

Compliance in der Osteoporosetherapie

Eine retrospektive Kohortenstudie

Eine US-amerikanische Studie untersuchte anhand der eingelösten Rezepte das Ausmass der Therapietreue bei Osteoporosemedikamenten und mögliche Faktoren, die die Compliance beeinflussen könnten.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

Heute sind sehr viele verschiedene Medikamente auf dem Markt, die eine Behandlung der Osteoporose erlauben. Da viele Patientinnen und Patienten zunächst vonseiten ihres Knochenschwunds keinerlei Beschwerden haben, fällt der Beginn einer solchen Therapie, der sich auf anamnestiche Faktoren sowie Bildgebung und/oder Knochendichtemessung abstützt, oft in die asymptomatische Krankheitsphase.

Auch bei anderen chronischen Leiden ist für solche Pharmakotherapien bekannt, dass die Therapietreue der Betroffenen zu wünschen übrig lässt. So zeigten grosse Studien bei ambulanten Patienten, dass gerade einmal 40 bis 60 Prozent der Betroffenen ihre Lipidsenker nach einem Jahr noch einnehmen. Aus vergleichbaren Untersuchungen bei Osteoporosepatienten ergaben sich nach einem Jahr Compliance-Raten zwischen 60 und 80 Prozent. Die Studien betrafen allerdings ausgewählte Patienten, umfassten jeweils bloss kleine Teilnehmerzahlen und stützten sich oft nur auf die Auskünfte der Patienten selbst ab. Die vorliegende Studie untersuchte daher ein grosses Kollektiv von Personen aus dem unteren und mittleren Einkommenssegment mit einer Krankenversicherungsform, die nur eine minimale Selbstbeteiligung vorsieht.

Methodik

Die Autoren gingen von der Hypothese aus, dass bei Krankenversicherten, die ihre Medikamente nicht selbst bezahlen müssen, neben den Patientencharakteristika zum Zeitpunkt der ersten Verschreibung auch weitere Faktoren wie kurz zurückliegende Hospitalisationen, Frakturen oder Knochenmineral-

Merksätze

- In einer retrospektiven Kohortenstudie zeigte sich, dass gut die Hälfte der Patientinnen und Patienten die gegen Osteoporose verschriebenen Medikamente nach einem Jahr nicht mehr einnahm.
- Verschiedene zur Erklärung herbeigezogene Patientencharakteristika hatten statistisch gesehen einen gewissen Einfluss auf die Compliance, blieben in ihrer Erklärungskraft jedoch bemerkenswert bescheiden.
- Denkbare Ansatzpunkte für Verbesserungen wären: Erinnerungssysteme für Patienten, Verbesserungen der Arzt-Patient-Kommunikation, neue Substanzen und neue galenische Formulierungen bestehender Medikamente mit geringerer Einnahmefrequenz.

dichtemessungen die Langzeitcompliance beeinflussen müssten. Sie konnten sich für ihre retrospektive Kohortenstudie auf die Verschreibungsdaten im Rahmen des US-amerikanischen Medicare-Versicherungsprogramms im Bundesstaat Pennsylvania (PACE) stützen. Aus diesen Daten filterten sie jene 40 000 über 65-Jährigen heraus, die zwischen Anfang 1996 und Ende 2002 eine Medikation gegen Osteoporose mit Alendronsäure (Fosamax®), Risedronsäure (Actonel®), Calcitonin (Miacalcic®), Raloxifen (Evista®) oder Hormonen begonnen hatten. Als relevanten Verlaufparameter erfasste die Studie eine suboptimale Therapieadhärenz, die definiert war mit weniger als 66 Prozent der Tage auf Medikation innert einer 60-Tages-Periode.

Ergebnisse

Das untersuchte Kollektiv war in fortgeschrittenem Alter (im Mittel 80 Jahre), und bei den meisten handelte es sich um Frauen kaukasischer Abstammung. In den der Osteoporosemedikation vorangehenden zwölf Monaten bestanden durchschnittlich zwei grössere Komorbiditäten sowie neun verschiedene Medikationen. Entsprechend dem Alter und reduzierten

Gesundheitszustand war ungefähr ein Drittel im Ausgangsjahr hospitalisiert gewesen, 12 Prozent lebten in einer Pflegeinstitution, und rund je ein Fünftel hatte eine Fraktur durchgemacht oder eine Knochendichtemessung erhalten.

Nach der erstmaligen Verschreibung einer Osteoporosemedikation nahm der Prozentsatz der Tage mit dem Medikament rasch ab, und nach einem Jahr hatten 45,2 Prozent der Patientinnen und Patienten die medikamentöse Behandlung abgebrochen. Danach änderte sich der Prozentsatz derjenigen, die ihr Rezept weiterhin regelmässig einlösten, kaum mehr wesentlich. Nach fünf Jahren bezogen 52,1 Prozent der Osteoporosekranken ihr Medikament nicht mehr.

