Sinn und «Unsinn» einer Medikation

Medikamentöse Behandlung auf jeden Fall? Chancen und Risiken

Alice Walder[a], Waldemar Greil[b]

[a] Senior Consultant Psychiatrische Klinik Sanatorium Kilchberg,
[a] Präsidentin SGAMSP (Schweiz. Gesellschaft für Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie)
[b] Wissenschaftlicher Beirat Psychiatrische Klinik Sanatorium Kilchberg
[b] Gastwissenschaftler und Professor für Psychiatrie, Universität München (LMU)

Unter dem Titel «Smarter Medicine» [1] hat eine Fachgruppe der SGAIM eine Liste mit fünf häufigen Behandlungen erstellt, die für die Patienten keinen Nutzen darstellen, aber Nachteile bringen können. Dies zu erkennen stellt vor allem bei psychiatrischen oder polymorbiden Patienten eine grosse Herausforderung dar, da Psychopharmaka zu den am häufigsten eingenommenen Medikamenten gehören. Sie werden nicht nur von psychiatrischen Fachärzten, sondern vor allem auch von Hausärzten sowie von Spezialärzten anderer Fachrichtungen verordnet, insbesondere wegen der beruhigenden, schlafanstossenden und antidepressiven Wirkung.

Welche Medikation ist überflüssig, welche notwendig? Wie finden Arzt, Apotheker und Patient die richtige Entscheidung? In dieser Zeitschrift wurden bereits mehrere Artikel zu diesem wichtigen Thema publiziert [2]. Erstaunlicherweise zeigen Studien, dass mit steigender Anzahl von Medikamenten nicht nur vermehrt unerwünschte Nebenwirkungen auftreten, sondern auch zunehmend Krankheiten unbehandelt bleiben, d.h. der Patient nimmt mit steigender Medikamentenzahl vermehrt unnütze Medikamente ein; die wirklich wichtigen Medikamente – gemäss *evidence-based medicine* – bleiben aber weitgehend unberücksichtigt [3]. Eine Studie von Beckett et al. 2008 [4] zeigt beispielsweise den Nutzen der antihypertensiven Behandlung auch bei über 80-Jährigen Patienten im Hinblick auf kardiovaskuläre Risiken – Herzinfarkt, Schlaganfall und Mortalität – auf. Deshalb wurden Instrumente und Algorithmen für die Vorgehensweisen bei Patienten mit Polypharmazie entwickelt, die ein systematisches Hinterfragen der Medikamente zum Ziel hatten. Gemäss einer israelischen Studie führte dieses Vorgehen bei 70 Patienten (im Alter von 67–102 Jahren mit durchschnittlich 7,7 Medikamenten) dazu, dass mehr als die Hälfte der eingenommenen Medikamente abgesetzt werden konnte [5]. Anhand einer Studie in 14 Zürcher Hausarztpraxen bei insgesamt 63 Patienten über 60 Jahre, die täglich mindestens fünf Medikamente einnahmen, zeigte sich, dass jede elfte Medikamentenverschreibung bei älteren Menschen mit verschiedenen Krankheiten überflüssig ist [6].

Behandlungsempfehlungen und Leitlinien basieren meist auf klinischen Studien, die sich an einer Einzelerkrankung orientieren. Medikamente, die auf die eine Erkrankung positiv wirken, können sich aber auf andere Erkrankungen negativ auswirken. Im Rahmen von *Choosing wisely*-Kampagnen [7] hatten sich speziell in den USA und in Kanada mehr als siebzig Fachgesellschaften damit beschäftigt, wie unnötige Leistungen *(overuse)* vermieden werden können.

Auch das Absetzen von Medikamenten thematisieren

Ärzte und Apotheker sind deshalb gefordert, diese wichtige Aufgabe der Aufklärung und Sensibilisierung der Patienten wahrzunehmen und eine unangemessene Verwendung von Medikamenten zu verhindern. Es gilt, Nutzen und Risiken einer Behandlung abzuwägen und gemeinsam mit den Patienten die für sie richtige Entscheidung zu treffen. Zentraler Bestandteil ist deshalb, mit dem Patienten auch das Absetzen von Medikamenten zu thematisieren, wenn die Medikamente irreversible Schäden verursachen können oder keinen Nutzen bieten. Da sich die Patienten zunehmend selbst in den sozialen Medien über Wirkungen und Nebenwirkungen informieren, sollten den Patienten aus der

Der Artikel basiert auf einem Workshop der 1. Frühjahrsversammlung SGAIM vom 25.–27. Mai 2016 im Congress Center Basel.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

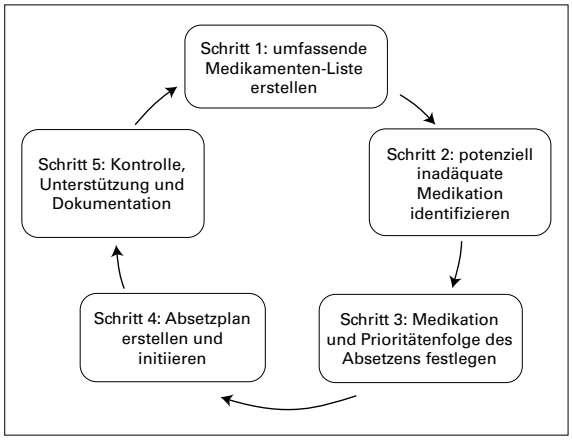

Abbildung 1: Stufenplan des *«deprescribing»* («Rück-Verordnung»). Modifiziert nach Reeve et al. [8].

