt in den Fokus geraten. Hier sagten einige Kollegen, sie würden eher Bisphosphonate absetzen und dafür Vitamin D und Calcium ansetzen. Dies sei laut Studienlage besonders indiziert bei Patienten über 70 Jahre. Vielfach werde als Privatleistung der Vitamin D-Spiegel bestimmt. Bei gesichertem Vitamin-D-Mangel könne Vitamin D dann zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden.

3.2.3.7. Pneumologische Medikamente

Die Hausärzte betonten, dass es schwierig sei, **Lungenmedikamente** abzusetzen. Dies sei besonders schwierig, wenn Multimorbidität und eine Lungenerkrankung gleichzeitig vorlägen, da die Patienten gerade auf diese Medikamente großen Wert legten.

I12-15

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\spezifische Krankheitsbilder\COPD/Asthma

Arzt/Ärztin: „Ich bleibe aber doch oft, auf so etwa 9 Medikamenten erst mal sitzen. Eine meiner extremsten Patientinnen ist natürlich eine Lungenpatientin, die ich gerade mal wieder besucht habe. Aber die war jetzt nicht aktuell in der Klinik. Aber da ist die Medikamentenkiste wirklich schrecklich. Und bisher ist mir da auch noch wirklich nicht gelungen, da nachhaltig zu reduzieren. Das finde ich persönlich besonders schwierig, wenn wirklich Multimorbidität bei einer Lungenerkrankung da ist, dann wird es ganz, ganz problematisch, zumal die Patienten ja auch wenig flexibel und auch auf die Dinge Wert legen – ganz schwierig.“

Ein Hausarzt plädierte für eine intensivere Überprüfung der Wirksamkeit der inhalativen COPD-Medikamente.

I8-93

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen\
COPD-Medikamente

Arzt/Ärztin: „Zum Beispiel bei der COPD, da bin ich ganz restriktiv. Das ist für mich nun wirklich kein lebensverlängerndes Medikament, diese ganzen Puster. Das sind für mich symptomatische Therapien und wenn die Patienten auch ohne Puster zufrieden sind mit ihrer Leistungsfähigkeit, dann kriegen sie auch keinen. Wenn die natürlich ständig exazerbieren, so ein ganz schlimmer Fall, dann kriegen sie das natürlich alles. Aber eben so die klassischen Patienten, die dann so etwas kurzluftiger auf der Treppe sind, denen gebe ich das mal und sage: „Meinen Sie, es hat Ihnen was geholfen?“ Also so für 4 Wochen mal. Und wenn die davon keinen Profit haben, dann kriegen die das nicht.“

Bezüglich neuerer Mittel, wie zum Beispiel Daxas, einem Leukotrienantagonisten, sagte ein anderer Hausarzt, dass er dieses Medikament aufgrund der schlechten Evidenz wieder absetzte.

3.2.3.8. Weitere Medikamente

3.2.3.8.1. Protonenpumpeninhibitoren (PPI)

Die Aussagen der Kollegen in Bezug auf den Einsatz von Protonenpumpenhemmern fielen unterschiedlich aus. Von allen Kollegen wurde bemerkt, dass die Rate an Verordnungen von PPIs bei Patienten, die aus dem **Krankenhaus** entlassen wurden, sehr hoch sei.

I3-10

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen\PPI's

Arzt/Ärztin: „Wenn es Medikamente sind, die einfach so gießkannenmäßig gegeben werden, wie zum Beispiel das Omeprazol und Pantoprazol. Das sind meine Erfahrungen mit den Krankenhäusern – die bekommt da erst mal jeder, auch ohne Ibuprofen oder andere Analgetika.“

Zu der anschließenden Handhabung dieser Verordnung wurden von den Kollegen unterschiedliche Aussagen getätigt. So werde von einigen Kollegen der PPI aus dem Krankenhaus sofort abgesetzt, wenn keine **magenspezifische Diagnose** bestünde, was häufig der Fall sei.

I12-15

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen\PPI's

Arzt/Ärztin: „Wie ist das mit dem Magenmittel, dem ungeliebten, was oft mit gegeben wird routinemäßig. Ist wirklich überhaupt eine Magengeschichte da? Ist überhaupt eine Diagnose dafür angegeben jetzt in dem aktuellen Arztbrief? In der Regel nicht. Insofern fliegt das oft raus.“

Bei der Dauerverordnung von Corticoiden oder NSAR werde der PPI allerdings belassen. Wobei eingeschränkt wurde, dass Nebenwirkungen einer Tablette nicht mit einer neuen Tablette behandelt werden sollten.

I2-22

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen\PPI's

Arzt/Ärztin: „Bei ASS habe ich das eigentlich auch häufiger, dass die Patienten das nicht nehmen wollen, da ist ja manchmal auch die Entscheidung, gibt man jetzt Omeprazol dazu? Das ist dann eine Tablette mehr. Dann gibt es ja eigentlich die Grundregel, nicht die Nebenwirkung einer Tablette mit einer anderen zu bekämpfen.“

Bestehe der Beweggrund der PPI-Verordnung in der Vermeidung von Nebenwirkungen, sagten manche Kollegen, dass sie eine **Dosisreduktion** vor dem endgültigen Absetzen des PPIs versuchten und den Patienten gelegentlich zum Gastroenterologen zur Abklärung einer behandlungsbedürftigen Diagnose überwiesen.

Gezielt ausgesprochen wurde die Gefahr der Veränderung des Calciumspiegels und die Beeinträchtigung des Abbaus und der Resorption verschiedener Medikamente bei der Einnahme von PPIs, so dass der überwiegende Tenor darin bestand, PPIs - wenn möglich - abzusetzen.

3.2.3.8.2. Prostata – Medikamente

Medikamente zur Verkleinerung der Prostata, wie Tamsulosin und Finasterid würden besonders in der **Kombination** kritisch gesehen und probatorisch abgesetzt, beziehungsweise bei kombinierter Verordnung einzeln weitergeführt.

I6-11

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Prostatamittel

Arzt/Ärztin: „Da sehen Sie schon: Tamsulosin und Finasterid, beide zusammen zur Prostataverkleinerung ist mit, also ist möglich, aber man kann es dann auch versuchen, mit einem Mittel zu machen. Das geht dann auch und das hat auch gut geklappt.“

3.2.3.8.3. Schmerzmittel

Schmerzmittel werden von den interviewten Kollegen ebenfalls kritisch gesehen wegen potentieller Nebenwirkungen. NSAR machten häufig im gastrointestinalen Bereich, aber auch im kardialen Bereich Probleme. So sei häufig ein schwer einstellbarer **Blutdruck** durch die gleichzeitige Einnahme von Ibuprofen begründet. Bei Diclofenac würden verordnende Orthopäden meistens weder die Nierenfunktion noch das Alter des Patienten berücksichtigten.

Opioide fielen hinsichtlich erhöhter **Sturzgefahr** auf. Daher sprachen sich die meisten Kollegen dafür aus, Schmerzmittel versuchsweise zu reduzieren und, wenn möglich, komplett abzusetzen. Hierzu müsse der Patient gut befragt und beraten sowie kontrolliert werden. Gerade wenn sich nach einer Krankenhausentlassung die Symptome zu Hause änderten, sei eine Reduktion zu erwägen. Zudem könne man bei **Muskel- und Skelettschmerzen** auch eine Schmerzmittelreduktion erreichen, wenn man dem Patienten geeignete Physiotherapie verschreibe. Auch eine eingehende Beratung bezüglich der Einnahme sei wichtig.

I6-23

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Schmerzmittel

Arzt/Ärztin: „Und die Erfahrung habe ich gemacht, dass gerade bei Schmerzmedikamenten man durch Reden eine Menge erreichen kann. Und eigentlich immer so fast so sagen kann: „Ich gebe Ihnen was, aber das muss im Schrank stehen. Sie wissen aber, dass Sie etwas haben und Sie müssen, wenn Sie es nehmen wollen, es dann erst nach einer gewissen Zeit nehmen.“ Das ist bei den Menschen, die so zwischendurch solche Skelettschmerzen oder Muskelschmerzen oder Rückenschmerzen haben. Bei wirklichen Schmerzpatienten ist diese Methode natürlich tabu! Das ist klar, die müssen Schmerzmittel dann nehmen, damit der Schmerz nicht auftaucht.“

Bei „echten“ **Schmerzpatienten** sei eine Reduktion natürlich nicht geeignet. Bei onkologischen Patienten komme es häufig zu einer Aufdosierung oder Umstellung auf stärker wirksame Schmerzpräparate.

3.2.3.9. Medikamente im Allgemeinen

Bezüglich neuer Medikamente, die erst seit kürzerer Zeit zugelassen seien, sagten viele Kollegen, dass sie erst längerfristige Daten abwarten würden bevor sie **neuere Medikamente** verordneten. Auch bei Patienten, die im Krankenhaus auf neuere Medikamente eingestellt worden seien, würden sie diese nach Absprache mit dem Patienten eher wieder absetzen, um auf die vorherige Medikation zurückzukommen. Bezüglich der neueren Medikamente wurde kritisch angemerkt, dass noch keine **Langzeitdaten** existieren und vielfach habe sich bereits gezeigt, dass zunächst als wichtig eingestufte Medikamente wieder vom Markt genommen worden seien.

I5-30

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Medikamente allgemein\neue Medikamente

Arzt/Ärztin: „Wieder zurück auf das Alte. Das ist ja so. Die springen ja im Krankenhaus so sehr früh auf neue Präparate. Das tun wir ja gar nicht. Erst mal gucken, ob die nicht in zwei Jahren wieder vom Markt sind wegen irgendwelcher Nebenwirkungen.“

I3-40

Die Patienten zögen die Ärzte bei dieser Entscheidung der Rückumstellung gerne mit dazu und erklärten ihnen, dass sie bei der Einnahme neuer Medikamente zu Versuchskaninchen würden. Lediglich bei **therapieresistenten** Fällen solle man neue Medikamente einsetzen.

I9-75

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Medikamentengruppen
\Medikamente allgemein\neue Medikamente

Arzt/Ärztin: „Aber ich bin, was Medikamente angeht, schon sehr konservativ. Also, dass ich Altbewährtes verwende und nicht jedem Hype hinterher renne, wenn wieder irgendjemand etwas Neues erfunden hat. Die Patienten kommen dann immer und sagen, ich hab im Gesundheitsmagazin Praxis gelesen, es soll da jetzt ein neues Medikament geben und dann sage ich, ja und du wolltest dich jetzt freiwillig als Versuchskarnickel melden. Dann krieg ich erstmal einen ganz erstaunten Blick zu sehen und dann entspinnt sich darüber doch eine

Diskussion, ob es nun sinnvoll ist, in nicht verzweifelten Fällen nun jedes neue Medikament auszuprobieren. Wenn es nun etwas ist, wo man schon alles durch hat und nichts hat geholfen und es kommt irgendetwas Neues, gut und gerne, da würde ich dann auch mitgehen, aber nicht ohne Not.“

3.2.3.10. Hilfsmittel

In der Gruppe der Hilfsmittel nannten die interviewten Hausärzte besonders die **Blasenkatheter**. Patienten seien häufig mit einem Katheter versorgt, wenn sie aus dem Krankenhaus entlassen würden. Um die Patienten wieder mobiler zu machen, würden Katheter meist schnell wieder gezogen.

I1-29

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
 Arztes\Medikamentengruppen\Medikamente im Allgemeinen\Hilfsmittel

Arzt/Ärztin: Im Grunde war er total froh, wieder zu Hause zu sein und Schmerzen hatte er vorher keine und jetzt auch nicht, er hatte sie nur wegen dem liegenden Katheter. Den Katheter habe ich einfach gezogen, auch, um ihn zu mobilisieren, dann muss er aufstehen und auf Toilette gehen usw., um diese Bettlägerigkeit wieder in eine andere Richtung zu bekommen. Das habe ich alles gleich am ersten Tag so gemacht.

3.2.4. Mitbestimmung des Patienten

Die befragten Ärztinnen und Ärzte schildern das Patientenverhalten heterogen. Die verschiedenen Aussagen wurden hinsichtlich folgender Aspekte strukturiert:

- der Patientenpräferenz,
- der Frage Lebensqualität versus Lebenserwartung,
- der Mitverantwortung des Patienten,
- der mangelnden Adhärenz sowie
- dem Lebensumfeld.

3.2.4.1. Patientenpräferenz

Die Aussagen der interviewten Hausärzte zeigen, dass die Präferenzen der Patienten hinsichtlich der Medikation stark variieren. Es gäbe Patienten, die an ihrer Medikation unbedingt festhielten, da sie sich damit gut fühlten. Insbesondere wenn ein Spezialist oder Ärzte im Krankenhaus die Medikation festgelegt hätten, könne sich der Hausarzt mit seinen Änderungsvorschlägen gegenüber dem Patienten nicht durchsetzen. Auch Informationen aus Zeitschriften könnten den Patienten verunsichern. Teilweise werde sogar die Kompetenz des Hausarztes in Frage gestellt.

I1-102

Code: Patient\Patientenpräferenz

Arzt/Ärztin: „Also das ist nicht so selten, dass man eigentlich sagen, auch mit guter Evidenz begründen kann, dass man eigentlich weniger Medikamente geben kann, dass aber dann die Patienten manchmal auch aus Unwissenheit heraus die Medikamente aber weiter nehmen wollen. Weil sie die von irgendwoher einmal bekommen haben, irgendwann waren sie mal beim Kardiologen, der hat gesagt, die darf man nie mehr absetzen.“

I2-8

Code: Patient\Patientenpräferenz

Arzt/Ärztin: „Die Patienten sind ja doch auch ein bisschen resistent gegen Veränderungen in einer Therapiestrategie, wo sie gut zurechtkommen und wo sie sagen: wieso, mit meinen Blutdrucktabletten geht's mir prima. Wieso wollen Sie da jetzt was dran ändern, Sie als neue Ärztin.“

I4-47-51

Code: Patient\Lebensumfeld\Reaktion des Pat./Angehörigen

Arzt/Ärztin: „Manche verstehen es und manche verstehen es nicht. Die sind sehr cholesterinfixiert. Apothekenrundschaue und was auch alles da immer eine Rolle spielt.“

Ebenso wurde das Phänomen beschrieben, dass Patienten die Einnahme vieler Medikamente mit guter Versorgung gleichsetzten und ein Streichen als „Sparen“ interpretieren würden.

I9-11

Code: Patient\Patientenpräferenz

Arzt/Ärztin: „Es gibt manchmal Patienten, die sich wahnsinnig gut behandelt fühlen, wenn sie 20 Medikamente schlucken müssen und da würde ich mangels Leidensdruck keinen großen Eifer darin setzen.“

I2-48

Code: Patient\Reaktion des Pat./Angehörigen

Arzt/Ärztin: „Bis hin zu Patienten, die echt sauer sind, wenn man versucht, was wegzunehmen, weil sie denken, man will bei ihnen sparen und die sich dann nicht sicher fühlen, die dann unheimlich anhänglich sind.“

Das kann so weit gehen, dass eine Reduktion gelegentlich als **unterlassene Hilfeleistung** sowohl vom Patienten, aber auch vom Hausarzt verstanden wird. Um diesem Dilemma zu entgehen, werde dann häufig doch das fragliche Medikament verschrieben.

I9-49

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
Arztes\Schwierigkeiten/Unsicherheit\Gewissen

Arzt/Ärztin: „Ja, aber man hat trotzdem irgendwie, haben wir so in unserem Hinterkopf diesen Begriff der unterlassenen Hilfeleistung, jemandem etwas zu verweigern, was nach den Richtlinien oder den Regeln eigentlich so standardmäßig Therapie ist, da haben wir irgendwie ein schlechtes Gewissen bei. Anstatt ein schlechtes Gewissen zu haben, noch eins draufzuschreiben und kein anderes abzusetzen.“

Der Hausarzt sieht sich auch dem Phänomen gegenüber, dass bestimmte Medikamente gezielt zusätzlich gewünscht würden. Die Entscheidung werde dann auch von der Erwartungshaltung und Einstellung des Patienten abhängig gemacht.

I10-25

Code: Patient\Patientenpräferenz

Arzt/Ärztin: „Und wenn der Procam-Score unter 54 ist und die sagen, ja also ich habe aber Angst, mein Vater ist dement geworden und ich möchte etwas tun, sollte ich nicht doch, dann würde ich auch bei einem niedrigeren Wert mich erweichen lassen. Also ich gucke immer ein bisschen, wen ich da vor mir habe.“

Der umgekehrte Fall wurde auch beschrieben. Manche Patienten hätten einen ganz konkreten Reduktionswunsch (vgl. hierzu auch Abschnitt 3.2.1.4. Externe Treiber). Analog dem Wunsch nach Zusatzmedikation komme es bei einem Reduktionswunsch häufig zu einer „Verhandlungssituation“ zwischen Hausarzt und Patient.

I10-9

Code: Patient\Patientenpräferenz

Arzt/Ärztin: „Und sie sagte Ohhh, und sie möchte es nicht mehr nehmen und dann habe ich

immer zu ihr gesagt, ja, aber das ist gefährlich und so, aber dann hat sie mich irgendwann rumgekrigelt. Erst hat sie mich rumgekrigelt, mit der Gynäkologin zu sprechen und auch noch mit dem Krankenhaus, damit ihr Aromatasehemmer nun nach 15 Jahren überstandenen Krebs nun auch endlich abgesetzt wird. Und das hatten wir dann soweit geschafft, auch wirklich noch nach Rücksprache mit den Krankenhausgynäkologen, denn ich will ja auch kein Rezidiv heraufbeschwören. Naja, da hatten wir sozusagen in beiderseitigem Einvernehmen das Marcumar gestrichen.“

Zum Teil würde die Verhandlung um Medikamente das **Arzt-Patient-Verhältnis** stören.

I12-53

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Schwierigkeiten/Unsicherheit

Arzt/Ärztin: „Dann ist natürlich schon vermehrter Beratungsbedarf und dann kommt man schon so in eine konfrontative Situation. Das habe ich durchaus auch schon einige Male gehabt. Das finde ich dann sehr schwierig, weil man im Grunde immer wieder anfängt, den Leuten jedes Medikament zu erläutern, sie das aber gar nicht wirklich annehmen. Sie da gar nicht wirklich zuhören, sondern sie im Grunde eigentlich mehr so eine übergeordnete Lebenseinstellung haben und sich eigentlich für das Detail der Medikamente eigentlich gar nicht wirklich interessieren und einfach nur weniger Tabletten schlucken wollen. Da sind dann die Arzt- und die Patientenwünsche völlig verschiedene.“

Die Patientenpräferenz könne aber auch **radikaler** sein, indem einzelne Medikamente oder sogar die gesamte Medikation kategorisch abgelehnt würden.

I2-48

Code: Patient\Patientenpräferenz

Arzt/Ärztin: „Da gibt es wirklich alle Extreme. Von extremer Vermeidung: Medikamente sind das Allerschlimmste und geht gar nicht und mit diesem Patient, ...“

I10-51

Code: Patient\Patientenpräferenz

Arzt/Ärztin: „Ja, und dann habe ich eine Patientin, die ist über 80, und die will ums Verrecken, im wahrsten Sinne des Wortes, kein Insulin. Sie sagt, dann will sie lieber ein paar Jahre weniger leben. Die möchte sich nicht spritzen und nicht spritzen lassen ...“

Die Entscheidungsfindung für die Medikation hinsichtlich der verschiedenen Patiententypen hat ein Kollege folgendermaßen zusammenfassend beschrieben:

I9-63

Code: Patient\Patientenpräferenz

Arzt/Ärztin: „Da gibt es Patienten, mit denen kann man dieses und jenes machen und es gibt Patienten, mit denen kann man eigentlich gar nichts machen. Und es gibt Patienten, da muss man unheimlich viel Aufwand treiben, um überhaupt zu erreichen, dass sie ein Minimum an Medikamenten überhaupt zu sich nehmen und es gibt welche, die freiwillig jedes Medikament nehmen, das man ihnen aufschreibt.“

Grundlegend sei bei vielen Patienten eine ambivalente Haltung zu bemerken.

I4-53

Code: Umsetzung\Kommunikation/Patienten/Angehörige

Arzt/Ärztin: „Patienten und Angehörige sind ja immer sehr zwiespältig, die wollen, dass das Maximum an Tabletten gemacht wird, aber bloß nicht so viele Tabletten.“

3.2.4.2. Lebensqualität versus Lebenserwartung

Die Erwartungshaltung des Patienten bezüglich Zielvereinbarungen hinsichtlich Lebensqualität oder Lebenserwartung sei ein wiederkehrendes Thema für den Hausarzt.

I8-85

Code: Patient\Erwartungshaltung des Patienten\Lebensqualität

Arzt/Ärztin: „Mit den Herzinsuffizienz - Medikamenten sprechen wir doch ständig mit den Patienten über Lebensqualität und Lebenserwartung. Der niedrige Blutdruck macht ihnen schon zu schaffen, aber wenn man dann reduziert, dann dekompensieren sie halt wieder.“

In den meisten Fällen liege der Patientenfokus auf dem Erhalt der Lebensqualität.

I8-87

Code: Patient\Erwartungshaltung des Patienten\Lebensqualität

Arzt/Ärztin: „Die meisten Patienten sagen ja, ich möchte das Leben, das ich habe, gut haben und dann kommt es mir nicht darauf an, wie lange das dann ist.“

Die Entscheidungsfindung vereinfache sich häufig, wenn zu der Multimorbidität noch eine Demenz beim Patienten hinzukomme. Dann spiele das Ziel der Lebenserwartung eine untergeordnete Rolle.

I1-102

Code: Patient\Erwartungshaltung des Patienten\Lebensqualität

Arzt/Ärztin: „Einfacher ist das bei multimorbiden, hinfalligen Patienten, wo eigentlich völlig klar ist, ... dass hier das Ziel der Behandlung sich verschiebt. Da ist das einfacher, wenn eindeutig ist, dass das Ziel der Behandlung nicht mehr die Lebensverlängerung ist.“

3.2.4.3. Mitverantwortung des Patienten

In einigen Interviews wurde betont, dass die Mitverantwortung des Patienten nur dann funktioniert, wenn sie die geänderte Medikation **nachvollziehen** könnten.

Dementsprechend wird von einigen Kollegen viel Aufwand betrieben, die Veränderungen zu erklären bzw. die getroffenen Entscheidungen deutlich zu machen (vgl. dazu auch Abschnitt 3.2.5.5. Kommunikation mit Patienten oder Angehörigen).

I7-50

Code: Patient\Mitverantwortung\Medikamentenkenntnis und -verständnis

Arzt/Ärztin: „Und frage die auch immer, wenn ich dann noch einmal vorne an der Rezeption diesen ausgedruckten Zettel sehe, ob das verstanden ist und was wir jetzt geändert haben. Wir markern das eigentlich mehr oder weniger zusammen. Wo ist jetzt das Medikament? Was haben wir jetzt geändert. Und dann lasse ich mir einen Stift geben und markiere das dann noch mal.“

I1-102

Code: Patient\Mitverantwortung

Arzt/Ärztin: „Man muss den Patienten schon mit viel Information versorgen, damit er tatsächlich in der Lage ist, auch gute Entscheidungen zu treffen.“

Des Weiteren wird in den Interviews beschrieben, dass die eigenverantwortliche Mitarbeit des Patienten die Möglichkeiten für eine Medikamentenreduktion erleichtere. **Eigenständige Kontrollen** von bspw. Gewichtsentwicklung bei Wassereinlagerungen oder Blutdruckkontrollen erlauben eine feinere Dosierung bzw. situativen Einsatz von Medikamenten. Auch Familienangehörige können mit eingebunden werden.

I7-18

Code: Patient\Mitverantwortung

Arzt/Ärztin: „Sie kriegt das Xipamid standardmäßig eine Halbe morgens und hat aber, wenn ihre Beine sehr dick werden, was eben hin und wieder passiert, das Torasemid, aber nur bei

Gewichtszunahme. Sie wiegt sich dann, und dann eben bei Bedarf.“

Diese Mitarbeit beinhalte auch, dass die Patienten den **Aufforderungen** ihres Hausarztes nachkommen, Spezialisten wie Kardiologen nochmals zu konsultieren oder gewisse Spezialuntersuchungen durchführen zu lassen.

I7-56

Code: Patient\Mitverantwortung

Arzt/Ärztin: „Dass ich denen sage, dass sie das bitte mit dem Kardiologen jetzt auch noch einmal besprechen sollen, ob sie wirklich all die Medikamente brauchen oder nicht. Kardiologie ist immer so das Häufigste.“

Umgekehrt berichten einige der Interviewpartner, dass **mangelndes** Verständnis und Kooperationsbereitschaft ihrer Patienten eine **passivere Haltung** des Arztes nach sich ziehen würden.

I9-29-31

Code: Patient\Mitverantwortung\Adhärenz\Vertrauen

Arzt/Ärztin: „Wenn ich merke, dass ich nicht auf Verständnis stoße und das auch nicht erwarten brauche, dann erlahmt mein Ansatz dann auch sehr schnell.“

Interviewerin: „Und dann?“

Arzt/Ärztin: „Dann bleibt es eben so wie es ist. Ist ja nicht meine Schuld.“

I9-33

Code: Patient\Lebensumfeld\Reaktion des Pat./Angehörigen

Arzt/Ärztin: „Manchmal sind die Patienten aber nicht imstande, das zu begreifen und wenn ich merke, dass mir das als böswillige Verweigerung ausgelegt wird, dann knicke ich sehr schnell ein und sage, komm, hier hast Du Dein Rezept. Und alles ist gut.“

3.2.4.4. Mangelnde Adhärenz

Die interviewten Hausärzte schilderten viele Beispiele mangelnder Adhärenz der Patienten.

