

Georg Bosshard, Fiona Fröhlich Egli

Wann darf oder soll man eine Therapie absetzen?

Diskussion anhand zweier Fallvignetten von multimorbiden Patienten am Ärztekongress in Arosa vom 22. bis 24. März 2012

Die erste Feststellung ist: Das haben wir nicht gelernt! Die zweite: Wir machen es trotzdem immer wieder, im Wissen, dass gerade bei älteren multimorbiden Patienten die potentiellen Medikamenteninteraktionen unüberschaubar werden, der Stoffwechsel verlangsamt ist und die Toleranz für Tabletten subjektiv und objektiv abnimmt.

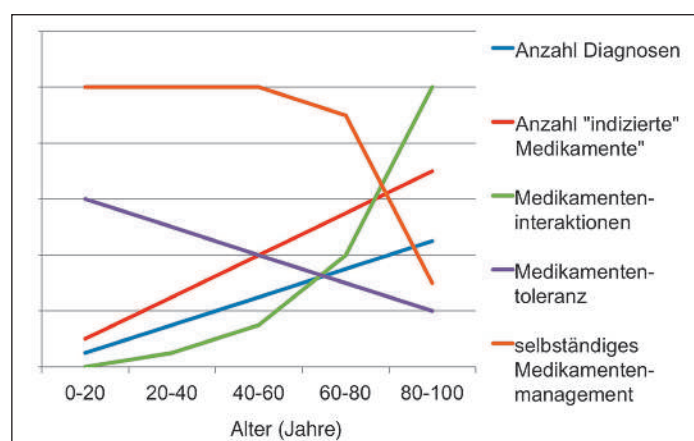


Abbildung 1

Herausforderungen adäquater Medikamentenverschreibung mit fortschreitendem Alter resp. fortschreitender Multimorbidität.

Welche Hilfsmittel gibt es, um einigermaßen evidenzgestützt Medikamentenzahl und -dosis zu reduzieren?

Ab 1991 wurden in den USA die sogenannten «BEERS criteria» formuliert mit heute ca. 100 Substanzen, die in der Geriatrie ungeeignet sind. 2010 wurde in Deutschland die PRISCUS-Liste veröffentlicht, die sich auf die BEERS criteria samt Updates abstützt, aber sich auf in Europa gebräuchliche Medikamente konzentriert und – grosser Vorteil! – Alternativen zu den «verbotenen» Substanzen vorschlägt. Diese Liste kann unter www.aerzteblatt.de/archiv/77776 eingesehen und ausgedruckt werden. Sie ist auch sehr hilfreich bei der Neuverordnung von Medikamenten.

Zusätzlich wurden Algorithmen ausgearbeitet: 1996 in den USA der Medication Appropriateness Index MAI (siehe Kästchen) und in Israel der «Good Palliative Geriatric Practice»-Algorithmus GPGP, ein eher zeitaufwendiges Verfahren, bei dem in Absprache mit Patienten und ihren Angehörigen schrittweise Medikamente weggelassen werden mit sorgfältiger anschliessender Evaluation und Beobachtung. Durchschnittlich konnten über 4 Medikamente pro Patient folgenlos weggelassen werden – nur 2% aller abgesetzten Medikamente wurden im Verlauf wieder neu verschrieben, aber 88% der Patienten fühlten sich subjektiv deutlich besser nach der Reduktion, und einige verbesserten sich kognitiv dramatisch¹.

¹ Siehe auch: Neuner-Jehle S. Zuviel des Guten – Rezepte gegen Polypharmazie. PrimaryCare. 2011;11(12):212–5, <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2011/2011-12/2011-12-156.pdf>.

Medication Appropriateness Index MAI

- 1 Indikation vorhanden?
- 2 Wirksamkeit? Nutzen-Risiko-Verhältnis?
- 3 Dosierung korrekt?
- 4 Einnahmевorschriften korrekt?
- 5 Interaktion mit anderen Medikamenten?
- 6 Interaktion mit Begleiterkrankungen?
- 7 Applikationsweg praktikabel?
- 8 Doppelverschreibungen vorhanden?
- 9 Behandlungsdauer adäquat?
- 10 Kostengünstigere Alternativen vorhanden?

In der Folge wurde im Plenum das Vorgehen diskutiert, wenn Patienten unter Antidementiva ins Pflegeheim eintreten. Ein abruptes Absetzen kann zu einem raschen kognitiven Zerfall führen, der durch die neue Umgebung noch verstärkt wird. Hier der Vorschlag eines möglichen Vorgehens:

Absetzen von Cholinesterasehemmern (CEH) im Pflegeheim:

Mögliches Vorgehen

- Bei Heimeintritt: CEH belassen
- Einige Wochen nach Heimeintritt MMS durchführen. Falls MMS <10: CEH absetzen
- Falls MMS ≥10: Ausgangszustand (kognitiv, ADL, Stimmung, Verhalten) festhalten. Dann CEH absetzen. Wenn in der Folge deutliche Verschlechterung, CEH wieder ansetzen. Prozedur gelegentlich wiederholen (halbjährlich?)
- Wenn immer möglich Angehörige in den Entscheidungsprozess einbeziehen

Zum Schluss:

Es braucht Mut, um Medikamente abzusetzen.

Es braucht Kenntnisse und Werkzeuge, um das gut zu machen.

Es handelt sich um eine absolute geriatrische und hausärztliche Kernkompetenz: Wer soll das machen, wenn nicht wir?

Korrespondenz:
Fiona Fröhlich Egli
Schlossbergstrasse 3
8408 Winterthur
[fiona.froehlich\[at\]hin.ch](mailto:fiona.froehlich[at]hin.ch)