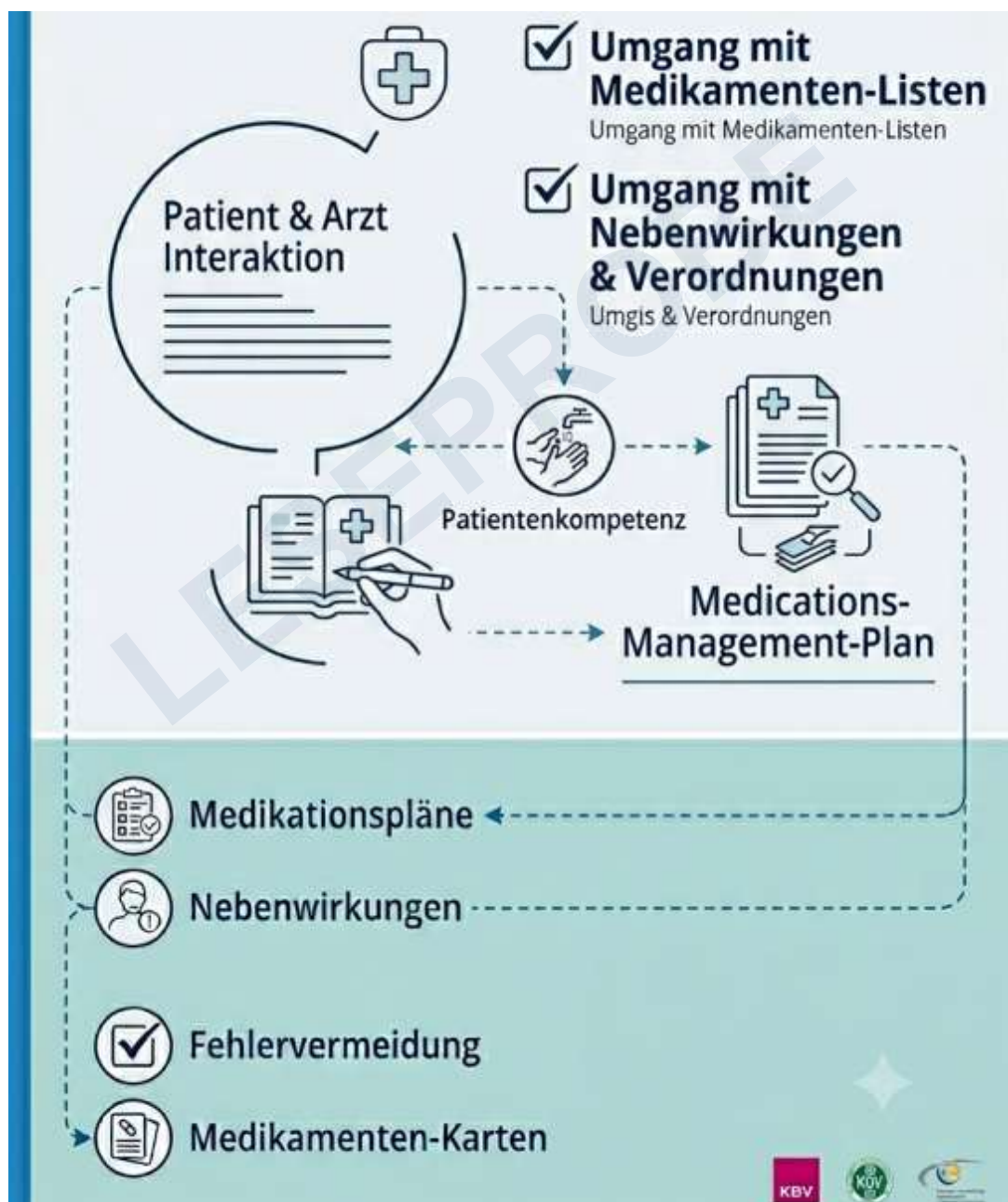


ClinicalOS – Hausarztmedizin strukturiert entscheiden

Band 6

Multimorbidität & Rationalpharmazie



Review-Konsultationen · Polypharmazie · Deprescribing

Über diese Leseprobe

Band 6 · Multimorbidität und Rationalpharmazie

Diese kuratierte Leseprobe umfasst 14 Seiten bei 91 Seiten im Vollband (rund 15 %, einschließlich Hinweis- und Endseite). Die folgenden Kapitel sind vollständig enthalten. Die ursprünglichen Seitenzahlen bleiben erhalten; Sprünge sind beabsichtigt. Diese Übersicht und die PDF-Lesezeichen erschließen die enthaltenen Ausschnitte. Verweise auf weitere Kapitel beziehen sich auf den Vollband.

- **Kapitel 2: Die Review-Konsultation**
- **Kapitel 3: Medikationsplan als diagnostisches Werkzeug**
- **Kapitel 5: Deprescribing**
- **Kapitel 6: Hochrisiko-Medikamente zuerst**

Die Hinweise zu Nutzung und Verantwortung aus dem Original gelten auch für diese Leseprobe.

Urheberrecht Impressum

Dr. med. Götz Huber

Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin

Band 6: Multimorbidität & Rationalpharmazie

© 2026 Dr. med. Götz Huber. Alle Rechte vorbehalten.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Autors unzulässig und strafbar.

Hinweis: Die in diesem Buch enthaltenen Informationen wurden sorgfältig recherchiert und geprüft. Da sich KI-Werkzeuge und regulatorische Rahmenbedingungen schnell ändern, können einzelne Angaben zum Zeitpunkt der Lektüre bereits überholt sein. Aktuelle Ergänzungen finden Sie unter <https://clinicalos.de/>. Die Nennung von Produkten und Herstellern erfolgt ohne Gewähr und stellt keine Kauf- oder Anwendungsempfehlung dar.

Hinweis zu Inhalt, Nutzung und Verantwortlichkeit