I5-24

Code: Patient\Mitverantwortung\Adhärenz\Vertrauen

Arzt/Ärztin: „Und dann hat sie mal dies, mal das, mal jenes genommen. Ja, ich sag dann, wie nehmen Sie es denn jetzt regelmäßig? So wie besprochen oder nicht? Nein, nein, sie hätte das

jetzt abgesetzt. Sie hat nur noch homöopathische Medikamente, ob ich die wissen will?“

I6-73

Code: Patient\Mitverantwortung\Adhärenz\Vertrauen

Arzt/Ärztin: „Die sitzt jeden morgen am Kaffeetisch und dann macht sie wie beim Mühlespielen, setzt sie die Tabletten in eine Reihe und springt dann darüber. Und die, die übersprungen sind, die werden in den Papierkorb geworfen, sodass sie jeden Tag eine neue Auswahl hatte. Das ist echt gut gewesen. Dann habe ich sie mal gefragt, warum sie das macht. Dann hat sie gesagt, ja, dann hätte sie das Gefühl, das täte ihr besser. Sie nähme zu viele Tabletten. Sie hatte auch so 6 oder 8 Tabletten. Ihr ist nichts passiert bei ihrem Spiel.“

Auch **mangelnde Sorgfalt** mit dem Medikamentenplan ist ein Anhaltspunkt für unzureichende Adhärenz des Patienten.

I12-59

Code: Patient\Selbstmedikation

Arzt/Ärztin: „Wenn ich dann schon sehe, dass der Medikamentenplan schon gar nicht gefunden wird oder aus der hintersten Ecke gezogen wird, dann ist schon klar, dass er eigentlich gar nicht verwendet wird.“

Insbesondere bei alten Patienten komme nach Beobachtung der Kollegen der Aspekt einer möglichen **Überforderung** hinzu. Das Kennen der Medikamentennamen in Verbindung mit der Wirkung bzw. dem Anwendungsgrund und darüber hinaus das Erkennen/Identifizieren der Tablette dürfe nicht als selbstverständlich angesehen werden (vgl. dazu auch Abschnitt 3.2.5.5. Kommunikation mit Patienten oder Angehörigen). Zudem komme es vor, dass der gleiche Wirkstoff verschiedene Namen habe.

I8-71

Code: Patient\Mitverantwortung\Adhärenz\Vertrauen

Arzt/Ärztin: „Wenn ich jetzt frage: „Nehmen Sie das Bisoprolol morgens oder abends?“ Dann weiß sie nicht, ist das Bisolich, Bisohexal, Bisoprolol ... oder ob das die rote Tablette ist.“

I1-96

Code: Patient\Verhaltensdimension\Überforderung

Arzt/Ärztin: „Eine Zeit lang hat sie die Medikamente genommen, aber das war sehr schwierig, ihr das mit den Medikamenten zu stellen und dass sie die Medikamente richtig nimmt. Ich habe dann deutlich reduziert.“

Auch die **Einnahmeform**, insbesondere wenn es um selbst zu applizierende Spritzen gehe, könne zu Schwierigkeiten in der Therapie führen (vgl. dazu Abschnitt 3.2.3.2.1. Antidiabetika).

Des Weiteren beschrieben einige der Kollegen, dass viele Patienten nicht mit dem Hausarzt abgestimmte **Zusatzmedikationen** mit OTC-Präparaten vornehmen. Ein Hemmnis seien gelegentlich die Kosten für diese Präparate.

I6-13

Code: Patient\Verhaltensdimension\Selbstmedikation

Arzt/Ärztin: „Und dann eben halt auch so Mittel dabei, wo die Patienten, wo die die Wertigkeit nicht einschätzen, wie Vitamin- und Magnesiumpräparate und so.“

I11-46

Code: Patient\Verhaltensdimension\Selbstmedikation

Arzt/Ärztin: „Die nehmen ja schon genug. Und da ist es denen - und das müssen sie ja auch selber kaufen - und dann ist es für sie oft ein Kostenfaktor.“

Eine andere Schwierigkeit, die Medikation des Patienten im Auge zu behalten, sei die Tatsache, dass viele Patienten durch das Anfordern von **Wiederholungsrezepten** bewusst oder unbewusst eine längere zeitliche Distanz zum letzten Arztkontakt entstehen lassen.

I2-42

Code: Patient\Mitverantwortung\Adhärenz/Vertrauen

Arzt/Ärztin: „Ich hab relativ viele Patienten und das ist auch spezifisch für hier, das kannte ich vorher auch nicht, die sich total drücken und die brav ihre Medikamente holen und ansonsten echt versuchen, sich zu verweigern.“

I4-126

Code: Patient\Mitverantwortung\Adhärenz/Vertrauen

Arzt/Ärztin: „Die rufen ja manchmal nur ihre Medikamente ab, dann holen die nur ihr Rezept und wollen, dass ich unterschreibe und dann sind sie wieder weg.“

Ein weiterer Problempunkt sei die Verunsicherung des Patienten durch Inhalte der **Beipackzettel**, die häufig zu Ängsten und Unsicherheit führten.

3.2.4.5. Lebensumfeld des Patienten

Relevant für die Medikation sind die Lebensumstände des Patienten. Die Kollegen berichteten, dass die Menschen, die den Patienten umgeben, eine große Rolle spielten: seien es die Angehörigen oder das Pflegepersonal. Dieses **soziale Umfeld** entscheide mit darüber, wie komplex eine Medikation sein dürfe.

I1-43

Code: Patient\Lebensumfeld\Pflegepersonal

Arzt/Ärztin: „... habe dann versucht, gerade wenn die Patienten dement waren und hinfällig waren, schwerkrank, mit den Angehörigen über die Ziele der Behandlung zu sprechen. Ob das Ziel eine wirkliche Lebensverlängerung ist oder ob das Ziel eigentlich nur eine Symptomverbesserung ist.“

I5-26

Code: Patient\Mitverantwortung\Adhärenz/Vertrauen

Arzt/Ärztin: „Aber glaubst Du mal, wie ich die habe überreden müssen. Also die ist nicht freiwillig gegangen. Die musste man fast zwingen. Ein Glück war der Mann dabei, so dass man da ein bisschen über den Mann Einfluss nehmen konnte.“

Der Einfluss des Pflegepersonals wurde besonders hervorgehoben. Dieser sei aufgrund der **eingeschränkten Mobilität** der meisten Pflegeheimpatienten noch höher als der der Angehörigen einzuschätzen, bis hin zur Beeinflussung der Arztwahl.

I8-43

Code: Patient\Lebensumfeld\Pflegepersonal

Arzt/Ärztin: „Das ist, gerade im Pflegeheim arbeitet man ja sonst auch gegen das Personal im Pflegeheim und gegen die Angehörigen, man baut sich ja sonst nur Feinde auf, das geht nicht. Man ist die Patienten ja sonst auch ganz schnell los. Es gibt halt keine freie Arztwahl im Pflegeheim. Das wird ja vom Pflegepersonal bestimmt und wenn die mit dem Arzt zufrieden sind, dann ist gut, und wenn die nicht mit dem Arzt zufrieden sind, dann finden die schon Gründe, den Angehörigen einen anderen vorzuschlagen.“

I1-98

Code: Patient\Lebensumfeld\Pflegepersonal

Arzt/Ärztin: „Und mit dem Pflegedienst habe ich das besprochen und die fanden das eine gute Entscheidung. Also da die Medizin deutlich zurückzunehmen.“

Erschwerend wirke sich nach Bericht der Kollegen aus, wenn der Partner des Patienten nur eingeschränkt als „**Helfer**“ genutzt werden könne. Dann müsse auch eine Vereinfachung der Medikation geprüft werden.

I1-96

Code: Patient\Lebensumfeld

Arzt/Ärztin: „... wo sie völlig hilflos mit ihrem alkoholisierten Mann zu Hause, der das alles nicht geregelt hätte bekommen.“

Auch eine eingeschränkte **Wohnsituation** (Übergewicht, kein Aufzug, etc.), die dann Immobilität verursache, sei zu beachten.

I7-26

Code: Patient\Lebensumfeld

Arzt/Ärztin: „Und er sitzt also den ganzen Tag zu Hause und läuft also gar nicht mehr rum und ist sehr übergewichtig. Das ist natürlich auch nicht gerade sehr hilfreich dabei. Er wohnt im dritten Stock ohne Aufzug und kommt da eigentlich gar nicht mehr raus. Er hat eine Partnerin, die ihn mit versorgt, aber das ist eine auch häuslich schwierige Situation.“

3.2.5. Praktische Umsetzung einer Medikamentenrevision/-reduktion

Das letzte Unterkapitel behandelt die Befragungsergebnisse hinsichtlich der praktischen Umsetzung der Revisions- bzw. Reduktionsstrategien der Hausärztinnen und –ärzte. Die Aussagen werden hinsichtlich der folgenden 9 Dimensionen strukturiert:

- Absetzen
- Ändern der Medikation
- Abwarten
- Begleitende Maßnahmen
- Kommunikation mit Patienten oder Angehörigen
- Kommunikation über und mit Kollegen
- Medikamentenplan
- Rolle des Hausarztes
- Strukturelle und wirtschaftliche Aspekte der Praxis

3.2.5.1. Absetzen

Die Kollegen berichten darüber, dass das radikalste Absetzen bei präfinalen Patienten oder in palliativen Situationen erfolgt. In diesen Fällen wird häufig „auf-Null“ reduziert, lediglich die Medikamente zur Symptombehandlung werden beibehalten. Übereinstimmend berichten verschiedene Kollegen, dass es dabei zu erstaunlichen zwischenzeitlichen Zustandsverbesserungen kommt und sich die Belastung sowohl für den Patienten als auch für sein Umfeld spürbar reduziert.

I4-112-114

Code: Umsetzung\Absetzen\komplettes Absetzen

Arzt/Ärztin: „Das hängt von der Jugend des Patienten ab. Als die ganz Alten... Also innerlich tendiere ich eher zum Reduzieren. Man ist ja manchmal erstaunt, wenn dann jemand, von dem man annimmt, dass der präfinal ist, man setzt alles ab, wie gut es dem auf einmal wieder geht. Dieses Phänomen habe ich nicht nur einmal erlebt und das ist dann schon verblüffend, dass man sich fragt, was mache ich eigentlich da die ganze Zeit. Ich meine, der wird nicht lange leben, weil er auch immer eine tödliche Erkrankung hat, aber allein das Absetzen führt ja manchmal zu erstaunlichen Reaktivierungen.“

I8-33

Code: Umsetzung\Absetzen\komplettes Absetzen

Arzt/Ärztin: „Ja palliativ, wenn das wirklich so auch Patientenwunsch ist, dann reduziere ich auf Null bis auf rein symptomatische Behandlung. Dann ist mir alles egal und dann messe ich auch nichts und dann kontrolliere ich auch nichts mehr. Also symptomatisch, ja, und auf Null heißt dann auch Flüssigkeit auf Null.“

Die Kollegen berichten ebenfalls von einer hohen **Bereitschaft** zur Reduktion bei pflegebedürftigen oder dementen Patienten.

I8-24-25

Code: Umsetzung\Häufigere Kontrollen

Arzt/Ärztin: „Na, da sind ja meistens pflegebedürftige Patienten, demente, da versuche ich immer wieder nachzugucken, ob die Dosis noch gerechtfertigt ist und dann versuchen wir, immer wieder zu reduzieren. Und manchmal klappt es und manchmal klappt es nicht.“

Ein schrittweises Absetzen skizzieren die Kollegen, wenn im Praxisalltag oder nach **Krankenhausaufenthalt** eine Reduktion angangen werden soll. Das Absetzen erfolgt dann Medikament für Medikament.

I2-30-32

Code: Umsetzung\Absetzen\langsames Ausschleichen

Arzt/Ärztin: „Ja, ich mach Absetzversuche und manchmal ja auch erfolgreich. Aber ich versuche es immer sehr Stück für Stück zu machen. Nur eines zurzeit, nicht wie Garfinkel erst mal die Liste um die Hälfte zu reduzieren. Ich bin da eher vorsichtig. Ich guck eher, dass man mal eine halbe Tablette nimmt und guck, ob es eine Rückmeldung gibt. Und dann gehe ich mal ganz raus nach 3 Wochen und mache das eher ein bisschen behutsamer.“

Interviewerin: „Und das nur jeweils mit einem Medikament... „

Arzt/Ärztin: „Ja, lieber nur mit einem Medikament zurzeit. Dass ich einfach abschätzen kann, was da ist.“

Nur zwei Kollegen berichteten, dass sie sich mit dem „**Ausprobieren**“ schwertun.

I6-25

Code: Umsetzung\Absetzen\Auslassversuch

Arzt/Ärztin: „Und in so ein Individualexperiment zu gehen, mal versuchen, das eine wegzulassen und mal das andere, das fällt dann doch schwer. Das mache ich dann auch nicht.“

Als eine Variante für das Absetzen beschreiben die Kollegen das **langsame Ausschleichen** im Sinne einer schrittweisen Reduktion der Dosis.

I3-10

Code: Umsetzung\Absetzen\langsames Ausschleichen

Arzt/Ärztin: „Es sind Medikamente bei älteren Patienten, durch die sie ruhig gestellt werden, weil sie im Krankenhaus unruhig sind und dann eben die Nachtmedikation relativ hoch ist und auch, ich kann jetzt kein Alter sagen, aber sehr häufig zu hoch dosiert sind. Und dann kommen die Patienten und sagen: „Ich bin so müde.“ Oder die Angehörigen kommen und sagen: „Der ist so verwirrt.“ Das ist auch etwas, was ich zu Hause sehr schnell wieder reduziere, ausschleiche und gucke wie es dann ist.“

Schließlich wird auch gerne die **Bedarfsverordnung** von einigen befragten Kollegen genutzt. Diese wird auch als Vorstufe zum Absetzen eingesetzt.

I2-56

Code: Umsetzung\Medikation ändern\Wechsel in Bedarfsverordnung

Arzt/Ärztin: „Erst einmal die Bedarfsverordnung und dann später, wenn die nie in Anspruch genommen wird, dann kann man später ganz raus nehmen oder lässt es noch so ein bisschen im Hintergrund. ... eine abgesprochene Bedarfsverordnung, da gibt es ja verschiedene

Situationen, aber es ist eben, finde ich im Zusammenhang mit dem Absetzen oder mit dem Medikamente reduzieren ganz gut zu nutzen.“

3.2.5.2. Ändern der Medikation

Als weitere Variante der Medikationsrevision wurde von den Interviewpartnern die Medikationsveränderung gesehen. Zum einen beschrieben sie die **Dosisanpassung**. Hierbei ging es weniger um ein Absetzen, als darum, den Wirkstoff durch Ausprobieren und Feinjustieren auf ein Minimum zu reduzieren.

I3-12

Code: Umsetzung\Medikation ändern\Dosisanpassung

Arzt/Ärztin: „Er hat ein Kilo oder eineinhalb Kilo in 2 Tagen zugenommen, dann haben wir ein bisschen mehr Diurese gemacht, dann haben wir es wieder rausgenommen, dass wir so ein bisschen spielen mit den Medikamenten bei den einzelnen Präparaten.“

Ebenso wurde die Möglichkeit der **Kombinationspräparate** als relevante Option dargestellt. Ihr zentraler Vorteil sei die Verbesserung der Compliance, nachdem eine Austestung der Einzelmedikamente erfolgt sei.

I3-12

Code: Umsetzung\Medikation ändern\Dosisanpassung\Kombipräparate

Arzt/Ärztin: „Sonst bin ich schon so ein bisschen Verfechter der Kombipräparate geworden über die Jahre, weil ich gesehen habe: die Compliance ist dann einfach besser. Patienten sagen dann nicht: oh, ich muss so viel nehmen oder nehmen dann auch nur abends ein bisschen oder nehmen hier ein bisschen. Die haben das Kombipräparat und das nehmen sie einmal täglich und da dürfen sie auch nicht mit spielen. Und dann kommen die eigentlich auch ganz gut aus.“

I5-34

Code: Umsetzung\Medikation ändern\Dosisanpassung\Kombipräparate

Arzt/Ärztin: „Ich versuche schon möglichst wenig zu geben, und ich versuche es auch zu kombinieren und zusammenzuziehen. Ich stelle mir immer vor, der Patient muss morgens 10 solche Dinger nehmen, das finde ich mühsam und das ist auch so, dass die das sicher auch häufig vergessen.“

Der **Wechsel** eines Medikaments wurde auch thematisiert. Insbesondere wurden Unverträglichkeiten angesprochen.

3.2.5.3. Abwarten

Die interviewten Hausärztinnen und –ärzte gaben bezüglich des Abwartens bzw. des Weiterführens einer Medikation recht heterogene Gründe an. Ein Aspekt ist hier wie schon oben erwähnt der Stress im Praxisalltag und der damit verbundene **Zeitmangel**, der letztlich in einer Weiterführung resultiert (vgl. Kapitel 3.2.5.9 Strukturelle und wirtschaftliche Aspekte der Praxis).

Ein anderer Aspekt, die Medikation nicht zu revidieren, ist der individuelle Eindruck des Kollegen, dass die angesetzte **Verschreibung angemessen** ist und es dem Patienten gut geht. Dann werde nichts verändert, aber einmal jährlich kontrolliert.

I13-47

Code: Umsetzung\Abwarten\keine Umsetzung

Arzt/Ärztin: „Also von mir aus, wenn es einer nimmt und es geht ihm gut, werde ich nichts ändern.“

I8-23

Code: Umsetzung\Abwarten

Arzt/Ärztin: „Aber wenn jemand mit einem recht umfangreichen Behandlungsplan lange gut fährt, dann kontrolliere ich lieber einmal im Jahr, aber verändere das nicht.“

Gleiches wurde auch berichtet, wenn der Patient in einem **labilen Zustand** ist. Dann werde das Risiko nicht eingegangen, die Medikation zu verändern.

I12-17

Code: Umsetzung\Abwarten\keine Umsetzung

Arzt/Ärztin: „21 Medikamente, die auf dem Medikamentenplan stehen. Das finde ich jedes Mal, wenn ich diesen Plan ansehe, hoch belastend, aber es ist alles so für sich irgendwo noch begründet und nachvollziehbar, aber trotz allem fühle ich mich damit nicht wohl. Also das ist etwas bei dieser Patientin, die 65 Jahre alt ist, sauerstoffpflichtig zu Hause, wo ich mich dann auch nicht traue, da irgendwas zu Hause anzufassen.“

Dem Wunsch bei betagten Patienten, die Anzahl der Medikamente zu reduzieren, stünden häufig auch **Ängste des Arztes** gegenüber, dass sich eine zuvor stabile Situation anschließend verschlechtere – nach dem Motto: “never change a winning team“.

I12-21

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des
Arztes\Schwierigkeiten/Unsicherheit\ "never-change-a-winning-team"

Arzt/Ärztin: „Dass man jetzt wirklich dabei geht, jemand ist von 75 auf 80 oder auf 85 gegangen mit seinem Alter, das lief jetzt die ganze Zeit, wir machen jetzt einfach mal einen drastischen Schnitt und gehen mal runter von acht auf vier Medikamente, das wünsche ich mir eigentlich irgendwo im Hinterkopf, aber das habe ich so bisher eigentlich nicht für mich so etabliert. Da habe ich dann selber durchaus auch Sorge, mit so einem drastischen Schnitt dann eine Situation, die eigentlich so stabil ist, zu gefährden.“

Des Weiteren sagten die Interviewten, dass sie sich auch häufig auf das Urteil und die **Empfehlung** der Fachspezialisten verließen und die Medikamente zunächst beibehalten.

I2-6

Code: Umsetzung\Abwarten\Übernahme/Weiterführen der Medikamente

Arzt/Ärztin: „Dass ich doch das Gefühl hab, die machen sich Gedanken und ich schmeiß die Medikation nicht erst mal komplett um und sag: ich weiß es besser und ich mach es so wie vorher. Ich mein, dann brauch ich sie mitunter auch gar nicht erst einweisen.“

I6-27

Code: Umsetzung\Abwarten\Übernahme/Weiterführen der Medikamente

Arzt/Ärztin: „Tja, ich schreibe die Mittel auf, die da empfohlen worden sind und auch leitliniengerecht zu den einzelnen Erkrankungen passen. Und passe auf und sage dann dem Patienten, es ist also schwierig, da jetzt den Überblick zu behalten, aber im Moment sieht es so aus, als wenn Sie die erst mal nehmen müssen.“

Einige Kollegen berichten aber auch etwas resigniert, dass regelmäßige **Krankenhausaufenthalte** wiederholt die gleiche Medikation nach sich zögen, sodass eine Änderung nicht möglich sei.

I9-79

Code: Umsetzung\Abwarten\Übernahme/Weiterführen der Medikamente

Arzt/Ärztin: „Wenn die Patienten regelmäßig bei Kardiologen oder bei Krankenhäusern auflaufen, die das denn sowieso wieder ansetzen, ihren Leitlinien folgend, da lasse ich es dann drin stehen.“

Schließlich gibt es auch bei den interviewten Kollegen Beispiele dafür, dass die Verabreichung von Medikamenten auch als **Wertschätzung** empfunden wird. Diese

Empfindung war spiegelbildlich in Abschnitt 3.4.2.1. Patientenpräferenz schon aus Sicht des Patienten aufgezeigt worden.

I2-22

Code: Umsetzung\Abwarten

Arzt/Ärztin: „Ich finde, das hat auch ein Symbol von, man gibt damit ein Stückchen den Patienten auf oder lässt die Hoffnung sinken. Und wenn die das gut vertragen und schon lange haben, mache ich das mitunter erst recht spät, wenn die auch nicht mehr schlucken können. Oder wenn sie klagen und sagen, das sind so viele Medikamente. Aber da hab ich doch `ne Scheu, so ein Signal auszusenden, wir haben Sie aufgegeben, das lohnt nicht mehr bei Ihnen hier.“

3.2.5.4. Begleitende Maßnahmen

Wesentlich für die Begleitung einer Revisionsstrategie sind nach Ansicht der Kolleginnen und Kollegen **Kontrollen** (vgl. dazu auch Abschnitt 3.2.4.3. Mitverantwortung des Patienten). Sei es, um Indikationen für eine mögliche Reduktionsmöglichkeit zu bekommen oder sei es für die Überwachung einer Medikationsveränderung.

I8-19

Code: Umsetzung\Häufigere Kontrollen

Arzt/Ärztin: „Ich gucke es mir an, inwieweit das sinnvoll ist. Ich bin ein Kontrollfreak. Ich kontrolliere relativ viel auch dann Blutwerte, Nierenwerte, Mineralien und schaue, ob man was ändern kann, aber da ich die meisten Patienten ja langfristig betreue, ist die Änderungsfrequenz nicht so häufig.“

Dementsprechend eigne sich der **ambulante Bereich** besser als der stationäre für eine Revision oder Reduktion der Medikamente, wenn häufiger Kontrollen gemacht werden.

I6-29

Code: Umsetzung\Häufigere Kontrollen

Arzt/Ärztin: „Man sagt ja immer, dass außerhalb der Klinik zu ändern wäre gefährlich, ich halte das umgekehrt. Innerhalb der Klinik werden die Medikamente anders wirken als im häuslichen Bereich. Also wir haben es eigentlich leichter, wenn wir die Möglichkeit sehen, den Patienten häufiger zu sehen. Bis zu drei mal in der Woche, dann klappt das.“

Ein wichtiger Baustein ist nach Ansicht der Interviewpartner auch die **Transparenz** über die Medikamente, die real genommen werden. Einige Kollegen nannten hierfür die „**Brown-Bag**“-Methode.

I13-33

Code: Umsetzung\Häufigere Kontrollen\Brown Bag

Arzt/Ärztin: „Diese narrative Geschichte mit den Patienten machen, also die sollen mit ihrer Tüte kommen, was sie so schlucken und sollen mir dann mal erzählen, was sie glauben, wozu sie das nehmen.“

I3-32

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Schwierigkeiten/Unsicherheit

Arzt/Ärztin: „Dann frage ich: Was nehmen Sie denn eigentlich? Oder bringen Sie mal alles mit! Nehmen Sie Vitamine auch ein oder nehmen Sie etwas frei Verkäufliches, das Pantoprazol, frei verkäuflich, bei einem Marcumar-Patienten, den ich nicht einstellen kann. Also da sehe ich eher ein Problem. Dass neue, immer häufiger frei verkäufliche Medikation und dass ich häufig nicht weiß, was bekommen sie von anderen. Das fällt mir immer mehr auf.“

Als weitere Dimension, die im Wesentlichen vom Patientenverhalten dominiert wird, benannten die befragten Hausärztinnen und –ärzte die **Ernährung**. Eine verbesserte und bewusstere Ernährung eröffnet Möglichkeiten zur Medikationsveränderung oder Dosisanpassung.

