

Medikamentenmanagement und Gesundheitsvorsorge bei Menschen mit geistiger Behinderung (MGMB). Eine randomisiert-kontrollierte Studie

Christian Grebe¹, Stephan Nadolny¹, Matthias Voß¹, Cornelia Geukes¹, Lisa Heitland¹, Meike Fechner¹, Annika Maaß¹, Anne-Dörte Latteck¹, Aisha-Meriel Boettcher², Nadine Schübler², Petra Weber²

¹Fachhochschule Bielefeld ²Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

Hintergrund und Fragestellung

Menschen mit geistiger Behinderung weisen erhöhte Mortalitätsraten, vermehrte Komorbiditäten und gesteigerte Prävalenzen für chronische Erkrankungen auf [1]. Die Medikamentenregime sind häufig gekennzeichnet von Polypharmazie mit der Beteiligung von teilweise nicht indizierten Psychopharmaka [2,3].

Menschen mit geistiger Behinderung verfügen häufig über zu wenig Wissen hinsichtlich der Wirkung, Dosierung und Frequentierung ihrer Medikamente. Mit steigender Zahl der verordneten Medikamente sinkt die Medikamentenadhärenz und zugleich erhöht sich die Wahr-

scheinlichkeit für unerwünschte Wechsel- und Nebenwirkungen. Eine mangelnde Adhärenz in der Arzneimitteltherapie geht mit erhöhter Morbidität, Mortalität und wachsenden Kosten im Gesundheitssystem einher [5]. Dies unterstreicht die Bedeutung einer kontinuierlichen Überprüfung des Medikamentenregimes.

Menschen mit geistiger Behinderung nehmen zudem kaum Interventionen der Gesundheitsvorsorge in Anspruch. Sie erhalten seltener Darm- und Prostatakrebs [6,7] sowie gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen [8].

Aufsuchende Versorgungsformen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, der medikamentösen Therapie und der Gesundheitsvorsorge sind erfolgsversprechend, da sie eine zeitnahe und regelmäßige Betreuung ermöglichen. Pflegeexpert*innen können bei Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund von hoher Fach- und spezifischer Kommunikationskompetenz eine Beratungs- und Vermittlerfunktion zwischen Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten einnehmen [9].

Methoden

DRKS-ID: DRKS00014101

Design:

Randomisiert-kontrollierte, multizentrische Studie mit Wartelistendesign (Interventionszeitraum der Wartegruppe ist nicht Gegenstand der RCT); Blockrandomisierung mit variierenden Blocklängen; Verblindung der Rater und Datenanalysten. Messzeitpunkte: Baseline (t₀), und nach 3 Monaten (t₁).

Zielgruppe:

Volljährige Menschen mit geistiger Behinderung und Polypharmazie aus ambulanten und stationären Settings der Eingliederungshilfe

Einschlusskriterien:

Alter ≥ 18 Jahre, diagnostizierte Intelligenzminderung (F70-F79), ≥ 5 apothekenpflichtige Medikamente an t₀ (inkl. Bedarfsmedikation, sofern in den letzten 3 Monaten eingenommen)

Ausschlusskriterien:

Kein Verständnis der deutschen Sprache, unklare gesetzliche Betreuungssituation, lebensbedrohliche Erkrankung im Endstadium, akute Infektion mit Isolationsnotwendigkeit.

Intervention:

Die neue Versorgungsform umfasst aufsuchende Hausbesuche von Pflegeexpert*innen, anlassbezogene interdisziplinäre Fallbesprechungen und Fallkonferenzen mit den behandelnden Ärzten (Abb. 1). Die Kontrollgruppe erhält zunächst die Regelversorgung und nach Abschluss der Datenerhebung an t₁ die neue Versorgungsform.

