

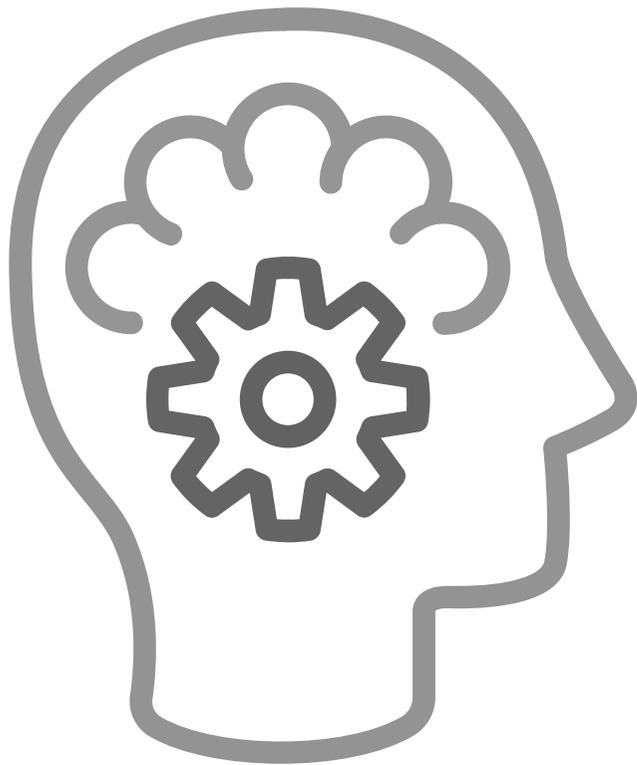


Unterlagen
pDL-Akademie: Best Practice*

Psychopharmaka in der Medikationsanalyse

Vortrag von Sabine Haul

pDL-Akademie →



Psychopharmaka

In der Medikationsanalyse

Sabine Haul

Fallbeispiel

- Patient, 44 Jahre, männlich
- Berichtete Beschwerden: ausgeprägte Müdigkeit

- Citalopram 20mg 1-0-0
- Quetiapin 50mg 1-0-1
- Tavor 1mg 1-0-1

Fallbeispiel

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mit-tags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise
Alprazolam	Alprazolam-ratiopharm 0,25mg	0,25mg	Tabl	0	0	1	0	Stck	
Acetylsalicylsäure	ASS AL 100 TAH	100mg	Tabl	1	0	0	0	Stck	Unabhängig von
Bisoprolol fumarat	Bisoprolol-1A Pharma 2,5mg	2,5mg	Tabl	1	0	0	0	Stck	Unabhängig von
Candesartan cilexetil	Candesartan Heumann 8mg Heunet	8mg	Tabl	1	0	0	0	Stck	
Donepezil hydrochlorid	Donepezil AL 10mg	10mg	Tabl	1	0	0	0	Stck	Unabhängig von
Hydrochlorothiazid	HCT HEXAL 12,5mg	12,5mg	Tabl	1	0	0	0	Stck	
Quetiapin hemifumarat	Quetiapin-1A Pharma 150mg	172,7mg	RetTabl	0	1	0	0	Stck	
Quetiapin hemifumarat	Quetiapin-neuraxpharm 50mg	57,57mg	Tabl	0	0	0	1	Stck	
Lorazepam	Tavor 1,0mg Expidet TAE	1mg	Tabl	1	0	0	0	Stck	
Venlafaxin hydrochlorid	Venlafaxin AAA 150mg	169,72mg	RetKaps	1	0	0	0	Stck	<u>in R par</u>
Bedarfsmedikation									
Lorazepam	Tavor 1,0mg Expidet TAE	1mg	Tabl	nach Bedarf				Stck	Menge: 1; M

- Bradykardie
- Sedierung am Tage
- Doppelmedikation
- Überdosierung in der Bedarfsmedikation
- Verwechslung Retard- und unretardierte Tabletten
- Abruptes Absetzen

Zu den Neben- und
Wechselwirkungen.....