I7-28

Code: Umsetzung\Begleitende Maßnahmen\Ernährungsumstellung

Arzt/Ärztin: „Ja, ich habe das umgestellt. Ich hatte ihn vorher auf orale Antidiabetika umgestellt und hatte mit ihm auch eine ausführliche Ernährungsberatung gemacht, weil er sehr falsch gegessen hat und es einfach auch nicht wusste, was so ein bisschen sinnvoller ist. Und dadurch, dass er sich so gar nicht bewegt, ist natürlich wichtig zu gucken, wie er sich ernährt und das konnte der sehr gut annehmen und dann war also auch die orale Einstellung sehr gut bei ihm.“

Das Zusammenspiel von Kontrolle und Ernährung sowie die damit verbundene **Feinjustierung** beschreibt beispielhaft ein Kollege.

I6-53

Code: Umsetzung\Häufigere Kontrollen

Arzt/Ärztin: „Das ist ja, so manche von den Rentnern mögen das gern, und ich mache nicht die wöchentliche Kontrolle, meistens reicht eine zwei- bis dreiwöchentliche Kontrolle. Manchmal auch die vierwöchentliche. Und die kriegen so einen kleinen Zettel mit, wo auf keinen Fall

drinsteht, dass sie kein grünes Gemüse essen dürfen, sondern ich versuche das so zu machen, wenn sie mal eine große Grünkohlschale essen, dann nehmen sie eine Viertel Marcumar mehr und kommen vielleicht ein paar Tage früher zum Messen.“

Die Interviewpartner erwähnten auch die Rolle von **Bewegung**. Auch physiotherapeutische Maßnahmen beeinflussen die Medikationsüberlegungen.

3.2.5.5. Kommunikation mit Patienten oder Angehörigen

Die Kommunikation mit dem Patienten oder den Angehörigen wird von den befragten Kolleginnen und Kollegen für die wirksame Reduktion der Medikation als sehr wichtig empfunden. Nach Einschätzung der Kollegen sei die **Erklärung der Maßnahmen** eine zentrale Aufgabe des Hausarztes und sei bedeutsam für eine gemeinsame Entscheidungsfindung.

I6-60-61

Code: Umsetzung\Kommunikation\Patienten/Angehörige

Interviewerin: „Wenn Sie Medikamente umstellen, besprechen Sie das dann mit Ihren Patienten genau?“

Arzt/Ärztin: „Ja, das ist auch ganz wichtig. Also, das halte ich für eine der wichtigsten Tätigkeiten des Hausarztes.“

I1-43

Code: Umsetzung\Kommunikation\Aufklärung

Arzt/Ärztin: „Und wenn der Patient selbst entscheiden kann, dann muss er das selber entscheiden, was er will. Ja man muss ihm nur klarmachen, warum er die Medikamente nimmt, das wissen manche Patienten nicht. Manche Patienten denken, das Statin sei dazu da, irgendetwas zu behandeln. Und nicht dazu da, um ein in Zukunft vielleicht oder nicht auftretendes Ereignis zu verhindern. Die Patienten müssen da sehr gut informiert werden, um an dieser gemeinsamen Entscheidung überhaupt substantiell teilnehmen zu können.“

I1-106

Code: Umsetzung\Kommunikation\Patienten

Arzt/Ärztin: „Und da wissen die Patienten oft nicht so genau, was eigentlich Wirksamkeit bedeutet. Und das ist schwer, denen das klar zu machen, ganz schwer. Und dann würden sie besser entscheiden, wenn sie das wüssten.“

I1-30-31

Code: Umsetzung\Kommunikation\Patienten\Angehörige

Arzt/Ärztin: „Das musste ich mit ihm besprechen, dass ich anderer Meinung bin und damit war er dann aber auch einverstanden; ich hatte ihm zugesagt, dass ich sofort komme, wenn etwas passiert.“

Einige Befragte erklärten, dass sie **zurückhaltender** beraten, wenn sie die Krankenhausmedikation zurücknehmen, um die Patienten nicht zu verwirren.

I3-16

Code: Umsetzung\Kommunikation\Patienten\Angehörige

Arzt/Ärztin: „Ich erkläre nicht so häufig, wenn ich meine alte Medikation wieder gebe, weil das verwirrt den Patienten, finde ich. Dann sage ich: ja, im Krankenhaus, die kennen Sie nicht so lange und ich möchte das dann aber doch weiter geben, ... unter denen ist es Ihnen gut gegangen.“

Um die Kommunikation mit den Patienten zu erleichtern, erwähnten einige Hilfsmittel zur Veranschaulichung. Eines ist beispielsweise die „**Smiley-Tabelle**“ des Arriba-Index.

I2-22

Code: Umsetzung\Kommunikation\Patienten\Angehörige

Arzt/Ärztin: „Es gibt da ja auch so wie Arriba so Smiley, die hab ich mal aus diesem List-Server, hab da irgendwie einen Zettel mit 100 Smileys und hab gesagt, gucken Sie, die acht retten wir, die zwei kriegen eine Blutung, so ist Ihr Risiko, wollen Sie es nehmen oder wollen Sie es nicht nehmen?“

Die interviewten Kollegen wiesen darauf hin, dass der Patient seine Medikation kennen müsse. Das sei gerade bei älteren Patienten eine **Herausforderung**.

I8-71

Code: Umsetzung\Kommunikation\Patienten\Angehörige

Arzt/Ärztin: „Wir haben ja mit den alten Menschen zunehmend Schwierigkeiten, über die Medikamente überhaupt zu sprechen.“

I6-73

Code: Umsetzung\Kommunikation\Patienten\Angehörige

Arzt/Ärztin: „Und ich sage denen immer: „Lernen Sie es auswendig. Das kann Ihnen Ihr Leben retten.“ Tun viele, aber mit dem Auswendiglernen, ich weiß auch nicht, gerade

Medikamentennamen, irgendwie kommen die nicht in die Köpfe rein. Dann muss ich manchmal mit denen noch mal reden, wenn ich das Gefühl habe, irgendwie klappt das nicht.“

Die Rolle der Angehörigen in der Kommunikation wird von den Hausärztinnen und Hausärzten **zweiseitig** gesehen.

Zum einen sind die Angehörigen ein wichtiger **Helfer** für den Hausarzt und den Patienten für die Umsetzung der Medikation. Dann werden sie auch in die Kommunikation einbezogen.

Zum anderen wurden auch verschiedene Beispiele genannt, in denen das Gespräch mit den Angehörigen, falls möglich, vermieden wird, da dieser zusätzliche **Kommunikationsaufwand** ein Zeitproblem darstelle.

I2-9-12

Code: Umsetzung\Kommunikation\Patienten/Angehörige

Interviewerin: „Sie besprechen das immer mit Ihren Patienten?“

Arzt/Ärztin: „Ganz überwiegend.“

Interviewerin: „Und mit den Angehörigen auch?“

Arzt/Ärztin: „Oh, ich versuche Angehörigengespräche zu vermeiden. Wenn es denn sein muss. Manche wollen ja alles wissen und auch über Medikamente lange diskutieren, das kostet ja einfach wahnsinnig viel Zeit mit dem Angehörigen, das zu bekakeln. Wenn da noch, dann ist die Schwiegertochter, die redet aber nicht mit der Tochter, dann habe ich drei verschiedene Parteien, die nicht miteinander gut reden und unterschiedliche Dinge wollen, wenn ich nicht muss, dann lass ich das schön sein.“

I13-67

Code: Umsetzung\Kommunikation\Patienten/Angehörige

Arzt/Ärztin: „Dann ist ja auch manchmal so, da ist einer der Chef im Ring, der Patient sitzt da und sagt nichts. Und der Ehemann oder die Ehefrau, das gibt es ja in allen Kombinationen führt das Gespräch von hinten. Es hat auch keinen Zweck, wenn ich versuche, das zu unterbinden. Das ist auch im Privaten ja dann so.“

3.2.5.6. Kommunikation über und mit Kollegen

Ein Gesprächsthema, das von vielen Interviewpartnern als speziell beschrieben wurde, ist die Diskussion über Verschreibungen von Spezialisten. Eine Überweisung habe

gelegentlich eine **Verordnung** zur Folge, die aus hausärztlicher Sicht nicht sinnvoll sei. Den Patienten mit diesem Problem zu belasten, sei zum Teil schwierig.

I11-74

Code: Umsetzung\Kommunikation\Patienten/Angehörige

Arzt/Ärztin: „Ich schicke ja jemandem zum Facharzt, weil der Patient sich von dem noch eine speziellere Behandlung wünscht. Und dann kann ich schlecht als Hausarzt sagen, das Medikament können Sie aber gar nicht nehmen.“

Andererseits beschreiben einige Kolleginnen und Kollegen, dass sie die Patienten auch darauf hinweisen, dass manche Medikationen von Spezialisten nach ihrer Einschätzung **eingeschränkt wirksam**, aber teuer sind.

I13-61

Code: Umsetzung\Kommunikation\Patienten/Angehörige

Arzt/Ärztin: „Also, nein, die Messung dieser Spurenelemente vom Labor halte ich für Schwachsinn. Das sage ich denen auch so: „Können Sie gerne machen, ich verdiene mein Geld damit, aber ich persönlich verbiete meiner Frau, sich solche Werte abnehmen zu lassen.“ Man weiß gar nicht, was man da eigentlich misst. Bei gewissen Indikationen wird Zink ja zum Beispiel ganz gern gemacht. Also, Sie können sich ja zum Beispiel für 300 Euro beim Dermatologen den Haarausfall diagnostizieren lassen, zum Schluss kriegen Sie Zink aufgeschrieben. Das sage ich denen auch schon vorher: „Sparen Sie sich die 300 Euro, dafür kriegen Sie echt eine Menge Zink. Und versuchen Sie es einfach mal so.“

Ebenso schildern die Interviewpartner das Verhältnis zu den Spezialisten sehr vielschichtig. Sie beschreiben viele Beispiele **positiver Zusammenarbeit**.

I3-23-24

Code: Umsetzung\Kommunikation\mit Spezialisten

Interviewerin: „Und mit den niedergelassenen Spezialisten funktioniert das gut im Gespräch?“

Arzt/Ärztin: „Das funktioniert hier sehr gut. Das mache ich auch, da kann man auch mal fragen: warum eigentlich? Ist da was an mir vorbeigegangen? Gibt es wirklich etwas Neues, was ich jetzt nicht weiß? Das mache ich schon und das geht nett. Und dann kommt auch anderes vor, dass die Niedergelassenen mal hier anrufen und sagen: wir haben umgestellt, weil...Heute war auch ein gynäkologischer Kollege, der hier angerufen und sagte: „Ich wollte Ihnen das nur mal kurz sagen, ich habe die Therapie jetzt ein bisschen verändert.“ Das läuft gut und das ist hier auch schön. Doch das läuft sehr gut, ja.“

Die intensive Kommunikation wird als wichtige Basis skizziert. Meist aufgrund intensiver **fachlicher Diskussionen**, die noch gefördert wird, wenn es **strukturelle Vorteile** einer engeren räumlichen oder organisatorischen Zusammenarbeit gibt.

I3-22

Code: Umsetzung\Kommunikation\mit Spezialisten

Arzt/Ärztin: „Dass ich da dann noch mal nachfrage und sage: warum, oder können Sie sich das erklären? Da ist einfach der Kontakt besser zu den niedergelassenen Kollegen als zu den Krankenhauskollegen.“

I5-60

Code: Umsetzung\Kommunikation\mit Spezialisten

Arzt/Ärztin: „Da haben wir natürlich die gute Situation, dass wir da einen guten Diskurs haben und dann spreche ich mit dem Diabetologen, wie das so ist.“

I10-9

Code: Umsetzung\Kommunikation\mit Spezialisten

Arzt/Ärztin: „Außerdem kann ich da immer noch mal den Kardiologen fragen, wie er das sieht. Das ist hier so eine ganz gute Situation, wenn man sich selbst nicht sicher ist.“

Einige der interviewten Hausärztinnen und -ärzte beschrieben auch, dass sie sich gerne bei den Spezialisten **rückversichern** bzw. um nochmalige Klärung bitten.

I7-58

Code: Umsetzung\Kommunikation\mit Spezialisten

Arzt/Ärztin: „Würde ich dann aber auch mit demjenigen, der ihn reingepackt hat, besprechen oder zumindest dem Patienten mitgeben, dass er bei der nächsten Kontrolle das mit dem Kardiologen oder so bespricht, warum das ein Betablocker da sein muss.“

Auf der anderen Seite wurde aber auch dargestellt, dass die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** nicht immer gut funktioniert. So monierten einige Kollegen, dass sie von vielen Spezialisten keine Informationen mehr erhielten bezüglich neuer oder veränderter Medikamente und dass sie häufig gar nicht wüssten, ob die Patienten in der Zwischenzeit einen Spezialisten aufgesucht hätten.

I3-30

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Schwierigkeiten/Unsicherheit

Arzt/Ärztin: Wir wissen gar nicht: war er da? Vom Kardiologen kriegen wir noch die Berichte, vom Urologen manchmal, vom Orthopäden nie. Vom Gynäkologen nicht, also da weiß ich auch nicht, kriegt sie jetzt hormonell irgendwas anderes. Also das kommt häufig vor.

Des Weiteren gebe es auch eine gegenseitige „**Vorverurteilung**“ und es werde kein konstruktives Miteinander mehr gesucht.

I2-13

Code: Umsetzung\Kommunikation\mit Spezialisten

Arzt/Ärztin: „Es gibt ja so Pappenheimer, die schreiben nie Briefe und die rufe ich dann auch nicht an; wenn die mir nicht einmal einen Brief schreiben, dann mach ich auch, was ich will. Und manchmal, in seltenen Fällen, fragt man dann nach.“

Insbesondere wird beschrieben, dass die Berichtserstellung bzw. der gegenseitige Informationsaustausch häufig mangelhaft ist und die Spezialisten eine eher **fachzentrierte Betrachtung** auf den Patienten haben.

I11-74

Code: Umsetzung\Kommunikation\mit Spezialisten

Arzt/Ärztin: „Es wird im Alltag nicht umgesetzt, es ist immer viel Theorie, aber es wird in der Praxis wenig umgesetzt und auch, wenn man Fachärzte drauf anspricht, die haben, wenn ich jemanden zu einem Facharzt schicke, und der setzt ein Medikament an, den interessiert meistens gar nicht, was der Patient noch anderes nimmt.“

I9-37

Code: Umsetzung\Kommunikation\mit Spezialisten

Arzt/Ärztin: „Es gibt nur einige wenige Fälle, wo wir mit den Onkologen, mit den Kardiologen dann da noch mal eine Abstimmung haben. Wir merken, dass grade die Kardiologen in den Krankenhäusern sehr leitliniengerecht arbeiten und alles was gut und teuer ist, aufschreiben und auch vorschreiben, fast schon welches Präparat genommen werden soll.“

So skizzieren die Kolleginnen und Kollegen gelegentlich Situationen, in denen sie es dem Patienten **überlassen**, ob sie dem Medikationsvorschlag des Spezialisten oder dem des Hausarztes folgen.

I1-51

Code: Umsetzung\Kommunikation\mit Spezialisten

Arzt/Ärztin: „Ja, haben wir schon darüber gesprochen und ... meistens gab es da eine Einigung mit den Spezialisten. Wenn es keine Einigung gab, dann musste der Patient dann zu der Verordnung dieser Medikamente seinen Spezialisten aufsuchen. ... ich verschreibe das dann nicht mehr. Dann muss der Patient dann entscheiden und wenn er sich für den Spezialisten entscheidet, dann muss er auch denn da hingehen und sich die Medikamente dort holen.“

Hier werden auch **Budgetgründe** aufgeführt, die dazu führten, dass meist neuere, teure Medikamente aus der fachärztlichen Versorgung nicht durch den Hausarzt verordnet würden.

I13-45

Code: Umsetzung\Kommunikation\mit Spezialisten

Arzt/Ärztin: „Da wir hier eigentlich alles aufschreiben, gibt es natürlich manche, die mich unter Budgetzwängen eher mal zum tief Durchschnappen veranlassen. Wenn ich einen Sinn dahinter erkennen kann, dann würde ich das auch machen. Es müssen eben Medikamente sein, die ich selber kenne. Ich schreib nicht irgendetwas Teures auf, was ich selber nicht gehört habe. Dann muss es der Spezialist machen. Oder dann muss er mir eine Fachinformation schicken. Also manchmal geht es um Medikamente, die ganz neu sind, wo dann die Tablette 50 Euro kostet, und die die Patienten dann drei mal am Tag nehmen sollen, dann sag ich: „Das musst Du selber aufschreiben.“

Ebenso schildern einige, dass Sie die Abstimmung gar nicht mehr suchen, sondern aufgrund ihrer **eigenen Expertise** „unabgestimmt“ entscheiden.

I6-31

Code: Umsetzung\Kommunikation\mit Spezialisten

Arzt/Ärztin: „Also manchmal, wenn es absolut absurd ist, dann bespreche ich das nicht mehr. Hab ich früher manchmal angerufen und gefragt: Was soll der Quatsch?“

I13-41

Code: Umsetzung\Kommunikation\mit Spezialisten

Arzt/Ärztin: „Also ich rufe nicht an, um um Erlaubnis zu fragen, sondern ich rufe eigentlich an als Feed-back oder ich rufe an, wenn ich etwas überhaupt nicht verstehe.“

Auch hinsichtlich der **Kollegen im Krankenhaus** skizzieren die Hausärzte ein zweiseitiges Bild. Auf der einen Seite wird herausgestellt, dass die Kommunikation

hinsichtlich der **Erreichbarkeit** und aufgrund der verschiedenen Kompetenzstufen im Krankenhaus schwierig sei.

I2-6

Code: Umsetzung\Kommunikation\Krankenhaus

Arzt/Ärztin: „Und meine Erfahrung ist, dass da hinterher zu telefonieren auch völlig unsinnig ist, da kriegt man doch nicht den entscheidenden Kollegen.“

I6-31

Code: Umsetzung\Kommunikation\Krankenhaus

Arzt/Ärztin: „Mit Assistenzärzten zu sprechen, ist manchmal schwierig, weil da ist eine wahnsinnige Lücke in den pharmakologischen Kenntnissen. Manche Oberärzte, ist auch schwierig, die sich nicht so dafür interessieren, aber meistens klappt das gut. Und bei Chefärzten habe ich die Erfahrung gemacht, die sagen: ja, ja, selbstverständlich haben Sie Recht. Die möchten möglichst nicht in irgendeinen Konflikt kommen.“

Diese Kommunikationsschwierigkeiten resultieren in einer „**eigenverantwortlichen**“ **Position** der Hausärzte gegenüber den Krankenhauskollegen, die bewusst auf eine Abstimmung bzw. Klärung verzichteten.

I3-22

Code: Umsetzung\Kommunikation\Krankenhaus

Arzt/Ärztin: „Da ist einfach der Kontakt besser zu den niedergelassenen Kollegen als zu den Krankenhauskollegen. Also, ne, das mache ich nicht. Ich rufe da nicht an und frage: warum haben Sie das jetzt gegeben? Das war früher immer sehr – vielleicht hat sich das heute gebessert – das war früher immer Niedergelassener-Krankenhaus war immer irgendwie ein Konkurrenzdenken. Das mache ich jetzt nicht mehr. Jetzt bin ich selbstbewusst und erfahren genug und sage, das muss ich jetzt nicht mehr.“

I8-7, 9

Code: Umsetzung\Medikamentenplan\Wechsel auf vorherigen Mediplan

Arzt/Ärztin: „Ja, natürlich schaue ich mir den Entlassungsbericht an und schlage häufig die Hände über dem Kopf zusammen und bleibe dann bei meiner Sache. ... Es ist für mich eigentlich fast immer entscheidend, warum waren die im Krankenhaus? Lag das an irgendwelcher Medikation oder war das irgendeine interkurrente Erkrankung? Und ansonsten schaue ich mir den Entlassungsplan an und in der Regel – und das war garantiert auch bei allen letzten drei Patienten so – gehe ich wieder auf die Vormedikation und lass mich überhaupt nicht vom Krankenhaus beeinflussen.“

Auf der anderen Seite beschreiben einige der interviewten Hausärztinnen und –ärzte auch ihr Bemühen um eine Abstimmung mit dem Krankenhaus. Ein Kollege berichtet von der Formulierung eines Musterarztbriefes, in dem Begründungen für Medikationswechsel im Krankenhaus enthalten seien.

I6-9-11

Code: Umsetzung\Kommunikation\Krankenhaus

Arzt/Ärztin: „Die hier von Krankenhaus X, die wissen, dass sie meine Medikamente möglichst nicht verändern, weil ich sonst immer anrufe und frage, warum. Und vor einiger Zeit habe ich mal so einen Musterarztbrief für die Ärztekammer erstellt, was wir auch herumgeschickt haben, was eigentlich auch gemacht werden sollte und dann sollte ja auch immer eine Extrabegründung gegeben werden, wenn Medikamente geändert werden von Krankenhäusern. Das wäre der Idealzustand: wenn also einer von Metoprolol auf Bisoprolol oder umgekehrt umgestellt wird, dann muss er einen triftigen Grund dafür haben.“

Schließlich erwähnten die Interviewpartner auch noch die **Apotheker**. Diese geben gelegentlich Hinweise auf Wechselwirkungen von verschriebenen Medikamenten.

I11-26-28

Code: Umsetzung\Kommunikation\Apotheke

Arzt/Ärztin: „Oder was wir auch haben, hier in Stadt X haben viele Patienten ihre Hausapotheker. Die Hausapotheker kontrolliert ja auch auf Wechselwirkungen.“

Interviewerin: „Genau. Werden Sie denn da auch häufig angerufen?“

Arzt/Ärztin: „Nicht häufig. Wir werden manchmal angerufen, aber es ist auch nicht immer so, dass man das dann ändert, weil man denkt, der Benefit für den Patienten durch die Medikamente ist dann doch größer oder man sieht keine Alternative, als das einfach wegzulassen.“

3.2.5.7. Medikamentenplan

Der Medikamentenplan ist für zahlreiche interviewte Kollegen ein **zentrales Arbeitsinstrument**, das zu verschiedenen Zeitpunkten bei der Revision der Medikamente genutzt wird.

I12-59

Code: **Umsetzung\Medikamentenplan\Medikamentenplan überarbeiten**

Arzt/Ärztin: „Ich persönlich finde es von der Handhabung der Medikamente her auch durchaus hilfreich, mit dem Plan durchaus selber zu arbeiten. Hilfreicher als jetzt in meinem Praxisprogramm die Medikamente durchzusehen, insofern, ich benutze den Medikamentenplan ganz regelmäßig in ganz vielen Etappen.“

Seine Aktualität wird als **Qualitätskriterium** empfunden, so dass er häufig bei Neuübernahmen von Patienten oder anderen Veränderungen aufwendig gepflegt wird.

I5-36

Code: **Umsetzung\Medikamentenplan**

Arzt/Ärztin: „Ich fand das im Krankenhaus selber schon absolut also inakzeptabel, wenn man den Hausarzt angerufen hat und drum gebeten hat, dass man eine Medikamentenliste gefaxt kriegt und die war nicht da oder nicht voll. Also ich finde, das gehört absolut dazu, das ist klar, dass wir die immer wieder auffrischen. Deshalb nehme ich das immer wieder mal zum Anlass, wenn jemand vor mir sitzt, zu fragen: „Gibt es etwas Neues?“

I2-18

Code: **Umsetzung\Kommunikation\Patienten/Angehörige**

Arzt/Ärztin: „Was auch ganz wichtig ist, das finde ich, zu gucken, ob der Plan überhaupt noch stimmt, den ich habe, ob die Patienten da etwas verändert haben. Also ich hab am Anfang, als ich die Praxis übernommen hab, habe ich wahnsinnig viel Arbeit darin investiert, Medikamentenpläne überhaupt zu aktualisieren, weil die alle nicht gut gepflegt waren und ich finde, das ist wie Sisyphus, der Stein rollt dauernd wieder den Berg runter.“

Des Weiteren wird der Medikamentenplan genutzt als **Orientierung** und als Informationsquelle über vergangene Entscheidungen sowie als Hilfsmittel für die gegenseitige Information unter Kollegen.

I2-22

Code: **Umsetzung\Häufigere Kontrollen\Medikamentenplan**

Arzt/Ärztin: „Bei diesen Clopidogrel und Co. versuche ich immer beim Eintragen in den Medikamentenplan schon zu schreiben bis 4/12 oder so oder bis Packungsende, oder dass ich dann einfach gucke. Auch das Alendronat versuch ich nach 3-4 Jahren auch abzusetzen und mir das gegebenenfalls im Medikamentenplan einzutragen, damit ich das nicht vergesse.“

Der Medikamentenplan wird aber auch als sehr gutes **Kommunikationsinstrument** für das Gespräch mit dem Patienten beschrieben. Mit seiner Hilfe wird die veränderte Medikation für den Patienten eindrücklich visualisiert. Ausdrucke in verschiedenen

Formaten (klein für das Portemonnaie, größer für den Medikamentenschrank) können die Nutzung erleichtern.

Nach Schilderung der Kollegen lässt sich der Medikamentenplan auch dazu nutzen, die ggf. **neuen Medikamente** und ihre Zielsetzung zu erklären.

