



Interdisziplinäre Herausforderung Geriatrie - fundierte und transparente Pharmakotherapie bei Multimorbidität

Dr. med. A. Gowin
Chefarzt Geriatrie und Palliativmedizin im
Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz

09.01.2015 um 15:45 Uhr
4. Kongress für Arzneimittelinformation in Köln



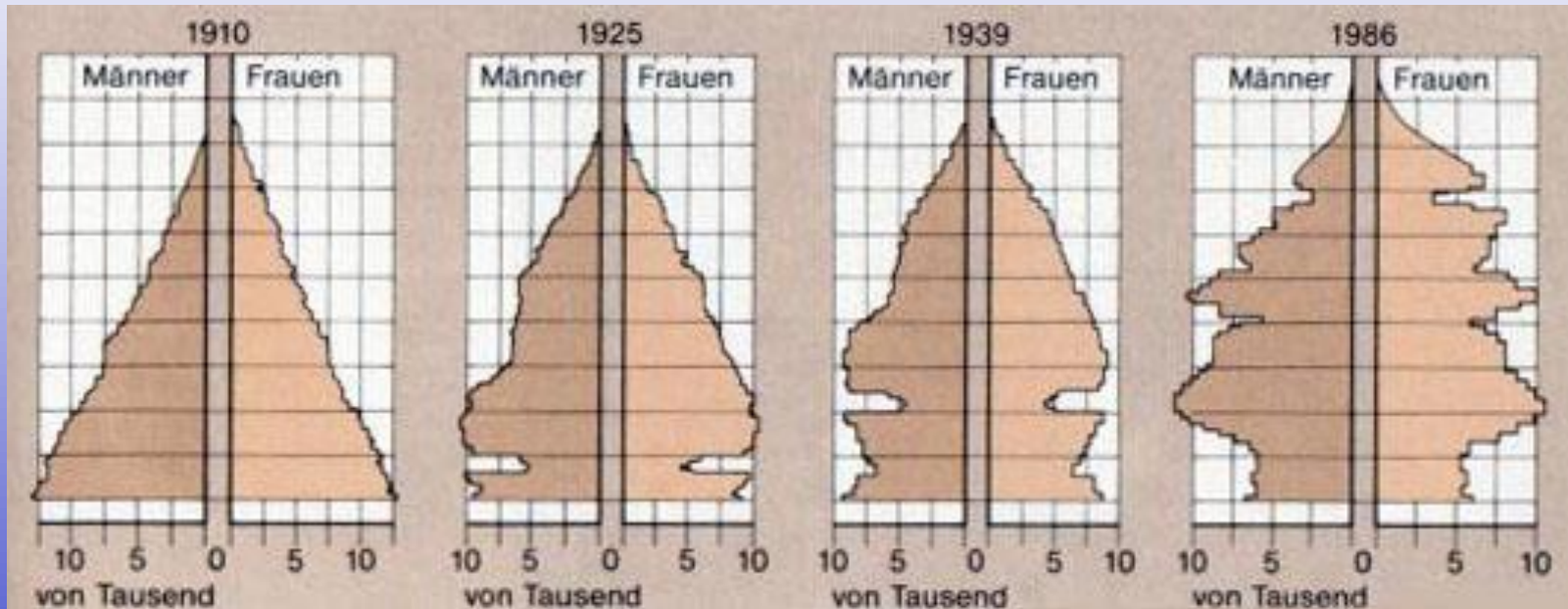
Geriatric als multidisziplinäres Fach

Mutterfach Innere Medizin, weitere immanente Schwerpunkte:

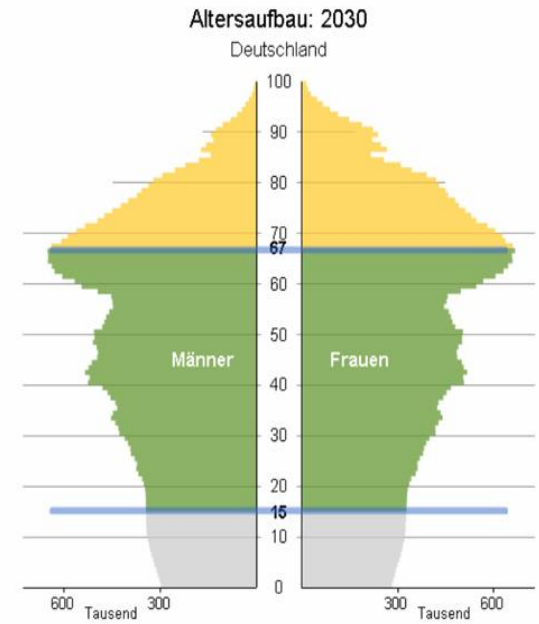
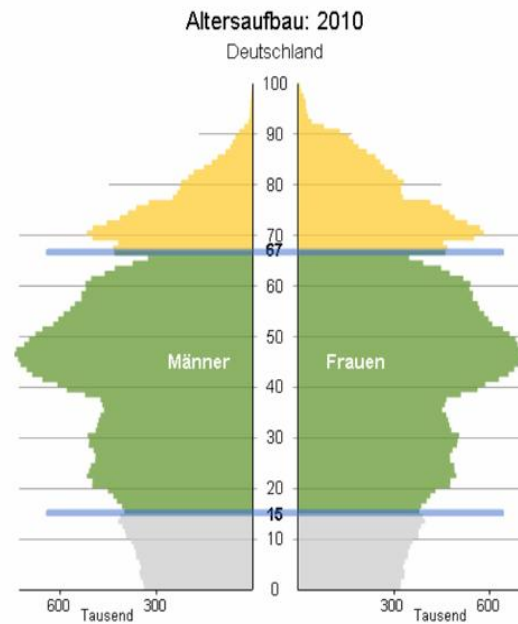
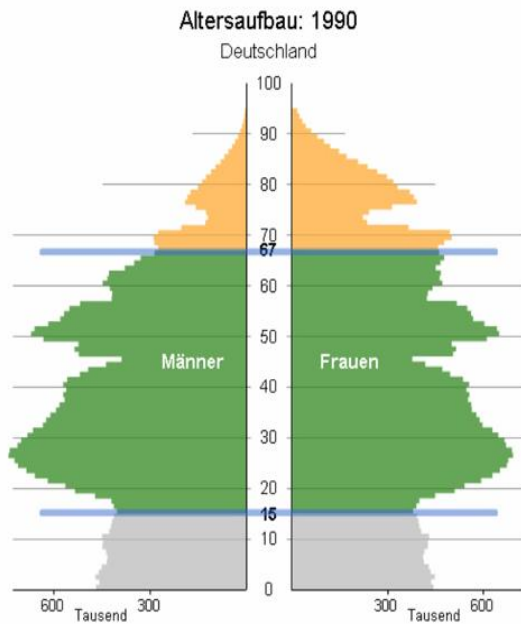
- Gerontopsychiatrie
- Neurologie
- konservative Orthopädie
- Dermatologie
- kleine Chirurgie
- Palliativmedizin
- Schmerztherapie
- erweiterte psychosoziale und ethische Ansätze
- Geriater: Spezialisierter Generalist?



