

# Analgetika-assoziierte Probleme in der Klinik – Auftreten, Ursachen, Prävention

S.Mayer<sup>1</sup>, K. Dahse<sup>1</sup>, S. Katzenbogner<sup>2</sup>, E. Oenem<sup>2</sup>, C. Sickau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Johannes-Apotheke, Groebenzell, Germany

<sup>2</sup>ISAR Klinikum, Munich, Germany

## HINTERGRUND UND ZIELSETZUNG

Analgetika sind in der klinischen Praxis so allgegenwärtig wie arzneimittelbezogene Probleme (ABP). Ziel dieses Projekts war es eine Übersicht häufig auftretender analgetika-assoziiierter Probleme (AAP) zu generieren, Ursachen aufzuklären und mögliche Lösungsansätze anzubieten.

## METHODIK

Die Schmerzmedikation stationärer Patienten des ISAR-Klinikums wurde an drei Stichtagen in den Monaten Januar, Februar und März 2018 auf AAP bei Aufnahme, während des Klinik-Aufenthalts und bei Entlassung gescreent. Als Datengrundlage wurden die Arzneimittelanamnese, das hausinterne elektronische Verordnungssystem VMobil sowie Entlassbriefe verwendet. Die daraus erhaltenen AAP wurden hinsichtlich ihres Auftretens (Schnittstellenproblematik oder Probleme durch Neuverordnung in der Klinik) analysiert und zu übergeordneten Problemfeldern zusammengefasst.

## ERGEBNISSE

Von 421 analysierten Patienten erhielten 377 eine Schmerzmedikation. Bei 80 (21,2%) Patienten mit Schmerzmedikation traten 118 AAP auf, welche aus pharmazeutischer Sicht eine Rücksprache mit dem Arzt erforderlich machten (siehe Abbildung 1).

Als Schnittstelle wird der Übergang ambulante/stationäre Therapie bei Aufnahme bzw. Entlassung verstanden. Schnittstellenprobleme machten 39,0% der AAP aus, während 61,0% der AAP in der Klinik durch Neuverordnungen verursacht wurden. Die beobachteten AAP wurden zu vier übergeordneten Problemfeldern gruppiert: ungeeignete Arzneimittelauswahl (27,1%), Dosierung (31,4%), Probleme bei Umstellung von Arzneimitteln (13,6%) und Interaktion durch Standard-Analgetika-Verordnungen (28,0%) (siehe Abbildung 2).

Betrachtet man als weiteren Aspekt den Ort des Auftretens der Schnittstellenprobleme, so ergeben sich diese aus 9,3% AAP vorrausgegangener Hausmedikation, 15,3% Interaktionen von Haus- und Stationsmedikation und 14,4% fortlaufende AAP bei Entlassung.

## FAZIT

Patientenbezogene pharmazeutische Betreuung erhöht die Arzneimitteltherapiesicherheit bei klinisch relevanten AAP und ABP, u.a. hinsichtlich Blutgerinnung und kardiovaskulärem Risiko. Die Medikationsanalyse mit interdisziplinärem Gespräch stellt eine wirkungsvolle Präventionsmaßnahme dar, um innerhalb der Klinik auftretende ABP gemeinsam zu lösen und das Schnittstellenmanagement zu optimieren.