I6-67-69

Code: Umsetzung\Medikamentenplan

Arzt/Ärztin: „Also viele haben unsere Praxis empfohlen bei anderen, weil sie Bescheid wissen, warum sie ihre Medikamente nehmen. Das ist ja schon ein Zeichen dafür, dass das bei denen schon ganz gut ankommt. Notfalls schreibe ich dann eben auch drauf auf die Blätter, warum sie es kriegen. Damit sie sich dann noch mal daran erinnern. Manche vergessen das dann ja wieder, also was Herzmittel ist, was Kreislaufmittel ist. Doch das mögen die gern.“

Interviewerin: Die haben bei Ihnen auch alle ihren Medikamentenplan?“

Arzt/Ärztin: „Ja, haben die alle.“

Ebenso wird er auch als Leitfaden für **Folgetermine** benutzt oder um Dritte, wie einen Pflegedienst, über die aktuelle Medikation zu informieren.

I12-45-47

Code: Umsetzung\Medikamentenplan

Arzt/Ärztin: „Ja, ja, also, die Medikamentenliste ist auch ganz zentral, also die Verordnungspläne werden regelmäßig erneuert. Wenn etwas geändert wurde, gibt es einen neuen Verordnungsplan mit. Ich bitte auch die Patienten, den wieder mitzubringen. Das klappt nur sehr mäßig, aber es kommt halt auch immer wieder mal vor, dass die Leute ihren alten Plan mithaben und dass man an dem Plan direkt was besprechen kann und ein neuer Plan mitgegeben wird. Doch, doch, das spreche ich schon ab mit den Leuten.“

I11-52

Code: Umsetzung\Medikamentenplan

Arzt/Ärztin: „Das ist eigentlich, entweder die Patienten machen das selber oder aber die Patienten haben einen Pflegedienst, der ihnen die Medikamente gibt. Dann ist das so, dass wir ja auch den Medikamentenplan an den Pflegedienst faxen, den veränderten, damit es dort auch ankommt.“

Eine weitere kleine Maßnahme, die die Kollegen erwähnten, waren **Merkhilfen** für die nächste Konsultation. Ebenso wurde der Vorteil einer sauberen Dokumentation über Veränderungen betont.

I12-47

Code: Umsetzung\Häufigere Kontrollen\Karteikarte mit Markierung

Arzt/Ärztin: „Und ich mache mir meistens auch einen kleinen Eintrag auch für mich selber, damit ich nachvollziehen kann, warum ich was abgesetzt habe.“

I2-32

Code: Umsetzung\Häufigere Kontrollen\Karteikarte mit Markierung

Arzt/Ärztin: „Aber ich mache eigentlich immer so rote Einträge für das, wo ich denke, es ist wichtig, das beim nächsten Kontakt noch mal wahrzunehmen, was ich mir beim letzten Mal gedacht hab, damit ich da noch mal drüber stolpere. Das geht ganz gut.“

Die Interviewpartner schildern die hohe Relevanz der **Software** für die Erstellung und Aktualisierung der Medikamentenpläne. Sei es, dass verschiedene Formate im Ausdruck zur Verfügung stehen oder sei es, dass Änderungen nachverfolgt und Erklärungen hinterlegt werden können.

I12-47

Code: Umsetzung\Medikamentenplan

Arzt/Ärztin: „Die Software speichert auch jede Änderung für sich noch mal so rot markiert im Krankenblatt ab, so dass man gut verfolgen kann, welche Medikamente in der Dosis verändert wurden oder abgesetzt wurden.“

3.2.5.8. Rolle des Hausarztes

In den Interviews sahen sich die Ärzte vornehmlich als **Koordinator**, bei denen die gesamte Behandlung des Patienten zusammenläuft und die dafür sorgen, dass die Therapien zusammen passen. Hierfür müssten sie sich ein eigenes Bild von den unterschiedlichen Therapien machen und beanspruchten für sich zum Teil das letzte Wort.

I8-41

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Rolle des Arztes\Gatekeeper

Arzt/Ärztin: „Das ist ja sehr häufig so, dass die gar nicht die Vormedikation kennen und da sehr viel durcheinanderbringen und da habe ich schon den Anspruch, mir ein eigenes Bild zu machen und dann die letzte Entscheidung zu behalten.“

Die Kenntnis der Patienten sei besonders wichtig für die Rolle als Koordinator.

I6-29

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Rolle des Arztes\Gatekeeper

Arzt/Ärztin: „Das sollte individuell geklärt werden und ich denke, das best geeignetste ist ein Hausarzt, der die Patienten kennt und das vielleicht ganz vorsichtig und langsam machen kann.“

3.2.5.9. Strukturelle und wirtschaftliche Aspekte der Praxis

Was den **zeitlichen Aspekt im Praxisalltag** angeht, haben die Befragten betont, dass es Zeit braucht, sich mit der Revision der Medikation zu beschäftigen. Diese ist meist im Praxisalltag nicht vorhanden, so dass die ggf. sinnvolle Überprüfung untergeht.

I7-30

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Struktur der Praxis\Lage - Wirtschaftlichkeit - Zeitdruck

Arzt/Ärztin: „Aber da muss ich auch zugeben, dass es immer sehr komplex ist und ich eher wenig Zeit habe, wenn die Patienten hier vor Ort sind, dass ich da nicht regelmäßig drauf gucke.“

I2-74

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Struktur der Praxis\Lage - Wirtschaftlichkeit - Zeitdruck

Arzt/Ärztin: „Ich hab ein Auge drauf und auch im Heim, wenn ich Zeit habe, gehe ich gern noch mal Medikamentenpläne durch – es hat auch viel mit Zeit zu tun, natürlich.“

Gute Vorsätze, sich die Medikationsliste z.B. beim Hausbesuch vorzunehmen, würden aus **Zeitmangel** öfters vernachlässigt.

In diesem Kontext der sehr zeitaufwändigen Revision erwähnen die Befragten auch die damit verbundenen wirtschaftlichen Fragen. Nach Ansicht der Kolleginnen und Kollegen sei diese „Zusatzleistung“ in der vorgesehenen Sprechzeit aufgrund der Honorierungsregeln nicht zu erfüllen.

I8-97

Code: Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes\Struktur der Praxis\Lage - Wirtschaftlichkeit - Zeitdruck

Arzt/Ärztin: „Das hieße einen viel, viel intensiveren Zeitaufwand, den wir eigentlich gar nicht haben. Dafür ist unsere Kontaktzeit zu kurz. Das ist in Deutschland so nicht vorgesehen. Und diese Forderung nach dieser Präzisierung der Leitlinien auch unserer Patienten ist ein enormer

Quantensprung im Anspruch an den Arzt, auch an die Zeit, die man sich mit den meisten Patienten beschäftigt.“

3.2.6. Verbesserungsvorschläge

Die befragten Kolleginnen und Kollegen betonten hinsichtlich möglicher Verbesserungen der Medikation die Notwendigkeit einer konsequenteren **Selbstdisziplinierung** zu regelmäßigen Überprüfungen. Andere wandten aber ein, dass das aus Zeitnot schwierig umzusetzen sei.

I3-30

Code: Umsetzung\Verbesserungsvorschlag

Arzt/Ärztin: „Das finde ich, das müsste ich für mich eigentlich auch noch mal gründlich überdenken, grundsätzlich die Patienten immer noch mal zu fragen, mindestens einmal im Quartal: Was nehmen Sie denn eigentlich an Medikamenten?“

I6-73

Code: Umsetzung\Verbesserungsvorschlag

Interviewerin: „Haben Sie sonst irgendwelche zeitlichen Abstände, wo Sie sich die Medikamentenpläne noch mal anschauen?“

Arzt/Ärztin: „Wäre, ja, habe ich mir immer mal vorgenommen. Etwa alle halbe Jahre immer mal einen Medikamentencheck zu machen. Das geht aber nicht. Inzwischen meine ich auch, vertraue ich mir so selbst, dass ich das dann eben im laufenden Betrieb schon sehen würde.“

Auch Kontrollpunkte wie nach längerer **Konsultationspause** oder zu **altersmäßigen „Meilensteinen“** der Patienten könnten hilfreich sein.

Weitere Verbesserungsvorschläge zielten auf eine „**Selbstbeschränkung**“ der Medikamentenanzahl auf 5 oder 6 Medikamente. Ebenso wurde ein „**Tagesziel**“ erwähnt, jeden Tag bei mindestens einem Patienten ein Medikament zu streichen.

I9-49

Code: Umsetzung\Verbesserungsvorschlag

Arzt/Ärztin: „Man könnte ja auch sagen, so hier, 5 Medikamente, echte Medikamente, nicht die Substitutionsmedikamente meine ich, die nicht gerechnet, 5 Medikamente, und wenn du eins zusätzlich einsetzen willst, musst du sagen, was dafür solange pausieren soll. So, und dann, ich glaube, nur so kann man das überhaupt in den Griff kriegen.“

I13-87

Code: Umsetzung\Verbesserungsvorschlag

Arzt/Ärztin: „Und diese eine Anstrengung, würde ich mal sagen, dass ich wirklich versuche, jeden Tag einem eine Tablette wegzunehmen ... Also ich scroll jeden Tag durch und gucke, ob ich irgendwas streichen kann. Das gelingt mir aber auch nicht jeden Tag.“

Vermisst werden von den Interviewpartnern **softwarebasierte Hilfen**. Seien es Kontroll- bzw. Überprüfungssysteme webbasiert, als Zusatzprogramme oder in die Praxissoftware integrierte Programmbestandteile.

I3-48

Code: Umsetzung\Verbesserungsvorschlag

Arzt/Ärztin: „Also für mich muss es möglich schnell, ich gebe meine Medikamente ein und der Computer sagt mir, das geht so nicht, ich würde das vorschlagen. Man muss da sicher immer noch wie mit jedem Computerprogramm immer nochmal selber überlegen, will ich das denn auch wirklich oder nehme ich nicht auch eine Nebenwirkung `mal in Kauf. Aber so sind wir halt.“

I9-65

Code: Umsetzung\Verbesserungsvorschlag

Arzt/Ärztin: „Was mir da fehlt, wäre ein automatisches System, das in meinen Dauermedikamenten mir sagen würde, die und die Sachen besser nicht zusammen, und zwar beide. So, das wäre mir eine große Hilfe. Aber wenn ich das einzeln in ein System eintippen muss, dann ist mir das zu mühselig.“

Zusammenfassend äußerte sich ein Kollege, der herausstellte, dass es bisher an praktikablen Hilfen mangelt.

I12-75

Code: Umsetzung\Verbesserungsvorschlag

Arzt/Ärztin: „Die Situation, einen stabilen Patienten mit einer Polypharmazie und Polymorbidität vor sich zu haben und die Frage: Tue ich jetzt was? Fasse ich was an? Wo fange ich an? Die Frage ist im Grunde jeden Tag immer präsent und dafür gibt es bisher einfach keine wirklich handhabbare und logische und gebrauchsfähige Lösung.“

4. Diskussion

Im Rahmen dieser qualitativen Studie wurden 13 Interviews mit praktizierenden Hausärztinnen und –ärzten geführt, es wurden 6 weibliche und 7 männliche Kollegen befragt. Die Kolleginnen und Kollegen waren im Schnitt 54,2 Jahre alt, hatten in ihren Praxen durchschnittlich 914 Scheine pro Quartal und ca. 43% Patienten über 65 Jahre.

In der vorliegenden Untersuchung wurde die tägliche Praxis der Medikamentenrevision in deutschen hausärztlichen Praxen untersucht. Es gibt nur fünf **wissenschaftliche Publikationen**, die sich mit qualitativer Methodik dem Thema der Polypharmazie bei älteren, multimorbiden Patienten nähern. Daher werden in einem ersten Überblick diese fünf Publikationen kurz vorgestellt und mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie verglichen. Im Weiteren wird die detaillierte Diskussion entlang der Kategorien des Ergebnisteils strukturiert.

4.1. Überblick über vergleichbare Studien

Die einzige andere qualitative Einzelinterviewstudie wurde von belgischen Kolleginnen und Kollegen veröffentlicht (Anthierens et al. 2010). Allerdings lag der Fokus der Studie von **Anthierens et al.** auf einer eher allgemeinen Beschreibung des Problems Polypharmazie, den Ursachen und Folgen. Die Ergebnisse der Arbeit von Anthierens et al. konnten in der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden, z.B. die Wahrnehmung von Polypharmazie als Problem aufgrund der unerwünschten Arzneimittelwirkungen, der Interaktionen und der reduzierten Adhärenz der Patienten. Wie bei Anthierens et al. berichteten auch in dieser Untersuchung die Hausärzte von den Schwierigkeiten, einen Überblick über die eingenommenen Medikamente zu bewahren, von Patienten, die an ihrer Medikation festhielten und von Selbstmedikation sowie evidenzbasierten Leitlinien, die Polypharmazie begünstigen. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung gehen über die Ergebnisse von Anthierens jedoch deutlich hinaus. Neu ist die Darstellung der individuellen Strukturen, die die Ärztinnen und Ärzte geschaffen haben, um die Medikation nicht aus den Augen zu verlieren (Remindersysteme, Instruktion der MFA etc., vgl. Abschnitt 4.2.1. Revisionsanlässe) oder die Benennung von Medikamentengruppen, auf die besonders geachtet wird (vgl. Abschnitt 4.2.3.

Klinische Expertise). Neu sind auch die Ausführungen zu der praktischen Umsetzung einer Medikamentenreduktion (Absetzen, Ausschleichen, in eine Bedarfsverordnung umwandeln etc., vgl. Abschnitt 4.2.5.).

In den anderen qualitativen Studien zum Thema wurden **Fokusgruppendifkussionen** mit Hausärzten durchgeführt. Am besten vergleichbar ist die Studie von **Schuling et al.** (Schuling et al. 2012). Die niederländischen Kolleginnen und Kollegen führten 3 Fokusgruppendifkussionen mit insgesamt 27 Hausärzten und 2 Hausärztinnen durch. Alle Studienteilnehmer waren aktiv in der Weiterbildung von Allgemeinärzten – was in Holland, anders als in Deutschland, mit einer intensiven universitären Anbindung einhergeht. Die Interviewpartner hatten also einen deutlichen akademischen Bezug. Dies mag dazu beigetragen haben, dass in der niederländischen Studie das Bemühen der Ärzte um Leitlinienadhärenz sehr viel deutlicher war als in dieser Studie, in der ein Teil der Ärzte die eigene Erfahrung als wichtiger ansah als die Vorgaben der Leitlinien. Es kann sich aber auch um einen Effekt des Einzelinterviews handeln, dass die Ärzte in unserer Studie offener waren, ihre Nicht-adhärenz zu Leitlinien darzustellen.

In der niederländischen Studie wurden die **Vorbehalte der Hausärzte** gegenüber einer Medikamentenreduktion in den Vordergrund gestellt: die Patienten hätten aus Sicht der Hausärzte meist keine Probleme mit Polypharmazie und die Ärzte hätten Sorge, den Patienten das Signal auszusenden, sie würden sie „aufgeben“. Diese Aussagen wurden interpretiert im Sinne einer Barriere, die die Ärzte daran hinderte, die Patientenpräferenzen zu eruieren. Grundsätzlich thematisierten die Ärzte in der vorliegenden Studie diese Themen ebenfalls. Dennoch berichteten sie gleichermaßen über Patienten, die weniger Medikamente nehmen wollten und die sehr froh wären, wenn reduziert würde. Andere Probleme wurden gleichermaßen in beiden Studien berichtet: die fehlende Evidenzbasis bezüglich präventiver Medikamente bei älteren und hochbetagten und die manchmal schwierige Kommunikation mit Spezialisten. Die Zusammenarbeit mit den Apothekern scheint in den Niederlanden sehr viel intensiver zu sein.

Moen et al. führten Fokusgruppendifkussionen zur Einstellung zur Polypharmazie bei älteren Patienten in Schweden durch. Drei Themenbereiche wurden herausgestellt: die Kritik an den Leitlinien, die schwer auf den einzelnen Patienten anzuwenden seien, die unzureichende Kommunikation mit Spezialisten aus dem Krankenhaus und den

Patientendruck im Sinne einer Polypharmazie (Moen et al. 2010). Bis auf die Betonung des Patientenwunsches nach mehr Medikamenten gleichen sich die Ergebnisse der vorliegenden Studie und der Untersuchung von Moen et al. Die Betonung des Patientenwunsches nach mehr Medikamenten in den Niederlanden und in Schweden könnte mit dem in diesen Ländern deutlich restriktiveren Zugang zu Spezialisten zusammenhängen.

In der holländischen Studie von **Luijks et al.** wurden die Besonderheiten der hausärztlichen Versorgung von alten, multimorbiden Patienten untersucht. Als Hauptaspekt wurde ein individualisierter, integrierter und mit dem Patienten abgestimmter Ansatz herausgearbeitet (Luijks et al. 2012). Ein patientenzentriertes Management wurde auch in der niederländischen Fokusgruppenuntersuchung von Schuling favorisiert (Schuling et al. 2012). Das entspricht den Befunden in dieser Untersuchung, die sehr deutlich den individualisierten, auf die Wünsche und Situation des Patienten abgestimmten Umgang mit den Medikamenten zeigen.

Eine deutsche Fokusgruppenuntersuchung zum Thema „Polypharmazie“ wurde 2009 von **Marx** veröffentlicht. Die Befunde gleichen den Ergebnissen der anderen Arbeiten. Als zusätzlicher Aspekt findet sich in den Schlussfolgerungen die Feststellung, dass allein die Verbesserung der Evidenz für die Medikation bei Menschen mit Multimorbidität nicht ausreicht. Neben den vielen weiteren störenden Faktoren, wie der unzureichenden Kommunikation mit Spezialisten etc. müsse auch der Umgang mit Unsicherheit in der alltäglichen Versorgung thematisiert werden (Marx et al. 2009).

4.2. Detaillierte Diskussion der Ergebnisse dieser Studie

Diese Diskussion erfolgt entlang der Kategorien des Ergebniskapitels:

- Revisionsanlässe,
- wissenschaftliche Evidenz,
- klinische Expertise der Hausärztinnen und Hausärzte,
- Mitbestimmung des Patienten,
- Praktische Umsetzung einer Medikamentenrevision/-reduktion und
- Verbesserungsvorschläge.

4.2.1. Revisionsanlässe

Die Beschreibungen in den geführten Interviews zeigen die **große Vielfalt** der Revisionsanlässe und die große **Unterschiedlichkeit** der Vorgehensweisen. Der Arbeitsdruck und der damit verbundene Zeitmangel scheinen eine Ursache für diese Situation zu sein. Es fällt aber auch auf, dass bisher wenig organisatorische Unterstützung oder Modelle für eine systematische Verankerung von Revisionsanlässen existieren.

Der häufigste genannte Revisionsanlass ist die **Konsultation** eines multimorbiden älteren Patienten und innerhalb dieser Gruppe die Krankenhausentlassung. Dieses Ergebnis wurde allerdings dadurch begünstigt, dass explizit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus gefragt wurde.

Sehr stark thematisiert wurde auch die Konsultation nach Rückkehr von einem Spezialisten.

Insgesamt wurden folgende Beweggründe für eine Revision der Medikamente im Rahmen einer **Konsultation** genannt:

- nach Krankenhausentlassung,
- nach Rückkehr von einem Spezialisten,
- im Rahmen des DMP, der Gesundheitsuntersuchung oder von Routineblutkontrollen,
- im Rahmen einer Gutachtenerstellung,
- bei neuen Patienten,
- bei jeder Konsultation oder situativ.

Der zweite wesentliche Treiber für eine Revision ist der **gesundheitliche Zustand des Patienten**. Im Vordergrund steht hier die negative Veränderung des Gesundheitszustands. Dazu wird in einigen Studien erwähnt, dass Hausärzte beim Auftreten neuer Symptome nicht an die Möglichkeit denken, dass die Verschlechterung auch durch Medikamente oder Nebenwirkungen verursacht sein könnte (Anthierens et al. 2010). Diese Aussage konnte in dieser Studie nicht untersucht werden, da es hier explizit um die Reduktion von Medikation ging und nicht um die

differentialdiagnostische Aufarbeitung von Symptomen. Zum gesundheitlichen Zustand zählt auch das Offenbarwerden einer Überforderung des Patienten. Sei es durch die Menge der Medikamente oder durch die Verabreichungsform wie Spritzen etc.

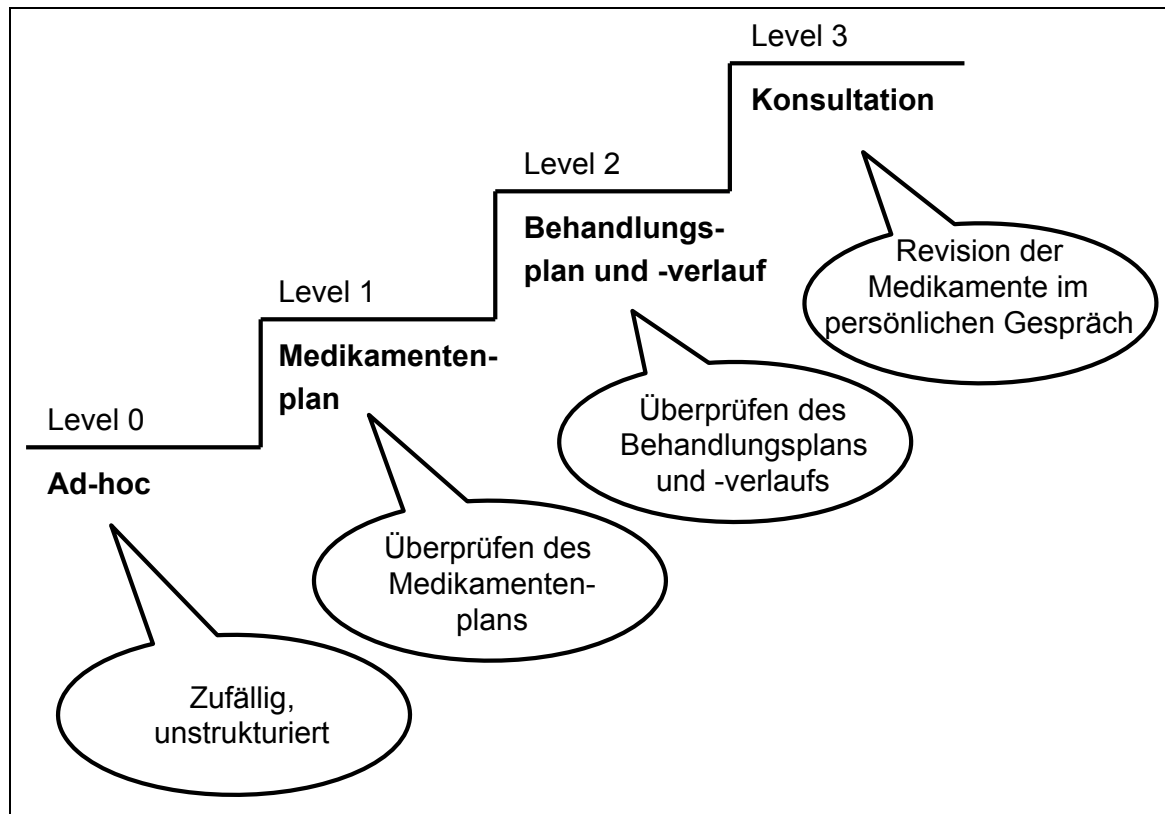
Des Weiteren gibt es **externe Treiber**, die für eine Revision der Medikation sorgen:

- Vorschlag des Patienten,
- Aufforderung durch Angehörige/Pflegepersonal,
- Hinweise vom Apotheker oder vom
- Kollegen.

Nur wenige Hausärzte hatten die Revision der Medikation in ihrer **Praxisorganisation** verankert bzw. **Kontrollsysteme** in der Praxis eingeführt. Bei denen, die dies bereits hatten, scheint es sich bewährt zu haben, die **medizinischen Fachangestellten** (MFA) für verschiedene Vorgänge derart zu sensibilisieren und zu schulen, dass sie den Hausarzt auf eine Revision und mögliche Reduktion der Medikamente von Patienten systematisch hinweisen. Genannte Auslöser waren hier das Wiederholungsrezept, Unstimmigkeiten von Tablettenverbrauch und Medikamentenplan, große Zeitspannen zwischen den Konsultationen oder eine Mengenüberschreitung bei der Medikamentenanzahl. Aber auch bei diesen Interviewpartnern waren die genannten Zeitabstände für eine Revision der Medikation sehr unterschiedlich. Die gesamte Bandbreite von Revision bei jeder Konsultation bzw. jedem Patientenkontakt bis hin zu nur bei „zwingendem“ Anlass.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die wenigsten der Interviewpartner ein klares **zeitliches Modell** für die Revision der Medikation von älteren multimorbiden Patienten haben. Es dominiert die Unstrukturiertheit und Spontanität. Diese Art des Vorgehens wird in der Studie Room for review als Level 0 bzw. als Ad hoc-Vorgehen bezeichnet.

Abbildung 5: Die 4 Levels der Medikamentenrevision (in Anlehnung an Room for review, 2002)



In dieser Studie werden, wie in Abbildung 5 gezeigt, vier Levels der Medikamentenrevision unterschieden.