Wichtige Nebenwirkungen

„Selten“ aber schwerwiegend

Nebenwirkung	Vorsicht bei	Empfehlung
Serotoninsyndrom	Tramadol, Fentanyl, MAO-Hemmer SSRI, SNRI, Lithium	alle Beteiligten sensibilisieren
QT-Zeit	Makrolide, Gyrasehemmer, Antidepressiva, PPI, Antiarrhythmika, Cave Hypokaliämie	Risikofaktoren ermitteln EKG - Kontrolle Alternativen möglich?
Malignes neuroleptisches Syndrom	Einsatz mehrerer Psychopharmaka gleichzeitig	Sensibilisierung der Beteiligten Verordner und der Pflege
Agranulozytose	Clozapin	Kontrolle monatlich

Wichtige Nebenwirkungen

Nebenwirkung	Vorsicht in Kombination mit	Empfehlung
Hypotonie (Antipsychotika)	Antihypertensiva	BD-Kontrolle, gegebenenfalls Anpassung der Medikation
Blutungsrisiko erhöht (SSRI/SNRI)	Weiteren blutverdünnenden AM	<i>Alternativen: Mirtazapin, Bupropion, Tianeptin; NSAR vermeiden, PPI</i>
Abschwächung der blutzuckersenkenden Wirkung	Diabetestherapie	Kontrolle und evtl. Anpassung
Hyponatriämie	Diuretika	Kontrolle Natrium

Anticholinerge Nebenwirkungen

Wo	Beschwerden
Mundschleimhaut	Schluckbeschwerden, Mundtrockenheit
Darm	Obstipation, Ileus
Blase	Miktionsstörungen Harnverhalt, Harnwegsinfekte
Herz	Erhöhte Herzfrequenz, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, Angina pectoris
Gehirn	Schwindel, Sturz, Sedierung, Unruhe, Verwirrtheit, Delir, Krampfanfälle, Halluzinationen, kognitive Einbußen
Auge	Mydriasis, Sehstörungen, Sturz, Glaukomanfall

Anticholinerge Last

(Anticholinergic cognitive burden scale ACB, Boustani et al. 2008)

Arzneistoffe mit anticholinergem Effekt bzw. Potential

Hohes anticholinerges Potential
(3 Punkte):

u.a. Amitriptylin, Clozapin, Diphenhydramin, Dimenhydrinat, Doxylamin, Doxepin, Oxybutinin, Paroxetin, Promethazin, Quetiapin, Trimipramin

Mäßiges anticholinerges Potential
(2 Punkte):

u.a. Amantadin, Carbamazepin

Geringes anticholinerges Potential
(1 Punkt):

u.a. Aripiprazol, Cetirizin, Codein, Diazepam, Fentanyl, Furosemid, Haloperidol, Loperamid, Metoprolol, Morphin, Nifedipin, Prednison, Prednisolon, Ranitidin, Risperidon, Theophyllin, Triamteren, Venlafaxin

Extrapyramidalmotorische Störungen (EPS)

Blockade von Dopamin-Rezeptoren (D2)

EPS = Extrapyramidal-motorische Störungen

Frühdyskinesien
(zu Behandlungsbeginn)

ruckartiges Herausstrecken der Zunge, Blickkrämpfe, Schiefhals, sowie Hyperkinesien der mimischen Muskulatur

