

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	XI
-----------------------------	----

A Grundlagen

1	Arzneimitteltherapie zwischen Nutzen und Risiko	3
2	Der Verordnungsprozess – Definition und Abgrenzung	4
2.1	Prescribing	4
2.2	Deprescribing	4
2.2.1	Stand des Deprescribings in Deutschland	6
2.2.2	Nationale und internationale Deprescribing-Netzwerke	6
3	Polypharmazie	9
3.1	Verbreitung	9
3.2	Ursachen	10
3.3	Korrelation oder Kausalität?	12
3.4	Folgen der Polypharmazie	12
3.4.1	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	13
3.4.2	Hospitalisierung	13
3.4.3	Verschreibungskaskaden	14
3.4.4	Handhabungs- und Einnahmefehler	14
3.4.5	Adhärenz	14
3.4.6	Unterversorgung	15
3.4.7	Lebensqualität	15
3.4.8	Kosten	15
4	Zuständigkeiten im Medikationsprozess	17
4.1	Ein Blick in andere Länder	17

B Implementierung des Deprescribings

5	Vorteile und Nutzen	23
6	Rolle der Pharmazeuten im Deprescribing-Prozess	24
6.1	Studien	25
6.1.1	EMPOWER	25
6.1.2	D-PRESCRIBE	26
6.1.3	Thompson et al. 2017	26
6.1.4	Evaluation of a Pharmacist-Managed NSAID Deprescribing Program in an Integrated Health Care System	26
6.1.5	LeMON	27
6.1.6	Community-based pharmacists' role in deprescribing	27
6.1.7	Buzancic et al. 2022	28

6.2	Förderung des Deprescribing-Prozesses und Unterstützung ärztlicher Kollegen	28
6.3	Begleitung des Patienten nach ärztlicher Verordnung	29
6.4	Begleitung des Patienten beim Absetzen in der Selbstmedikation	29

C Praxis

7	Initiierung des Deprescribing-Prozesses: Akteure und Wege	33
8	Identifikation des Deprescribing-Kandidaten	34
8.1	Polymedikation	34
8.2	Nutzen-Risiko-Verhältnis	34
8.2.1	Beispiel anhand des Triple Whammy	35
8.3	Zeitlich begrenzte Anwendung	36
8.4	Medikamentenabhängigkeit	36
8.5	Schwangerschaft	37
8.6	Verschreibungskaskaden	37
8.7	Alter	39
8.8	Erhöhte Sturzneigung	41
8.9	Komorbiditäten	42
8.10	Verordnung von Psychopharmaka	42
8.11	Beteiligung unterschiedlicher Fachgruppen	43
8.12	Anzahl der Krankenhausaufenthalte	43
8.13	Erstmalige stationäre Pflege	43
9	5-Schritte-Plan zur Arzneimittel-Deeskalierung	44
9.1	Initiale Anamnese	44
9.2	PIM-Detektion	46
9.2.1	PIM-Listen und weitere Tools	46
9.3	Priorisierung	61
9.3.1	Medstopper	61
9.3.2	Number needed to treat	61
9.4	Zielvereinbarung	63
9.5	Dokumentation und Kommunikation	64
10	Herausforderungen im Deprescribing-Prozess	65
10.1	Entzugserscheinungen	65
10.2	Rebound	66
10.3	Wegfall positiver Nebenwirkungen	66
10.4	Interaktionen	66
10.5	Wiederauftreten der Erkrankung	67

11	Deprescribing-Strategien nach Substanzklassen	68
11.1	ACE-Hemmer	68
11.2	Angiotensin-II-Antagonisten (Sartane)	69
11.3	Anticholinergika	70
11.4	Dekongestiva	71
11.5	Antidementiva	74
11.6	Antidepressiva	76
11.7	Antiepileptika	80
11.7.1	Carbamazepin	80
11.7.2	Gabapentin	82
11.7.3	Lamotrigin	83
11.7.4	Levetiracetam	83
11.7.5	Phenobarbital	84
11.7.6	Phenytoin	85
11.7.7	Pregabalin	86
11.7.8	Topiramat	87
11.7.9	Valproinsäure	88
11.7.10	Weitere Substanzen	90
11.8	(H ₁ -)Antihistaminika	90
11.9	Antipsychotika	91
11.9.1	Amisulprid	93
11.9.2	Aripiprazol	93
11.9.3	Clozapin	94
11.9.4	Haloperidol	95
11.9.5	Levomepromazin	96
11.9.6	Melperon	97
11.9.7	Olanzapin	98
11.9.8	Pipamperon	99
11.9.9	Risperidon	99
11.9.10	Quetiapin	100
11.10	Antisymphotonika	102
11.11	Betablocker	102
11.12	Benzodiazepine	103
11.13	Calciumantagonisten	107
11.14	Dopaminerge Substanzen	108
11.14.1	Levodopa	108
11.14.2	Dopaminagonisten	109
11.15	Gichttherapeutika	110
11.16	Glucocorticoide	111
11.17	Opioide	112
11.17.1	Opioide (leicht wirksam)	113
11.17.2	Opioide (stark wirksam)	118
11.18	HMG-CoA-Reduktasehemmer (Statine)	125
11.19	Protonenpumpeninhibitoren	126
11.20	Z-Substanzen	129

12	Kommunikationshilfen bei Problemen	130
12.1	Kommunikation als Schlüssel	130
12.2	Gesprächsführung als kritischer Erfolgsfaktor	131
12.3	Aufklärungsbedarf beim Patienten	131
12.4	Überzeugungsarbeit beim verordnenden Arzt	133
12.5	Adhärenz	134
	Fazit	137
	Nachwort	138
	Literaturverzeichnis	139
	Sachregister	151
	Die Autorin	###