Level 0 bedeutet, dass zufällig eine Medikationsfrage aufkommt. Dies sei positiv zu werten, da hier oft die Notwendigkeit einer genaueren Revision apparent wird. In Level 1 wird eine technische Überprüfung von z.B. Interaktionen von Medikamenten im Medikamentenplan, von Verpackungen, etc. vollzogen - durch den Apotheker, die MFA oder den Hausarzt, nicht zwingend in Anwesenheit des Patienten. In Level 2 wird der Medikamentenplan zusätzlich vor dem Hintergrund des Behandlungsplans durch den Hausarzt, den Apotheker oder die MFA - häufig ebenfalls in Abwesenheit des Patienten - überprüft. Die Überprüfung folgt einer bestimmten Fragestellung, z.B. ob bei allen Patienten mit Herzinsuffizienz ein ACE-Hemmer verschrieben wurde. Level 3 erst umfasst die persönliche Beratung und Untersuchung des Patienten mit ausführlicher Erfassung der persönlichen Lebensumstände und Erwartungen.

Vor dem Hintergrund der festgestellten Unterschiedlichkeit und Uneinheitlichkeit der Revisionsauslöser im Praxisalltag wird deutlich, dass eine Lösung im Aufbau eines strukturierten Vorgehensmodells liegt. Dieses Modell könnte die verschiedenen Level

der Revision (vgl. Abbildung 5) berücksichtigen, die Zeitpunkte bzw. Zustandsveränderungen definieren und diese systematisch in die EDV-Systeme bzw. in die Praxisabläufe insbesondere der MFAs integrieren. Auch eine Zusammenarbeit mit Externen, z.B. dem Apotheker wäre möglich.

Es wird vermutlich schwierig sein und ggf. sogar kontraproduktiv, ein „perfektes“ Modell zu entwickeln. Aufgrund des Zeitmangels im Arbeitsalltag ist aber eine feste Verankerung der Revisionsauslöser zentral. Daher sollte der Anspruch bestehen, einige „Eckpfeiler“ zu entwickeln, wie das zum Beispiel auch in der Room for Review Studie erfolgt ist. Dort wird hinsichtlich der Zeitpunkte für eine Medikamentenrevision vorgeschlagen (Room for Review 2002, S. 9):

- bei Patienten über 75 Jahre einmal pro Jahr
- bei Patienten über 75 Jahre, die mehr als 4 Medikamente einnehmen, alle 6 Monate.

Als weitere Elemente im Modell wären auch Auslöser wie Krankenhausaufenthalte, Zustandsverschlechterungen, gefährliche oder neue Medikamente denkbar.

Wenn die Eckpunkte eines solchen Modells entwickelt sind, wäre eine enge Kooperation mit den Herstellern von Praxissoftware oder auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sehr hilfreich.

4.2.2. Wissenschaftliche Evidenz

4.2.2.1. Instrumente zur Medikamentenrevision

Die in Abschnitt 1.3.1 vorgestellten Instrumente wie der MAI-Score, NO TEARS, START- und STOPP, die Priscus-Liste, die Beers-Liste und die Garfinkel – Methode wurden von den Interviewpartnern nicht oder nur kaum ins Gespräch gebracht. Einige Instrumente wurden gar nicht gekannt, die meisten waren vom Namen bekannt, wurden aber nicht genutzt. Lediglich die Garfinkel-Methode wurde von mehreren Kollegen genannt.

Ein Befolgen dieser Instrumente wurde von allen Interviewpartnern als zu schematisch abgelehnt. Auch die Differenziertheit der durch die Instrumente geforderten Medikamentenbetrachtung erscheint überfordernd. Beispielsweise beschreiben

Gallagher et al. (2009) bezüglich START und STOPP, dass es einer großen Routine für die effiziente Anwendung dieses Instruments in Papierform bedarf (Gallagher et al. 2009). Erforderlich wäre aus Sicht der befragten Ärzte eher eine **computergestützte Automatisierung** von START und STOPP, die die Identifikation unangemessener Verschreibungen bei der Verbindung mit spezifischen Krankheiten und entsprechenden Medikamenten ermöglicht.

4.2.2.2. Entscheidungshilfen zur medikamentösen Therapie

In den geführten Interviews wurden vor allen Dingen die **Leitlinien** der verschiedenen Fachgesellschaften als Entscheidungshilfe genannt, wobei diese in nahezu allen Interviews als sehr kritisch gesehen wurden.

Der erste Kritikpunkt bezog sich auf die starke „**Verschreibungsorientierung**“ der Leitlinien. Sie empfehlen Behandlungsweisen von konkreten Krankheiten, es finden sich aber nur in seltenen Fällen Angaben darüber, wann und wie die empfohlene Medikation wieder abgesetzt werden kann. Ebenso beanstandeten die Befragten, dass sich die unterschiedlichen Leitlinien **nicht miteinander in Einklang** bringen lassen, da viele Medikamente nicht kompatibel seien. Die große Anzahl der Leitlinien, die sich auch zum Teil widersprechen, stellen den Hausarzt auch vor die Frage, welcher Fachgesellschaft er folgt. Es ist eine alltägliche Situation, dass multimorbide Patienten aus dem Krankenhaus mit 12-15 Medikamenten entlassen werden und der Hausarzt keine Leitlinie hat, anhand der er Teile dieser Medikamente wieder absetzen kann. Im Gegenteil: wie schon Marx beschreibt, führt der hausärztliche Anspruch einer bestmöglichen Versorgung bei Orientierung an den entsprechenden Leitlinien zu Polypharmazie (Marx et al. 2009, Scott et al. 2012). Aufgrund dieser Rahmenbedingungen fühlt sich der Hausarzt gezwungen, eigene Erfahrungswerte für das Absetzen zu entwickeln.

Positive Ausnahmen hinsichtlich der **zeitlichen Verschreibungsorientierung** sind die Empfehlungen zur Dosis und Einnahmedauer für orale Plättchenhemmer nach akutem Koronarsyndrom und nach elektiver koronarer Intervention (Gawaz et al. 2012) oder die Ausführungen zu Allopurinol in der DEGAM S1 Handlungsempfehlung für „Häufige Gichtanfälle und Chronische Gicht“. Hier wird fünf Jahre nach dem letzten Anfall ein Auslassversuch von Allopurinol empfohlen, wenn eine Harnsäure-Senkung erfolgt ist

(DEGAM S1 2013-1). Der Anspruch und die Forderung an Leitlinien müssen sein, sowohl die Medikation als auch eine Reduktionsstrategie beziehungsweise einen Endpunkt der Medikation zu empfehlen.

Zum Zweiten wurde eine **mangelnde Praktikabilität** der Leitlinien in verschiedenen Dimensionen beklagt. Die Länge der Leitlinien wurde kritisiert und zugleich der Wunsch geäußert, dass Leitlinien wesentlich **einfacher** und **kürzer** gefasst sein sollten. Der große Umfang verunsichert die Kollegen auch dahingehend, dass sie sich überfordert fühlen, die Entwicklungen der Leitlinien zu verfolgen und somit „aktuell“ zu bleiben. So wurde auch die Leitlinie Multimedikation aus Hessen kritisiert, da sie in der Langfassung über 100 Seiten beträgt und eine Kurzfassung noch nicht existiert. Bezüglich der Länge der Leitlinien gibt es sogar Rückschritte zum Beispiel bei der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) – Kurzfassung Kreuzschmerz, die nach ihrer Überarbeitung in ihrem Seitenumfang stark vergrößert wurde (NVL Kreuzschmerz 2013).

Des Weiteren wurden die Leitlinien auch weiter kritisiert im Hinblick auf die **individuelle Situation** des Patienten, da ihre Inhalte häufig nicht zur Lebenserwartung und –situation des Patienten passten. Dem entsprechend besteht der Wunsch an zukünftige Leitlinien nach stärkerer Differenzierung, zum Beispiel für Ältere, Multimorbide etc. Ein Weg zur besseren Integration von Leitlinieninhalten in die alltägliche Praxis könnte die Vereinfachung des Handlings beispielsweise durch IT-Unterstützung liegen. Die konsequenteste Lösung wäre, wenn solche IT-Systeme durch die Kassenärztlichen Vereinigungen den Praxen als Werkzeug zur Verfügung gestellt würden.

Schließlich wurde die Rolle der pharmazeutischen Industrie bei der Erstellung von Leitlinien kritisiert. Hier sollte darauf geachtet werden, dass die Finanzierung so strukturiert bzw. konzipiert wird, dass es **keine Interessenskonflikte** gibt.

Die Folge all dieser Kritikpunkte ist, dass viele Hausärzte eine kritische Distanz zu den Leitlinien und Instrumenten entwickelt haben. Das **individuelle Therapieregime**, angepasst an den Patienten, wird priorisiert, auch weil manche Kollegen eine Diskrepanz zwischen leitliniengerechter Behandlung und der eigenen Erfahrung sehen.

In der Fokusgruppenuntersuchung von Hausärzten in Schweden durch Moen et al. (Moen et al. 2008) kam heraus, dass Hausärzte Leitlinien für wichtig erachten und sich daran halten möchten, auch weil sie von Spezialisten generiert seien. Sie beklagten allerdings, dass es kaum Leitlinien für die **höheren Altersgruppen** gebe und Leitlinien **zu rigide** seien. Die individuelle Behandlung des Patienten werde so erschwert. Auch Olsson konstatierte, dass Leitlinien für alte Patienten fehlen und der Hausarzt für eine Reduktion der Medikamente ohne Leitlinienempfehlung Mut braucht (Olsson et al. 2011).

4.2.2.3. Erfahrung

In den Interviews haben viele Hausärzte betont, dass bei der Revision der Medikation **ihre eigenen Erfahrungen** und ihr Wissen eine große Rolle spielen. Vielfach werde auch „aus dem Bauch heraus“ entschieden. Diese Entscheidung wird zum einen von der **Einschätzung** geleitet, was dem Patienten in der jeweiligen Situation, wie beispielsweise einer Krankenhausentlassung, gut tue. Zum anderen haben sich viele Kollegen aufgrund der Berufserfahrung einen „**gewissen Standard**“ an Medikationsentscheidungen angewöhnt.

Die Interviewpartner reflektieren aber auch kritisch, was es heißt, Entscheidungen über die Reduktion von Medikamenten aus der eigenen Erfahrung abzuleiten. Die Kollegen fühlen sich **nicht gut abgesichert**. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patienten mit der vom Hausarzt favorisierten Medikation nicht einverstanden sind.

Das amerikanische Team um Elstad et al. untersuchte 2010 die Frage, was Hausärzte durch ihre Erfahrung gewinnen oder sogar verlieren. Dabei stellte sich heraus, dass längere Erfahrung im Sinne von mehr Praxisjahren mit einer erhöhten kognitiven Rigidität verbunden ist. Ältere Hausärzte haben meist viele Veränderungen von Leitlinien miterlebt und seien weniger bereit, neue Informationen aufzunehmen. Die jüngeren Hausärzte mit weniger Praxiserfahrung seien hingegen auf genauere Informationen angewiesen (Elstad et al. 2010). In einer Norwegischen Studie zeigte sich, dass ältere Hausärzte häufiger einen höheren Anteil an älteren Patienten haben und mehr potentiell inadäquate Medikamente verschreiben (Brekke et al. 2008).

Des Weiteren findet eine **Objektivierung** der Erfahrung oder **kritische Überprüfung** mit Unterstützung von Kollegen oder sogar der Wissenschaft nur in Ausnahmefällen statt. Erfahrungswissen wird somit nicht systematisch weiterentwickelt. Aufgrund des Zeitmangels verbleiben die meisten Kollegen auf ihrem Wissensstand und haben wegen der „Individualität“ ihres Wissens keinen Zugang zu neuen Erkenntnissen.

Somit stellt sich die Frage, wie gewährleistet werden kann, dass Hausärztinnen und Hausärzte in Bezug auf die medikamentöse Therapie auf dem **aktuellen Stand der Wissenschaft** sind und auf Leitlinien und Entscheidungshilfen zeitnah zurückgreifen können.

Qualitätszirkel sind eine Lösung zur lebenslangen Fortbildung, um auch das nicht richtige Erfahrungslernen zu reduzieren. Hausärzte haben in **Qualitätszirkeln** die Möglichkeit, die eigenen Erfahrungen kritisch zu reflektieren. Letztlich wird eine wissenschaftliche Evidenz für Gruppen von Patienten generiert, an der sich dann auch die Behandlung am Individuum orientieren kann. Ebenso können in den Qualitätszirkeln Studien besprochen werden, um das Wissen der Kollegen darüber zu verbessern. Die Aufwertung dieser Treffen wurde ja bereits durch die Vergabe von Fortbildungspunkten vollzogen. Dennoch sind Qualitätszirkel auch heute noch nicht überall verbreitet.

Eine vom Institut für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt entworfene **Website** kann durch Offenlegen von Fehlern dazu beitragen aus eigenen und fremden Fehlern zu lernen (www.jeder-fehler-zaehlt.de).

Es erfordert auch ergänzend ein Umdenken zu mehr **Informationsaustausch** und Wissenschaftlichkeit. Dementsprechend wäre es erforderlich, die Gedanken der Wissenschaftlichkeit weiter ins Studium zu integrieren und in die Approbationsordnung aufzunehmen. Beide Maßnahmen würden dazu dienen, dass Erfahrung und wissenschaftliche Ergebnisse die Nähe zueinander behalten.

4.2.3. Klinische Expertise der Hausärztinnen und Hausärzte

In den Interviews benannten die Hausärztinnen und Hausärzte spezifische Krankheitsbilder und Medikamente, auf die sie bei der Revision der Medikation besonders achten würden. Die Berichte waren stark **individuell** geprägt.

4.2.3.1. Kardiologische Medikamente

Besonderes Augenmerk legten die Ärzte auf Antiarrhythmika, Antihypertensiva, Antikoagulanzen, Diuretika und Lipidsenker.

In der Gruppe der **Antiarrhythmika** wurde besonders Amiodaron genannt. Es sei ein unbeliebtes Medikament, da es sich wegen seiner Nebenwirkungen an der Schilddrüse nicht für eine Dauermedikation bei Herzrhythmusstörungen eigne (beschrieben auch bei Kahaly et al. 2007). Auch wurden Interaktionen mit Simvastatin genannt (zu finden in: Rote Liste 2013).

Antihypertensiva finden bei den meisten der interviewten Hausärzte eine große Beachtung, was aufgrund der Prävalenz der Hypertonie erwartet werden kann. Als häufigster Grund für die Revision von Antihypertensiva wurden Müdigkeit, Schwäche und Synkopen genannt. Im hausärztlichen Alltag spielt die Hypotonie als Überdosierung der antihypertensiven Therapie offenbar eine große Rolle.

Dies wird in der Kohortenstudie von Garfinkel et al. (Garfinkel et al. 2010) unterstrichen, in der sich zeigte, dass 84% der alten Patienten das Absetzen zum Teil mehrerer Blutdruckmittel ohne Nebenwirkungen tolerierten.

Die 2013 veröffentlichten Leitlinien der europäischen Gesellschaft für Hypertonie (ESH) und Kardiologie (ESC) weichen die strikten Empfehlungen der Blutdruckeinstellung auf und fordern eine **flexiblere Therapie** von Blutdruckpatienten. Dies betrifft besonders die älteren Patienten. So könne bei über 80-jährigen Patienten eine Blutdrucksenkung auf systolisch unter 160mmHg genügen (James et al. 2013). Die Befragung der Hausärzte für diese Arbeit fand vor Erscheinen dieser neuen Leitlinien statt. Somit entspricht das höhere Ansetzen von Blutdruckgrenzwerten für ältere Patienten durch die Hausärzte der wissenschaftlichen Entwicklung.

Weiterhin berichteten die Hausärzte von Absetzversuchen

- bei Patienten, die viele Antihypertensiva einnehmen würden,
- bei Patienten, deren AZ sich verändert hätte, z.B. Bettlägerigkeit,
- bei älteren, multimorbiden Patienten, bei denen keine so strenge Blutdruckeinstellung angestrebt würde,

- nach Änderung der Umgebung, z.B. Entlassung aus dem Krankenhaus, wenn der Blutdruck „zur Ruhe komme“.

Letzteres hängt sowohl mit einem anderen Aktivitätslevel des Patienten im häuslichen Umfeld als auch mit einer häufig abweichenden Flüssigkeitszufuhr im Vergleich zum stationären Aufenthalt zusammen. Die Flüssigkeitszufuhr wird im häuslichen Umfeld häufig schlechter kontrolliert.

Für viele Hausärzte stand in den Interviews fest, dass ein **Übermaß** an **Diuretika** vielen Patienten schade und daher vermehrt die Diuretika ins Visier genommen würden. Wie Gerinnungshemmer und Blutzucker senkende Medikamente gehörten die Diuretika zu den Medikamenten, die am häufigsten zu **Krankenhauseinweisungen** aufgrund von unerwünschten Arzneimittelwirkungen führten (Kongkaew et al. 2013). Die interviewten Hausärzte betonten, dass auch die **Antikoagulantien** zu den Medikamenten gehörten, auf die man besonders achten müsse, denn eine Blutung wird als große Gefahr gesehen. Auch diese Meinung der Hausärzte deckt sich mit dem Ergebnis der Studie über Risikomedikamentengruppen für Krankenhauseinweisungen (Kongkaew et al. 2013).

Bezüglich Marcumar wurden insbesondere die Meinungsverschiedenheiten mit dem Krankenhaus angesprochen. Häufig sagten die Hausärzte in den Interviews, dass die im Krankenhaus antikoagulierten Patienten nach ihrer Entlassung unter Blutungskomplikationen zu leiden hätten. Auch würde Marcumar anderswo angesetzt, obwohl die Patienten sich vorher – im hausärztlichen Setting – gegen das Medikament entschieden hätten.

Bezüglich der **Gatrane**, also der **neuen oralen Antikoagulantien**, berichteten manche Hausärzte, dass sie gerne wegen des geringen Monitoringaufwands darauf umstiegen. Manche sagten, sie würden mit einem Gatrane brücken. Da es sich hierbei um eine neue Substanzgruppe handelt, besteht bei vielen Ärzten noch große Unsicherheit hinsichtlich der Anwendung.

Gatrane werden stark beworben, von den Spezialisten verschrieben, die wissenschaftliche Evidenz für ihren Vorteil, insbesondere im Praxisalltag, ist aber weiterhin unklar. Ob die Nichtmöglichkeit der Kontrolle wirklich ein Vorteil dieser Behandlung ist oder weitere Unsicherheiten schafft, bleibt auch angesichts des im März 2014 erschienenen Artikels über **Dabigatran** im Arznei-Telegramm offen. Hier wird

der Pharmafirma vorgeworfen, monetäre Interessen vor das Patientenwohl gestellt zu haben, indem ein mögliches Monitoring durch Laborkontrollen von Dabigatran nicht fortgeführt wurde, um die Vermarktung nicht zu gefährden (Arznei-Telegramm 2014).

So würden Kontrollmöglichkeiten der Wirkung auch bei Dabigatran eine Hilfestellung darstellen, um die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen, mit dem fraglichen Nachteil des zusätzlichen Aufwandes.

Einige Hausärzte betonten, dass sie sich bei der Antikoagulation an den CHADS-Score, aber auch an den **Has-bleed-Score** zur Risikoabwägung halten würden. In der DEGAM Empfehlung für neue orale Antikoagulantien werden sowohl Empfehlungen ausgesprochen für den Einsatz der Vitamin K-Antagonisten (VKA) als auch der neueren oralen Antikoagulantien (NOAK). Hier wird ebenfalls der HAS BLED – Score (www.medcal.com) als Entscheidungshilfe herangezogen (DEGAM S1 2013-2)

Zusätzliche Sicherheit kann eine gute Patienteninformation, zum Beispiel die Patienteninformation der DEGAM „Gerinnungshemmung“ geben (DEGAM-Leitlinie 2008).

Bei der Frage nach Reduktion von Polymedikation wurde häufig das **Statin** als das erste Medikament genannt, das aus dem **Medikationsplan gestrichen** würde, gerne in Absprache mit dem Patienten.

Zu den Statinen sagten einige der interviewten Hausärzte, dass sie die Statintherapie vom Risikoprofil abhängig machten. Manche arbeiteten mit **Scores**, wie dem PROCAM-Score oder dem Arriba Index. Die Interviews zeigten allerdings auch, dass die Nutzung der Scores noch kein Standardverfahren im Praxisalltag ist.

Die Verordnung von Statinen bei reiner **Cholesterinwert-Erhöhung** ohne weitere Risiken wurde von den meisten Hausärzten abgelehnt. Auch eine Altersbeschränkung wurde von vielen Kollegen beschrieben. So werde ab einem Alter von ca. 85 Jahren kein Cholesterinsenker mehr verordnet. Manche Patienten müsse man mit etwas mehr Aufwand davon überzeugen, dass sie von einer solchen Therapie keine zusätzliche Lebensverlängerung hätten.

Auch hier zeigt sich eine Unsicherheit bezüglich der Frage, bis zu **welchem Alter Statine** von Nutzen sind. In der neuen Leitlinie des American College of Cardiology (ACC) und der American Heart Association (AHA) werden vier Patientengruppen

definiert, die von einem Statin profitieren. Dabei wird ein kardiovaskulärer Risikokalkulator eingesetzt, der Patienten zwischen 40 und 79 Jahren, beziehungsweise Diabetiker zwischen 40 und 75 Jahren einschließt. Eine Statintherapie ab 80 Jahren wird zwar nicht explizit ausgeschlossen, aber auch nicht aktiv empfohlen. In der deutschen Studie von Harder et al. fand sich, dass bei Diabetikern mit einem Durchschnittsalter von 70 Jahren und Multimorbidität häufig eine Unterversorgung mit Statinen besteht (Harder et al. 2009).

Dass sich viele Patienten auch gerne von Statinen trennen, liegt sicher daran, dass mit diesem Medikament ein Risiko verringert und nicht ein vom Patienten erlebtes Symptom behandelt wird. Das Statin gehört zu den Medikamenten, deren Wirkung man am individuellen Patienten nur schlecht abschätzen kann.

4.2.3.2. Endokrinologische Medikamente

Auch bei den **Antidiabetika** finden sich bekannte Argumentationslinien. Blutzuckersenkende Medikamente wurden von einigen Hausärzten als besonders nebenwirkungsträchtig bezeichnet. So gehörten die Antidiabetika zu den Medikamentengruppen, die am häufigsten bei multimorbiden Patienten zu Krankenhauseinweisungen führten. Deshalb sei ein besonderes Augenmerk auf diese Gruppe notwendig. Von Hanlon wurde 1997 untersucht, welche Medikamentengruppen zu unerwünschten Arzneimittelreaktionen mit Krankenhauseinweisungen führten. Hier, wie auch in der Studie von Kongkaew, wurden die Antidiabetika nicht zu den potentiell besonders gefährlichen Medikamenten gezählt (Hanlon et al. 1997, Kongkaew et al. 2013). Die diesbezügliche Einschätzung der Hausärzte ist dennoch nicht von der Hand zu weisen, da besonders unter der Therapie mit Sulfonylharnstoffen gefährliche Hypoglykämien entstehen können (Euglucon, Rote Liste 2013).

Die Verschreibung der neueren Antidiabetika, zum Beispiel **DPP4-Hemmer**, wurde kontrovers gesehen: von einigen Hausärzten wurde ihr Einsatz komplett abgelehnt, andere setzten sie unter besonderen Umständen ein. Solche kontroversen Einstellungen finden sich häufig bei neu eingeführten Medikamenten.

4.2.3.3. Neurologische Medikamente

Die Gruppe der **Psychopharmaka** wurde sehr häufig als eine problematische, gefährliche Gruppe bei älteren multimorbiden Patienten bezeichnet. Bei **Antidepressiva** zeigten sich die Hausärzte von ihrer Wirksamkeit nicht immer überzeugt.

Bezüglich **Neuroleptika** sagten einige Kollegen, dass gerade bei alten Patienten mit Demenz die Wirkung nicht ausgeprägt sei, daher würden sie diese Mittel absetzen und abwarten. Häufig seien gerade solche Medikamente vor Jahren angesetzt worden, ohne im Verlauf die Notwendigkeit der anhaltenden Medikation zu überprüfen.

Häufig komme es auch vor, dass einem Patienten, besonders im **Krankenhaus**, wegen akuter Unruhe ein Neuroleptikum, beispielsweise Melperon verordnet werde, das man nach der Entlassung wieder absetzen könne.

In manchen Fällen zeige sich allerdings nach einer Reduktion oder einem Absetzen eines Neuroleptikums, dass die Indikation weiter gegeben sei.

So zeigte sich auch in einer Studie von Schulze et al. 2013, dass es in deutschen Pflegeheimen eine höhere Prävalenz für **Antipsychotika** gibt als bei älteren Patienten, die zu Hause leben (Schulze et al. 2013). Das kann durch den höheren Anteil von Pflegeheimbewohnern mit Demenz erklärt werden (Hoffmann et al. 2014).

Bezüglich der Antidementiva zeigte sich in der Studie von Hoffmann et al., dass gerade Patienten mit Multimorbidität keine **Antidementiva** verordnet bekommen. Dies kann einerseits sinnvoll sein im Sinne einer Priorisierung der Behandlungsnotwendigkeiten, kann aber auch Ausdruck eines fehlenden Kontaktes zum Spezialisten oder eines kritischen Urteils über die mangelnde Wirksamkeit dieser Medikamentengruppe sein (Hoffmann et al. 2011).