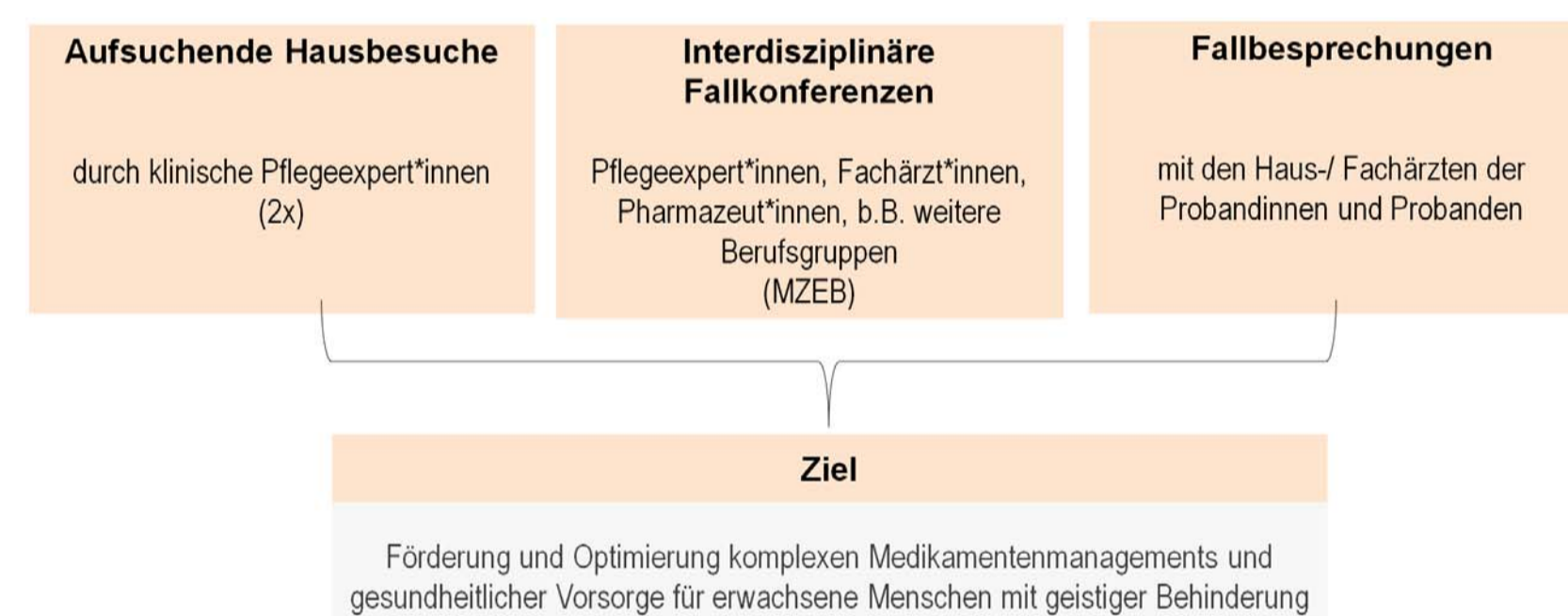


Abbildung 1: Bestandteile der neuen Versorgungsform

Fallzahlschätzung:

N=202 für eine Effektstärke f=0.25, Power 0.8, Alpha: 0.05 (Bonferroni-korrigiert: 0,025), kalkulierte Drop-out-Rate: 30%.

Outcomes:

Primäres Outcome: Medikamentenadhärenz (MARS, Proxy). Sekundäre Outcomes: Medikamentenadhärenz (MARS, Selbstauskunft), Komplexität des Medikamentenregimes (MRCI-D), Lebensqualität (EQ-5D-3L, Proxy und Selbstauskunft), allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-DAS 2.0), Wirkstoffmenge von Psychopharmaka und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.

Evaluationsmodell der neuen Versorgungsform

Die Evaluation der neuen Versorgungsform basiert auf dem Evaluationsmodell des Medical Research Council (Abb. 2). Die RCT ist Teil eines Mixed-Methods-Designs, das neben der RCT folgende Bausteine umfasst:

Kosten-Wirksamkeitsanalyse

Quantitative Prozessevaluation mittels strukturiertem Interview an t₂ (nur Wartegruppe)