Auch Kaplan-Meier-Kurven zeigten einen ähnlichen Trend abnehmender Compliance. Patientinnen, bei denen zunächst eine Knochendichtemessung durchgeführt worden war, hatten eine etwas höhere Compliance-Wahrscheinlichkeit, über 85-Jährige eine deutlich tiefere als Jüngere. In einem Modell mit vielen Variablen reduzierten folgende Variablen die Compliance-Wahrscheinlichkeit: zunehmendes Alter, mehr Komorbiditäten, mehr nicht gegen Osteoporose gerichtete Medikamente, Institutionalisierung nach Therapiebeginn. Nach Korrektur für diese Patientencharakteristika befolgten diejenigen unter Raloxifen die Behandlung besser als die mit den Bisphosphonaten Behandelten; am schlechtesten war die Compliance bei Hormontherapie oder Calcitonin. Allerdings, räumen die Autoren dann doch ein, konnten diese multivariablen Modelle gerade einmal 6 Prozent der Compliance-Variation erklären ($R^2 = 0,06$). Auch ein anderes Modell, das nur die Ausgangswerte bei Therapiebeginn berücksichtigte, führte zu ähnlich wenig aussagekräftigen Schätzungen.

Diskussion

Die Autoren fanden bei den nichtselektionierten älteren Menschen eine relativ tiefe Therapietreue bei den Osteoporosemedikamenten. Zwar liessen gewisse Patientencharakteristika eine Beziehung zu einer besseren späteren Compliance erkennen, statistisch blieb die Erklärungskraft der von den Autoren entsprechend ihrer Arbeitshypothese untersuchten Variablen jedoch bescheiden. Daher vermuten die Autoren, dass noch andere Faktoren – etwa persönliche Überzeugungen der Patienten, sozioökonomische Faktoren, die Haltung der Ärzte oder Eigenschaften des Gesundheitsversorgungssystems – für die Compliance bei Osteoporosemedikationen wichtig sein müssen.

Die hier gefundenen Compliance-Raten von weniger als der Hälfte nach einem Jahr sind tiefer als in anderen Studien, wo sie zwischen 70 und 78 Prozent lagen. Dabei handelte es sich allerdings um die eigenen Angaben der Patientinnen, während hier von aussen geschaut wurde, ob und in welchen Zeitintervallen die Rezepte für die entsprechenden Medikamente eingelöst wurden. Diese Methodik hatte sicher den Vorteil der grossen

Zahl von Studienteilnehmenden, aber auch den gewichtigen Nachteil, dass die Angaben aus der Datenbank nicht erkennen lassen, weshalb eine Medikation überhaupt begonnen oder weshalb sie beendet wurde.

Insgesamt fanden die Autoren tiefe Compliance-Raten, unabhängig davon, welches Medikament gegen Osteoporose zunächst verschrieben worden war. Denkbar ist auch, dass einige Patientinnen, die als nicht therapieadhärent klassifiziert wurden, im Verlauf von der verschreibungspflichtigen Medikation zu frei erhältlichen und hier gar nicht erfassten Kalzium- und Vitamin-D-Supplementen wechselten, womit sie bei eindeutiger Osteoporose möglicherweise zwar suboptimal behandelt gewesen wären, aber immerhin etwas Wichtiges gegen den Knochenschwund taten.

Die Frage, was ihre Beobachtungen für die Praxis bedeuten könnten, führt die Autoren zu Mutmassungen. Ist es tatsächlich so, dass eine Bestimmung der Knochenmineraldichte zu einer anhaltend besseren Motivation des Patienten für die Osteoporosebehandlung führt, oder ist die Durchführung der Messung eher ein Anzeichen, dass der betreffende Arzt sich mehr mit der Problematik auseinandersetzt und daher die Patientin später auch besser begleitet? Wird bei institutionalisierten Patienten vor allem dann eine Therapie begonnen, wenn eine klare Indikation besteht, und deshalb auch mit höherer Wahrscheinlichkeit fortgeführt? Könnte die hier beobachtete schlechtere Compliance bei Patienten, die erst nach Beginn einer Osteoporosemedikation in ein Pflegeheim kommen, damit zusammenhängen, dass dort die Ärzte den Therapienutzen beziehungsweise die Behandlungsrisiken bei ihren sehr gebrechlichen Patienten deutlich kritischer betrachten und daher die Medikation eher absetzen?

Das hier beobachtete betrübliche Bild einer über weite Strecken fehlenden Therapietreue bei der Langzeitmedikation der Osteoporose sollte aber auch Ansporn sein, nach besseren Strategien zu suchen, fordern die Autoren. Dabei denken sie an Erinnerungssysteme für Patienten, Verbesserungen der Arzt-Patient-Kommunikation, neue Substanzen und neue galenische Formulierungen bestehender Medikamente mit geringerer Einnahmefrequenz. Allerdings werden die Versprechungen effektiverer Medikamente immer nur dann wahr werden, wenn die Patienten sie auch wirklich applizieren. Angesichts der demografischen Entwicklung wird dies ein wichtiges Problem bleiben. ■

Halid Bas

Quelle:

Daniel H. Solomon et al. (Divisions of Pharmacoepidemiology and Rheumatology, Brigham and Women's Hospital, Boston/USA): Compliance with osteoporosis medications. Arch intern Med 2004; 165: 2414-2419.

Interessenkonflikte: keine