Als eine besonders schwierig zu handhabende Medikamentengruppe wurde die Gruppe der **Schlafmittel** bezeichnet. Gerade bei älteren Patienten sei es schwierig, Schlafmittel zu reduzieren oder abzusetzen.

Sedierende Mittel seien auch gefährlich, weil sie eine erhöhte **Sturzneigung** auslösten, die gerade bei älteren Patienten bedeutsam sei.

Als ebenso schwierig wurde die Behandlung von Erkrankungen bei gleichzeitigem Therapiebedarf einer **Parkinsonerkrankung** beschrieben. Meist sei zusätzlich eine

antidepressive Therapie nötig, sodass erhebliche Probleme bei der Verstoffwechselung der vielen Medikamente entstünden. Bei diesen Problemen fühlten sich viele Hausärzte alleingelassen und überfordert.

Hier bestehen wahrscheinlich mehr als bei somatischen Erkrankungen **Wissenslücken**, weil die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen kein explizites Thema der Facharztweiterbildung ist.

Gemäß der niederländischen Studie von Sinnema et al. zeigte sich 2013, dass Hausärzte besonders in der Behandlung von Angsterkrankungen und Depression zu wenig fundiertes Wissen besitzen, bestehende Leitlinien nicht beachten, negative Erwartungen an die Behandlung haben und keinen Konsens mit dem Patienten suchen. Gerade in diesem Bereich wäre eine Supervision und Qualitätszirkelarbeit wichtig (Sinnema et al. 2013).

Generell muss man konstatieren, dass Hausärzte in ihrer Ausbildung meist zu wenig mit neurologischen Erkrankungen konfrontiert werden und diese auch in Fortbildungen selten Thema sind.

4.2.3.4. Orthopädische Medikamente

Als die **Bisphosphonate** auf den Markt kamen, waren die Empfehlungen dahingehend, dass eine begrenzte Therapiedauer von drei bis fünf Jahren angestrebt werden sollte. Gemäß dem neuesten Entwurf der DVO-Leitlinie 2014 (Dachverband Osteologie) werden keine generellen Empfehlungen zur Therapiebeendigung mehr gegeben, sondern Empfehlungen bezüglich der Grunderkrankung und des T-Scores.

Die Berichte der Ärzte zeigen, dass die Therapie mit Bisphosphonaten sehr unterschiedlich gehandhabt wird – wegen der Nebenwirkungen und ggf. wegen der fehlenden Kontrollmöglichkeit durch den Hausarzt. Der Patient muss immer zur **Knochendichtemessung** überwiesen werden. Die Compliance ist sehr schlecht und eine Wirkung kann man am einzelnen Patienten nur bedingt erkennen. Bisher war die Osteodensitometrie keine Kassenleistung. Daher wurde evtl. bisher nicht konsequent therapiert.

Es bestand weitgehende Einigkeit, dass Bisphosphonate nur nach Diagnose einer **Osteoporose** verschrieben werden, nicht präventiv.

Bezüglich der Dauer der Therapie wurde bemerkt, dass es keine Studien gäbe, die über eine längere Zeit als 3 Jahre gelaufen seien. Für längere Behandlungszeiträume gäbe es keine Evidenz. Dies steht im Widerspruch zum neuesten Entwurf der Osteoporose-Leitlinie 2014 des DVO, in dem die **Dauer der Basistherapie** zeitlich nicht konkret begrenzt für die Dauer des hohen Frakturrisikos beschrieben wird. Hierzu werden Knochendichtemessungen und Kontrollabstände abhängig von T-Scores empfohlen (DVO-Leitlinie 2014).

Bezüglich **Calcium** sagten einige Hausärzte, dass sie zur Osteoporoseprophylaxe eher den Patienten Vitamin D empfehlen würden und sie hinsichtlich calciumreicher Ernährung berieten, zum Teil mit dem **Calciumrechner** unter www.gesundheitsinformation.de, einer Internetseite, die vom IQWiG unterstützt werde. Diese Seite könne man zur Beratung für beispielsweise Frauen in den Wechseljahren parallel zum Gespräch aufrufen.

Vitamin D sei in der letzten Zeit nicht nur bei **Osteoporosepatienten** vermehrt in den Fokus geraten. Hier sagten einige Kollegen, sie würden eher Bisphosphonate absetzen und dafür Vitamin D und Calcium ansetzen. Dies sei laut Studienlage besonders indiziert bei Patienten über 70 Jahre. Vielfach werde als Privatleistung der Vitamin D-Spiegel bestimmt. Bei gesichertem Vitamin-D-Mangel könne Vitamin D dann zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden.

Auch zu **Allopurinol** gibt es keine Empfehlung, wann es abgesetzt werden kann. Es bestand bei den Hausärzten Einigkeit, dass es nur nach stattgehabtem Gichtanfall angesetzt würde und nicht präventiv zur Therapie erhöhter Harnsäurewerte. Allopurinol wird von vielen Hausärzten als ein Medikament beschrieben, das sehr nebenwirkungsträchtig sei und daher besonders in Augenschein genommen werde.

Hinsichtlich der Allopurinolbehandlung wird häufig eine Reduktion auf 100 mg täglich vorgenommen, diese erfolgt aber erfahrungsbasiert und nicht auf Leitlinien gestützt. In der DEGAM S1-Handlungsempfehlung Gicht wird die Behandlung nach einem speziellen **Algorithmus** empfohlen. Die Therapie sollte lebenslang erfolgen, ein Auslassversuch sei bei langjährig gut kontrollierter Harnsäure-Senkung nach ca. 5 Jahren möglich (DEGAM S1 2013-1).

Ein Problem von Allopurinol wurde in seiner allergenen Potenz gesehen.

Außerdem sei Allopurinol ein **schwer handhabbares** Medikament, das gefährliche Hauterscheinungen bis hin zur Dermatitis bullosa auslösen könne. Dies wird belegt in einem Beitrag der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, www.akdae.de: „Allopurinol ist die häufigste Ursache für Stevens-Johnson-Syndrom und Toxisch epidermale Nekrolyse in Europa und Israel“ (Deutsches Ärzteblatt 2009).

4.2.3.5. Weitere Medikamente

Die **Protonenpumpeninhibitoren** (PPI) werden aus Sicht der Hausärzte viel zu häufig von anderen, insbesondere in den Krankenhäusern, als allgemeiner Magenschutz angesetzt. Das ist nicht leitliniengerecht. Auch im Arzneimittelbrief wird kritisiert, dass PPI vielerorts bei Krankenhauspatienten zu einer Art allgemeiner Risikoprophylaxe gehören, ähnlich wie die Heparin-Spritze. Leider wird bei der Entlassung häufig vergessen, das Medikament wieder abzusetzen oder es fehlen im Arztbrief genaue Angaben zur Weiterbehandlung (Der Arzneimittelbrief 2008).

Hier zeigt sich aus der Sicht der Hausärzte die Nichtbefolgung eines Grundsatzes, dass Nebenwirkungen einer Tablette nicht mit einer neuen Tablette behandelt werden sollten.

Bestehe der Beweggrund der PPI-Verordnung in der Vermeidung von Nebenwirkungen, sagten manche Kollegen, dass sie eine **Dosisreduktion** vor dem endgültigen Absetzen des PPIs versuchten und den Patienten gelegentlich zum Gastroenterologen zur Abklärung einer behandlungsbedürftigen Diagnose überwiesen.

4.2.3.6. Zusammenfassung der klinischen Expertise der Hausärzte

Zusammenfassend sind Medikamente mit folgenden Eigenschaften im besonderen Fokus der Ärzte und werden eher abgesetzt:

- neu zugelassene Medikamente,
- Psychopharmaka,
- Medikamente, die starke oder lebensbedrohliche Nebenwirkungen haben können: Antihypertensiva, Antidiabetika, Gerinnungshemmer, Antiarrhythmika;
- Medikamente, die mit anderen Medikamenten interagieren, z.B. Amiodaron,

- Medikamente, deren (positive) Wirkung am individuellen Patienten schlecht kontrollierbar ist, die also eher präventiver Natur sind sowie
- Protonenpumpeninhibitoren.

4.2.4. Mitbestimmung des Patienten

Die Aussagen der interviewten Hausärzte zeigen, dass die Präferenzen der Patienten hinsichtlich der Medikation **sehr individuell und von großer Bedeutung** sind. Sie berichteten von einer großen Spannweite unterschiedlicher Einstellungen zur Medikation: von Patienten, die unbedingt an ihrer Medikation festhielten bis zu Patienten, die auch dringend notwendige Medikamente kaum einnehmen wollten. Dabei könne die Einstellung eines Patienten zu jedem einzelnen Medikament unterschiedlich sein, häufig auch ambivalent. Als Einflussfaktoren auf die Einstellung zu Medikamenten wurden berichtet:

- die subjektiv positiv bzw. negativ erlebte Wirkung eines Medikaments,
- Ansetzen eines Medikaments durch einen Spezialisten oder durch das Krankenhaus, ein Absetzen kann hier zur Verwirrung führen,
- Informationen aus den Medien,
- Informationen aus Beipackzetteln,
- die Gleichsetzung vieler Medikamente mit einer guten Versorgung,
- die Interpretation von Absetzen als „Sparen“ oder sogar unterlassener Hilfeleistung,
- Schwerpunktsetzung auf Lebensqualität vs. Lebenserwartung sowie
- das soziale Umfeld, insbesondere die Auffassungen von Angehörigen und Pflegenden.

Die Entscheidungen hinsichtlich der Medikation müssten letztlich mit dem Patienten verhandelt werden. Dies könne das **Arzt-Patient-Verhältnis** belasten. Als Notlösung, wenn der Patient ein Medikament möchte, das der Hausarzt nicht für indiziert hält, würde die Verantwortung für ein Medikament komplett an den Patienten abgegeben. Anthierens et al. berichteten, dass bessere Informationen für Patienten, aber auch Motivationsstrategien für Hausärzte wichtig seien (Anthierens et al. 2010). In einer Kohortenstudie von Harder kam heraus, dass lediglich 70% Prozent der Patienten mit

Multimorbidität über die potentiellen Nebenwirkungen ihrer Medikamente informiert seien (Harder et al. 2009).

Hier scheint eine wissenschaftlich fundierte, pharmaunabhängige **Patienteninformation** enorm wichtig – auch im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung. Erste Schritte in diese Richtung werden von verschiedenen Institutionen unternommen: vom IQWiG, von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Patienteninformation, als Teil von Leitlinien oder als eigene Patienteninformation zum Beispiel von der DEGAM zu bestimmten Themen. Zudem wird das Selbstmanagement gefördert durch Patientenschulungen im Rahmen von DMPs. Diese Informationsmaterialien können dazu beitragen, dass die Patienten korrekt informiert sind. Der Schritt der Verhandlung mit dem behandelnden Hausarzt kann dadurch zwar einfacher werden, sicher wird er aber nicht wegfallen. Wie auch Cline beschreibt, erleichtert das Aushändigen von Patienten–Informationsblättern die Diskussion mit dem Patienten (Cline et al. 2013)

Bereits in einer englischen Studie von Kenny aus dem Jahr 1998 wurde die Wirksamkeit von Patienteninformationsbroschüren untersucht und festgestellt, dass eine gute Patienteninformation, auch in schriftlicher Form, die Zufriedenheit und Compliance der Patienten fördert (Kenny et al. 1998).

Ein weiteres Hilfsmittel zur Veranschaulichung der Konsequenzen der Medikation ist zum Beispiel die „**Smiley-Tabelle**“ des Arriba-Index.

In einigen Konstellationen spielen die Angehörigen für die Kommunikation eine bedeutsame Rolle, wobei die Kommunikation mit Angehörigen von den Hausärztinnen und Hausärzten **ambivalent** beurteilt wird. Einerseits sind die Angehörigen ein wichtiger **Helfer** für den Hausarzt für die Umsetzung der Medikationspläne. Dann werden sie auch in die Kommunikation einbezogen. Andererseits wurden auch Äußerungen dahingehend gemacht, dass Gespräche mit Angehörigen, falls möglich, aus **Zeitgründen** vermieden würden.

4.2.5. Praktische Umsetzung einer Medikamentenrevision/-reduktion

Bei der Revision der Medikation beschrieben die Hausärztinnen und Hausärzte folgende konkrete Schritte:

a) Absetzen und Ausschleichen

Das radikalste Absetzen erfolgt bei präfinalen Patienten oder in palliativen Situationen. In diesen Fällen wird häufig „**auf-Null**“ reduziert, lediglich die Medikamente zur Symptombehandlung werden beibehalten. Häufiger ist das schrittweise Absetzen, Medikament für Medikament bzw. das langsame Ausschleichen im Sinne einer schrittweisen Reduktion der Dosis. Schließlich wird auch gerne die **Bedarfsverordnung** als Vorstufe zum Absetzen eingesetzt.

b) Ändern der Medikation

Wenn auf ein Medikament nicht vollständig verzichtet werden kann, wird der Wirkstoff durch Ausprobieren und Feinjustieren auf ein Minimum reduziert. Falls das Ziel besteht, die Medikamentenzahl zu reduzieren, wird die Möglichkeit der **Kombinationspräparate** als relevante Option dargestellt. Ihr zentraler Vorteil sei die Verbesserung der Compliance, nachdem eine Austestung der Einzelmedikamente erfolgt sei.

c) Abwarten

Die Hausärzte berichteten von Situationen, in denen sie an der Medikation eher nichts verändern würden:

- wenn es dem Patienten gut geht, wird häufig keine Notwendigkeit gesehen, die Medikation zu verändern („never change a winning team“);
- wenn der Patient in einem labilen Zustand ist, wird aufgepasst, die Situation nicht zu verschlimmern;
- schließlich gibt es Patienten, die häufiger im Krankenhaus oder bei Spezialisten sind. Hier muss man zu einem Kompromiss kommen, um nicht ständig die Medikation zu tauschen.

Zur Umsetzung dieser Schritte ist die **Transparenz** über die Situation des Patienten sehr wichtig. Eine erste Dimension für Transparenz ist die Überwachung des körperlichen Zustands des Patienten durch Kontrollen. Solche Kontrollen können

Indikationen für eine mögliche Reduktionsmöglichkeit ergeben oder dazu dienen, Medikationsveränderungen zu überwachen. Die notwendigen Langzeitkontrollen sind auch ein Grund dafür, dass sich der **ambulante Bereich** besser als der stationäre für eine Revision oder Reduktion der Medikamente eignet. In diesem Umfeld können Kontrollen über einen längeren Zeitraum erfolgen.

Das Absetzen von Medikamenten gestaltet sich häufig leichter, wenn dem Patienten etwas anderes angeboten werden kann. So ist es hilfreich, Transparenz über das Verhalten und das Umfeld des Patienten zu haben. Eine Dimension dabei ist die **Ernährung**. Eine verbesserte und bewusstere Ernährung eröffnet Möglichkeiten zu Medikamentenreduktion oder Dosisanpassung. Dies gilt insbesondere auch für die Chancen, die sich durch eine Diät ergeben könnten. Eine andere Dimension ist die Beratung hinsichtlich **Sport** oder **Bewegung**, auch physiotherapeutische und ergotherapeutische Maßnahmen beeinflussen die Medikationsüberlegungen.

Eine dritte zentrale Dimension von **Transparenz** ist nach Ansicht der Interviewpartner die Transparenz über die Medikamente, die real genommen werden. Dies ist gerade bei älteren Patienten keine Selbstverständlichkeit. Als ein Instrument dafür nannten einige Kollegen die „**Brown-Bag**“-Methode, bei der die Patienten alle Medikamente, die sie einnehmen, in die Praxis mitbringen sollten. Diese hilft, Ungereimtheiten aufzuspüren, die entstehen, wenn Spezialisten neue Medikamente aufschreiben ohne die Hausärzte zu informieren oder die Patienten frei verkäufliche Präparate einnehmen – ebenfalls ohne Information an den Hausarzt (Scott et al. 2012-1).

Im Praxisalltag ist für die gegenseitige Transparenz über die Medikation der **Medikamentenplan** zentral. Er wird als wichtiges **Arbeitsinstrument** gesehen, das zu verschiedenen Zeitpunkten bei der Revision der Medikamente genutzt wird. Seine Aktualität wird als **Qualitätskriterium** empfunden, so dass er häufig bei Neuübernahmen oder anderen Veränderungen aufwendig gepflegt wird. Des Weiteren wird der Medikamentenplan genutzt als **Orientierung** und als Informationsquelle über vergangene Entscheidungen sowie als Hilfsmittel für die gegenseitige Information unter Kollegen.

Der Medikamentenplan wird aber auch als sehr gutes **Kommunikationsinstrument** für das Gespräch mit dem Patienten beschrieben. Mit seiner Hilfe wird die veränderte Medikation für den Patienten eindrücklich visualisiert. Mehrere Ausdrucke können

einen guten Zugriff auf den Plan für den Patienten erleichtern. Ebenso lässt sich der Medikamentenplan auch dazu nutzen, die ggf. **neuen Medikamente** und ihre Zielsetzung zu erklären.

Ebenso wird er auch als Leitfaden für **Folgetermine** benutzt oder um Dritte, wie einen Pflegedienst, über die aktuelle Medikation zu informieren. Eine weitere Maßnahme, die die Kollegen erwähnten, waren **Merkhilfen** für die nächste Konsultation. Ebenso wurde der Vorteil einer sauberen **Dokumentation** von **Veränderungen** betont.

Die Interviewpartner schildern die hohe Relevanz der **Software** für die Erstellung und Aktualisierung der Medikamentenpläne. Sei es, dass verschiedene Formate im Ausdruck zur Verfügung stehen oder sei es, dass Veränderungen nachverfolgt und Erklärungen hinterlegt werden können. Auch hier könnte ein einfacher Zugang zu IT-Hilfsmitteln für eine signifikante Verbreitung und damit Verbesserung der Versorgung alter multimorbider Patienten sorgen.

4.2.6. Verbesserungsvorschläge

Im Rahmen der Interviews wurden direkt oder indirekt Maßnahmen reflektiert, die zu einer besseren medikamentösen Versorgung von alten Patientinnen und Patienten führen könnten.

Ein Verbesserungsvorschlag liegt in der systematischen Verankerung von Revisionsauslösern im Praxisalltag. Ein **strukturiertes Vorgehensmodell**, welches die verschiedenen Level der Revision (vgl. Abbildung 5) berücksichtigt, die personellen Zuständigkeiten, Zeitpunkte bzw. Zustandsveränderungen definiert und diese systematisch in die EDV-Systeme bzw. in die Praxisabläufe insbesondere der MFAs integriert, wäre ein großer Fortschritt.

Weiteres Optimierungspotential liegt in der Überbrückung der aktuellen Distanz der Hausarztkollegen zu wissenschaftlichen Hilfsmitteln. Der aktuell sehr starke Verlass auf persönliche Erfahrungswerte könnte zum einen durch regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln verändert werden, in denen die eigenen Erfahrungen kritisch reflektiert und die Studien und deren Neuerungen diskutiert werden. Zum anderen sollte eine stärkere **Integration wissenschaftlichen Denkens** in das Studium die beobachtete Distanz zu wissenschaftlichen Hilfsmitteln reduzieren.

Des Weiteren wurden durch die Befragung Medikamente mit folgenden Eigenschaften identifiziert, die im besonderen **Fokus der Ärzte** hinsichtlich einer möglichen Reduktion stehen:

- neu zugelassene Medikamente,
- Psychopharmaka,
- Medikamente, die lebensbedrohliche Nebenwirkungen haben können: Antidiabetika, Gerinnungshemmer, Plättchenhemmer, Antiarrhythmika, Diuretika;
- Medikamente, deren (positive) Wirkung am individuellen Patienten schlecht kontrollierbar ist, die also eher präventiver Natur sind sowie
- Protonenpumpeninhibitoren.

Eine weitere Verbesserungschance liegt in einer möglichst großen **Transparenz** während des Prozesses der Medikationsveränderung bzw. –revision. Hier scheint insbesondere die konsequente und IT-gestützte Nutzung des Medikamentenplans eine Qualitätssteigerung zu ermöglichen. Auch diesen Prozess könnte die kassenärztliche Vereinigung durch zur Verfügung stellen von IT-Hilfsmitteln unterstützen.

Ein übergeordnetes Thema, das sich wie ein roter Faden durch die geführten Interviews gezogen hat, war der **Zeitmangel** im Praxisalltag. Hier muss über die Entlohnung für die Medikamentenrevision insbesondere bei älteren Patienten nachgedacht werden. In der Geriatrieziffer ist der Medikamentencheck zwar enthalten, aber das vorgegebene Zeitfenster ist nicht realistisch.

Ein weiteres eher generelles Thema ist das Verhältnis zwischen Hausärzten und Spezialisten sowie Krankenhausärzten. Dieses ist sehr facettenreich und reicht von extremer Distanz ohne Kommunikation bis hin zu einer intensiven Zusammenarbeit mit kurzfristigen Abstimmungen. Es ist davon auszugehen, dass die **Kooperationsbereitschaft** sich deutlich verbessern würde, wenn der Hausarzt mehr als Koordinator anerkannt und unterstützt würde. Auch hier könnte es wichtig sein, dass die „Bringpflicht“ von Informationen vom Spezialisten zum Hausarzt gefördert, honoriert oder zu mindestens überwacht wird.

4.3. Limitationen der Untersuchung

Der gewählte qualitative Forschungsansatz ist sehr ressourcenaufwendig. Daher beschränkt sich die Anzahl der interviewten Hausärztinnen und –ärzte auf eine relativ kleine Stichprobe, wodurch die **Verallgemeinerung** der Ergebnisse **eingeschränkt** wird. Andererseits war nach 13 Interviews eine Sättigung erreicht und die Vielfalt der berichteten Vorgehensweisen und Einstellungen könnte kaum größer sein.

Ebenso ist zu beachten, dass der Auswahlprozess potentieller Interviewpartner durch die beruflichen Netzwerke von Frau Professor Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz und mir geprägt war. Somit ist davon auszugehen, dass die interviewten Hausärzte im Sinne einer Selektion tendenziell zu der „moderneren“ und „wissensinteressierteren“ Gruppe von Hausärzten gehören. Insofern ist in der Ergebnisbetrachtung zu beachten, dass die Interviewergebnisse eher als „**überdurchschnittlich**“ anzusehen sind.

Obwohl die Interviews mit Hilfe eines Interviewleitfadens vorstrukturiert waren, hat die Subjektivität der Forscherin, insbesondere bei weitgehend offen geführten Interviews, einen Einfluss auf den Verlauf des Interviews. Des Weiteren sind die Daten bei qualitativen Interviews, also die Erzählungen bzw. die Texte, immer kontextabhängig und die Versionen bei einer Wiederholung des Interviews nie identisch (Helfferich 2011 S. 155).

Die Unmöglichkeit von Objektivität ist aber nicht ein Mangel, sondern Ausgangspunkt qualitativer Forschung, daher kann es nicht um anzustrebende Objektivität gehen, sondern um einen **angemessenen Umgang mit Subjektivität** (Helfferich 2011 S. 155). Der Anspruch der Objektivität, der auch gerne durch Intercodereliabilität hergestellt wird, das heißt Durchführung der gleichen Analyse durch mehrere Interviewer und ein Vergleich der Codes, war hier nicht vorgesehen (Mayring 2010 S. 117).

Bei allen aufgezeigten Einschränkungen und Grenzen des gewählten Vorgehens ist aber hervorzuheben, dass durch die Studie der **Einblick in den Praxisalltag** hinsichtlich der Reduktion der Polypharmazie bei alten multimorbiden Patienten verwertbar ist – und bisher noch nicht in der Form berichtet wurde. Die große Heterogenität der Vorgehensweisen, die Unterschiedlichkeit der Strategien oder auch die kaum vorhandene Strukturierung und Taktung der Medikationsrevision bzw. die Spontanität im Praxisalltag zeigen deutlich die Notwendigkeit von Standards und Orientierungspunkten.

4.4. Implikationen für zukünftige Forschung

Es erscheint notwendig, Interventionen zu entwickeln und wissenschaftlich zu untersuchen, die eine Reduktion der Polypharmazie und gleichzeitig eine Verbesserung der Medikationsqualität zum Ziel haben. Ohne Zweifel wird es sich um **komplexe Interventionen** handeln müssen, in denen organisatorische Rahmenbedingungen für Medikamentenrevisionen geschaffen werden, die Zuständigkeit für unterschiedlich geartete Revisionen auf **mehrere Schultern** verteilt wird (Hausarzt, MFA, Apotheker etc.), in denen auch inhaltliche Festlegungen erfolgen (Erkrankungen bzw. Medikamente, die im Fokus sind) – und in denen das Gespräch und die Abstimmung mit dem Patienten gleichermaßen thematisiert werden.

5. Zusammenfassung

Die Therapie älterer multimorbider Patienten ist komplex. Die Leitlinien der verschiedenen Fachgesellschaften üben auf die behandelnden Ärzte einen massiven **Druck** in Richtung Verschreibung von Medikamenten aus. Dieses führt häufig zur Polypharmazie.

