

Determinanten für die Medikamentenadhärenz von Patienten mit Schizophrenie und Bipolaren Störungen

Neeltje van den Berg¹, Ulrike Stentzel¹, Lara Strobel², Thea Schwaneberg¹, Franziska Radicke¹, Jens Langosch³, Harald J. Freyberger^{2, 4}, Wolfgang Hoffmann¹, Hans-Jürgen Grabe²

¹Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald; ²Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Greifswald; ³Evangelisches Krankenhaus Bethanien gGmbH, Fachkrankenhaus für Psychiatrie; Psychosomatik und Psychotherapie, Greifswald; ⁴Psychiatrie und Psychotherapie am HELIOS Hansekl. Stralsund

Hintergrund

Schizophrenie, schizoaffektive Störungen und bipolare Störungen sind häufige psychische Erkrankungen (12-Monatsprävalenzen in der Bevölkerung: Schizophrenie und schizoaffektive Störungen 2,6 %, und bipolare Störungen 1,5 %) , die die Lebensqualität der Patienten stark beeinträchtigen. Für ein erfolgreiches Symptomanagement und langfristige Besserung ist die Adhärenz zur medikamentösen Behandlung der Patienten essentiell. In der Praxis ist die Medikamentenadhärenz jedoch niedrig und nimmt im Laufe der Zeit auch weiter ab. Erhebungen ergaben, dass sich nur 35–50% der schizophrenen und bipolaren Patienten adhärenth verhalten. Mit dieser Analyse sollen Determinanten für die Medikamentenadhärenz von Patienten mit Schizophrenie und bipolaren Störungen identifiziert werden.



© grafikplusfoto / Fotolia

Daten und Methoden

Datenquelle ist die Baseline-Erhebung einer pragmatischen randomisierten kontrollierten Studie über telemedizinische Versorgung, bestehend aus individualisierten Telefonanrufen und SMS-Nachrichten, zur Verbesserung der Medikamentenadhärenz schizophrener und bipolarer Patienten (Tecla-Studie, DRKS 00008548). Die Rekrutierung erfolgte kurz vor der Entlassung der Patienten an drei psychiatrischen Krankenhäusern in der Region Vorpommern. Eingeschlossen wurden Patienten mit einer Diagnose aus dem Spektrum der Schizophrenien (ICD-10 F20), schizoaffektiven Störungen (ICD-10 F25) und bipolaren Störungen (ICD-10 F31), die mindestens 18 Jahre alt waren. Ausgeschlossen wurden Patienten, für die bereits eine Wiederaufnahme innerhalb der nächsten sechs Monate geplant war.

Die Medikamentenadhärenz wurde mit der deutschen Version des Medication Adherence Report Scale (MARS-D, score: 5-25) in einem persönlichen Interview erhoben. Für eine multivariate logistische Regression (Outcome: Adhärenz) wurden die Ergebnisse des MARS-D dichotomisiert in "adhärentes" (höchst möglicher Score des MARS-D ≥ 25) und "nicht-adhärenth" Verhalten (MARS-D Score < 25). Potentielle Einflussfaktoren waren Alter, Geschlecht, Allgemeines Funktionsniveau (GAF), Erwerbstätigkeit, Bildung, soziale Unterstützung (erhoben mit F-SozU) und die Anzahl schwerer Nebenwirkungen. Adjustiert wurde für Aspekte der sozialen Erwünschtheit (Minimierung der negativen Qualitäten (NQ-), erhoben mit dem KSE-G). Auf fehlende Werte wurde das Verfahren der multiplen Imputation angewendet.

Ergebnisse

127 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 42,4 Jahren (SD 12,9), davon 57,5 % Männer (N = 73), flossen in die Analyse ein (Abb. 1). 106 der 127 Patienten hatten eine Diagnose der Schizophrenie oder schizoaffektiven Störungen; 27 von 127 Patienten hatten eine bipolare Störung. Der durchschnittliche MARS-D Score betrug beim Baseline 23.4 (SD 2.5; Median 24) (Tab. 1). 53,5% der Patienten (N=68) waren nicht-adhärenth (MARS-D score < 25). Der hohe durchschnittliche Score der Adhärenz ist vermutlich auf den Zeitpunkt des Interviews kurz vor Entlassung aus dem Krankenhaus zurück zu führen.

Höheres Alter (OR 1.01, $p < .0001$), Erwerbstätigkeit (Voll- oder Teilzeit und Berufsausbildung) (OR 2.06, $p < .0001$), ein höheres Level des allgemeinen Funktionsniveaus (OR 1.02, $p < .0001$), und ein höherer Score der sozialen Unterstützung (OR 1.02, $p < .0001$) waren mit einer besseren Medikamentenadhärenz assoziiert (Tab. 2).

Weibliches Geschlecht (OR 0.67, $p < .0001$) waren negative Determinanten für die Adhärenz.