Die ClinicalOS-Manualserie entstand mit dem Ziel, praktisch tätigen Hausärztinnen und Hausärzten, Fortbildungsassistenten Allgemeinmedizin, medizinischen Fachangestellten und Medizinstudierenden, ein strukturiertes, praxisnahes Lern- und Referenzwerk bereitzustellen. Die Inhalte wurden auf Basis aktueller medizinischer Fachliteratur, leitlinienbasierter Quellen und hausärztlicher Praxiserfahrung erarbeitet.

Bei der Erstellung wurden digitale Werkzeuge einschließlich KI-gestützter Textgenerierung eingesetzt. Sämtliche Inhalte wurden anschließend durch den Autor auf fachliche Korrektheit, inhaltliche Konsistenz und mögliche Fehler geprüft. Eine Gewähr für die Richtigkeit, Aktualität oder Vollständigkeit der bereitgestellten Informationen kann nicht übernommen werden; trotz sorgfältiger Überarbeitung kann die vollständige Fehlerfreiheit nicht ausgeschlossen werden — weder hinsichtlich inhaltlicher Ungenauigkeiten noch hinsichtlich zwischenzeitlich aktualisierter Leitlinien oder Dosierungsempfehlungen.

Die Inhalte dieses Manuals ersetzen keine individuelle medizinische Beurteilung und sind nicht als verbindliche Behandlungsempfehlung zu verstehen. Jede Anwendung der hier dargestellten Informationen liegt in der alleinigen Verantwortung der Leserin oder des Lesers. Diagnostische und therapeutische Entscheidungen müssen stets am individuellen Patienten, unter Berücksichtigung der vollständigen klinischen Situation und auf Basis der jeweils gültigen Leitlinien getroffen werden.

Für Ärztinnen und Ärzte gilt uneingeschränkt die **ärztliche Letztverantwortung**: Jede Übernahme von Inhalten aus diesem Manual — ob als Textbaustein, SOP oder Therapieempfehlung — setzt die eigenverantwortliche fachliche Prüfung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt voraus. KI-gestützte oder digital erstellte Inhalte können und dürfen das ärztliche Urteil nicht ersetzen.