Parkinsonoid

Rigor, Akinese, reduzierte Feinmotorik, Hypomimie, kleinschrittiger Gang

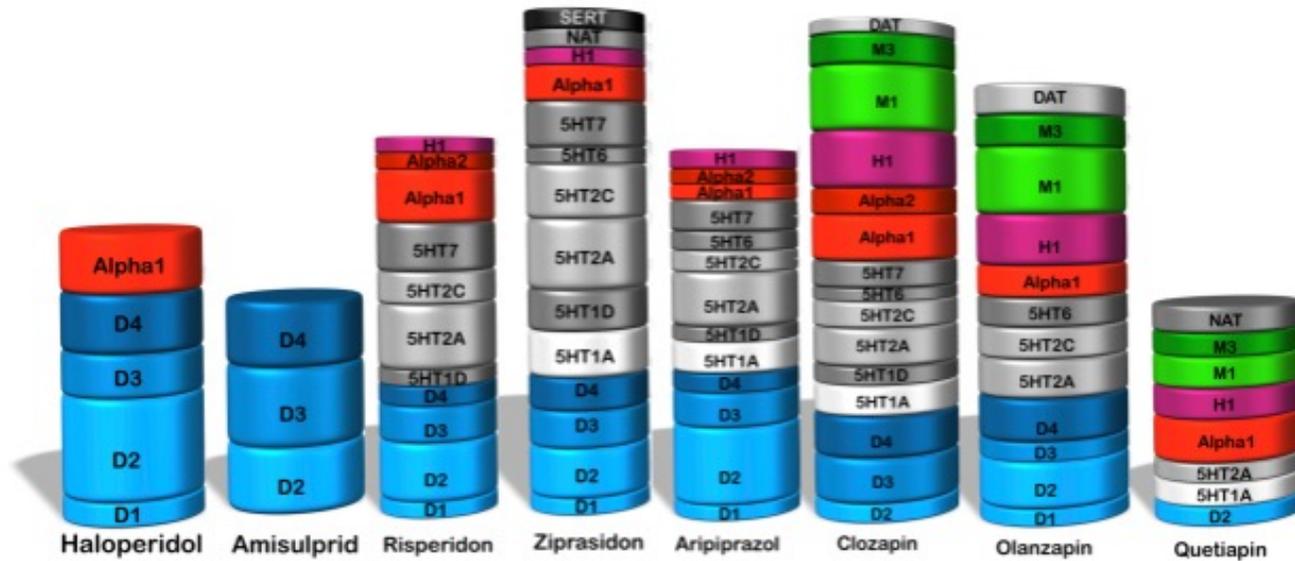
Akathisie

subjektiv quälende Unruhe, „Unmöglichkeit, sitzen zu bleiben“

Spätdyskinesien
(Monate bis Jahre nach Behandlungsbeginn)

abnorme, unwillkürliche, häufig stereotype Bewegungen, bes. Zungen-Mund- u. Gesichtsmuskulatur (z.B. Schmatzbewegungen) **IRREVERSIBEL!**

Rezeptorprofile



<http://www.psychiatrietogo.de/>

Rezeptor	Wirkung seiner Blockade
Dopamin D1	Kognitive Dysfunktion, ↓ emotionales Lernen, ↓ Aufmerksamkeit.
Dopamin D2	Sichere antipsychotische Wirkung. EPMS. Prolaktinanstieg. (Typische Neuroleptika sind D2-Antagonisten.)
Dopamin D3	Antipsychotisch, antimanisch, antidepressiv. ↓ Negativsymptome.
Dopamin D4	Antipsychotisch, ↓ EPMS.
Serotonin 5HT1A	Dopamin-Freisetzung, ↓ EPMS, angstlösend, antidepressiv. (Somatod. Autorezeptoren)
Serotonin 5HT1D	Blockade erhöht Serotonin-Freisetzung. (Terminaler Autorezeptor)
Serotonin 5HT2A	Dopamin-Freisetzung. ↓ EPMS. ↓ Negativsymptome. (Atypische Neuroleptika sind oft 5HT2A-Antagonisten.)
Serotonin 5HT2C	Antidepressiv, Gewichtszunahme, ↓ Prolaktinanstieg.
Serotonin 5HT6	Wirkt auf Neurotrophe Faktoren (BDNF), Langzeitgedächtnis.
Serotonin 5HT7	Antidepressiv. Wirkt auf circadiane Rhythmen, Stimmung, Schlaf.
Alpha1-Adreno.	Art. Hypotension, Schwindel, Reflex tachykardie, Orthostatische Dysregulation, Sedierung. ↓ Alpträume.
Alpha2-Adreno.	Tremor, Unruhe, Antidepressiv.
Histamin H1	Müdigkeit, Gewichtszunahme, Angstlösend. (Rezeptfreie Schlafmittel sind oft Histaminantagonisten.)
Acetylcholin-M1	↓ EPMS. Mundtrockenheit, Obstipation, Harnverhalt, Akkomodationsstörungen, Delir, Müdigkeit.
Acetylcholin-M3	↓ EPMS. Obstipation, Müdigkeit, Akkomodationsstörungen.
Dopamin-AufnTra	Antriebssteigerung. Wirkt auf Motivation, Belohnungssystem und Lernverhalten.
Noradrenalin-ATra	Antriebssteigerung. ↓ Kognition, Schwindel, Übelkeit, Schwitzen. (SNRI und NRI sind NAT-Hemmer.)
Serotonin-AufnTra	Antidepressiv. ↓ Ängste. ↑ EPMS. Unruhe. Übelkeit. (SSRI sind SERT-Hemmer.)