Alterspyramide



Entwicklung Alterspyramide





Die 4 geriatrischen *Is*

-  **Immobilität**
-  **Instabilität**
-  **Intellektueller Abbau**
-  **Inkontinenzen**

Der typische multimorbide geriatrische Patient mit altersspezifischen Krankheitssyndromen

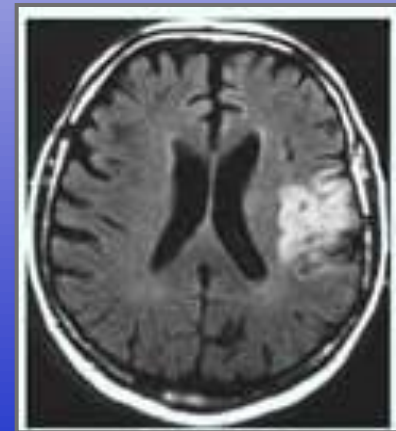
- kardiovaskulärer Formenkreis
- kardiopulmonale Erkrankungen
- onkologisch/hämatologische Erkrankungen
- Schmerzsyndrome
- Demenzen/Neurodegeneration
- geriatrische Palliativmedizin



Typische Syndrome geriatrischer Patienten

1. Formenkreis: Herz/Kreislauf

- chronische Herzinsuffizienz
- Stauungspneumonie
- embolische Ereignisse
- kognitive Defizite
- Immobilität



Typische Syndrome geriatrischer Patienten

2. Formenkreis: Lungenerkrankungen

- Rechtsherzinsuffizienzen bei Lungenhochdruck
- chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)
- pulmonale Tumoren, narbige Silikose
- Asbestosen



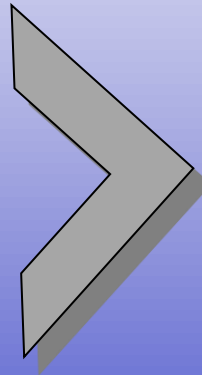
Typische Syndrome geriatrischer Patienten

3. Formenkreis: onkologische Erkrankungen des Alterspatienten

insbesondere

Prostata-Ca.

Mamma-Ca.



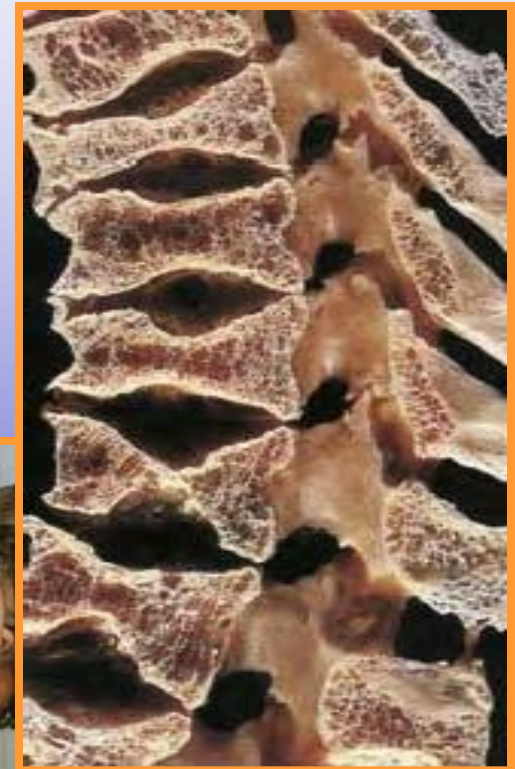
Knochenmetastasen



Typische Syndrome geriatrischer Patienten

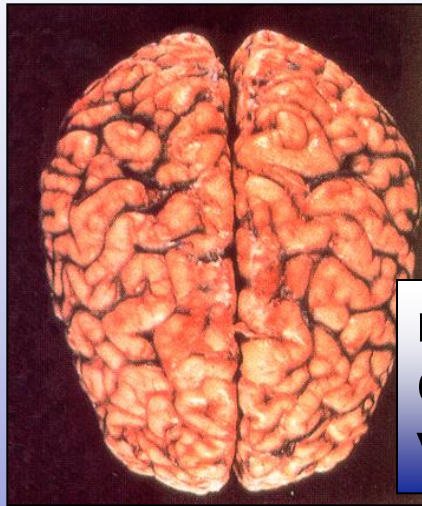
4. Formenkreis: Schmerzsyndrome

- Sinterungsfrakturen bei Osteoporose
- Metastasen
- rheumatische Erkrankungen
- degenerative Gelenkerkrankungen (Arthrose)
- Morbus Paget