Tab. 2: Ergebnisse der multivariaten logistischen Regression, Outcome: "Adhärenz"

	Regr. Koeff.	p-Wert	OR	95 % KI
Alter	0.0198	$< .0001$	1.014	1.014 – 1.026
Geschlecht (weiblich vs männlich)	-0.1993	$< .0001$	0.671	0.575 – 0.783
Bildung	-0.0131	0.7648	0.974	0.821 – 1.156
Erwerbstätigkeit	-0.2309	$< .0001$	2.056	1.584 – 2.669
Allgemeines Funktionsniveau (GAF)	0.0192	$< .0001$	1.019	1.012 – 1.027
Soziale Erwünschtheit (NQ-)	-0.5186	$< .0001$	0.595	0.537 – 0.660
Soziale Unterstützung (F-SozU)	0.0173	$< .0001$	1.017	1.011 – 1.024
Nebenwirkungen (N)	0.0296	0.2302	1.030	0.981 – 1.081

OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall

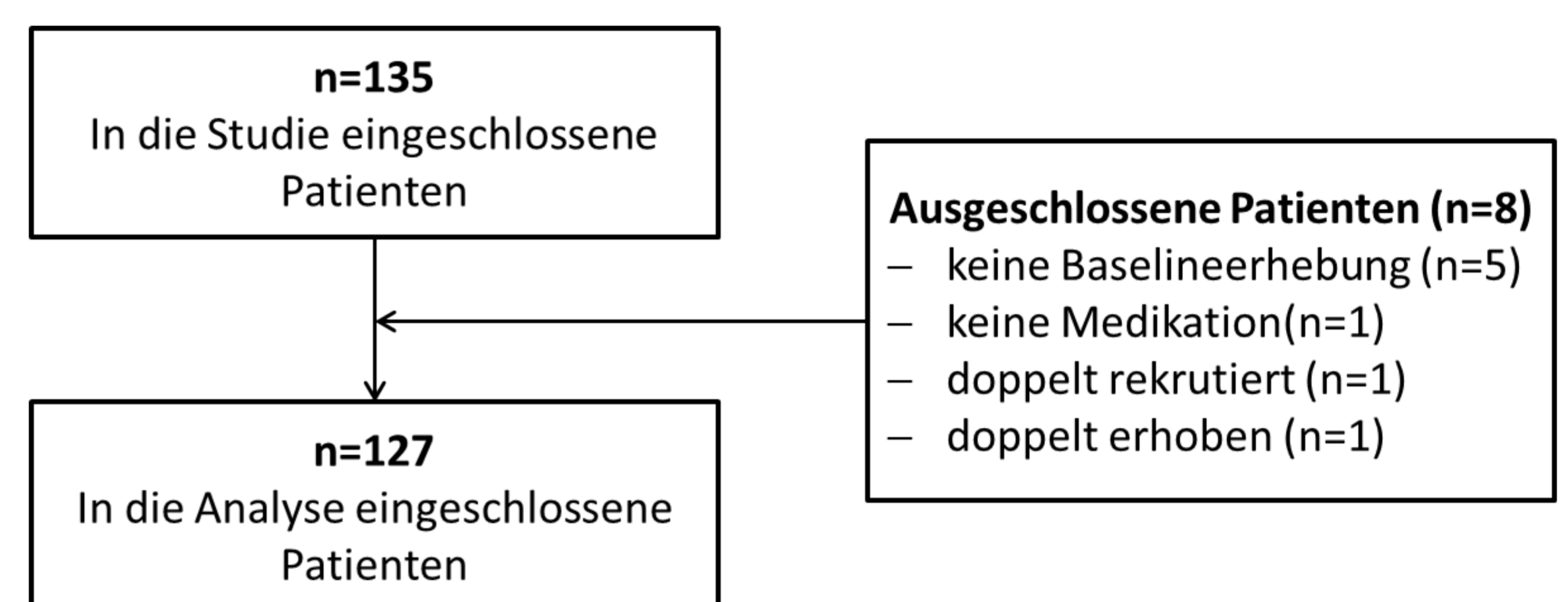


Abb. 1: Anzahl Patienten in der Studie

Tab. 1: Mittelwert (M), Standardabweichung (SD) und Spannweite (Range)

	M	SD	Range
Adhärenz (MARS-D)	23.4	2.5	13 – 25
Allgemeines Funktionsniveau (GAF)	54.8	10.9	30 – 85
Soziale Unterstützung (F-SozU)	48.6	12.9	14 – 70
Nebenwirkungen (N)	2.6	1.5	1 – 10
Soziale Erwünschtheit (KSE-G):			
Übertreibung positiver Qualitäten (PQ+)	2.7	0.8	0 – 4
Minimierung negativer Qualitäten (NQ-)	1.1	0.8	0 – 4

Schlussfolgerungen

Die in diese Studie eingeschlossenen Patienten leiden unter schweren psychiatrischen Erkrankungen mit einem fortlaufenden Bedarf an Therapie und Monitoring. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass eine Erwerbstätigkeit, die über eine geringfügige Erwerbstätigkeit hinaus geht, ein hohes Level an allgemeinem Funktionsniveau und soziale Unterstützung wichtige positive Faktoren für die Medikamentenadhärenz sind. Diese Faktoren können durch spezifische Interventionen unterstützt werden wie z.B. die individualisierte telefonische Betreuung in der Tecla-Studie.