(Modifiziert nach Hiemke und Stahl, 2013)

Fallbeispiel QT-Zeit

^ 11 Risikopunkte / Hydrochlorothiazid, Quetiapin, Lithiumcarbonat, Citalopram

AN ARZT AN PATIENT ORIGINALTEXT

Es besteht ein Risiko für TdP- (Torsade de pointes) Arrhythmien durch Verlängerung der QTc-Zeit. Der Gesamtwert (Risiko-Score) beträgt im vorliegenden Fall mindestens **11 Risikopunkte*** "**moderate risk**" (9 bis 11 Risikopunkte)

Diese QTc-Zeit verlängernden Arzneimittel und Faktoren gehen in die Berechnung ein:

- **HCT-1A Pharma 12,5mg** TAB (Hydrochlorothiazid): keine Risikopunkte, "conditional risk"
- **Quetiapin-1A Pharma 25mg** FTA (Quetiapin): keine Risikopunkte, "conditional risk"
- **Quilonum retard** RET (Lithiumcarbonat): 1 Risikopunkt, "possible risk"
- **Citalopram-1A Pharma 20mg** FTA (Citalopram): 3 Risikopunkte, "known risk"
- **Alter**: 1 Risikopunkt (ab 65 Jahre)
- **Geschlecht weiblich**: 1 Risikopunkt
- **Vorhofflimmern**: 3 Risikopunkte
- **Hypertonie**: 2 Risikopunkte

*Hinweis: Beim Gesamtwert (Risiko-Score) handelt es sich um einen **Mindestwert**, weil nicht sicher ist, ob alle relevanten Risikofaktoren (wie Alter, Geschlecht, Erkrankungen, Labor- und Vitalwerte) bekannt sind / angegeben wurden.

Fallbeispiel QT-Zeit

Lösungsvorschlag:

Überwachung und therapeutische Alternativen (falls möglich):

Die gleichzeitige Behandlung mit mehreren QT-Zeit verlängernden Arzneistoffen sollte -wenn möglich- vermieden (ggf. Gegenanzeigen beachten) oder in möglichst niedriger (wirksamer) peroraler Dosis geführt werden. Alternativ geeignete, andere AM mit geringerem QT-Risiko finden sich (bei > 1 AM) hier unter „Interaktionen“ oder unter

<https://crediblemeds.org/index.php/drugsearch>

Ist eine Änderung der (angegebenen) Risiko-Parameter nicht möglich, soll die QTc-Zeit im EKG überwacht werden. Bei einer Verlängerung der QTc-Zeit um mehr als 50 ms bzw. auf mehr als 460-500 ms sollen die gefährdenden Arzneimittel abgesetzt werden. Zudem wird empfohlen, die **Elektrolyte** (v. a. Serum-Kalium, -Magnesium und -Calcium) zu überwachen. Außerdem sollen die Patienten über Symptome der TdP-Arrhythmie informiert werden, um bei **Herzklopfen**, **Benommenheit**, **Schwindel** oder **Ohnmachtsanfällen** umgehend einen Arzt aufzusuchen.



Fahrtüchtigkeit ?