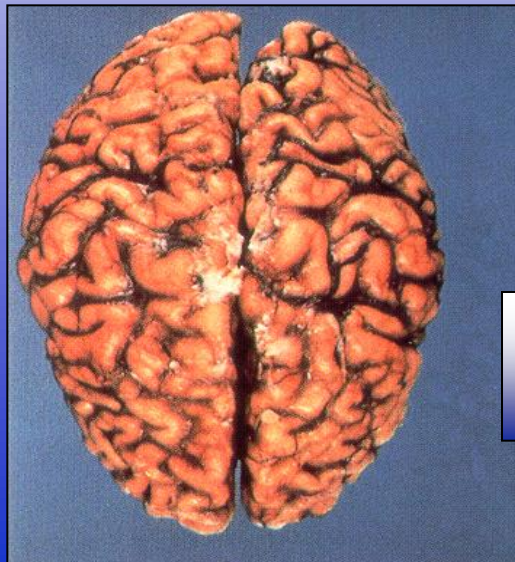


Typische Syndrome geriatrischer Patienten

5. Formenkreis: Neurodegeneration/Demenz

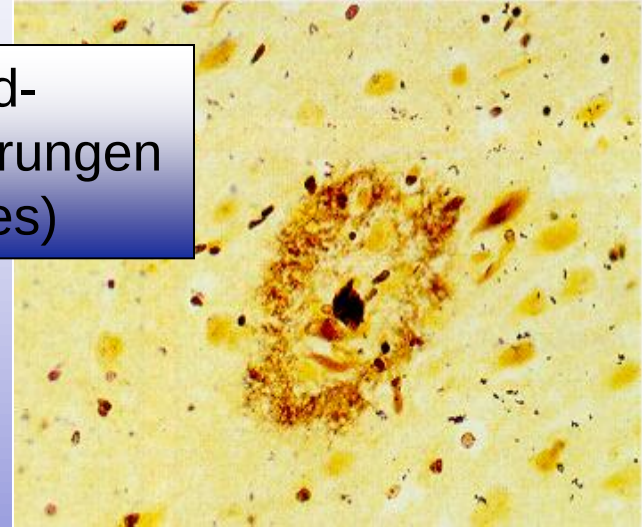


normales
Gehirn (zum
Vergleich)



Neurodegenration
/ kortikale Atrophie

Amyloid-
Ablagerungen
(Plaques)



Alzheimer-
Neurofibrillen

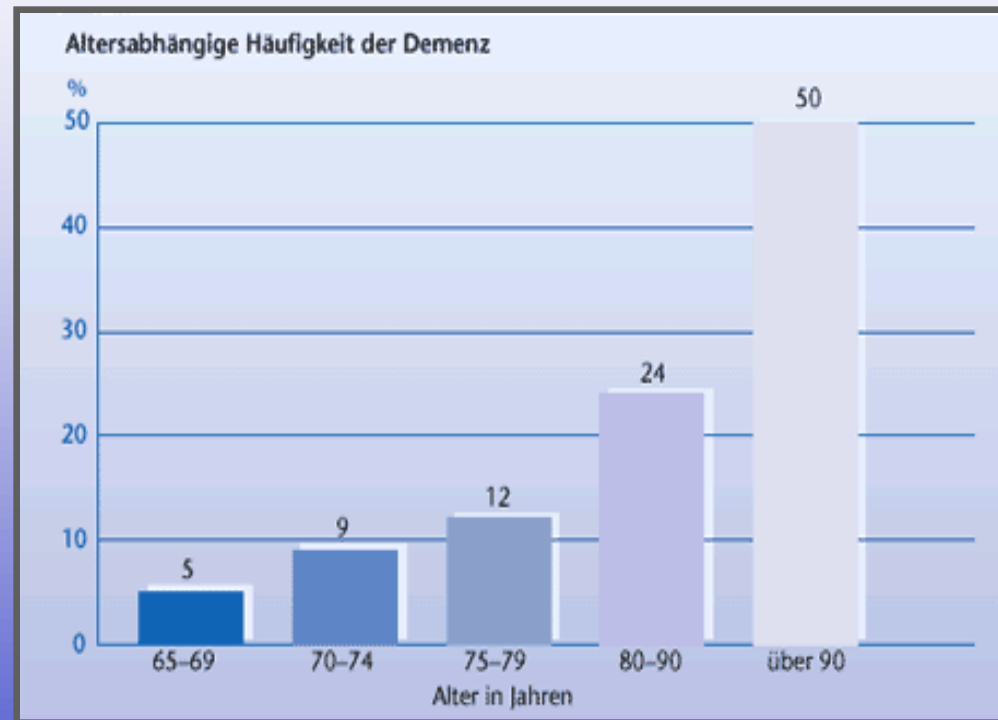




Typische Syndrome geriatrischer Patienten

5. Formenkreis: Neurodegeneration/Demenz

- Alzheimer-Demenz
- Gefäßdemenzen
(z. B. nach Schlaganfall)
- atypische Demenzen
(Lewy-Körperchen-Demenz, frontotemporale Demenz, toxische)
- Stoffwechseldemenzen
(z. B. Schilddrüsenunterfunktion, Diabetes mellitus u. ä.)
- M. Parkinson, atypische Parkinsonsyndrome



Typische Syndrome geriatrischer Patienten

6. Der geriatrische Palliativpatient

- hoher medizinischer und pflegerischer Ressourcenbedarf
- interdisziplinäre Betreuung
- gesellschaftliche/ethische Herausforderung
- rechtliche Vorgaben



Der geriatrische Palliativpatient

Der teure Alterspatient:

Ende der Finanzierbarkeit?