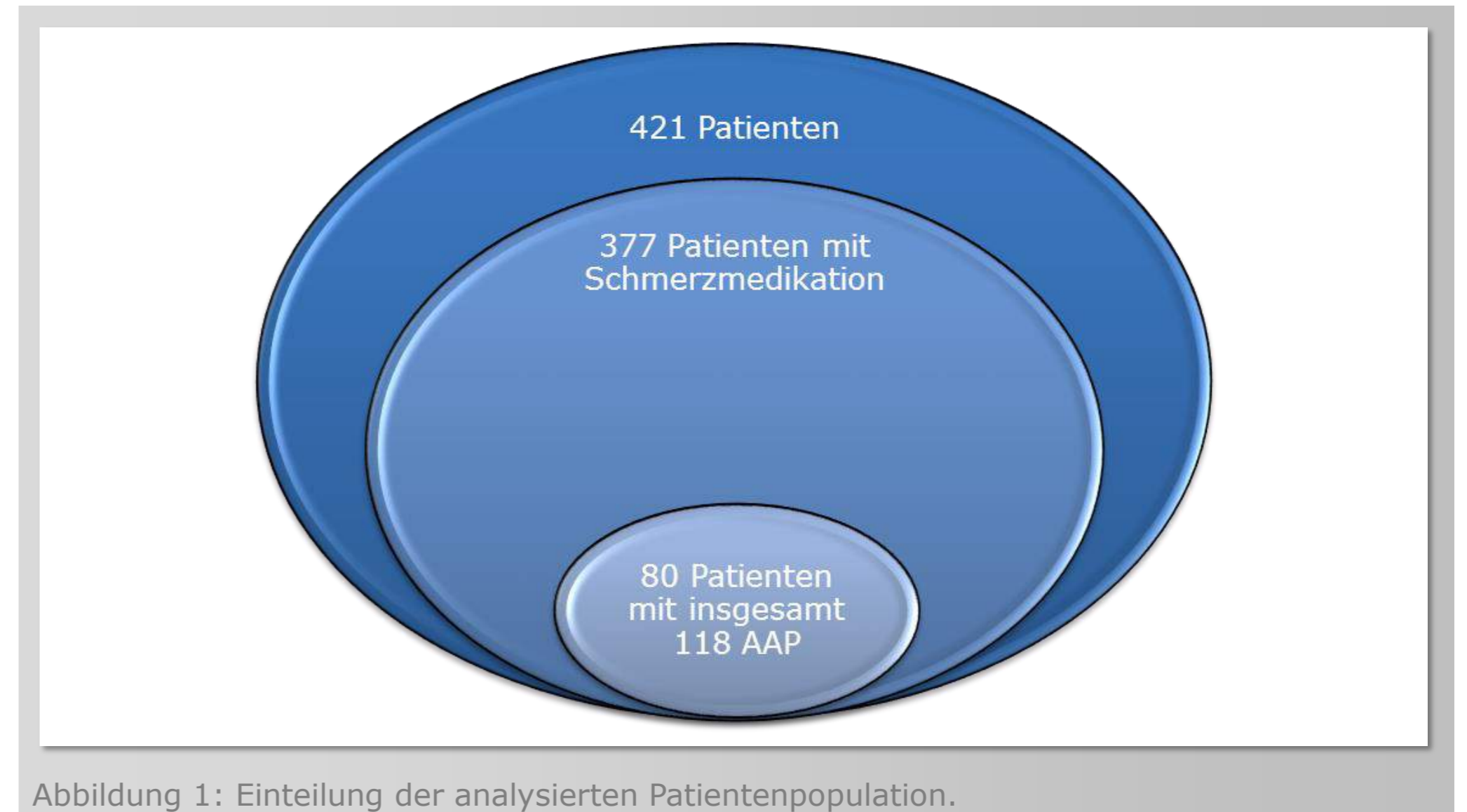


Abbildung 1: Einteilung der analysierten Patientenpopulation.