Haftungsansprüche, welche sich auf Schäden materieller oder immaterieller Art beziehen, die durch die direkte oder indirekte Nutzung der in diesem Manual enthaltenen Informationen entstehen — auch wenn diese lücken- oder fehlerhaft sind —, sind grundsätzlich ausgeschlossen.

Dosierungsangaben gelten für Erwachsene ohne relevante Niereninsuffizienz. Bei älteren Patienten, Polypharmazie und in der Schwangerschaft sind individuelle Anpassungen erforderlich. Aktuelle Leitlinien (DEGAM, AWMF, DGK) sind vorrangig zu beachten.

Hinweis zu den Übersetzungen

ClinicalOS ist ein ursprünglich deutschsprachig entwickeltes Werk. Die vorliegende deutsche Ausgabe ist die inhaltliche Ursprungs- und Referenzfassung. Auf ihrer Grundlage wurden vollständige Übersetzungen ins Englische, Französische und Spanische erstellt, welche die konzeptionelle Struktur, die Entscheidungsarchitektur und den medizinischen Kerninhalt der deutschen Fassung übernehmen. Soweit sinnvoll und möglich, enthalten die internationalen Ausgaben zusätzliche Hinweise auf Leitlinien, klinische Praxis und regulatorische Besonderheiten der jeweiligen Sprachräume. Sie stellen jedoch **keine vollständige länderspezifische Anpassung sämtlicher medizinischer und regulatorischer Inhalte** dar. Für die klinische Anwendung sind stets die im jeweiligen Land aktuell geltenden Leitlinien, Arzneimittelinformationen und gesetzlichen Regelungen maßgeblich.

LESEPROBE

KAPITEL 2 | Die Review-Konsultation als hausärztliches Format

Teil I — Grundarchitektur

→ Vertiefung: Medikationsplan als Diagnostikum (Kap. 3) · Gesprächsführung (Kap. 17) · Monitoring (Kap. 18)

Review-Frage

Was unterscheidet eine Review-Konsultation von einer Routinekontrolle — und wie wird sie zu einem hausärztlichen Standardformat?

Micro-Case

Vignette

Ein 82-jähriger Patient kommt alle drei Monate zur Kontrolle. Blutdruck, HbA1c, Kreatinin — alles dokumentiert. Trotzdem: In der letzten Nacht ist er gestürzt, nimmt seit sechs Monaten ein Schlafmittel, das er eigentlich nicht mehr braucht, und fragt, ob er nicht „ein bisschen weniger nehmen“ könnte. Die Routinekontrolle findet all das nicht, weil sie nicht danach sucht. Eine Review-Konsultation würde.

Warum dieses Kapitel wichtig ist

Die Review-Konsultation ist das zentrale hausärztliche Format für Multimorbidität und Polypharmazie. Sie unterscheidet sich von der Routinekontrolle durch ihren expliziten Fokus: nicht „Sind die Werte in Ordnung?“, sondern „Passt der Gesamtplan noch zu diesem Patienten — heute?“.

Internationale Versorgungsstudien und Deprescribing-Reviews zeigen konsistent, dass strukturierte Medikationsreviews in der Primärversorgung dann wirksam sind, wenn sie anlassbezogen, patientenzentriert und in den Praxisalltag eingebettet sind — nicht als jährliche Pflichtübung, sondern als klinische Reaktion auf Veränderung.

Typische hausärztliche Situationen

- Ein Symptom (Sturz, Müdigkeit, Verwirrtheit) könnte medikationsbedingt sein.
- Ein Krankenhausaufenthalt hat den Medikationsplan verändert.
- Der Patient berichtet, dass er Medikamente nicht mehr nimmt oder sich überfordert fühlt.
- Das letzte vollständige Medikationsreview liegt mehr als 12 Monate zurück.
- Funktionelle Verschlechterung oder neue Pflegestufe verändert die Nutzen-Risiko-Balance.
- Mehrere Fachärzte haben in kurzer Zeit neue Verordnungen ausgestellt.