Problem und Herausforderung
zugleich:

Balance-Akt zwischen strikter
Budgetierung einerseits und
zunehmend evidenzbasierter
Studienlage andererseits





Sterbehilfe

legal: indirekte Sterbehilfe

unbeabsichtigte, aber als unvermeidliche Nebenfolge in Kauf genommene Beschleunigung des Todesesintrittes durch schmerzlindernde Medikamente

legal: passive Sterbehilfe

Entscheidung des Arztes bei einem sterbenden, nicht autonomen Patienten, auf eine sterbensverlängernde Therapie zu verzichten oder eine bereits begonnene sterbensverlängernde Therapie zu unterbrechen

In Deutschland strafbar:

aktive Sterbehilfe (Euthanasie)

aktives, bewusstes ärztliches Eingreifen zur Beendigung des Lebens auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten; Ziel der Handlung ist es, den schnellen Tod des Patienten herbeizuführen – zu töten.

(Benelux-Lösung)



Das geriatrische Team

Merke:

**Der Therapeut ist nur so gut wie sein Team
und die Qualität der interdisziplinären Kultur
in seiner Abteilung**

🌸 Ärzte

🌸 Pflege

🌸 Physiotherapie

🌸 Ergotherapeuten

🌸 Musik/Tanz/Kunsttherapeuten

🌸 Seelsorge

🌸 Sprachtherapeuten

🌸 Sozialdienst

🌸 Klinische Psychologie





Probleme der Pharmakotherapie bei älteren Patienten

- Polymorbidität (bei mehr als der Hälfte aller > 60jährigen Kranken 4 und mehr Diagnosen gleichzeitig)
- Fließende Übergänge zwischen physiologischen Alterserscheinungen und Krankheiten
- Polypharmazie (gleichzeitiger Einsatz >5 Arzneimitteln)
 - Summierung unerwünschter Wirkungen
 - Gefahr der Interaktionen ↑
- Veränderung der Pharmakokinetik
- Veränderung der Pharmakodynamik
- Verschlechterung der Compliance
- *Evidence Based Medicine in der Geriatrie problematisch!*
Ausschluss älterer Patienten aus Wirksamkeits- und Dosisfindungsstudien



Probleme der Pharmakotherapie bei älteren Patienten

- Mangelnde Repräsentanz in Studienpopulationen
- Fehlende Behandlungsstrategien bei Multimorbidität
- Veränderte physiologische Ressourcen
- Spezielle unerwünschte Arzneimittelwirkungen
 - Sturz
 - Delir
 - Inkontinenz
- Geriatriische Syndrome und reduzierte Funktionalität
- Eingeschränkte verbleibende Lebenserwartung
- Reduzierte Selbstständigkeit

Nebenwirkungen (UAW) im Alter





Inzidenz von UAW

5 - 20 % aller hospitalisierten Patienten
3 - 28 % aller stationären Aufnahmen UAW-
bedingt

62,3 % (1) – 69 % (Harvard-Studie) aller UAW vermeidbar!

Vermeidbare UAWs: 62,3 %

davon:

- **inadäquates Monitoring der AZM-Therapie:** 67 %
(fehlendes Erkennen der UAW durch den Arzt)
- **inadäquate Dosis:** 51 %



Unerwünschte Arzneimittelwirkungen in höherem Lebensalter

- Unspezifisches Erscheinungsbilder

- Schwäche
- Schwindel
- Schlaflosigkeit
- Delir
- Sturzneigung
- Inkontinenz



- Gefahr der Fehldeutung von UAW als Altersveränderung



- Folge: Intensivierung der Pharmakotherapie!
→ sog. **Verschreibungskaskaden!!!**

Beispiele von Verschreibungskaskaden

- Antipsychotisches Arzneimittel → Extrapiramidale Symptome → Antiparkinson-Arzneimittel
- NSAID → schlechte Blutdruckkontrolle → Antihypertensivum
- Anticholinergika → Obstipation → Laxantien



Beispiele von Verschreibungskaskaden

- unbedingt zu vermeiden, z. B.

Amlodipin → Ödeme → Diuretikum

Multimedikation → Magenschmerzen → PPI- Hemmer





Pharmakotherapie als Ursache eines Sturzes

- Die Verordnung von fünf und mehr Medikamenten geht mit einer signifikant höheren **Sturzrate** einher
- **Die Multimedikation stellt einen unabhängigen Risikofaktor für Stürze dar!**

Patienten mit häufigen Stürzen haben häufiger:

- Tranquilizer
- Hypnotika
- Diuretika
- Nitrate
- Neuroleptika

verschrieben bekommen



Routinemäßige Überprüfung der Medikation!