- Es gibt generell kein Fahrverbot, der Fahrer muss seine Fahrtüchtigkeit selbst einschätzen.
- Vorsicht in der Ein-oder Umstellungsphase
- Vorsicht in Kombination mit Alkohol
- Immer ärztlichen Rat einholen
- Es können Fahrverbote ausgesprochen werden
- Beratungsstellen: TÜV, DEKRA, Führerscheinstelle

Gewichtszunahme

Belastende Nebenwirkung

Gesteigerter Appetit, Stoffwechsel
und Hormonsystem verändern sich

Gefahr: metabolisches Syndrom

Olanzapin und Clozapin: besonders
starke Gewichtszunahme

Bupropion am geringsten

Maßnahmen:

Gewichtskontrolle, Wechsel des
Wirkstoffs, Ernährungsberatung,
Bewegung



Wie spreche ich die Patienten erfolgreich an?

Wie geht es Ihnen?

→ Wertschätzung

Was ist für Sie wichtig?

→ Kommunikation auf Augenhöhe

Was hat ihr Arzt mit Ihnen besprochen?

→ Therapieentscheidungen des Arztes



Im Gespräch

- Tritt die erwünschte Wirkung ein?
- Gibt es einen zeitlichen Zusammenhang von Beschwerden mit der Einnahme eines neuen Medikaments?
- Welche Kontrolluntersuchungen werden gemacht? Wann war die letzte?

Herausforderungen in der Kommunikation

Konfrontation statt Kooperation:

Arzt: „Da habe ich unfassbar viel Zeit und Mühe investiert und eine Medikation ausgewählt, die zwar Risiken mit sich bringt, die aber die beste aller möglichen Lösungen ist und dann kommen Sie und machen das Vertrauen des Patienten zunichte“

Weitere:

Einbeziehung der Angehörigen (Achtung Schweigepflicht!)

Umgang mit Suizidalität

Non-Adhärenz



Intervention? Entscheidungshilfe

Eher nein	Eher Ja
Psychiatrische Medikation kommt aus einer Hand von einem Facharzt	Psychiatrische Medikation von versch. Verordnern, kein Facharzt
Es finden regelmäßige EKGs und Blutuntersuchungen statt	Keine Kontrolluntersuchungen oder schon länger her
Dem Patienten geht es gut und er profitiert von der Medikation	Patient hat Beschwerden, verhält sich auffällig oder hat Wünsche in der Selbstmedikation, die alarmieren
Es wurde bereits viel „ausprobiert“ und der Patient ist aktuell stabil	Es gibt Hinweise auf potentielle, folgenschwere ABP (Dosisanpassung bei Organinsuffizienz, Sturz, etc.) oder klinische Hinweise (Hyponatriämie, plötzliche Veränderungen/ Beschwerden, Auffälligkeiten im Verhalten eines bekannten Patienten)
Patient ist labil / ängstlich	Patient „jongliert sorglos“ mit seinen Tabletten

Unterstützung in der Beratung



PATIENTENINFORMATION

Letzter Ausweg Psychopharmaka – oder gibt es doch Alternativen?

Empfehlungen zum Umgang mit aufforderndem Verhalten von pflegebedürftigen Menschen mit dem Ziel eines adäquateren Psychopharmaka-Einsatzes

Für pflegebedürftige Menschen, deren Angehörige sowie Betreuerinnen und Betreuer

**AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT**

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/08/2024_PL_Psychopharmaka.pdf

PATIENTENINFORMATION

5 FRAGEN, wenn es um Ihre Medikamente geht

Es ist wichtig zu wissen, welche Medikamente man wofür einnimmt, und wie man diese genau anwendet.
Auf der Rückseite finden Sie fünf allgemeine Fragen, die Sie nutzen können, um sich auf das nächste Gespräch über Ihre Medikamente in der Arztpraxis, in der Apotheke oder im Krankenhaus vorzubereiten.

Vor dem Gespräch

So bereiten Sie sich vor:
Bringen Sie einen aktuellen Medikationsplan (falls vorhanden) mit.
Machen Sie sich vorher schriftliche Notizen zu Ihren Fragen und Anliegen.