Vielfalt der Informationen die studienbasierten Erkenntnisse im Sinne einer *«smarter medicine»* aufgezeigt werden. Dabei kann der Zyklus der fünf Schritte des *«deprescribing»* («Rück-Verschreibungs-Prozess») hilfreich sein (Abb. 1) [8–10].

Gezieltes Überprüfen der Medikation notwendig

Gemäss einer Studie von Garfinkel et al. 2007 [11] konnten vor allem Nitrate und Protonenpumpehemmer erfolgreich abgesetzt werden, ohne dass diese innerhalb eines Jahres wieder initiiert werden mussten. Speziell bei älteren Patienten, die wegen ihrer Multimorbidität viele Medikamente einnehmen müssen, ist ein gezieltes Überprüfen der Medikation notwendig. Dadurch wird verhindert, dass Risiken wie unerwünschte Arzneimittelwirkungen, vermehrte Hospitalisationen und erhöhte Mortalität auftreten. Die Medikation zu optimieren, um eine gesundheitliche Beeinträchtigung zu vermeiden und die Lebensqualität zu steigern, bedeutet deshalb zunehmend eine anspruchsvolle Herausforderung.

Mit steigender Anzahl von Medikamenten treten vermehrt unerwünschte Wirkungen und eine zunehmende Unterversorgung von Krankheiten auf. Seit mehr als 20 Jahren werden Arzneimittel und deren Nebenwirkungen in der Psychiatrie durch die *Schweizerische Gesellschaft für Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie* (SGAMSP) [12] in Kooperation mit Deutschland und Österreich systematisch erfasst. Dazu werden die Risikoprofile verschiedener Psychopharmaka evaluiert, Arzneimittelwechselwirkungen in der klinischen Anwenung verglichen und die Verschreibungspraxis in den verschiedenen psychiatrischen Kliniken erfasst. Insgesamt beteiligen sich aktuell zwölf Psychiatriekliniken der Schweiz am AMSP-Projekt. Das Ziel dieses Projektes ist die Erfassung und Auswertung schwerer oder ungewöhnlicher Nebenwirkungen von Psychopharmaka, um so die Behandlungssicherheit zu erhöhen.

In der Analyse unerwünschter Wirkungen erweist es sich oft als schwierig zu unterscheiden, inwieweit die Symptomatik durch die psychische oder zusätzliche körperliche Erkrankung verursacht wird, und welche unerwünschten Symptome tatsächlich auf die Medikamente zurückzuführen sind.

Fazit

Jede medikamentöse Behandlung bedarf einer sorgfältigen Prüfung von Nutzen und Risiko vor und nach Therapiebeginn sowie ein regelmässiges *«controlling»* während der Behandlung. Es ist zu beachten, dass speziell bei psychischen Störungen mit zugleich bestehender körperlicher Erkrankung ein stark erhöhtes Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen und für Medikamenteninteraktionen besteht. Bei Polypharmazie sollte immer überlegt werden, ob ein *«deprescribing»* möglich ist.

Korrespondenz:
Dr. med. A. Walder
EMBA HSG
Spezialärztin Innere Medizin FMH
Präsidentin SGAMSP
Florastrasse 1
CH-8008 Zürich
alice.walder[at]hin.ch

Hinweis
Es liegen keine Interessenkonflikte vor. Der Vortrag wurde im Rahmen der Jahrestagung 2016 der Allgemeinen Inneren Medizin auf Einladung der Fachgesellschaft Geriatrie (SFFG) gehalten.

Literatur

1 www.smartermedicine.ch
2 Neuner-Jehle S. Preventing Overdiagnosis and Overtreatment: Kranke Medizin. PrimaryCare. 2015;15(02):21.
Keller U, Wartmann R. Hausarztpraxis und Medikamenten-Management. PrimaryCare. 2015;15(16):285–28.
Neuner-Jehle S. Strategien gegen Polypharmazie. PrimaryCare. 2013;13(21):377.
Neuner-Jehle S. Zuviel des Guten – Rezepte gegen Polypharmazie. PrimaryCare 2011;11(12):212–15.
3 Garfinkel D, Mangin D. Feasability study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. Arch Intern Med. 2010;170(18):1648–54.
4 Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med. 2008;358(18):1887–98.
5 Kuijpers MAJ, van Marum RJ, Egberts ACG, Jansen PAF. Relationship between polypharmacy and underprescribing. Br J Clin Pharmacol. 2008;65(1):130–3.
6 Neuner-Jehle. Neuner-Jehle S, Krones T, Senn O. Systematisches Weglassen verschriebener Medikamente ist bei polymorbiden Hausarztpatienten akzeptiert und machbar. PRAXIS. 2014;103(6): 1–6.
7 www.choosingwisely.org
8 Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. The benefits and harms of deprescribing. Med J Aust. 2014;201(7):386–9.
9 Reeve E, Andrews JM, Wiese MD, Hendrix I, Roberts MS, Shakib S. Feasibility of a patient-centered deprescribing process to reduce inappropriate use of proton pump inhibitors. Ann Pharmacother. 2015;49(1):29–38.
10 Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of "deprescribing" with network analysis: implications for future research and clinical practice. Br J Clin Pharmacol. 2015;80(6):1254–68.
11 Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. Isr Med Assoc J. 2007;9(6):430–4.
12 www.sgamsp.de

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html