Eine Revision der Medikation und damit verbundenes „Herunterschreiben“ langer Medikamentenlisten gehört zum hausärztlichen Alltag. Wissenschaftlich wurde das genaue Vorgehen der Ärzte und die Schwerpunkte, die sie dabei setzen, bisher noch nicht untersucht. Ziel dieser Arbeit war es daher, einen **detaillierten Einblick** in die **Strategien** niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte bei der Reduktion von Polypharmazie bei alten, multimorbiden Patienten zu schaffen. Konkrete Fragen waren:

- Wie ist die Medikamentenrevision strukturell in der Praxis verankert?
- Welche Überlegungen und Instrumente fließen in den Entscheidungsprozess und die verschiedenen Umsetzungsstrategien ein?
- Welche Rolle spielen insbesondere ärztliche Kollegen und Patienten in diesem Prozess?

Im Rahmen dieser **qualitativen Studie** wurden 13 Interviews mit praktizierenden Hausärztinnen und –ärzten geführt. Die Befragten waren im Schnitt 54,2 Jahre alt, hatten in ihren Praxen durchschnittlich 914 Scheine pro Quartal und ca. 43% Patienten über 65 Jahre. Die Interviews wurden aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Mit der Software MaxQDA11 wurde das Datenmaterial mit Hilfe von 218 aus dem Material entwickelten Codes strukturiert, 1.079 Textstellen wurden codiert.

Die Auswertung der Codes ergab sechs Themenkomplexe, anhand derer die Ergebnisse und die Diskussion strukturiert wurden:

- Revisionsanlässe,
- wissenschaftliche Evidenz,
- klinische Expertise der Hausärztinnen und Hausärzte,
- Mitbestimmung des Patienten,
- praktische Umsetzung einer Medikamentenrevision/-reduktion und
- Verbesserungsvorschläge.

Die **Anlässe** zur Revision und Reduktion von Medikamenten sind vielfältig und sehr unterschiedlich stark in Praxisroutinen verankert. **Leitlinien** und **evidenzbasierte Entscheidungshilfen** wurden von den Ärzten als häufig wenig hilfreich insbesondere für die Gruppe der älteren, multimorbiden Patienten kritisiert. Hier läge wenig wissenschaftliche Evidenz vor. Die Ärzte verlassen sich bei der Reduktion von Medikamenten stark auf ihr **pharmakologisches Wissen** und ihre **Erfahrungen**. Hinsichtlich der Reduktion sind Medikamente mit folgenden Eigenschaften im **besonderen Fokus** der Ärzte: neu zugelassene Medikamente, Psychopharmaka, Medikamente mit lebensbedrohlichen Nebenwirkungen wie beispielsweise Antidiabetika und Medikamente, deren Wirkung eher präventiver Natur ist - und für ältere Menschen von unklarem Nutzen. Die **Präferenzen der Patienten** beeinflussen die Medikation sehr stark – sowohl in Richtung Reduktion als auch in Richtung Polypharmazie. Bei der **praktischen Umsetzung** einer Medikamentenreduktion zeigen die Ärzte ein breites Repertoire: Absetzen, Ausschleichen, Ändern der Medikation, Abwarten, in eine Bedarfsverordnung umwandeln etc. Der Medikamentenplan ist ein zentrales Arbeitsinstrument.

Basierend auf diesen Ergebnissen zeigen sich im Hinblick auf eine Reduktion der Polypharmazie und gleichzeitig eine Verbesserung der Medikationsqualität **mehrere Ansätze**, die miteinander **kombiniert** werden müssten:

1. bessere strukturelle Verankerung von Medikamentenrevisionen im Praxisalltag durch Definition von Revisionszielen, -anlässen, -inhalten, -umfängen und personellen Zuständigkeiten, am besten IT-unterstützt,
2. Verbesserung der wissenschaftlichen Evidenz für Medikationsentscheidungen bei älteren, multimorbiden Patienten und gleichzeitig eine lebenslange Integration der Abwägung von klinischer Erfahrung und wissenschaftlicher Evidenz, z.B. durch eine stärkere wissenschaftliche Orientierung im Studium und berufsbegleitende Arbeit in Qualitätszirkeln und
3. Unterstützung des Arzt-Patient-Gespräches über Medikation durch Einüben spezieller Gesprächstechniken sowie adäquate Honorierung des Aufwandes.

6. Abkürzungsverzeichnis

ACE	Angiotensin Converting Enzym
AMTS	Arzneimittelsicherheit
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
bzw.	beziehungsweise
BÄK	Bundesärztekammer
COPD	Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
dl	Deziliter
DMP	Desease Management Program
DPP4	Dipeptidyl-Peptidase-4
DRG	Diagnosis related groups, Diagnosebezogene Fallgruppen
DVO	Dachverband Osteologie
EBM	Evidenzbasierte Medizin
ESH	European Society of Hypertension
ESC	European Society of Cardiology
et. al.	und andere
ggf.	gegebenenfalls
HCT	Hydrochlorothiacid
HNO	Hals-Nasen-Ohrenarzt
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHK	Koronare Herzkrankheit
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MAI	Medication Appropriateness Index
MFA	Medizinische Fachangestellte
mg	Milligramm
mmHG	Millimeter-Quecksilbersäule
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OTC	Over the counter, freiverkäuflich
PPI	Protonenpumpen-Inhibitor
UAW	Unerwünschte Arzneiwirkungen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

7. Literaturverzeichnis

1. Akker M van den, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA (1998): Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998 May; 51(5):367-75.
2. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP (2004): Using antipsychotic agents in older patients, *J Clin Psychiatry*, 2004, 65 Suppl 2.
3. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity (2012): Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians, *JAGS*, October 2012-Vol. 60, No. 10:E1-25.
4. Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T (2010): Qualitative insights into general practitioners' views on polypharmacy. *BMC Family Practice* 11:65.
5. *arznei-telegramm* (2014): Dabigatran (Pradaxa) zur Antikoagulation bei Vorhofflimmern ... doch Monitoring notwendig?, *ATI Arzneimittelinformation Berlin GmbH*, 2014, Jg. 45, Nr. 3.
6. Berg C, Milmeister M (2007): Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden. Über die Kodiervorgänge der Grounded Theory Methodology, in: Mey G, Muck K: *Grounded Theory Reader*, Zentrum für historische Sozialforschung, Köln, S. 187.
7. Bertaux D (1981): From the life-history approach to the transformation of psychological practice in: Bertaux D (Hrsg): *Biography and society*, Beverly Hills/London, Sage, S. 29ff.
8. Bertelsmann Stiftung (2005): Perspektiven der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen; Empfehlungen der Expertenkommission „Ziele in der Altenpolitik“ der Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
9. Beyer M, Otterbach I, Erler A, Muth C, Gensichen J., Gerlach FM (2007): Multimorbidität in der Allgemeinpraxis Teil I: Pragmatische Definition,

Epidemiologie und Versorgungsprämissen in Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2007; 83, S. 310–315.

10. Brekke M, Rognstad S, Straand J, Furu K, Gjelstad S, Bjørner T, Dalen I. (2008): Pharmacologically inappropriate prescriptions for elderly patients in general practice: How common? Scan J Prim Health Care. 26(2):80-85.
11. Cline B, Bradley MC, Hughes CM, Clear D, McDonnell R, Williams D, Fahey T, Smith SM (2013): Addressing potentially inappropriate prescribing in older patients: development and pilot study of an intervention in primary care (the OPTI-SCRIPT study), BioMedCentral Health Services Research, Aug 2013, 13:307, ISSN 1472-6963.
12. Dänschel I (2012): Patienten mit Metabolisch-Vasculärem Syndrom, S.3, Vortrag in Berlin am 16.11.2012 auf der Diabetes Herbsttagung 2012 [Online im Internet] URL: www.herbsttagung-ddg.de/fileadmin/Herbsttagung/Vortraege/16.11.2012/MVS_Diabetes_Herbsttagung_11.2012_Berlinx.pdf [Stand 20.11.2013, 20:30]
13. DEGAM (2012): Fachdefinition, Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.9.2012, [Online im Internet] URL: <http://www.degam.de/index.php?id=303> [Stand 15.11.2013, 16:15].
14. DEGAM (2013): Hausärztliche Leitlinie – Multimedikation – Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten, Leitliniengruppe Hessen, Version 1.00 vom 16.1.2013.
15. DEGAM S1-Handlungsempfehlung (2013-1): Häufige Gichtanfälle und Chronische Gicht in der hausärztlichen Versorgung, DEGAM Leitlinien.
16. DEGAM S1-Handlungsempfehlung (2013-2): Neue orale Antikoagulantien (bei nicht valvulärem Vorhofflimmern), DEGAM Leitlinien.
17. DEGAM-Leitlinie (2008): „Kardiovaskuläre Prävention“ Gerinnungshemmung, Patienteninformation, Nov. 2008.

18. Der Arzneimittelbrief (2008): Protonenpumpenhemmer: zu häufige Verordnung und Risiken bei Dauertherapie, Westkreuz-Verlag, Berlin, Ausgabe 42-49:3.
19. Deutsches Ärzteblatt Mitteilungen 2009: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft „UAW-News International“, Deutsches Ärzteblatt 2009, 106-36:A-1753.
20. DVO-Leitlinie 2014 (2014): Kurzfassung zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Männern ab dem 60. Lebensjahr und bei postmenopausalen Frauen, Entwurf, HRsg. DVO e. V..
21. Elliot R, Fischer CT, Tennie DL (1999): Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields, Br J Clin Psychol, S 216.
22. Elstad EA, Lutfey KE, Marceau LD, Campbell SM, von dem Knesebeck O, McKinlay JB (2010): What do physicians gain (and lose) with experience? Qualitative results from a cross-national study of diabetes, Soc Sci Med., June 2010, 70:1728-1736.
23. Gallagher PF, O'Connor MN, O'Mahony D (2011): Prevention of Potentially Inappropriate Prescribing for Elderly Patients: A Randomized Controlled Trial Using STOPP/START Criteria. Clinical Pharmacology & Therapeutics 89:6.
24. Gallagher P, Baeyens JP, Topinkova E, Madlova P, Cherubini A, Gasperini B, Cruz-Jentoft A, Montero B, Lang PO, Michel JP, O'Mahony D (2009): Inter-rater reliability of STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) criteria amongst physicians in six European countries, 10.1093/ageing/afp058. Epub 2009 May 12:605.
25. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. (2008): STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther. Feb. 2008, 46(2):72-83.

26. Garfinkel D, Mangin D (2010): Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults. *Arch Int Med.* 170(18):1648-1654.
27. Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J (2007): The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J.* 9(6):430-4.
28. Gawaz M, Geisler T (2012): Update orale Plättchenhemmer, Positionspapier der deutschen Gesellschaft für Kardiologie, *Der Kardiologe* 3-2012:195-209.
29. Hanlon JT, Artz MB, Pieper CF, Lindbad CI, Sloane RJ, Ruby CM, Schmader KE (2004): Inappropriate Medication Use Among Frail Elderly Inpatients. *Ann Pharmacother* 38:9-14.
30. Hanlon JT, Schmader KE, Koronkowski MJ, Weinberger M, Landsman PB, Samsa GP, Lewis IK (1997): Adverse drug events in high risk older outpatients. *J Am Geriatric Society*, Aug 1997, 45(8):945-8.
31. Hanlon JT, Weinberger M, Samsa GP, Schmader KE, Uttech KM, Lewis IK, Cowper PA, LandsmanPB, Cohen HJ, Feussner JR (1996): A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. *Am J Med.* 100(4): 428-37.
32. Harder S, Saal K, Blauth E, Beyer M, Gerlach FM (2009): Appropriateness and surveillance of medication in a cohort of diabetic patients on polypharmacy. *Int. J Pharmacol Ther.* 47(2):104-10.
33. Helfferich C (2011): *Die Qualität qualitativer Daten*, 4. Auflage, Springer Fachmedien Wiesbaden.
34. Hoffmann F, Kaduszkiewicz H, Glaeske G, van den Busche H, Koller D (2014): Prevalence of dementia in nursing home and community-dwelling older adults in Germany, *Aging Clin Exp Res*, March 2014, 20.
35. Hoffmann F, van den Busche H, Wiese B, Schön G, Koller D, Eisele M, Glaeske G, Scherer M, Kaduszkiewicz H (2011): Impact of geriatric

- comorbidity and polypharmacy on cholinesterase inhibitors prescribing in dementia, BMC, Psychiatry 2011, 11:190.
36. Hofmeister S (2011): Was macht der Hausarzt eigentlich in: Hamburger Ärzteblatt 10/2011, S.20.
 37. Hoppe-Tychy T, (2012): Polypharmazie und Arzneimitteltherapiesicherheit, Vortrag bei Kooperationstagung der KBV, Arzneimitteltherapiesicherheit – Herausforderung für die ambulante Versorgung, Berlin 25.1.2012.
 38. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA (2010): Potentially inappropriate medication in the elderly – PRISCUS list. Deutsches Ärzteblatt Int 107:543-551.
 39. JAGS The American Geriatrics Society (2012): Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults due to drug-disease or drug syndrome interactions that may exacerbate the disease or syndrome.
 40. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT, LeFevre ML, MacKenzie TD, Ogedegbe O, Smith Jr SC, Svetky LP, Taler SJ, Townsend RR, Wright Jr JT, Narva AS, Ortiz E (2014): 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults, Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8), The Journal of the American Medical Association, February 2014, 311(5):507-520.
 41. Kahaly GJ, Dietlein M, Gärtner R, Mann K, Dralle H (2007): Amiodaron und Schilddrüsendysfunktion, Deutsches Ärzteblatt, 2007, 104:51-52.
 42. KBV, 2013: unter Arztlizenzen, Fakten und Zahlen, Service [Online im Internet] URL: www.kbv.de/24854.html [Stand: 20.11.2013 20:35].
 43. KBV, 2012: Statistische Informationen aus dem Bundesanzeiger, Stand 31.12.2012, S.2 [Online im Internet] URL: kbv.de/media/sp/2012_12_31.pdf [Stand:20.11.2013, 20:15].
 44. Kenny T, Wilson RG, Purves IN, Clark J Senior, Newton LD, Newton DP, Moseley DV (1998): A Pill for every ill? Patient information leaflets (PILs): a review of past, present and future use, Family Practice 15-1998:471-479.

45. Koper D, Kamenski G, Flamm M, Böhmendorfer B, Sönnichsen A (2012): Frequency of medication errors in primary care patients with polypharmacy. *Family Practice* doi:10.1093/fampra/cmc070.
46. Kongkaew C, Hann M, Mandal J, Williams SD, Metcalfe D, Noyce PR, Ashcrof DM (2013): Risk factors for hospital admissions associated with adverse drug events, *Pharmacotherapy*, Aug 2013, 33(8): 827-37.
47. Kuijpers MAJ, van Marum RJ, Egberts ACG, Jansen, PAF (2008): Relationship between polypharmacy and underprescribing, *British Journal Clin. Pharmacol.*, Jan. 2008, 65(1):130-133.
48. Lewis T (2004): Using the NO TEARS tool for medication review. *BMJ* 329(7463):434.
49. Luijks HD, Loeffen MJW, Lagro-Janssen AL, Weel van C, Lucassen PL, Schermer TR (2012): GPs' considerations in multimorbidity management: a qualitative study. *British Journal of General Practice* e510.
50. Marx G, Püsche K, Ahrens D (2009): Polypharmacy: A Dilemma of Primary Care? *Gesundheitswesen* 71:339-348.
51. Mayring P (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse*, 11. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim.
52. MaxQDA 11 (2013): *Manual der Software*, S. 32.
53. Moen J, Norrgard S, Antonov K, Nilsson LG, Ring L (2010): GPs' perceptions of multiple-medicine use in older patients. *J of Evaluation in Clinical Practice*. 16 69-75.
54. Mort JR, Sailor R, Hintz L (2014): Partnership to Decrease Antipsychotic Medication Use in Nursing Homes: Impact at the State Level, *Journal of South Dakota Medicine*, Feb 2014:67-9.
55. Nationale VersorgungsLeitlinie 2013: *Kreuzschmerz, Kurzfassung, Programm für NVL's*, Aug. 2013, Version 4, Hrsg: BÄK, KBV, AWMF.
56. Olsson I, Runnamo R, Engfeldt P (2011): Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 9:95.

57. Queneau P, Doucet J, Paille F (2007): Quand „deprescrire“ les médicaments chez les personnes âgées pour améliorer leur santé? Bull. Acad Natl Med .191:271-285.
58. Room for Review (2002): A guide to medication review: the agenda for patients, practitioners and managers. Task force on Medicines Partnership and The National Collaborative Medicines Management Services Programme, published by: Medicines Partnership, London
59. Rote Liste (2013): Simvastatin Anwendungsgeschränkung über 20 mg Tagesdosis, Rote Liste Service GmbH, Frankfurt am Main.
60. Roughead E, Pratt N, Peck R, Gilbert A (2007): Improving medication safety: influence of a patient-specific prescriber feedback program on rate of medication reviews performed by Australian general medical practitioners. Pharmacoepidemiology and Drug Safety. 16:797-803.
61. Schmiemann G (2011): Skript z. Seminar, Tag der Allgemeinmedizin Hamburg.
62. Schönenberger T, Rauber N, Roth M, Wettstein A, Schönenberger PM (2011): Polypharmazie ist ein Indikator für kurze Überlebensdauer im Pflegeheim – Daran ändert das Absetzen von Medikamenten nichts. Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst Zürich. Praxis (Bern 1994) 100(4):213-20.
63. Schuling J, Gebben H, Veehof LJG, Haaijer-Ruskamp FM (2012): Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. BMC Fam Pract. 13:56.
64. Schulze J, Glaeske G, van den Busche H, Kaduszkiewicz H, Koller D, Wiese B, Hoffmann F (2013): Prescribing of antipsychotic drugs in patients with dementia: a comparison with age-matched and sex-matched non-demented controls, Pharmacoepidemiol Drug Saf., Dec. 2013, 22:1308-16.
65. Scott IA, Gray LC, Martin JH, Mitchell CA (2012-1): Effects of a drug minimization guide on prescribing intentions in elderly persons with polypharmacy. Drugs Aging 29(8):659-67.

66. Scott IA, Gray LC, Martin JH, Pillans PI, Mitchell CA (2012-2): Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. Evidence-Based Medicine Online First 10.1136/eb-2012-100930.
67. Soendergard B, Kirkeby B, Dinsen C, Herborg H, Kjellberg J, Staehr P (2006): Drug-related problems in general practice: results from a development project in Denmark. Pharm World Sci 28:61-64.
68. Sinnema H, Terluin B, Wensing M, Volker D, Franx G, van Balkom A, de Lange J (2013): Systematic tailoring for the implementation of guideline recommendations for anxiety and depressive disorders in general practice: perceived usefulness of tailored interventions, BMC Family Practice, 14:94.
69. Thelen P (2013): AOK fordert Gesundheitsreform In: Handelsblatt 10. Juni 2013, ISSN 0017-7296 S. 8.
70. Tjia J, Givens J (2012): Ethical Framework for Medication Discontinuation in Nursing Home Residents with Limited Life Expectancy. Clin Geriatr Med 28:255-272.
71. Universitätsklinikum Freiburg (2013): Einführung in die Allgemeinmedizin, [Online im Internet] URL: <http://www.uniklinik-freiburg.de/allgemeinmedizin/live/lehre/Material/einfuehrung.pdf> [Stand 10.11.2013, 15:17].
72. Vass M, Hendriksen C (2005): Medication for older people – Aspects of rational therapy from the general practitioner's point of view. Gerontol Geriat 38:190-195.
73. Vass M, Hendriksen C (2005): Polypharmacy and older people – the GP perspective. Gerontol Geriat 38: Suppl 1 I/14-I/17.
74. Witzel A (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen, Frankfurt am Main, Campus Verlag, S. 92f.

8. Anhang

Anhang A: Verzeichnis der Abbildungen	136
Anhang B: DEGAM-Fachdefinition	137
Anhang C: Informationsblatt zur Interviewvorbereitung	138
Anhang D: Interviewleitfaden	140
Anhang E: Transkriptionsregeln, Transkriptionsbeispiel	142
Anhang F: Codeübersicht (mit Anzahl Nennungen)	147

Anhang A: Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Das Verhältnis von Hausärzten zu Spezialisten von 2003 bis 2012 (Quellen: KBV 2013, KBV 2012)	3
Abbildung 2: Die Entwicklung vom „Hausarzt alter Prägung“ zum „Hausarzt neuer Prägung“ (Universitätsklinikum Freiburg, 2013)	4
Abbildung 3: Transkriptionsbeispiel	19
Abbildung 4: Die sozio-demographischen Daten der Interviewpartner	23
Abbildung 5: Die 4 Levels der Medikamentenrevision (in Anlehnung an Room for review 2002 S. 15)	102

Anhang B: DEGAM-Fachdefinition

Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.9.2002

Der **Arbeitsbereich** der Allgemeinmedizin beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen.

Die **Arbeitsweise** der Allgemeinmedizin berücksichtigt somatische, psychosoziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis).

Die **Arbeitsgrundlagen** der Allgemeinmedizin sind eine auf Dauer angelegte Arzt-Patienten-Beziehung und die erlebte Anamnese, die auf einer breiten Zuständigkeit und Kontinuität in der Versorgung beruhen. Zu den Arbeitsgrundlagen gehört auch der Umgang mit den epidemiologischen Besonderheiten des unausgelesenen Patientenkollektivs mit den daraus folgenden speziellen Bedingungen der Entscheidungsfindung (abwartendes Offenhalten des Falles, Berücksichtigung abwendbar gefährlicher Verläufe).

Das **Arbeitsziel** der Allgemeinmedizin ist eine qualitativ hochstehende Versorgung, die den Schutz des Patienten, aber auch der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung einschließt.

Der **Arbeitsauftrag** der Allgemeinmedizin beinhaltet:

- Die primärärztliche Filter- und Steuerfunktion, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient und Gesellschaft verantwortliche Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialisten
- Die haus- und familienärztliche Funktion, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld (Hausbesuch)
- Die Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für den Einzelnen wie auch in der Gemeinde
- Die Koordinations- und Integrationsfunktion, insbesondere die gezielte Zuweisung zu Spezialisten, die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation, sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld.

Anhang C: Informationsblatt zur Interviewvorbereitung



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. Martin Scherer

Direktor

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Martinstraße 52

20246 Hamburg

Telefon: (040) 7410-52400

Telefax: (040) 7410-40225

m.scherer@uke.de

www.uke.de

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinstraße 52 20246 Hamburg
Institut für Allgemeinmedizin

Information zur Promotionsarbeit von

Frau Stephanie Dresse,

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Ansprechpartnerin

PD Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz

Oberärztliche Koordinatorin Forschung

Telefon: (040) 7410-53247

Telefax: (040) 7410-40225

kaduszk@uke.de

Thema:

02.04.2013

Strategien niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte bei der Reduktion von Polypharmazie bei alten, multimorbiden Patienten

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Die Therapie älterer multimorbider Patienten ist in der heutigen Zeit zunehmend komplexer geworden. Dank moderner Medikamente kann eine Therapie erfolgen, die sowohl eine Verbesserung der **Lebensqualität** als auch eine Zunahme der **Lebenserwartung** verspricht. Jedoch muss auch mit einer **Zunahme unerwünschter Wirkungen** besonders bei älteren multimorbiden Patienten gerechnet werden. Es ist bekannt, dass mit zunehmender Anzahl an täglich einzunehmenden Medikamenten (**Polypharmazie**, definiert als > 5 Medikamente) die Gefahr unerwünschter Arzneimittelwirkungen sowie der Morbidität und der Mortalität zunimmt. Auch steigt das Risiko einer Hospitalisation.

Für Sie als Hausärztin bzw. Hausarzt wird die **wachsende Komplexität** der Pharmakotherapie eine zunehmende Herausforderung. Folgende Aspekte spielen hierbei eine Rolle:

- Die Leitlinien der verschiedenen Fachgesellschaften üben auf den behandelnden Hausarzt einen starken Druck in Richtung Verschreibung von Medikamenten aus.
- Die Medikation für eine Erkrankung kann im Zusammenhang mit einer anderen Erkrankung aber kontraindiziert sein.
- Gerade durch die häufige Einbindung verschiedener Fachrichtungen in die Behandlung eines Patienten steigt das Risiko der **Polypharmazie**.

- Eventuell verändert der Patient eigenständig die Medikation oder/ und die Kommunikation mit dem Patienten ist schwierig.
- Darüber hinaus sieht sich der Hausarzt mit **EBM** und **präventive Leitlinien** konfrontiert, die durch Empfehlung präventiver Medikamente die Medikamentenzahl erhöhen, ohne den präventiven Nutzen angesichts des fortgeschrittenen Alters einzubeziehen.
- Es fehlen für den Hausarzt konkrete Anleitungen hinsichtlich einer Priorisierung der Diagnosen und Medikamente bei älteren multimorbiden Patienten.

Wie kann die Hausärztin/ der Hausarzt dieser speziellen Situation bei der Versorgung der alten, multimorbiden Patienten gerecht werden?

Es ist bekannt, dass sich viele hausärztlich arbeitende Ärztinnen und Ärzte Gedanken machen über die **Arzneimittelliste** insbesondere ihrer alten, multimorbiden Patienten, wie in 5 europäischen qualitativen Studien untersucht wurde. Eine **Revision** und damit häufig verbundenes „Herunterschreiben“ wird bereits praktiziert. Nach welchen Regeln Hausärztinnen und -ärzte dies tatsächlich tun wurde bisher allerdings wenig untersucht und soll Gegenstand dieser Befragung werden.