Am Ende des Gesprächs

Sind alle Ihre Fragen beantwortet?
Wenn nicht, trauen Sie sich nachzufragen, bis Sie alles verstanden haben.
Das ist Ihr gutes Recht.
Bitte Sie darum, dass Ihnen die besprochenen Veränderungen **schriftlich** zur Verfügung gestellt werden!
Am Besten lassen Sie sich einen aktualisierten Medikationsplan aushändigen.

Weitere Unterstützung bei der Vorbereitung können Sie auch hier finden:
AktionSBündnis Patientensicherheit e.V., Tel. 030 36 42 814-0
Unabhängige Patientenberatung, Tel. 0800 011 77 22
sowie über diesen Link:
<https://www.aps-ev.de/patienten/#5-Fragen-Medikation>



Herausgeber: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. / AG AMTS / 08.2022, www.aps-ev.de.
Diese Empfehlung wurde zur Umsetzung der Maßnahme 1 des 5. Aktionsplans AMTS des Bundesgesundheitsministeriums durch die Arbeitsgruppe AMTS des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. erstellt.
Diese Arbeit wurde inspiriert durch das Projekt „5 Questions to Ask About Your Medications“ des ISMP Canada (<https://www.ismp-canada.org/medrec/5questions.html>)

**AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT**

https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2024/06/AMTS_5Fragen_Medikamente.pdf

Neuroleptika bei Demenz

- Erhöhtes Risiko für Schlaganfälle
- Erhöhtes Risiko für Todesfälle (Herzversagen, Pneumonie)
- Delir (paradoxe Reaktionen)
- Hyponatriämie
- Sturz, Instabilität, Sedierung
- Motorische (parkinsonähnliche) Symptome
- Anticholinerge Symptome

Neuroleptika im Alter



<https://www.priscus2-0.de>

- Mögliche Alternativen laut Priscus-Liste
- Quetiapin < 100mg / Tag < 6 Wochen
- Risperidon < 6 Wochen
- Pipamperon < 120mg / Tag < 6 Wochen
- Melperon < 100mg / Tag < 6 Wochen

Regelmäßige Absetzversuche!

Antidepressiva im Alter am ehesten geeignet:

QT-Zeit, Blutungsrisiko, Serotoninsyndrom, Dosisanpassung, Blutdruckkontrolle beachten

Citalopram, Escitalopram	QT-Zeit
Mirtazapin	<ul style="list-style-type: none">• Sedierend, zum Schlafen, Cave Orthostase, Ödeme, Gewichtszunahme, RLS!
Duloxetin	<ul style="list-style-type: none">• Schmerzmodulierend, Zulassung bei diabetischer Polyneuropathie, evtl. Gewichtsabnahme
Venlafaxin, Milnacipran	<ul style="list-style-type: none">• Gewichtszunahme, Milnacipran keine CYP Interaktionen
Trazodon	<ul style="list-style-type: none">• Cave Orthostase, Sedierung, schlaffördernd

Antidepressiva im Alter - Priscus 2.0



Sertralin

- ok wenn < 100mg/d, Hyponatriämie, EKG-Veränderungen

Paroxetin

- Anticholinerge Wirkung, Interaktionen, CYP2D6 – Inhibitor, QT-Zeit

Agomelatin

- Sedierend, zum Schlafen, Cave Leberwerte!

Fluoxetin

- Cave Interaktionen, Metabolit mit langer HWZ, Cyp2D6 – Inhibitor, QT-Zeit

Depression bei Demenz

- Typisches Begleitsymptom vor allem in der frühen Phase
- Klare Kontraindikation für Trizyklika (Amitriptylin, Trimipramin, Doxepin,...)
- **In Studien gibt es bisher leider nur mäßige Ergebnisse für den Einsatz von Antidepressiva bei Demenz**