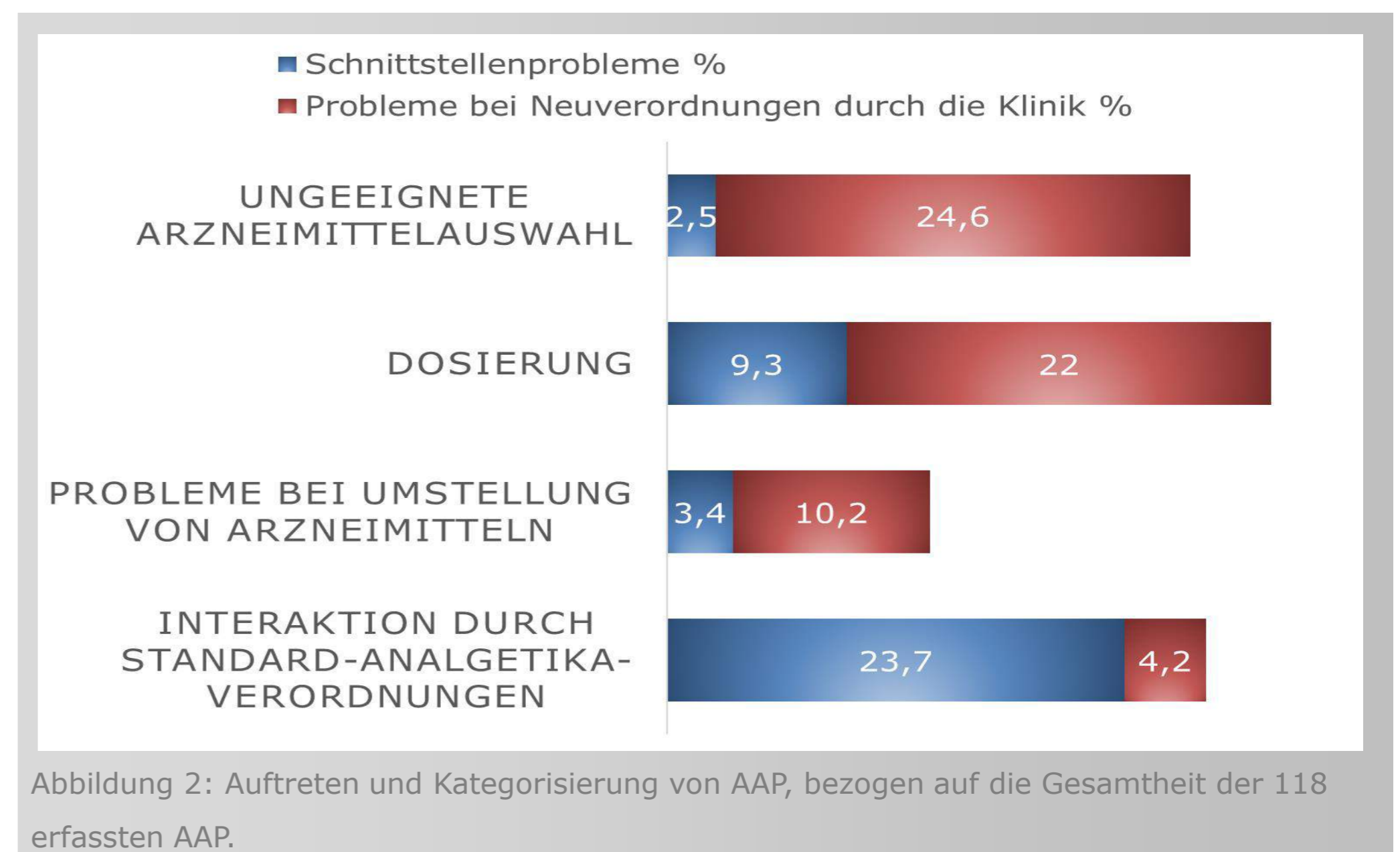


Abbildung 2: Auftreten und Kategorisierung von AAP, bezogen auf die Gesamtheit der 118 erfassten AAP.

Nicht-Opioide	
Doppelverordnung NSAR	
parallele Verordnung NSAR + Coxib	
Wechselwirkung Ibuprofen + ASS	
Überschreitung TDmax Einzelarzneistoff in der Dauer- und bzw. oder Bedarfstherapie	
Opioide	
Doppelverordnungen von Opioiden derselben WHO-Klasse	
Unzweckmäßige Kombinationen von WHO-II- und WHO-III-Opioide	
Fehlende Kombination mit WHO-I-Analgetikum	
Schnellfreisetzendes Opioid in Basistherapie	
Retardierte Opioide in der Bedarfstherapie	
Teilung von retardierten Opioiden	
Koanalgetika	
Unterdosierung Pregabalin	
Protonenpumpeninhibitor	
Abendliche Einnahme	
Einnahmefrequenz 1-0-1 zur Prophylaxe	
Doppelverordnung	
Teilung von Protonenpumpeninhibitoren	

Tablle 1: Beispiele für häufig auftretende AAP.