Wir möchten Sie daher herzlich bitten, uns für ein einstündiges Interview zur Verfügung zu stehen. Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet und inhaltsanalytisch ausgewertet. Alle Analysen und Veröffentlichungen erfolgen anonym.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit

Stephanie Dresse
Fachärztin für Allgemeinmedizin,
Homöopathie

PD Dr. med. Hanna Kaduskiewicz
Oberärztliche Koordination Forschung

Anhang D: Interviewleitfaden

	Zentrum für Psychosoziale Medizin Institut für Allgemeinmedizin Direktor: Prof. Dr. med. Martin Scherer
erstellt von: HK, SD Stand: 28.03.2013	Projekt/Thema: Fragen für Interviewleitfaden, Diss Dresse

Vielen Dank, dass Sie sich für das Interview die Zeit genommen haben.

Unterschreiben der Einverständniserklärung

- Zu Beginn möchte ich Sie bitten, mir von den letzten 3 älteren, multimorbiden Patientinnen oder Patienten zu berichten, die aus dem Krankenhaus entlassen worden waren und bei denen Sie die Medikation überarbeitet haben.

Was haben Sie da genau gemacht?

- Wenn Sie Medikamentenpläne überarbeiten, wie gehen Sie da genau vor? Haben Sie eigene Richtlinien bzw. Standards?
- Worauf achten sie mehr: auf die Vervollständigung der Medikamente im Sinne der Leitlinien oder auf eine Reduktion?
- Welchen Stellenwert hat präventive Medikation (z.B. Statine, Marcumar, Allopurinol, ASS, Bisphosphonate, Elektrolyte, Spurenelemente wie Zink u. Selen, Vitamine) bei Ihren Überlegungen?
- Wie besprechen Sie das mit den Patienten?
- Beziehen Sie dabei die Angehörigen mit ein?
- Wie reagieren die Patienten/ Angehörigen darauf?
- Wie reagieren die Spezialisten darauf?

- Gibt es über die Krankenhausentlassung hinaus weitere Anlässe, zu denen Sie die Medikamentenpläne Ihrer Patienten überarbeiten?
- Woher nehmen Sie Ihre Informationen über Medikamente?
- Kennen Sie irgendwelche Listen von Medikamenten oder Instrumente, die Sie bei Ihrer Überarbeitung der Medikation des Patienten nutzen könnten? Wenn ja, welche und was halten Sie von diesen Listen?

Soziodemographische Daten:

- Alter:
- Geschlecht:
- Niedergelassen seit: , als:
- Zusatzbezeichnung:
- Scheine pro Quartal (ca.):
- Prozentualer Anteil an Pat. über 65J.(ca):

Anhang E: Transkriptionsregeln, Transkriptionsbeispiel

Transkriptionsregeln (in Anlehnung an Transkriptionsregeln von Mörtl)

1. Am Anfang des Transskriptes steht der Interviewer, mit Anfangsbuchstaben abgekürzt der Interviewte, das Datum und die Dauer des Interviews
2. Durch Schreiben des Namens oder des abgekürzten Namens wird der Sprechende gekennzeichnet.
3. Es wird in deutscher Rechtschreibung transskribiert.
4. Grammatische Eigenheiten werden korrigiert, wenn sie die Verständlichkeit verbessern und keine Inhaltsveränderung bewirken.
5. Gefühle wie Lachen, Seufzen, etc. wurden nicht vermerkt.
6. Namen von Personen, Orten oder anderen Bezeichnungen wurden mit dem Anfangsbuchstaben abgekürzt, wenn die Gefahr einer Identifikation oder Zuordnung besteht.
7. Ähms oder Mhms werden nicht transskribiert
8. Gleichzeitigkeit beim Sprechen wird nicht extra vermerkt. Alle Redeteile werden erfasst.
9. Satzbruchstücke, die vom Sprecher selbst korrigiert werden, und keine inhaltliche Bedeutung haben, werden nicht transskribiert.

Transkriptionsbeispiel

Interviewdokumentation, 13. Aug. 2013

Interviewer: Stephanie Dresse

Interviewt wurde Herr Dr. X., Dauer ca. 37 Minuten

Kurze Selbstvorstellung Frau Dresse

Unterschreiben der Einverständniserklärung

Frau Dresse: Zu Beginn möchte ich Sie bitten, mir von den letzten 3 älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten zu berichten, die aus dem Krankenhaus entlassen worden sind und bei denen Sie sich dann die Medikamentenliste angeschaut haben und eventuell verändert haben. Was haben Sie da genau gemacht?

Herr Dr. X.: OK, also ein multimorbider Patient, Herr G., kam letzte Woche aus dem Krankenhaus wieder, 65 Jahre alt, hat eine Adipositas, hat einen Diabetes, hat chronische Rückenschmerzen, eine Gonarthrose re., immer mal wieder einen Tinnitus, hat ein metastasiertes Prostata-Carcinom, Herzrhythmusstörungen und ich habe ihn ins Krankenhaus geschickt, weil er massive Bauchschmerzen hier plötzlich hatte. Rausgekommen ist dann ischämisches Cöcumgangrän, was dann operiert wurde. Die Medikamentenliste ist lang. Das Krankenhaus hat sich aber nahezu, weil es ja chirurgisch tätige Kollegen waren, kennen die die meisten Medikamente nicht und haben die dann auch nicht verändert.

Frau Dresse: OK, das heißt, der Patient kam mit seinen alten Medikamenten wieder?

Herr Dr. X.: Ja, der Patient kam mit seinen alten Medikamenten praktisch wieder, es wurden ein paar Sachen ausgewechselt, die das Krankenhaus offensichtlich nicht hatte, aber es wurde eben versucht, möglichst das gleiche weiter zu verschreiben. Schön

auch Originalpräparate, aber das liegt daran, dass der Patient auch privat versichert ist.

Frau Dresse: OK, und dann haben Sie an der Medikationsliste danach auch nichts mehr verändert?

Herr Dr. X.: Doch, ich habe was verändert, und zwar haben die Schmerzmittel nicht gereicht und ich bin umgestiegen wieder auf ein Morphiumderivat. Also er hatte einfach aus dem Krankenhaus Novalgintropfen bekommen und das reicht ihm eben nicht. Insbesondere wegen der Tumorschmerzen eigentlich seines Prostata-Carcinoms.

Frau Dresse: Und das hatte er vorher nicht, das Morphinpräparat?

Herr Dr. X.: Offensichtlich nicht, also nein. Das hatte er nicht als er ins Krankenhaus gekommen ist. Zwischendurch hatte er immer mal Eines gebraucht. Oder Opioide, aber jetzt war er dann auch mit 4 mal 1 Gramm Novalgin nicht schmerzfrei, dazu Ibuprofen und Piroxicam und dann habe ich das alles rausgenommen und ... ja.

Frau Dresse: In die nächst höhere Stufe gesetzt.

Herr Dr. X.: Ja, Oxycodon mit Naloxon.

Frau Dresse: OK, also eher nichts reduziert, sondern eben weil der Bedarf da war etwas dazugenommen.

Herr Dr. X.: Also die Tablettenmenge habe ich reduziert.

Frau Dresse: Ja, richtig. Gut fällt Ihnen noch ein Fall ein, der vielleicht internistisch aus dem Krankenhaus kam?

Herr Dr. X.: Ich schaue einfach mal auf die Liste. Ja, das ist eine 75-jährige Frau mit einem Herzinfarkt 2009, mehreren Wirbelkörperfrakturen, Vorhofflimmern, COPD, eine Aorten- und Mitralklappeninsuffizienz und eine chronische Niereninsuffizienz. Die kam wieder mit einer langen Liste an Medikamenten: Amlodipin , ASS, oder wollen Sie die alle hören?

Frau Dresse: Ja, machen Sie gern mal.

Herr Dr. X.: Also Marcumar, Metoprolol, Torem, Moxonidin, L-Thyroxin, Spiriva, Symbicort. Das haben wir so eigentlich übernommen, weil das schon deutlich reduziert wurde im Krankenhaus. Sie hatte vorher Xarelto bekommen und das hatte sie offensichtlich nicht vertragen. Sie ist dann wieder auf Marcumar zurückgestellt worden. Sie hat noch Digitoxin bekommen im Krankenhaus oder, ne, vorher hatte sie das bekommen, war aber nicht mehr tachykard, dann wurde das reduziert. Ja. Was wollen Sie denn wissen über diese Patientin?

Frau Dresse: Was Sie persönlich für eine Strategie verfolgen dabei.

Herr Dr. X.: Also, die Strategie ist natürlich, dass ich einmal gucke: kann ich irgendwelche Medikamente reduzieren? Und dann muss ich eben auch schauen: ist das ein Patient, der das will? Irgendwann ist der Punkt erreicht, das hatte ich heute wieder, bei einem, der dann 15 Tabletten kriegt von 1000 Ärzten, wo man auch Schwierigkeiten hat, weil man das alles gar nicht mehr selber in der Hand hat. Die lassen sich Sachen aufschreiben beim Internisten, beim Orthopäden, da strecke ich dann auch die Segel und dann sage ich denen schon: „Also schauen Sie her, wenn Sie 15 Tabletten kriegen, ob Sie nun 15 oder 14,5 kriegen, das ist dann auch nicht so entscheidend.“ Also ich versuche zwar zu reduzieren, und ein Spruch von mir ist, das ich einmal pro Tag einem Patienten Medikamente wegnehmen will. Also ich scroll jeden Tag durch und gucke, ob ich irgendwas streichen kann. Das gelingt mir aber auch nicht jeden Tag.

Frau Dresse: OK, aber das haben Sie sich schon mal so als Maxime festgelegt?

Herr Dr. X.: Genau, ich versuche das auch jeden Tag durchzusetzen, aber es ist nicht so einfach. Und natürlich ist es am Einfachsten durch zu setzen, wenn die Patienten reinkommen und das Wartezimmer ist voll und ich nehme stumpf die Liste, wenn die aus dem Krankenhaus kommen, lass die von den Arzthelferinnen eintippen und sage: „Das machen wir weiter.“ Es kostet Zeit die Liste

durchzugehen und auch intelligente Verordnung zu überprüfen.
Ich mache es meistens so, dass ich es mir schon einmal angucke
und bin dann meist ganz überrascht, was da zum Teil draufsteht.
Jetzt fällt mir gerade ein, dass ich noch bei einem anrufen wollte,
der Name steht gerade hier. Der ist vom Kardiologen
wiedergekommen mit 75mg HCT pro Tag. Auf mehreren
Arztbriefen steht das drauf, hat jeder vom anderen wieder
übernommen. Ehrlich gesagt, ich bin mir nicht sicher, ob der das
wirklich will. Also ich habe das noch nie in meinem Leben
aufgeschrieben und ich weiß auch nicht, warum der das braucht.

Frau Dresse: Und das wird einfach so weiterverordnet?

Herr Dr. X.: Also bislang ist es so weiterverordnet worden. Glücklicherweise ist
es der Kardiologe hier oben drüber, den kann ich jetzt gleich noch
mal anrufen. Aber es kam auch so aus dem Krankenhaus heraus.

Anhang F: Codeübersicht (mit Anzahl Nennungen)

Codesystem 1079

1. Revision/Reduktion allgemein 1
 - 1.1. Arten von Revision 1
 - 1.1.1. Übernahme der Medikation 5
 - 1.1.2. Reduktion 12
 - 1.1.3. Vervollständigung 12
 - 1.1.4. situativ abhängig 14
 - 1.2. Auslöser 0
 - 1.2.1. Kontrollsystem 0
 - 1.2.1.1. Kontrolle durch Arzthelferin 6
 - 1.2.1.1.1. Wiederholungsrezept 2
 - 1.2.1.1.2. zu seltene Verschreibung 1
 - 1.2.1.2. langer Abstand zu letzter Konsultation 1
 - 1.2.1.3. lange Medikationsliste 2
 - 1.2.1.4. Lange unveränderte Verordnung 7
 - 1.2.2. Praxisbesuch 0
 - 1.2.2.1. Krankenhausentlassung 23
 - 1.2.2.2. DMP 1
 - 1.2.2.3. Gesundheitsuntersuchung 2
 - 1.2.2.4. Gutachten 1
 - 1.2.2.5. regelmäßige Blutuntersuchung 2
 - 1.2.2.6. Hausarztwechsel 4
 - 1.2.2.7. bei jeder Konsultation 4
 - 1.2.3. Patientenzustand 0
 - 1.2.3.1. Lebensalter 6
 - 1.2.3.2. Nebenwirkungen 14
 - 1.2.3.3. Zustandsverschlechterung 11
 - 1.2.3.4. Überforderung des Patienten 4
 - 1.2.4. Fehler 0
 - 1.2.4.1. Fehlende Informationsübermittlung 1
 - 1.2.4.2. Fehler im Arztbrief 5
 - 1.2.4.3. falsche Medikation aus Krankenhaus 2
 - 1.2.4.4. Doppelverschreibung 1
 - 1.2.5. Externe Treiber 0
 - 1.2.5.1. Sorge der Angehörigen 1
 - 1.2.5.2. Vorschlag des Apothekers 1
 - 1.2.5.3. Vorschlag des Kollegen 2
 - 1.2.5.4. Vorschlag des Krankenhaus-Kollegen 1
 - 1.2.5.5. Vorschlag des Patienten 5
 - 1.2.5.6. Vorschlag Pflegepersonal 1
 - 1.2.5.7. Überprüfung der Kollegen 1
2. Revision/Reduktion - Wissenschaftliche Evidenz 0
 - 2.1. Instrumente 0
 - 2.1.1. MAI-Score 0
 - 2.1.2. No-Tears / Start und Stopp 1
 - 2.1.3. Start- und Stop-Kriterien 0

2.1.4.	Garfinkel-Methode	3
2.2.	Entscheidungshilfen	4
2.2.1.	Leitlinien	16
2.2.1.1.	Multimedikation (Hessen)	6
2.2.2.	Studien	6
2.2.3.	EBM	3
2.2.4.	Priscus-Liste / Beers-Liste	18
2.2.5.	Risikotools	5
2.2.5.1.	ARRIBA	1
2.2.5.2.	Calciumrechner	1
2.2.5.3.	CHADS Score	1
2.2.5.4.	CHADS2-VASC-Score	0
2.2.5.5.	D' Agostini-Score	0
2.2.5.6.	dosing.de	1
2.2.5.7.	Duke Clinical Risk of Coronary Heart Disease	1
2.2.5.8.	Euro-Score	1
2.2.5.9.	PROCAM-Index	1
2.3.	Quellen der Information	0
2.3.1.	Fachliteratur	0
2.3.1.1.	Med. Zeitschriften	7
2.3.1.1.1.	Arzneimitteltelegramm	3
2.3.1.1.2.	KV Journal	2
2.3.1.2.	Fachbücher	1
2.3.1.3.	Internet	1
2.3.1.4.	Rote Liste	2
2.3.1.5.	Fachinformation	1
2.3.1.6.	Praxis-Computerprogramm	1
2.3.2.	Kollegen	0
2.3.2.1.	hausärztliche Kollegen	4
2.3.2.2.	List-Server	2
2.3.2.3.	Qualitätszirkel	4
2.3.3.	Pharmazie	0
2.3.3.1.	Apotheker	6
2.3.3.2.	Pharmakologen	1
2.3.3.3.	Pharmavertreter	4
2.3.4.	Expertenwissen	0
2.3.4.1.	Kongresse	2
2.3.4.2.	Fachspezialisten	7
2.3.4.3.	Forschung in Uniklinik	2
2.3.4.4.	Ausbildung	1
2.3.4.5.	Fortbildungen	13
3.	Revision/Reduktion - Klinische Expertise des Arztes	0
3.1.	Medikamentengruppen	0
3.1.1.	Allopurinol	19
3.1.2.	Antiarrhythmika	3
3.1.2.1.	Amiodaron	2
3.1.3.	Antibiotika	3
3.1.4.	Antidiabetika	6
3.1.4.1.	Insulin und Analoga	3

3.1.4.2.	orale	1
3.1.5.	Antihypertensiva	24
3.1.5.1.	Betablocker	6
3.1.6.	Antikoagulantien	19
3.1.6.1.	ASS	5
3.1.6.2.	Pradaxa, etc	2
3.1.6.3.	Marcumar	7
3.1.6.4.	Clopidogrel	2
3.1.7.	Bisphosphonate	12
3.1.8.	COPD-Medikamente	2
3.1.8.1.	COPD/Asthma	4
3.1.8.2.	Leukotrienantagonist	1
3.1.9.	Corticoide	2
3.1.10.	Diuretika	13
3.1.11.	Elektrolyte	1
3.1.11.1.	Calcium	3
3.1.11.2.	Elektrolytverschiebungen	1
3.1.12.	Hormonersatz	1
3.1.13.	Lipidsenker	28
3.1.14.	PPI`s	15
3.1.15.	Prostatamittel	2
3.1.16.	Psychopharmaka	23
3.1.17.	Schilddrüsenmittel	1
3.1.18.	Schmerzmittel	10
3.1.18.1.	Analgetika	2
3.1.18.1.1.	NSAR	3
3.1.19.	Vitamine, Spurenelemente, OTC	15
3.1.19.1.	Vitamin B11	1
3.1.19.2.	Vitamin D	3
3.1.20.	Medikamente allgemein	0
3.1.20.1.	neue Medikamente	9
3.1.20.2.	symptomatische Medikamente	1
3.1.20.3.	gefährliche Medikamente	4
3.1.20.4.	Hilfsmittel	2
3.2.	Beurteilung der Patientensituation	5
3.2.1.	Krankengeschichte überarbeiten	7
3.2.2.	Verlaufsbeobachtung	1
3.2.3.	individuelle Behandlung	1
3.2.4.	Lebenserwartung abschätzen	8
3.2.5.	regelmässige Kontrolle	6
3.3.	Erfahrungen	20
3.3.1.	"Tricks"	8
3.3.2.	täglich ein Medikament	2
3.3.3.	Interaktionen abschätzen	1
3.3.4.	Kontraindikation	2
3.3.5.	Prozeß langer Betreuung	1
3.3.6.	Priorisierung	1
3.3.7.	Off-Label-Use	2
3.3.8.	Umgang mit Reduktion oder Umsetzung durch dritte	16

3.4. Schwierigkeiten/Unsicherheit	11
3.4.1. "never-change-a-winning-team"	3
3.4.2. Angst vor Regress	1
3.4.3. Fehlende Information durch Fachspezialisten	2
3.4.4. Ablehnung der Verantwortung	5
3.4.5. Gewissen	1
3.4.6. Korruption	1
3.4.7. Krankenhauspolitik	1
3.4.8. Problem versch. Leitlinien	2
3.5. Rolle des Arztes	0
3.5.1. Gate-keeper	4
3.6. Struktur der Praxis	0
3.6.1. Netzwerk	1
3.6.2. juristischer Aspekt	1
3.6.3. Sicherheitsgefühl des Arztes	13
3.6.4. Organisationsgrad	3
3.6.5. Lage - Wirtschaftlichkeit - Zeitdruck	19
4. Patient	0
4.1. Patientenpräferenz	20
4.2. Erwartungshaltung des Patienten	1
4.2.1. Lebenserwartung	2
4.2.2. Lebensqualität	5
4.3. Mitverantwortung	12
4.3.1. Medikamentenkenntnis und -verständnis	1
4.3.1.1. Bildung	0
4.4. Verhaltensdimension	0
4.4.1. Selbstmedikation	3
4.4.2. Überforderung	4
4.5. Lebensumfeld	
4.5.1. Reaktion des Pat./Angehörigen	9
4.5.1.1. Angehörige	3
4.5.2. Pflegepersonal	3
4.5.3. Wohlstand	0
5. Umsetzung	0
5.1. Absetzen	2
5.1.1. komplettes Absetzen	16
5.1.1.1. Pflegeheim	2
5.1.1.2. Palliativpatienten	1
5.1.2. langsames Absetzen	7
5.1.3. langsames Ausschleichen	6
5.1.4. Auslassversuch	9
5.1.5. prophylaktischer Medikamente	2
5.1.5.1. Prophylaxe	1
5.2. Abwarten	3
5.2.1. Übernahme/Weiterführen der Medikamente	14
5.2.2. keine Umsetzung	7
5.3. Medikation ändern	0
5.3.1. Wechsel in Bedarfsverordnung	2
5.3.2. vorsichtig Ansetzen	3

5.3.3.	Dosisanpassung	15	
5.3.3.1.	Einzeldosis austestung	1	
5.3.3.2.	Kombipräparate	5	
5.3.4.	Wechsel der Arznei	11	
5.4.	Begleitende Maßnahmen	2	
5.4.1.	Ernährungsumstellung	5	
5.4.2.	Physiotherapie	1	
5.5.	Häufigere Kontrollen	15	
5.5.1.	Brown Bag	5	
5.5.2.	Karteikarte mit Markierung	5	
5.5.3.	Hausbesuche	1	
5.5.4.	Laborkontrollen	4	
5.6.	Kommunikation	0	
5.6.1.	Aufklärung	1	
5.6.2.	Patienten	5	
5.6.3.	Patienten/Angehörige	59	
5.6.4.	mit Spezialisten	37	
5.6.5.	Krankenhaus	7	
5.6.6.	mit Kollegen	3	
5.6.7.	Apotheke	1	
5.6.8.	Pflegedienst	1	
5.7.	Medikamentenplan	9	
5.7.1.	Medikamentenplan überarbeiten	3	
5.7.2.	Wechsel auf vorherigen Mediplan	3	
5.8.	Verbesserungsvorschlag	28	

9. Danksagung

Eine Reihe von Personen hat mich bei der Durchführung dieses Forschungsprojekts unterstützt.

Danken möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Martin Scherer vom Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf für die Unterstützung durch seinen Lehrstuhl. Dieser Dank gilt insbesondere Frau Prof. Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz, die mich zunächst als Privatdozentin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und seit Januar 2014 als Professorin des Instituts für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel intensiv betreut und begleitet hat. Ihre konstruktive Unterstützung und die intensiven Diskussionen mit ihr waren sehr wertvoll für mich.

Danken möchte ich auch allen Mitarbeitern der Lehrstühle für die Hilfen bei der Literatursuche.

Ein Anliegen ist es mir auch, den interviewten Kollegen zu danken. Durch ihren zeitlichen Einsatz und ihre Offenheit konnte ich mein Wissen über Hausarztpraxen noch einmal deutlich erweitern.

Nicht zuletzt möchte ich meinen Eltern und meiner gesamten Familie für ihre immerwährende Unterstützung danken. Dabei gilt der größte Dank meinem Mann Sebastian. Er war ein unersetzlicher Rückhalt in dieser einmaligen Zeit und ein unermüdlicher Helfer bei der Formatierung dieser Arbeit. Meinem Mann und meinen drei Söhnen Maximilian, Julian und Kilian sei diese Arbeit mit der Freude auf noch viele schöne gemeinsame Jahre gewidmet.

10. Lebenslauf

von **Stephanie Dresse**, Fachärztin für Allgemeinmedizin
geboren am 29. Juni 1967 in Bonn,
verheiratet mit Dr. Sebastian Dresse, Geschäftsführer
3 Söhne: Maximilian, Julian und Kilian

BERUFSERFAHRUNG:

- Seit Jan. '14 **Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin, Hamburg**,
Dr. Puhl / Dresse, Zusatzbezeichnung: Homöopathie
- 2006 - 2011 **Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin, Meerbusch**,
Dr. Lohmann / Dresse, Zusatzbezeichnung: Homöopathie
- 2004 - 2006 **Hausarztpraxis Dr. Lohmann, Meerbusch**, Assistenzärztin
- 2003 **Chirurgische Praxisklinik Dr. Fischer, Dr. Keulen, Krefeld**, Assistenzärztin
- 2002 - 2003 **Rheinisches Rheumazentrum, St. Elisabeth-Hospital, Meerbusch**, Assistenzärztin
- 1998 - 1999 **Kantonsspital St. Gallen, Schweiz**, Forschungsassistentin
in der Medizinischen Klinik / Onkologie
Schwerpunkt: allgemeine internistische Onkologie,
metastasierte ossäre Tumore
- 1997 **Kantonale Psychiatrische Klinik Herisau, Schweiz**,
Assistenzärztin, Schwerpunkt: Geriatrie und
Gerontopsychiatrie

AUSBILDUNG:

- 2005 **Facharzt Allgemeinmedizin**
- 2000 - 2003 **Zusatzbezeichnung Homöopathie**, Ausbildung beim
Deutschen Zentralverein homöopathischer Ärzte
- 1987 - 1996 **Medizinstudium am Klinikum der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) Aachen**,
mit PJ am kantonalen Spital Heiden und am Kantonsspital
St. Gallen
- 1986 - 1988 Ausbildung zur **Medizinisch Technischen Assistentin (MTA)** am Klinikum der RWTH Aachen
- 1977 - 1986 **St. Leonhard Gymnasium Aachen**
Abschluss: Abitur

FORSCHUNGSTÄTIGKEIT:

- 1990 - 1992 **Zentrallabor des Klinikums der RWTH Aachen**,
Studentische Hilfskraft
Arbeitsinhalte: Gentechnologische Labortätigkeiten,
immunologische Nachweisverfahren und Zellkultur,
insbesondere zur Herstellung eines chimären monoklonalen
Antikörpers gegen das Carcinoembryonale Antigen

11.Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Versicherung:

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, anders als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, den 5. Mai 2014

Stephanie Dresse