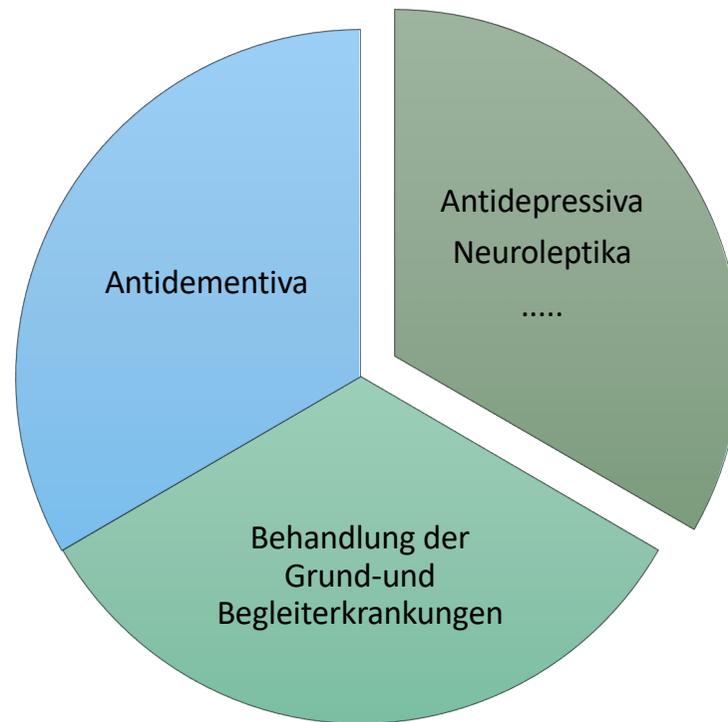
← FORTA - Fit for the Aged	
Demenz-assoziierte Depression	
SSRI: Citalopram/Escitalopram, Sertralin, Fluoxetin in den üblichen Dosierungen	C
Mirtazapin (15-45 mg/d)	C
SNRI (Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren) Venlafaxin, Duloxetin	D



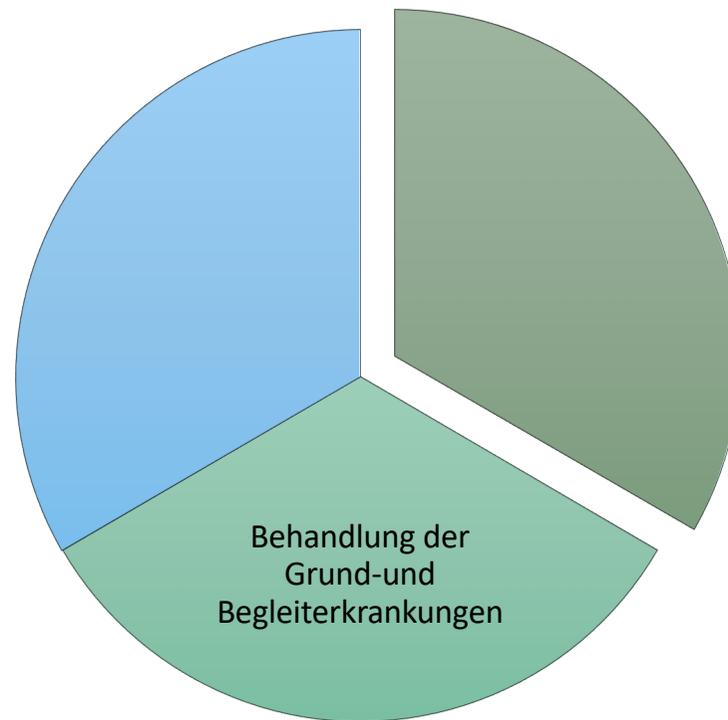
Antidementiva

Antidementiva	Nebenwirkungen	Kontraindikationen
<u>Donepezil, Galantamin, Rivastigmin</u> Leichte bis mittelschwere Demenz	Bradykardie, Übelkeit, Erbrechen, Magen-Darmbeschwerden, Gewichtsverlust, Müdigkeit, Krampfanfälle	Bradykardie (QT-Zeit) Schwere COPD / Asthma Magengeschwür, Prostatavergrößerung mit ausgeprägten Miktionsbeschwerden CAVE Betablocker; zu Beginn Puls messen!
<u>Memantin</u> Mittelschwere bis schwere Demenz	Motorische Unruhe → Gabe nicht nach 14 Uhr → Halluzinationen, Müdigkeit, zahlreiche Interaktionen, Vorsicht bei Niereninsuffizienz	Einnahme von Amantadin oder Dextrometorphan; Methionin
<u>Ginkgo 240mg EGb 761®</u>	Blutungsrisiko	

