

## Und anderswo ...?

Antoine de Torrenté

### Medikamentöse Non-Compliance: Wer hat Schuld?

#### Fragestellung

Aufgrund der zunehmenden Intensität chronischer Erkrankungen müssen oftmals mehr Medikamente (M) über einen langen Zeitraum oder dauerhaft eingenommen werden. Bei der Behandlung chronischer Erkrankungen gibt es zahlreiche Hindernisse. Bereits infolge der Behandlungsdauer brechen immer mehr Patienten ihre Therapie aus Überdruß, Vergesslichkeit oder wegen des für sie nicht spürbaren Nutzens ab. Dass ein Rezept in der Schublade versauert, ist keine Seltenheit! Diese sogenannte primäre Non-Compliance ist nicht gut dokumentiert. Welches sind die tatsächlichen Ursachen dafür: das Medikament? der Patient? die Krankheit? das Versicherungssystem? der verschreibende Arzt? Eine Studie aus Québec hat versucht, einen Teil dieser Fragen zu beantworten.

#### Methode

In Québec sind ca. 50% der Bevölkerung staatlich versichert (bei der Régie de l'Assurance Maladie du Québec). In einer elektronischen Datenbank werden alle verschriebenen und von den Apotheken tatsächlich abgegebenen Medikamente erfasst. In die Studie wurden von 2006–2009 15 961 von 131 Allgemeinpraktikern behandelte Patienten (Pat.) mit einem Durchschnittsalter von 61,5 Jahren, 62% davon Frauen, eingeschlossen. Primäre Non-Compliance war definiert als fehlende Einlösung eines Rezepts innerhalb von 9 Monaten nach der Medikamentenverschreibung. Zudem wurde ein Medikamentenwechsel in derselben Therapieklasse in der Analyse berücksichtigt. Auch die Medikamentenkosten wurden analysiert, da die Selbstbeteiligung des Pat. 0 (finanziell benachteiligte Pers.), maximal 25 (Pers. mit geringem Einkommen) bzw. maximal 45 \$ (wohlhabende Pat.) betragen kann.

#### Resultate

31,3% der 37 506 Rezepte wurden nicht eingelöst (primäre Non-Compliance). Dabei wurden die teuersten M am seltensten gekauft (OR 1,11 verglichen mit den günstigsten M). Am häufigsten kam primäre Non-Compliance bei Kopfschmerzen (51%), ischämischer HKH (51%) und Depressionen (36,8%) vor. Die geringste Non-Compliance wurde bei Harnwegsinfekten (21%) und Antiinfektiva beobachtet. Ein Medikamentenwechsel in derselben Therapieklasse hatte eine geringe Non-Compliance (11%) zur Folge, während eine vollkommen neue Behandlung selten befolgt wurde (Non-Compliance von 34%). Ältere Pat. waren deutlich therapieadhärenter als jüngere. Je häufiger der behandelnde Arzt aufgesucht wurde (Zahl der Konsultationen), desto besser war die Compliance.

#### Probleme

Es konnten nicht alle Variablen für eine mögliche Non-Compliance berücksichtigt werden. Dennoch sind die Daten (von denen in dieser Zusammenfassung nicht alle aufgeführt wurden) sehr aussagekräftig. Es können Interaktionen zwischen mehreren Non-Compliance-Gründen bestehen. Erstere wurden in der Studie jedoch nicht untersucht.

#### Kommentar

Diese Studie zeigt, dass ca. 30% der Rezepte nicht eingelöst werden, zumindest nicht innerhalb von 9 Monaten. Teure M und solche, die eine finanzielle Eigenbeteiligung des Patienten erfordern, werden am seltensten gekauft, weshalb die Verschreibung von Generika, wenn irgend möglich, sehr wichtig ist. Behandlungen gegen unangenehme Symptome (Harnwegsinfekt) oder sonstige Infektionen werden am besten befolgt. Und schlussendlich kommt Non-Compliance bei älteren («gehorsamen») Pat., die von ihrem Arzt engmaschig betreut werden, am seltensten vor. Ziemlich logisch!

Tamblyn R, et al. Ann Intern Med. 2014;160(7):441–50.

### Opiatsubstitution auf der Krim: besorgniserregend ...

Die rückständige und repressive Haltung Russlands in Bezug auf Opiumabhängige ist bekannt: keine Substitution und der schreckliche «kalte» Entzug, lange Gefängnisstrafen, kurz gesagt: tiefstes Mittelalter. Nun hat «The Lancet» einen einseitigen Artikel über das Schicksal dieser Menschen nach dem Beitritt der Krim zur Russischen Föderation veröffentlicht, in der Substitutionsbehandlungen gesetzlich untersagt sind. Die Aussagen der Betroffenen sind besorgniserregend: Sie haben Angst, ohne Substitution zu sterben, und sehen sich gezwungen, in die Ukraine zu flüchten, um einem «kalten» Entzug zu entgehen. Methadon und Buprenorphin passieren bereits nicht mehr die Grenzen, da die Zufahrtswege zur Krim von russischen Truppen überwacht werden. Wie kann diesen Menschen bloss geholfen werden?

Holt E. Lancet. 2014;383(9923):1113.

### Adenomscreening: Zusammenhang mit Kolorektalkarzinom?

Bislang gab es keine Studie, die den Zusammenhang zwischen der Fähigkeit eines Gastroenterologen, während des Screenings mittels Koloskopie Adenome zu finden, und dem nachfolgenden Kolorektalkarzinomrisiko untersucht hat. In einer Untersuchung

von ca. 315 000 Koloskopien, die von 136 Gastroenterologen durchgeführt wurden, lag die Adenomdetektionsrate zwischen 7,4 und 52,5%. In einem Zeitraum von 6 Monaten bis 10 Jahre nach der Koloskopie traten 712 Kolorektalkarzinomfälle und 147 karzinombedingte Todesfälle auf. Pat., deren Gastroenterologen in Bezug auf die Adenomdetektion im obersten Quintil lagen, wiesen im Vergleich zu Pat. mit Gastroenterologen in niedrigeren Quintilen ein Risikoverhältnis (HR) von 0,52 auf, an einem Karzinom zu erkranken. Und die Moral von der Geschichte': Wähle deinen Gastroenterologen mit Bedacht! Aber wie?

Corley DA, et al. N Engl J Med. 2014;370(14):1298–306.

### Erhöhter Zuckerkonsum und kardiovaskuläre Erkrankungen: Zusammenhang?

In einer Population von >30 000 Personen hatten diejenigen mit einem Zuckeranteil in der Nahrung von 17–21% der täglichen Kalorienzufuhr ein um 38% höheres Risiko, an einer kardiovaskulären Erkrankung zu sterben, als diejenigen mit einem Zuckeranteil von 8%. Und damit nicht genug: Bei einem Zuckeranteil von 28% der Kalorienzufuhr verdreifachte sich das Risiko ... Und wie viel Zucker nehmen Sie in Ihren Tee?

JAMA. 2014;311:1191.