

Arbeitshilfen aus der hausärztlichen Leitlinie „Multimedikation“ der Leitliniengruppe Hessen, Stand: 29.10.2013

(<http://www.arztbibliothek.de/bibliothek/leitlinie/multimedikation-hausaerztliche-leitlinie>)

Wann liegt eine Multimorbidität bzw. Multimedikation und welche Therapieziele sollten verfolgt werden

Eine Multimorbidität liegt vor, wenn bei einem Patienten zwei oder mehr chronische bzw. akute Erkrankungen gleichzeitig bestehen. Von einer Multimedikation spricht man im Allgemeinen, wenn 5 oder mehr Wirkstoffe regelmäßig eingenommen werden.

Ziel ist es die bestehenden Erkrankungen mit möglichst wenigen Arzneimitteln zu behandeln, jedoch stets soviel, wie nötig zu verordnen. Es sollte keine notwendige Verordnung unterlassen werden nur um das ideale Ziel von maximal 5 Wirkstoffen nicht zu überschreiten.

Die START-Kriterien

„Aus den START-Kriterien hat die Leitliniengruppe einige, die für den deutschen Versorgungskontext als besonders relevant erachtet wurden, ausgewählt, auch vor dem Hintergrund, dass eine große Anzahl an Kriterien für den Einsatz im Praxisalltag nicht als praktikabel angesehen wird. Bei der Bewertung sind neue Erkenntnisse seit der Publikation in 2008 zu berücksichtigen. Die folgenden Therapien sind für Patienten > 65 Lebensjahre mit folgenden Indikationen geeignet, falls keine Kontraindikationen vorliegen.“

Kardiovaskuläres System

- Phenprocoumon (Warfarin) bei Vorhofflimmern.
- ACE-Hemmer bei chronischer Herzinsuffizienz.

Endokrines System

- Metformin bei Typ II Diabetes.
- ACE-Hemmer oder AT1 Blocker bei Diabetes mit Nephropathie (Proteinurie oder Mikroalbuminurie > 30 mg/24 h oder eGFR < 50 ml/min).“

Quelle: oben genannte Leitlinie, Seite 38

Die STOPP-Kriterien

„Die Leitliniengruppe hat aus hausärztlicher Sicht und unter Berücksichtigung des deutschen Versorgungskontextes aus den STOPP-Kriterien eine Auswahl getroffen. Die Übersetzung der STOPP-Kriterien wurden »KVH aktuell, 4/2012« (S. 34ff) entnommen. Bei

der Bewertung der Gesamtliste sind neue Erkenntnisse seit der Publikation in 2008 zu berücksichtigen. Die folgenden Verordnungen können bei Patienten ab 65 Jahren problematisch werden und sollten kritisch überdacht werden:“

Kardiovaskuläres System

- Dauerbehandlung mit Digoxin in einer Dosis über 125µg pro Tag (erhöhtes Toxizitätsrisiko).
- Betablocker zusammen mit Verapamil (Risiko symptomatischer kardialer Reizleitungsstörungen, AV Block 3. Grades).
- Diltiazem oder Verapamil bei Herzinsuffizienz NYHA III oder IV (Hinweis der Leitliniengruppe: Laut ESC-Leitlinie 2012 [149] sind diese Substanzen bei systolischer Herzinsuffizienz und kombinierter systolischer und diastolischer Herzinsuffizienz kontraindiziert (NYHA I-IV); bei einer diastolischen Herzinsuffizienz ggf. aber angemessen).

Gehirn und Psyche

- Trizyklische Antidepressiva bei Demenz (kognitive Leistung kann sich weiter verschlechtern).
- Trizyklische Antidepressiva bei gleichzeitigen kardialen Reizleitungsstörungen (pro-arrhythmischer Effekt) (Hinweis der Leitliniengruppe: Trizyklika sind bei Herzinsuffizienz zu vermeiden).
- Über einen Monat langwirksame Benzodiazepine wie Chlordiazepoxid, Fluazepam, Nitrazepam, Chlorazepat oder Benzodiazepine mit langwirksamen Metaboliten wie z. B. Diazepam (Gefahr einer prolongierten Sedierung, von Verwirrtheit, Gleichgewichtsstörungen, Stürze).