Kardiovaskuläre Arzneimittel als FRIDs

(Fall-Risk Increasing Drugs)

- Antihypertensiva (v.a. Diuretika)
- Antiarrhythmika
- Nitrate und andere Vasodilatoren
- Digoxin





Leitgedanken für eine Altengerechte Pharmakotherapie

- Krankheiten priorisieren
- Indikationen hinterfragen
- Mut zur Lücke/zum Absetzen

(Es ist ebenso wichtig, eine Behandlung zu beenden,
wie sie zu beginnen)

- Start slow – go slow

„...davon die Hälfte“ – das Sir Alexander Mackenzie Prinzip



Die Priscus-Liste

Arzneimittel	Risiko	Alternative	Mögliche Maßnahmen
Analgetika, Antiphlogistika			
<u>NSAR</u> – Indometacin – Piroxican – Ketoprofen – Etoricoxib u. a.	GI-Blutungen ZNS-Störungen Coxib: kardivask. KI	Paracetamol Ibuprofen Tramadol	Ggf. PPI Kontrolle Niere, RR, Herzinsuff.- zeichen mgl. Therapiedauer
<u>Opioid</u> – Pethidin	Delir Sturzgefahr	Tilidin/ Naloxon Morphin/ Oxycodon	klin. Kontrolle Nierenfunktion
Antiarrhythmika			
-Chinidin	ZNS UAW Mortalität ↑	Betablocker Verapamil Amiodaron	klin. Kontrolle QT-Dauer Nierenfunktion



Die Priscus-Liste

Arzneimittel	Arzneimittel	Alternative	Mögliche Maßnahmen
-Flecainid	Allgemeine UAW ↑	Betablocker Amiodaron	klin. Kontrolle, QT-Dauer, Nierenfunktion
-Sotalol	Maligne Rhythmusstörungen	Metoprolol, Bisoprolol, Amiodaron, Defi	klin. Kontrolle, QT
Digoxin	Toxizität ↑ Glykosid- Empfindlichkeit ↑	Betablocker bei VHF/Tachycardie , ACE-H. bei HI	klin. Kontrolle Digitoxin weniger toxisch
Antibiotika			
Nitrofurantoin	Pulmonale UAW, Leberschäden	Andere Antibiotika	Kontrolle Leber, Niere, Lunge

Die Priscus-Liste



Arzneimittel	Arzneimittel	Alternative	Mögliche Maßnahmen
--------------	--------------	-------------	--------------------

Anticholinergika

<u>Antihistaminika</u> – Hydroxyzin – Clemastin – Dimetiden – Chlorphenamin – Tripolidin	Obstipation Mundtrockenheit Kognition ↓ QT ↑	Cetirizin Loratadin Desloratadin	klin. Kontrolle ZNS Kontrolle EKG Kontrolle
<u>Urol. Spasmolytika</u> – Oxybutinin – Tolterodin – Solifenacin	Wie oben	Trospium	Wie oben

Thrombozytenaggregationshemmer

Ticlopidin	Blutveränderungen	ASS, Clopidogrel	BB-Kontrolle
Prasugrel	Hohes Risiko > 75 Jahre	ASS, Clopidogrel	



Die Priscus-Liste

Arzneimittel	Arzneimittel	Alternative	Mögliche Maßnahmen
Antidepressiva			
<u>Trizyklica</u> – Amitriptylin – Doxepin – Imipramin – Clomipramin – Maprotilin – Trimipramin	Periphere und zentrale anticholinerge UAW	SSRI Mirtazapin	klin. Kontrollen und Überwachung
SSRI -Fluoxetin	Zentralnervöse UAW	Sertralin, Citalopram, Trazodon, Mirtazapin	klin. Kontrollen
<u>MAO-Hemmer</u> – Tranylcypromin	Blutdruckkrisen, Hirnblutungen, Hyperthermie	Sertralin, Citalopram, Trazodon, Mirtazapin	klin. Kontrollen



Die Priscus-Liste

Arzneimittel	Arzneimittel	Alternative	Mögliche Maßnahmen
Antiemetika			
Dimenhydrinat	anticholinerge UAW	Domperidon, MCP	klin. Kontrollen
Antihypertensiva, kardiovaskuläre Arzneimittel			
Clonidin	Hypotonie, Synkope, Bradycardie	ACE-Hemmer Betablocker Langwirkende Ca ++ Antagonisten	klin. Kontrollen
<u>Alpha-Blocker</u> – Doxazosin – Prazosin – Terazosin	Hypotonie, Mundtrockenheit, Schwindel, erhöhtes Risiko für zerebrale und kardiale Erkrankungen		klin. Kontrollen

Die Priscus-Liste



Arzneimittel	Arzneimittel	Alternative	Mögliche Maßnahmen
Methyldopa	Hypotonie, Bradykardie	ACE-Hemmer Betablocker Langwirkende Ca ++ Antagonisten	klin. Kontrollen
Reserpin	Hypotonie, Depressionen		klin. Kontrollen
Nifedipin (nicht retardiert)	Risiko für MI ↑		klin. Kontrollen
Neuroleptika			
<u>klassische</u> –Thioridazin –Fluphenazin –Levopromazin –Perphenazin –Haloperidol (>2mg)	Anticholinerge und Extrapyramidale UAW Sedierung Sturzgefahr Parkinsonismus	Atypische Neuroleptika Risperidon Melperon Pipamperon	klin. Kontrollen
<u>atypische</u> – Olanzapin – Clozapin	Wie oben Agranulozytose und Myokarditis bei Clozapin	Wie oben	klin. Kontrollen Blutbildkontrollen bei Clozapin



Die Priscus-Liste

Arzneimittel	Arzneimittel	Alternative	Mögliche Maßnahmen
Ergotamin und Derivate			
Ergotamin Dihydroergocryptin Dihydroergotoxin	Ungünstiges Nutzen/ Risiko Verhältnis	Triptane bei Migräne, Andere Parkinsonmed. statt Dihydroergocryptin	klin. Kontrollen
Laxatien			
Paraffin	Pulmonale UAW bei Aspiration	Macrogol, Lactulose	
Muskelrelaxantien			
Baclofen Tetrazepam	Verwirrtheit, Sturz, Amnesie	Tolperison, Tizanidin	klin. Kontrollen
Sedativa, Hypnotika			
Benzodiazepine langwirkend kurzwirkende Substanzen	Sturzgefahr, psych. Reaktionen Kognition ↓, Depression	Mirtazapin Pipamperon Melperon	klin. Kontrollen