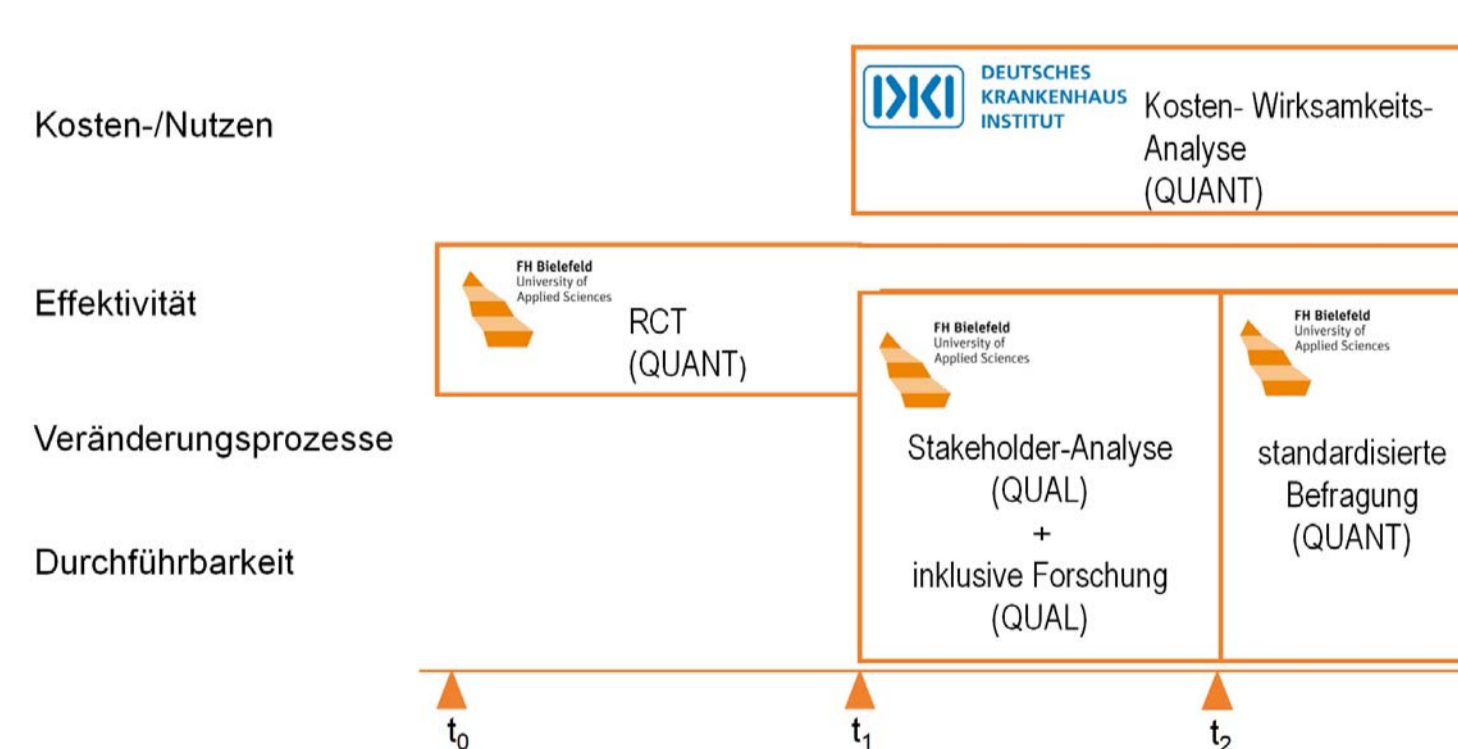


Abbildung 2: vollständiges Evaluationsdesign

Qualitative Evaluation mittels leitfadengestützter Interviews der Stakeholder (Proband*innen, primäre Bezugspersonen, gesetzliche Betreuer*innen, behandelnde Ärzt*innen, Pflegeexpert*innen), 10-15 Interviews je Stakeholdergruppe.

Inklusiver Forschungsansatz in Form einer Forschungs-AG mit 4-6 Menschen mit geistiger Behinderung als Ko-Forschende, die leitfadengestützte Interviews in der Zielpopulation vorbereiten und durchführen..

Literatur:

- [1] Ward, R. L.; Nichols, A. D.; Freedman, R. I. (2010): Uncovering health care inequalities among adults with intellectual and developmental disabilities. In: Health Soc Work 35 (4), S. 280-290.
- [2] Chitty, K. M.; Evans, E.; Torr, J. J.; Iacono, T.; Brodaty, H.; Sachdev, P.; Trollor, J. N. (2016): Central nervous system medication use in older adults with intellectual disability. Results from the successful ageing in intellectual disability study. In: Aust N Z J Psychiatry 50 (4), S. 352-362.
- [3] Sheehan, R.; Hassiotis, A.; Walters, K.; Osborn, D.; Strydom, A.; Horstfall, L. (2015): Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. In: BMJ, h4326.
- [4] Gallagher, R.; Warwick, M.; Chenoweth, L.; Stein-Parbury, J.; Milton-Wildey, K. (2011): Medication knowledge, adherence and predictors among people with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease. In: J Nurs Healthc Chronic Illn 3 (1), S. 30-40.
- [5] Krüger, C. (1998): Comprehensive Quality of Life Scale - Intellectual/Cognitive Disability. Deutsche Version. 5. Aufl. Hamburg: Universität Hamburg.
- [6] Chauhan, U.; Kontopantelis, E.; Campbell, S.; Jarrett, H.; Lester, D. (2010): Health checks in primary care for adults with intellectual disabilities. How extensive should they be? In: J Intellect Disabil Res 54 (6), S. 479-486.
- [7] Osborn, D. P. J.; Horsfall, L.; Hassiotis, A.; Petersen, I.; Walters, K.; Nazareth, I. (2012): Access to cancer screening in people with learning disabilities in the UK. Cohort study in the health improvement network, a primary care research database. In: PLoS ONE 7 (8), e43841.
- [8] Lewis, M. A.; Lewis, C. E.; Leake, B.; King, B. H.; Lindemann, R. (2002): The quality of health care for adults with developmental disabilities. In: Public Health Rep 117 (2), S. 174-184.
- [9] Drummond, M. F.; Sculpher, M. J.; Claxton, K.; Stoddart, G. L.; Torrance, G. W. (2015): Methods for the economic evaluation of health programmes. 3. Aufl. Oxford: Oxford University Press.