Respiratorisches System

- Theophyllin als Monotherapie (es gibt sichere und wirksame Alternativen; Risiko für UAW aufgrund enger therapeutischer Breite).

Bewegungsapparat

- NSAR bei moderater bis schwerer Hypertonie (> 160/100 mmHg) (Gefahr der Exazerbation).
- NSAR bei gleichzeitiger Herzinsuffizienz (Herzfunktion kann sich verschlechtern).
- Coumarine und NSAR (gastrointestinales Blutungsrisiko!).
- NSAR bei Patienten mit chronischem Nierenversagen (GFR 20 bis 50 ml/min) (Gefahr der Verschlechterung der Nierenfunktion).

Urogenitalsystem

- Anticholinergika zur Inkontinenzbehandlung bei Demenzerkrankten (Verwirrtheit kann verstärkt werden, es kann zu Agitiertheit kommen).
- Alphablocker bei Männern mit häufiger Inkontinenz (Gefahr einer höheren Miktionsfrequenz, Verschlechterung der Inkontinenz).

Medikamente bei Sturzgefährdeten

(Faustregel für erhöhte Sturzgefahr: Ein Sturz in den zurückliegenden drei Monaten).

- Benzodiazepine (beeinträchtigen Aufmerksamkeit und Gleichgewichtssinn).
- Neuroleptika (können Gang-Dyspraxie und Parkinsonismus verursachen).“

Quelle: oben genannte Leitlinie, Seite 40

Leitfragen des MAI

Gibt es eine Indikation für das Medikament?	Stellen Sie sicher, dass für jedes Medikament noch ein aktueller Verordnungsanlass vorliegt. Prüfen Sie, ob ggf. eine Verordnung aufgrund einer Nebenwirkung erfolgte (Cave: Verordnungskaskaden).
Ist das Medikament wirksam für die Indikation und Patientengruppe?	Hilfestellung erhalten Sie hier durch die Nationalen Versorgungs-Leitlinien, hausärztliche Leitlinien, AWMF-Leitlinien, Cochrane reviews, IQWiG Berichte.
Stimmt die Dosierung?	Prüfen Sie die Nierenwerte des Patienten.
Sind die Einnahmевorschriften korrekt?	Prüfen Sie das Therapieregime hinsichtlich Tageszeit der Einnahme, Einnahme zu Mahlzeiten, aktualisieren Sie den Medikationsplan.
Sind Einnahmевorschriften praktikabel?	Fragen Sie den Patienten, ob er mit der Anwendung zurecht kommt, lassen Sie sich die Anwendung von Inhalern, Pens etc. vorführen (Vorsicht: Teilen von Tabletten möglichst vermeiden).
Gibt es klinisch relevante Interaktionen zu anderen Medikamenten?	Nach Möglichkeit interaktionsärmere Wirkstoffe auswählen, bei elektronischem Interaktionscheck auf klinische Relevanz achten (s. Tischversion Interaktionen).
Gibt es klinisch relevante Interaktionen zu anderen Krankheiten/Zuständen?	Kontraindikationen/Anwendungsbeschränkungen beachten.
Wurden unnötige Doppelverschreibungen vermieden?	Prüfen Sie, ob Wirkstoffe aus einer therapeutisch-pharmakologischen Gruppe indiziert sind.
Ist die Dauer der medikamentösen Therapie adäquat?	Prüfen Sie, seit wann der Patienten das Medikament einnimmt und ob für die weitere Einnahme noch Evidenz besteht.
Wurde die kostengünstigste Alternative gewählt?	Wirtschaftlichkeit beachten.
Wird jede behandlungsbedürftige Indikation therapiert?	Auch bei Patienten mit Multimedikation kann Unterversorgung vorliegen.
Liegt ein aktueller Einnahmeplan vor?	Plan aktualisieren, prüfen, ob Patient oder Angehöriger die Angaben versteht.
Ist die Nierenfunktion bekannt?	Es wird empfohlen zur Überprüfung der Nierenfunktion die z. B. mit der Cockcroft-Gault-Formel oder der MDRD-Formel errechnete glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) heranzuziehen. Prüfen Sie, ob Ihre Patientenakte aktuelle Angaben zur Nierenfunktion bei Ihren (älteren) Patienten mit Multimedikation enthält.
Ist die Adhärenz zur Therapie gegeben?	Prüfen Sie in festgelegten Intervallen, was der Patient über die Medikamente weiß, ob Bedenken gegen die Einnahme bestehen und ob der Patient der Auffassung ist, dass die Medikamente weiterhin für ihn von Nutzen sind. Fragen Sie den Patienten, wie er die Medikation für den Tag vorbereitet und was er tut, wenn eine Einnahme vergessen wurde.