Die Priscus-Liste

Arzneimittel	Arzneimittel	Alternative	Mögliche Maßnahmen
Doxylamin Diphenhydramin	Anticholinerge Effekte, Schwindel, EKG- Veränderungen	Wie oben	klin. Kontrollen EKG
Chloralhydrat	Schwindel, EKG- Veränderungen	Wie oben	Wie oben
Antidementiva, Vasodilatoren, durchblutungsfördernde Mittel			
Piracetam Pentoxifyllin u.a.	Keine Evidenz		
Antiepileptika Phenobarbital	Sedierung, Erregungszustände	Lamotrigin u.a.	klin. Kontrollen



Dabei unersetzbar...

Persönliche Evidenz!

Pharmakotherapie in der Geriatrie immer Einzelentscheidung in Würdigung des körperlichen, kognitiven, seelischen, familiären und sozialmedizinischen Kontextes des Patienten.

Cave: Schaffung weiterer Krankheitsschauplätze durch Inadäquate, falsch dosierte und zu viel Medikation.

Aber auch: Kritische Distanz zu potenziellen gesellschaftlichen sowie Meinungen der Kostenträger („die Alten brauchen das doch gar nicht mehr, das bringt doch gar nichts mehr“).

Kritischer Umgang in der Altersheilkunde insbesondere mit den Themen Demenz, Depression, Schmerztherapie, Osteoporose und Herzinsuffizienz (Leitlinien nur bedingt verwertbar).



Interdisziplinäre Herausforderung Geriatrie

Am Beispiel von Herr R.

Dr. Achim Gowin Geriatischer Schwerpunkt, Klinikum Konstanz
Jacqueline Menchini, Département für Pharmazie im Landkreis Konstanz

9 Januar 2015





Patienteninformationen

Sozialer
Hintergrund



starker Hustenreiz

Aktuelle
Haupt-
beschwerden



75 Jahre
180 cm
105 kg



Vegetative
Anamnese



Trockene Haut, Juckreiz



Bekannte Vorerkrankungen und relevante Untersuchungsergebnisse



Vorerkrankungen

- Diabetisches Fußsyndrom
- Diabetische Polyneuropathie → Z.n. offener Zehenamputation
- PaVk Stadium IV → Z.n. Implantation eines Venenbypasses 2009
- Vaskuläre Demenz
- Parkinson Syndrom
- Arterieller Hypertonus
- Z.n. Ponsinfarkt

Untersuchungsergebnisse:

- Kreatinin-Clearance 53 ml/min (März 2014)
- Blutdruck Juni 2014: Hypotone Krise
- HbA1c 22. April: 6,8 %

Aktuelle Medikation August 2014



Arzneimittel	Appl.-Form	Dosierung
Clopidogrel 75 mg	Tbl	1-0-0
Amaryl 1 mg	Tbl	1-0-0
HCT 25 mg	Tbl	1-0-0
Moxonidin 0,3 mg	Tbl	1-0-0
Bromazepam 6 mg	Tbl	0-0-0,5
Risperidon 0,5 mg	Tbl	1-0-1
ASS 100 mg	Tbl	1-0-0
Novalgin 500 mg	Trpf	30-30-30
Atosil	Trpf	0-0-20

Detektion arzneimittelbezogener Probleme



Blickpunkt: Hypertonie

Blickpunkt Hypertonie Herr R.



Findings	Assessment	Recommendation	Monitoring
Keine RR Kontrolle Aktuell: Moxonidin+HCT bis 06/2014 auch Amlodipin, Bisoprolol + Lisinopril → Wurden abgesetzt aufgrund Hypotoner Krise	RR muss gut eingestellt werden! Hypertonie Leitlinien Beachten!	Empfehlung an den Arzt: Therapie der Hypertonie anpassen In der Einstellungsphase: RR über 2 Monate regelmäßig überwachen	Regelmäßige RR Messung Ziel-Blutdruckbereich einhalten

Aktuelle Medikation Juni 2014



Arzneimittel	Appl.-Form	Dosierung
Clopidogrel 75 mg	Tbl	1-0-0
Amaryl 1 mg	Tbl	1-0-0
HCT 25 mg	Tbl	1-0-0
Moxonidin 0,3 mg	Tbl	1-0-0
Lisinopril 10 mg	Tbl	1-0-0,5
Bisoprolol 5 mg	Tbl	1-0-1
Amlodipin 5 mg	Tbl	1-0-1
Bromazepam 6 mg	Tbl	0-0-0,5
Risperidon 0,5 mg	Tbl	1-0-1
ASS 100 mg	Tbl	1-0-0
Novalgin 500 mg	Trpf	30-30-30
Atosil	Trpf	0-0-20

