

Schwerpunkt

Diagnosehäufigkeiten und Verordnungen bei Schwindel im Patientenkollektiv einer hausärztlichen Routinedatenbank

Carsten Kruschinski^{1,*}, Markus Kersting¹, Alf Breull¹, Michael M. Kochen², Janka Koschack², Eva Hummers-Pradier¹

¹Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

²Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

Zusammenfassung

Einleitung: Schwindel kann vielfältige Ursachen haben, die letztlich oft ungeklärt bleiben. Gleichzeitig besteht ein Mangel an evidenzbasierten medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten. Ziel der Untersuchung war es, die Häufigkeit von schwindelbezogenen Diagnosen, Überweisungen und „Schwindelmedikamenten“ in einem hausärztlichen Patientenkollektiv zu ermitteln.

Methoden: Über die BDT-Schnittstelle exportierte Daten von insgesamt 138 hausärztlichen Praxen aus dem MedViP-Projekt wurden für die querschnittliche Analyse von sieben zusammenhängenden Quartalen (02/2001–04/2002) verwendet. Die Identifizierung von Patienten mit dokumentierten Angaben zu Schwindel erfolgte über ICD-10-Diagnosen, Freitextfelder und Markermedikamente. Neben Häufigkeitsauszählungen wurden mittels Kreuztabellen unter Angabe von Odds Ratios Zusammenhänge zwischen Diagnosen und Medikamenten untersucht.

Ergebnisse: Im genannten Zeitraum war für 10.871 Patienten (von insgesamt 317.042 dokumentierten Patienten) wenigstens einmal die Diagnose Schwindel angegeben (Prävalenz 3,4%; mittleres Alter 59 Jahre, 67,2% weiblich). Dabei wurde in 80,2% der Fälle das Symptom Schwindel

(ICD-10 R42) verschlüsselt, deutlich weniger häufig eine der spezifischen Einzelerkrankungen. Angaben zu Medikamenten gegen Schwindel waren insgesamt selten. Eine Analyse von ATC-Codes zeigte bei 6,6% der genannten Patienten mit Schwindel die Verordnung von Schwindelmedikamenten wie Betahistin, bei 7,1% Antiemetika und bei 2,8% Vertigoheel (homöopathisches Komplexpräparat). Betahistin wurde signifikant häufiger bei „nicht näher bezeichnetem“ Schwindel, bei Neuritis vestibularis und beim benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel verordnet, nicht aber bei M. Ménière. Es wurde seltener beim „sonstigen peripheren“ und beim zentralen Schwindel sowie beim verschlüsselten Symptom (R42) eingesetzt. Bei 3,9% aller Schwindelpatienten fanden sich Überweisungen, darunter am häufigsten zum Neurologen (55,4%), HNO-Arzt (30,5%) oder zu beiden (14,1%).

Schlussfolgerungen: Das Kodierungs- und Verordnungsverhalten der Hausärzte spiegelt sowohl eine symptomorientierte Einordnung von Schwindel im hausärztlichen Arbeitsbereich als auch die eingeschränkten medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten wider.

Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin, Hausärzte, Schwindel, Diagnose, Pharmakotherapie, elektronische Patientenakte

*Korrespondenzadresse: Dr. med. Carsten Kruschinski, Institut für Allgemeinmedizin, OE5440, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover.
Tel.: 0511/532–8159; fax: 0511/532–4176.
E-Mail: Kruschinski.Carsten@mh-hannover.de (C. Kruschinski).

Frequency of dizziness-related diagnoses and prescriptions in a general practice database

Summary

Introduction: Dizziness can be due to multiple causes. However, the aetiology often remains unclear. At the same time, there is a lack of evidence-based treatment options. The aim of this study was to investigate the frequency of dizziness-related diagnoses, referrals and prescriptions in a general practice database.

Methods: Data from computerized patient records of 138 general practices participating in the MedViP project were used for cross-sectional analysis of the time period April 2001 until December 2002. The identification of dizzy patients was performed via ICD-10 diagnoses, free text fields and medication issued for dizziness. Frequencies were counted and odds ratios calculated to describe associations between diagnoses and medication.

Results: For the period of investigation, 10,971 patients (from a total of 317,042 documented patients) were given at least one diagnosis of dizziness (prevalence 3.4%; mean age 59 years, 67.2% female). In 80.2% of

the cases dizziness was coded as a symptom (R42) rather than a discrete disease. Prescriptions for dizziness were rather uncommon. An analysis of ATC codes showed that 6.6% of all affected patients were prescribed a specific drug for dizziness, most frequently betahistine. Antiemetics were prescribed in 7.1%, and the homeopathic preparation "Vertigoheel" in 2.8% of the dizzy patients. Betahistine was significantly more often prescribed for "unspecified" dizziness, vestibular neuritis, and benign paroxysmal positional vertigo; but not for Ménière's disease. It was given less often in "other peripheral" and in central vertigo as well as in cases where the symptom was coded (R42). 3.9% of the dizzy patients had been referred to the neurologist (55.4%), ENT-specialist (30.5%) or to both specialists (14.1%).