Therapieoptionen bei Demenz



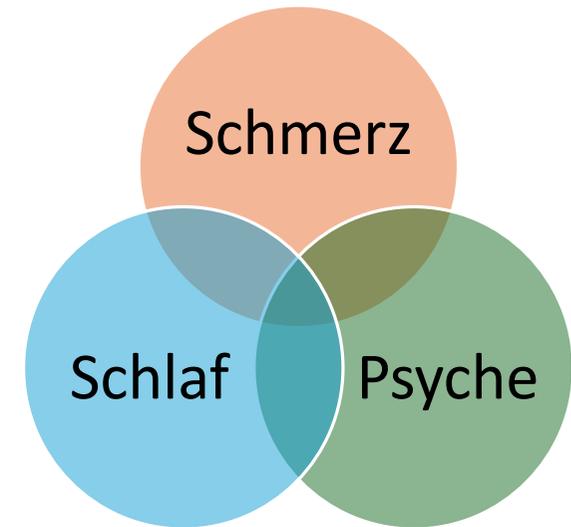
Therapieoptionen bei Demenz



Blutdruck nicht unter 120/70 mmHg
Vermeidung von Hypoglykämien
Anämie?
Vitamin B12?
Vitamin D?
LDL?

Tranquilizer / Hypnotika

- Irrtümer zum Thema Schlaf: “Ich kann nur mit einem Schlafmittel schlafen“
- Niedrigdosisabhängigkeit
- Problematik: Wirkumkehr
- Schlafstörung als Begleitsymptom neurologischer Erkrankungen
- Gestörter Tag-/Nachtrhythmus ist nur bedingt medikamentös behandelbar



https://register.awmf.org/assets/guidelines/063-003p2_S3_Insomnie-Erwachsene_2018-02-verlaengert.pdf

Benzodiazepine

- möglichst nur kurzzeitiger Einsatz
- häufig **Überdosierungen** in der **Bedarfsmedikation**
- trotz aller Nachteile manchmal eine sehr wichtige Therapieoption!
- Bei Suizidrisiko ist eine starke Sedierung erwünscht

Nebenwirkungen

Müdigkeit, Benommenheit, verminderte Aufmerksamkeit

Emotionale Abstumpfung

Verminderte Kognition

Paradoxe Reaktionen, **Wirkumkehr**

Muskelschwäche; Gangunsicherheit
Sturz

Schluckbeschwerden

Atemdepression

Vorsicht bei

Opioidtherapie

Neurologischen Erkrankungen

Langzeitanwendung

Erhöhtem **Sturzrisiko**

Bei neurologischen Erkrankungen, Schluckstörungen

Opioidtherapie, COPD, Schlafapnoe

Alternativen:
Melatonin
Mirtazapin (7,5-15mg)
Melperon
Pipamperon

DELIR

Exsikkose

Infektionen

Antibiotikatherapie

Schmerzmittel

urologische Medikation

geriatrisch potentiell inadäquate Medikation
(PIMs)

nach Operationen



Alle plötzlichen
Veränderungen sind
verdächtig!

Fallbeispiel: Eine Demenz-Patientin

Diagnosen:

- Demenz vom Alzheimer-Typ,
- KH-Aufenthalt wegen neu aufgetretener Epilepsie,
- Dranginkontinenz

Beschwerden:

Schwindel, Unruhe, Schlafstörung

- Oxybutinin
- Sertralin
- Cinnarizin
- Promethazin
- Melperon
- Levetiracetam