Blickpunkt Hypertonie Geriatrie



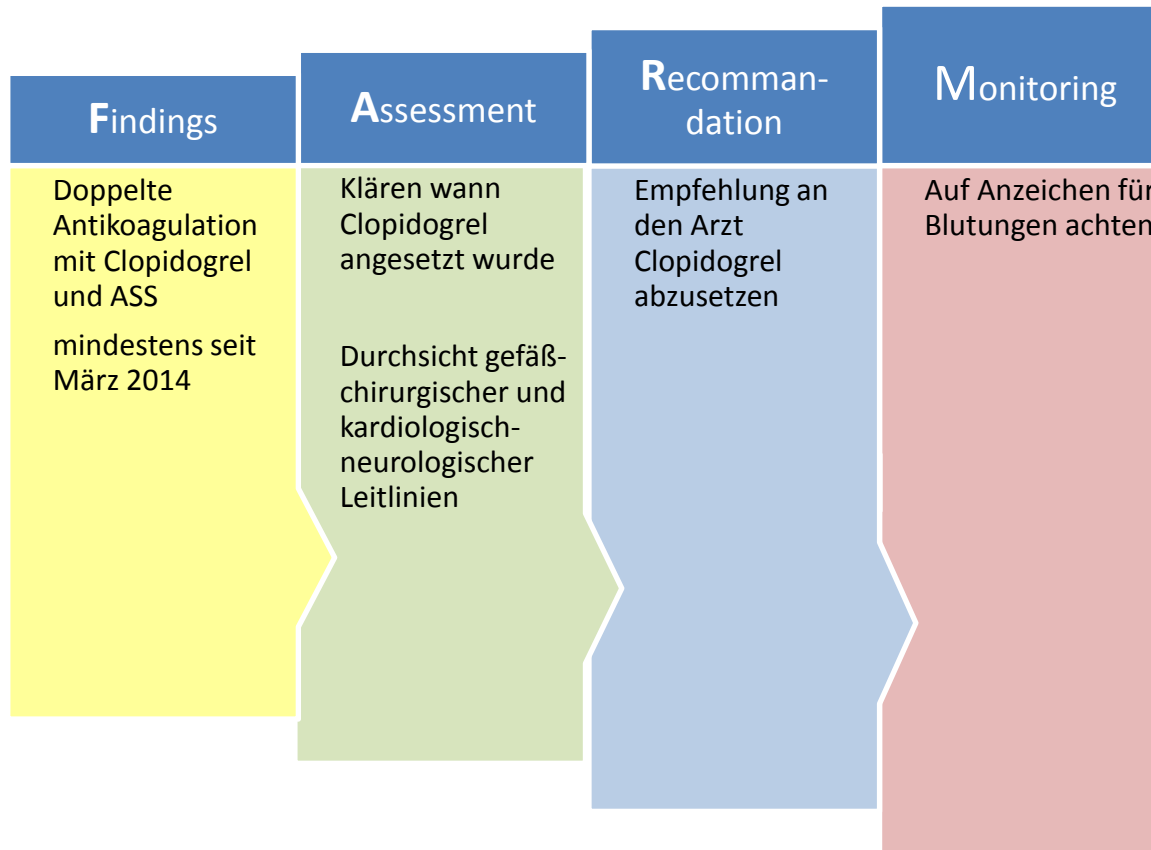
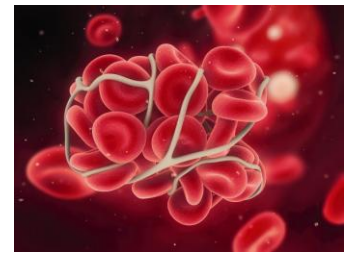
- ✓ Klare Formulierung des Zielblutdruck-Wertes und regelmäßige Kontrolle
- ✓ Antihypertensiva → „Fall Risk Increasing Drugs“
- ✓ Konsequentes Absetzen nicht evidenzbasierter und unverträglicher Herz-Kreislaufmedikamente
- ✓ Niedrige Anfangsdosen reduzieren das Sturzrisiko, das Auftreten von Verwirrtheit und Exsikose. Therapieziel: innerhalb von 3 Monaten erreichen!
- ✓ Auch Patienten über 80 Jahren profitieren von der Therapie

Detektion arzneimittelbezogener Probleme

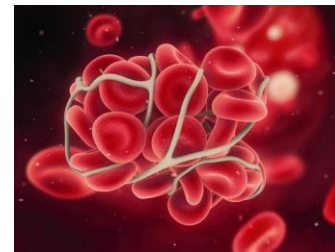


Blickpunkt: Antikoagulation

Blickpunkt: Antikoagulation Herr R.

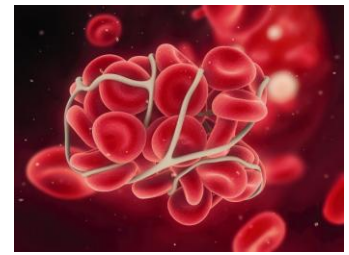


Blickpunkt Antikoagulation in der Geriatrie



- ✓ Grundsätzlich therapeutisches Dilemma: sowohl eine **Durchführung** (Hauptrisiko: Auftreten von intrakraniellen Blutungen), wie auch eine **Unterlassung** der oralen Antikoagulation ist mit einem höheren Risiko für Komplikationen verbunden
- ✓ Insbesondere die Ko-Medikation und damit verbundenen Interaktionen spielen eine Rolle z.B. mit NSAR, Diuretika, Corticoiden, Valproat, Lipidsenker, Allopurinol, L-Thyroxin, SSRI, Gingko, etc.
- ✓ Kontraindikationen wie z.B. Status post intracranielle Blutungen, Magen-Darm Ulzera, Non-Compliance berücksichtigen
- ✓ Rezidivierende Stürze erhöhen das Blutungsrisiko

Blickpunkt Antikoagulation in der Geriatrie



BAFTA Studie, LANCET 2007: konnte bei ca. 1000 geriatrischen Patienten (Ø-Alter 81,5 J) durch eine OAK eine Reduktion der Schlaganfälle um 48 % nachweisen, im Vergleich zu einer Monotherapie mit Aspirin → Dies bei gleicher Häufigkeit an schweren Blutungen!