Quelle: Medication Appropriateness Index (MAI); modifiziert nach Hanlon JT, Schmader K, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, Cohen HJ, Feussner JR. A method for assessing drug therapy appropriateness. J Clin Epidemiol 1992; 45: 1045-1051

Quelle: Hausärztliche Leitlinie Multimedikation, Tischversion 1.0: Bestandsaufnahme/MAI; April 2013
http://www.pmvforschungsguppe.de/pdf/03_publicationen/multimedikation2_tv.pdf

Leitfragen zur Bewertung/Präferenzsetzung der Medikation mit dem Patienten

Hilfe zur Präferenzsetzung von **symptom- und funktionsverbessernden Medikamenten** (nicht alle Symptome werden unmittelbar vom Patienten

selber wahrgenommen, z. B. psychosoziale Einschränkungen)

Frage	Informationsgewinnung
Welche Beschwerden haben Sie?	z. B. Schmerzen, Schwindel, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Ohrensausen, Vergesslichkeit, Inkontinenz, Verstopfung, Appetitlosigkeit, Gangstörungen, Sturzneigung, trockener Mund, trockene Haut/Juckreiz, Kältegefühl, Schlafstörung
Welche Bedeutung haben die Beschwerden für Sie? Können Sie damit leben? Wie stark sind Sie beeinträchtigt?	Hinweise auf Beeinträchtigung im täglichen Leben, über Kompensationsmöglichkeiten, psychosoziale Belastungen.
Welches ist Ihre stärkste Beschwerde?	Hinweise auf vorrangige Belastungen und Therapieziele.
Welche Beschwerden schränken Sie im Alltag/Kontakt ein?«	Eine Einschränkung von sozialen Kontakten sollte rechtzeitig festgestellt werden.
Was trauen Sie sich nicht mehr zu? Wobei fühlen Sie sich stark eingeschränkt? Was möchten Sie gern wieder können?	Hilft, die Relevanz von Beschwerden einzuordnen und die Kompetenz zu den Aktivitäten des täglichen Lebens zu überprüfen, Stellenwert für unabhängige Lebensführung.
Haben Sie sich im vergangenen Monat oft niedergeschlagen oder hoffnungslos gefühlt? Hatten Sie im letzten Monat häufig wenig Freude bei den Dingen, die Sie tun?	Überprüft die psychosoziale Aktivität, gibt Hinweise zur Abklärung einer Depression [5]
Wobei benötigen Sie Fremdhilfe? »Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können?«	Überprüft die psychosoziale Kompetenz, aber auch die Einbindung in ein soziales Netzwerk.

Hilfe zur Präferenzsetzung von **prognosebessernden** Medikamenten

Information	Frage an Patienten
Das Medikament kann Ihr Leben verlängern.	Welche Bedeutung hat das für Sie? Glauben Sie, dass dies auch für Sie zutrifft? Welche Nebenwirkung sind Sie bereit, dafür zu akzeptieren? Welche Risiken sind Sie bereit, zu akzeptieren?
Dieses Medikament kann folgende Komplikationen vermeiden...	Welche Bedeutung hat das für Sie? Welche Nebenwirkung sind Sie bereit, dafür zu akzeptieren? Welche Risiken sind Sie bereit, zu akzeptieren?
Ggf. prüfen: Liegen für die Alters- oder Zielgruppe zuverlässige Informationen vor, ob das Medikament das Leben verlängert oder Komplikationen verhindert?	Wollen Sie das Medikament trotzdem versuchen, auch wenn für Ihre Altersgruppe keine sichere Aussage möglich ist?

Quelle: oben genannte Leitlinie, Seite 46