Conclusions: The manner of coding and prescribing reflects both a symptom-orientated classification used by general practitioners and the limitation of treatment options.

Key words: family practice, family physicians, dizziness, diagnosis, pharmacotherapy, computerized patient record

Einleitung

Schwindel gehört mit ca. 2% aller Konsultationsanlässe zu den häufigeren Gesundheitsproblemen in der Allgemeinmedizin [1]; in einer aktuelleren Studie rangiert Schwindel in einer niederösterreichischen Population (Einzelpraxis, Erhebungsraum 10 Jahre) mit 1,7% auf Platz 12 der Beratungsanlässe [2]. Die Punktprävalenz intermittierenden oder persistierenden Schwindels steigt mit dem Alter auf über 30% [3]. Die Vielfalt möglicher Ursachen von Schwindel führt bei ungenügend evaluierten diagnostischen Kriterien zu einer erschwerten Einordnung der Symptomatik im hausärztlichen Arbeitsbereich [4,5]. Studien kommen somit zu ganz unterschiedlichen Häufigkeitsverteilungen der zugrunde liegenden Ursachen von Schwindel [6,7]. Diese sind in erheblichem Maße abhängig vom Ort der jeweiligen Untersuchung und lassen sich beispielsweise nicht von Spezialambulanz der Neurologie oder HNO auf primärärztliche Patientenkollektive übertragen. Zusätzlich handelt es sich bei Schwindel – auch bei Kenntnis der genauen Ursache – meist um ein schwer zu behandelndes Symptom. Evidenzbasierte medikamentöse Behandlungskonzepte existieren bislang kaum. Bei einer gut untersuchten En-

tität wie dem M. Ménière konnte beispielsweise eine Metanalyse der Cochrane Collaboration keine Empfehlung für Betahistin aussprechen [8]. Neben dem Aufdecken von Einzelursachen könnten sich daher für Hausärzte eher funktionell orientierte Behandlungskonzepte als günstig erweisen. Bei den genannten diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten sollten für die vorliegende Untersuchung Patienten mit Schwindel in einem großen Datenpool hausärztlicher Routinekonsultationen (aus dem MedViP [Medizinische Versorgung in der Praxis]-Projekt; <http://www.medvip.uni-goettingen.de> [9]) retrospektiv identifiziert werden. Ziel der Untersuchung war es, bei diesen Patienten die Häufigkeit schwindelbezogener Diagnosen nach ICD-10 (International Classification of Diseases), die Häufigkeit eingesetzter Medikamente gegen Schwindel und erfolgter Überweisungen zu ermitteln.

Material und Methoden

Teilnehmende Praxen aus dem MedViP-Projekt

Im Rahmen des Forschungsprojektes MedViP [9], an dem hausärztliche Praxen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Göttingen sowie im Qualitätspraxen-Netz Freiburg teilnahmen,

wurden Daten der Praxis-EDV über die sogenannte BDT(Behandlungsdatenträger)-Schnittstelle exportiert. Aus diesen wurden die Quartale 02/2001 bis 04/2002 für die Auswertungen der Studie ausgewählt, da für diesen Zeitraum vollständige Datensätze verfügbar waren ($n = 138$ Praxen). Davor und danach liegen die Daten von deutlich weniger Praxen vor. Die Auswertung aller BDT-Daten aus dem MedViP-Projekt bezüglich der oben genannten Fragestellung bei Patienten mit Schwindel wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover genehmigt (Aktenzeichen 4170).

Aufbereitung der Daten und Herstellung auswertbarer SPSS-Dateien

Die exportierten und pseudonymisierten BDT-Dateien aus den Praxen wurden von einem Informatiker in einem relationalen Datenbanksystem (MySQL [<http://www.mysql.de/>]) zusammengeführt. Das zugrunde liegende Datenbankschema wurde aus der Spezifikation der BDT-Schnittstelle Version 2/94 abgeleitet (<http://www.kbv.de/ita/4274.html>). Zusätzliche Basis waren die Erkenntnisse aus dem Göttinger MedViP-Projekt. Die Programme zum Erheben, Aufbereiten und Zusammenführen der BDT-Dateien sind mit Eclipse [<http://www.eclipse.org/>] in Java

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1095520>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1095520>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)