TAB. 4

Aspekte im Umgang mit Patienten unter oraler Antikoagulation

- Optimale Compliance
- Regelmässige Kontrollen müssen durchgeführt werden
- Bei Vitamin K-Antagonisten gleichmässige Ernährung
- Evaluation der Sturzrisiken
- Unterrichtung des Patienten
- Anpassung der Dosis je nach aktueller Komedikation wie auch an akute Erkrankung (Infektion, kardiale Dekompensation, ...)
- Regelmässige Reevaluation der Indikation bzw. Kontraindikation

Das Alter sollte vor allem als Indikation und nicht als Kontraindikation für eine Antikoagulation gesehen werden.

Detektion arzneimittelbezogener Probleme



Blickpunkt: Psychopharmaka
und Verhaltensauffälligkeiten

Blickpunkt: Verhaltenssaffälligkeiten bei Herr R.



Findings	Assessment	Recommendation	Monitoring
Langfristige Verabreichung von Risperidon Leichte Aggressivität und Ängstlichkeit stehen im Vordergrund	Atypische Neuroleptika nur bei klarer Indikation wie starke Aggressionen und Wahnvorstellungen zerebrovaskuläres Risiko bei vaskulärer Demenz Husten als UAW	Absetzversuch vorschlagen, alternativ Dosisreduktion auf 2 x 0,25 mg Regelmässige BZ-Überwachung	Ansprechbarkeit von Herr R. neu bewerten

Blickpunkt: Psychopharmaka bei Demenz



- ✓ Antidepressiva i.d.R. unter-, Neuroleptika und Benzodiazepine überverordnet
- ✓ Ausreichende Evidenz für Antipsychotika für die Zielsymptome Wahn, Halluzination und schwere (!) Aggressivität;
- ✓ Neuroleptika werden zu häufig eingesetzt gegen innere Unruhe, Aggressivität und nächtliches Umherwandern; sie führen nachweislich zu einem beschleunigten Abbau der kognitiven Fähigkeiten
- ✓ Absetzversuche sind zu selten in die medizinischen Handlungsabläufe integriert
- ✓ Rote Hand Brief Risperidon und Olanzapin!



Blickpunkt: Benzodiazepine



Risiken	Beispiele
unerwünschte Wirkungen	Abhängigkeit Sedierung («wie in Watte gepackt») Schwindel Muskelschwäche Gedächtnisstörungen, nachlassende Konzentrationsfähigkeit emotionale Gleichgültigkeit («Abstumpfung») Antriebslosigkeit Wirkungsabschwächung und Wirkungsumkehr
Mögliche Folgen für den Patienten im Alltag	
körperlich	Schwäche Gangunsicherheit, Stürze
geistig und psychisch	Unsicherheit, Unzuverlässigkeit Fehlerhäufung Gefühl der Überforderung Meidung potenziell schwieriger Situationen vermindertes Selbstwertgefühl Niedergeschlagenheit
sozial	Beziehungsprobleme Arbeitsplatzverlust Rückzug/Vereinsamung

Tabelle 1: Unerwünschte Wirkungen der Benzodiazepine sowie deren Risiken und Folgen

Blickpunkt: ambulanter Benzodiazepin Entzug



Tabelle 4: Beispiel für einen Abdosierungsplan

Zeitpunkt	Wirkstoff, Stärke	Dosierung
Bisher	Lorazepam 2 mg	0-0-0- $\frac{1}{2}$
1. + 2. Woche: Umstellung auf	Oxazepam 10 mg	0-0-0- $1\frac{1}{2}$
3. Woche	Oxazepam 10 mg	0-0-0- $1\frac{1}{4}$
4. Woche	Oxazepam 10 mg	0-0-0-1
5. Woche	Oxazepam 10 mg	0-0-0- $\frac{3}{4}$
6. + 7. Woche: Urlaub	Oxazepam 10 mg	keine Änderung
8. + 9. Woche	Oxazepam 10 mg	0-0-0- $\frac{1}{2}$
10.+ 11. Woche	Oxazepam 10 mg	0-0-0- $\frac{1}{4}$
12. Woche	–	Absetzen

Tabelle 1: Unerwünschte Wirkungen der Benzodiazepine sowie deren Risiken und Folgen

Blickpunkt: Verhaltenssaffälligkeiten in der Geriatrie



An initiative of the ABIM Foundation

American Geriatrics Society



Leading Change. Improving Care for Older Adults.

Ten Things Physicians and Patients Should Question

2

Don't use antipsychotics as first choice to treat behavioral and psychological symptoms of dementia.

People with dementia often exhibit aggression, resistance to care and other challenging or disruptive behaviors. In such instances, antipsychotic medicines are often prescribed, but they provide limited benefit and can cause serious harm, including stroke and premature death. Use of these drugs should be limited to cases where non-pharmacologic measures have failed and patients pose an imminent threat to themselves or others. Identifying and addressing causes of behavior change can make drug treatment unnecessary.



Dabei unersetzbar: Persönliche Evidenz!



Einzelentscheidung in Würdigung des körperlichen, kognitiven, seelischen, familiären und sozialmedizinischen Kontextes des Patienten.

Aber auch: Kritische Distanz zu potenziellen gesellschaftlichen sowie Meinungen der Kostenträger („die Alten brauchen das doch gar nicht mehr, das bringt doch gar nichts mehr“).



Cave: Schaffung weiterer Krankheitsschauplätze durch Inadäquate, falsch dosierte und zu viel Medikation.

Kritischer Umgang in der Altersheilkunde insbesondere mit den Themen Demenz, Depression, Schmerztherapie, Osteoporose und Herzinsuffizienz (Leitlinien nur bedingt verwertbar).