ClinicalOS-Mechanik: Struktur der Review-Konsultation

Schritt	Inhalt und Leitfrage
1. Anlass klären	Was hat diesen Review heute ausgelöst? Symptom, Übergang, Zeitpunkt, Patientenwunsch?
2. Ziele erfragen	Was ist dem Patienten jetzt besonders wichtig? Was möchte er vermeiden?
3. Medikationsplan lesen	Wie ein diagnostisches Dokument (→ Kap. 3): Kaskaden, Interaktionen, Dosisfallen, historisches Gewachsensein
4. Red Flags prüfen	Soforthandlungsbedarf? Sicherheitsrelevante Konstellationen zuerst bearbeiten
5. Priorisieren	Hochrisiko-Medikamente und -Konstellationen identifizieren (→ Kap. 6, Review-Karten)
6. STOPP und START	Was kann reduziert/pausiert/abgesetzt werden? Was fehlt trotz klarer Indikation?
7. Was bleibt?	Schutztherapien explizit benennen — was darf nicht vorschnell abgesetzt werden
8. Entscheidung	Gemeinsam mit Patient: Shared Decision Making — dokumentierbar, begründet
9. Monitoring	Was wird kontrolliert, wann, von wem — mit klarem Trigger für Rückmeldung
10. Sicherheitsnetz	Was passiert, wenn sich die Situation verschlechtert? Wie kommt der Patient zu uns?

Was bleibt? — Nicht vorschnell absetzen:

- Review-Konsultationen sind kein Instrument zum Absetzen — sie können auch ergeben, dass Schutztherapien fehlen (START) oder Dosierungen angepasst werden müssen.
- Patientenängste vor Medikamentenverzicht ernst nehmen. Keine Änderung ohne Einverständnis und Rückfallplan.

Gesprächssatz

Gesprächssatz

„Ich würde heute gern mit Ihnen gemeinsam auf Ihre Medikamente schauen — nicht um etwas wegzunehmen, sondern um zu prüfen, ob alles noch gut zu Ihrer Situation passt und ob irgendetwas fehlt.“

Dokumentationsbaustein

Dokumentation

Review-Konsultation [Datum]. Anlass: [Symptom/Übergang/Zeitintervall]. Patientenziele: [formuliert]. Medikationsplan geprüft: [N Präparate]. Änderungen: [Liste]. Was bleibt: [Liste]. Monitoring vereinbart: [was/wann]. Sicherheitsnetz: [Bedingung für Rückmeldung]. Nächste Review geplant: [Datum].

Typischer Denkfehler

Review-Konsultationen brauchen viel Zeit und sind im Praxisalltag nicht machbar. Tatsächlich zeigt die Implementierungsliteratur, dass fokussierte, anlassbezogene Reviews auch in 10–15 Minuten klinisch wertvoll sein können — wenn Struktur und Priorisierung vorab klar sind.

Praxis-Pearls

- Nicht jeder Review ist ein Vollreview. Ein anlassbezogener Fokus-Review (z.B. nach Sturz: sedierende und hypotensive Medikamente) ist oft wirkungsvoller als ein ungerichtetes Gesamtreview.
- MFA, Pflegefachkräfte und Apotheke können Review-Vorbereitung unterstützen (Medikamentenliste aktualisieren, Brown-Bag-Ansatz).
- „Wann wurde das zuletzt überprüft?“ ist eine der wichtigsten Review-Fragen — und wird oft nicht gestellt.
- Ein Review ohne Monitoring-Vereinbarung ist unvollständig.

Failure-Mode

Der Review findet statt, aber es wird keine Entscheidung dokumentiert und kein Monitoring vereinbart. Ergebnis: Schein-Review ohne klinische Konsequenz.

