

Deprescribing : Konzept, Vorgehensweise und Werkzeuge

V. Jordan-von Gunten, J. Beney, Zentralinstitut der Spitäler, Spital Wallis, Sitten

Die Verlängerung der Lebensdauer und die Polymorbidität führen zu immer komplexeren Therapien mit entsprechenden Problemen. Die **Überversorgung** durch Medikamente kann verursacht sein durch Doppel-Verschreibungen, obsoleter Therapien, „Prescribing cascades“, Fehler bei der Übermittlung, usw. Im Gegensatz dazu kann eine **Unterversorgung** entstehen, wenn eine indizierte medikamentöse Therapie nicht auf dem Behandlungsplan steht. Die Unterversorgung kann durch das Vergessen einer Verschreibung, die mangelnde Adhärenz des Patienten, einen Fehler in der Diagnose, Fehler bei der Übermittlung, usw. entstehen. In die Kategorie der **ungeeigneten Versorgung** fallen schliesslich die Probleme der Dosierung, der Interaktionen, der Komplikationen, der Verabreichungsart oder der Arzneimittelform [1].

Es existieren Auflistungen von vor allem für ältere Patienten ungeeigneten Molekülen, wie zum Beispiel die „Beers Kriterien“ [2] oder STOPP-START (Screening Tool of Older Person's Prescriptions and Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment), welche Kriterien zur Identifizierung von inadäquater Über- (STOPP) oder Unterversorgung (START) zusammenfasst [3].

Im Jahr 2016 tauchte der Begriff **«Deprescribing»** in PubMed auf. Die Vorgehensweise besteht darin, jede medikamentöse Behandlung des Patienten auf ihre Effizienz und ihr schädliches Potenzial zu überprüfen, um festzustellen, welche Medikamente abgesetzt oder angepasst werden müssen.

Im Allgemeinen findet man zwei Kategorien von Medikamenten: die erste Kategorie besteht aus Medikamenten, welche die Lebensqualität des Patienten im Alltag verbessern. Bei gewissen Medikamenten (z.B. Levothyroxin, Mittel gegen Angina pectoris) wäre ein Absetzen schädlich; bei anderen (Analgetika, Protonenpumpenhemmer) könnte das Absetzen, die Reduktion der Dosierung oder die Einnahme bei Bedarf vorteilhaft sein. Die zweite Kategorie umfasst Medikamente, die präventiv eingesetzt werden (z.B. Statine, Aspirin, Bisphosphonate). Bei dieser Kategorie geht es darum, den Nutzen für den Patienten, die nötige Behandlungsdauer zum Erzielen dieses Nutzens (time-to-benefit) und die Lebenserwartung des Patienten zu evaluieren [4].

In der Praxis wird Folgendes empfohlen [4-6]:

- Nur ein Medikament auf einmal absetzen.
- Gemeinsam mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen entscheiden, um zu gewährleisten, dass er der Massnahme zustimmt, die als Nutzen und nicht als Abbruch angesehen werden muss.
- Das Medikament schrittweise absetzen oder reduzieren. Gewisse Medikamente dürfen nicht abrupt abgesetzt werden [siehe

Tabelle 1], während dies bei anderen durchaus möglich ist (NSAR, Vitamine, usw.).

Die Situation neu bewerten: hat sich der klinische Zustand verschlechtert, ist eine Rebound-Wirkung eingetreten?

Die Website <http://www.deprescribing.org/> schlägt Deprescribing-Algorithmen für 4 Medikamentenklassen vor: Protonenpumpenhemmer, Antipsychotika, Hypoglykämika und Benzodiazepine.

<http://medstopper.com> ermöglicht die Priorisierung der abzusetzenden Medikamente und enthält Ratschläge für das praktische Vorgehen und die potenziellen Symptome, welche zu überwachen sind.

Der Kampf gegen die Polymedikation ist ein Schlüsselement der Prävention der medikamentösen Probleme. Das minutiöse Abwägen des Verhältnisses Nutzen/Risiko jeder Verordnung mit dem Patienten muss die «blinde» Anwendung von Guidelines beim polymorbiden Patienten ablösen. Dieser Ansatz limitiert die Zahl der Medikamente, die der Patient einnehmen muss, vermindert das Risiko von Interaktionen und Komplikationen und fördert die therapeutische Adhärenz. **Es braucht nur eine Minute, um ein Medikament zu verschreiben, aber Jahre, um es abzusetzen [7].**

Literatur

- [1] Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA. 1998 Sep 16;280(11):1000-5.
- [2] American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2015;63:2227-46.
- [3] O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing 2015;44:213-8.
- [4] Best Practice Advocacy Center New Zealand: A practical guide to stopping medicines in older people. Best Practice Journal. 2010(27):10-23; <http://www.bpac.org.nz/BP/J/2010/April/stopguide.aspx>.
- [5] Scott IA, Gray LC, Martin JH, Pillans PI, Mitchell CA. Deciding when to stop: towards evidence-based deprescribing of drugs in older populations. Evid Based Med. 2013;18(4):121-4.
- [6] Reeve E, Shakib S, Hendrix I, Roberts MS, Wiese MD. Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. Br J Clin Pharmacol. 2014;78(4):738-47.
- [7] Citation de Louise Mallet, Pr. de pharmacie Clinique, Université de Montréal, Canada

Kontaktpersonen

Dr. Vera Jordan-von Gunten
PD Dr. Johnny Beney

vera.vongunten@hopitalvs.ch
johnny.beney@hopitalvs.ch

Medikamente	Symptome	Klinische Manifestationen
Antikonvulsiva	Entzug	Angst, Depression, Epilepsieanfall
Antidepressiva	Entzug	Akathisie, Angst, Schüttelfrost, Nasenrinnen, gastrointestinale Störungen, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Unwohlsein, Muskelschmerzen, Depression
Antiparkinsonika	Entzug	Hypotonie, Psychose, Lungenembolie, Rigor, Tremor
Antipsychotika	Entzug	Dyskinesie, Schlaflosigkeit, Übelkeit, Nervosität
Anticholinergika	Entzug	Angst, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindel
Benzodiazepine	Entzug	Erregungszustand, Angst, Verwirrtheit, Delirium, Schlaflosigkeit, Epilepsieanfall
Betablocker	Entzug	Angina pectoris, Angst, Hypertonie, ACS, Tachykardie
Opiate	Entzug	Bauchkrämpfe, Wut, Angst, Schüttelfrost, Schwitzen, Durchfall, Schlaflosigkeit, Nervosität
Alphablocker	Entzug + Rebound-Wirkung	Erregungszustand, Kopfschmerzen, Hypertonie, Herzklopfen
Baclofen	Entzug + Rebound-Wirkung	Erregungszustand, Angst, Verwirrtheit, Depression, Halluzinationen, Hypertonie, Schlaflosigkeit
Corticosteroide	Entzug + Rebound-Wirkung	Anorexie, niedriger Blutdruck, Übelkeit, Schwäche, Unterdrückung der Hypothalamus-Hypophysen-Achse, Entzündungen
PPI	Rebound-Wirkung	Magenübersäuerung

PPI: Protonenpumpenhemmer; ACS: akutes Koronarsyndrom

Tabelle 1 : Medikamente, welche häufig mit Entzugssymptomen verbunden sind und bei denen ein schrittweises Absetzen erforderlich ist [angepasst von 3]