Evidenzhinweis: Strukturierte Medikationsreviews in der Primärversorgung: Effekte auf PIM-Reduktion gut belegt; Effekte auf harte Endpunkte (Hospitalisierung, Mortalität) heterogen — prozessorientierte Evidenz stärker als outcomeorientierte. Konfidenz: mittel bis hoch für Prozessqualität.

→ Kapitel 3: Medikationsplan als diagnostisches Werkzeug

→ Kapitel 17: Gesprächsführung und Shared Decision Making beim Deprescribing

KAPITEL 3 | Medikationsplan als diagnostisches Werkzeug

Den Medikationsplan klinisch lesen — nicht nur zählen

Review-Karte 1 bezieht sich auf dieses Kapitel · Querverweise: Kap. 5 (Deprescribing), Kap. 6 (Hochrisiko-Medikamente), Kap. 16 (Entlassung)

Review-Frage

Was verrät der Medikationsplan über Diagnosen, Risiken, Versorgungslücken, Behandlungslast und Denkfehler, wenn er nicht nur als Liste, sondern als diagnostisches Dokument gelesen wird?

Micro-Case

Ein 77-jähriger Patient stellt sich wegen Müdigkeit, Obstipation und zwei Beinahe-Stürzen vor. Auf dem Medikationsplan stehen ein Protonenpumpeninhibitor, ein Opioid, ein Laxans, ein Schlafmittel, ein Antidepressivum, ein Antihypertensivum, ein Diuretikum und zusätzlich ein OTC-NSAR, das im Praxisplan nicht dokumentiert ist. Die Review-Frage lautet nicht nur: „Ist alles korrekt verordnet?“, sondern: „Welche Krankheits- und Nebenwirkungslogik, welche Verschreibungskaskaden und welche verdeckten Risiken sind in diesem Plan eingebaut?“

Warum dieses Kapitel wichtig ist

Ein Medikationsplan ist mehr als eine Verwaltungsliste. Er bildet die klinische Geschichte eines Patienten ab: frühere Entscheidungen, Facharztkontakte, Eskalationen, Nebenwirkungsreaktionen, Übernahmen aus Entlassbriefen, Bedarfsverordnungen und oft auch ungelöste Zielkonflikte.

Gerade bei Multimorbidität zeigt der Plan, ob Versorgung noch einer aktuellen Logik folgt oder ob sie zu einem historisch gewachsenen Sammelprodukt geworden ist, in dem Nutzen, Risiken und Belastung nicht mehr sauber zueinander passen.

Brown-Bag-Ansätze und strukturierte Reviews sind deshalb wertvoll, weil sie nicht nur Verordnungen abgleichen, sondern auch tatsächlich eingenommene Medikamente, OTC-Präparate, Doppelungen, Einnahmefehler und Wissenslücken sichtbar machen.

Für Band 6 gilt: Der Medikationsplan ist nicht Anhängsel der Anamnese, sondern Teil der Diagnostik.

Typische hausärztliche Situationen

- Ein Patient bringt einen formal korrekten Plan mit, nimmt aber zusätzlich Bedarfsmedikation, alte Restbestände oder OTC-Präparate.
- Nach Krankenhausentlassung stimmen Plan, Packungen und tatsächliche Anwendung nicht überein.
- Ein Symptom wie Schwindel, Müdigkeit oder Übelkeit ist eher medikationsbedingt als krankheitsbedingt.
- Die Zahl der Medikamente ist nicht extrem hoch, aber die Kombination erzeugt trotzdem ein hohes funktionelles Risiko.

ClinicalOS-Mechanik — Den Plan klinisch lesen

Der Medikationsplan soll genutzt werden, um Indikation, Nutzen, Schaden, UAW, Interaktionen, Doppelverordnungen, Belastung und mögliche Unterversorgung aktiv zu prüfen. Dazu werden nicht nur Präparate gezählt, sondern Muster gelesen:

- Welche Medikamente sprechen für ein altes Eskalationsschema?
- Welche Kombinationen deuten auf eine Verschreibungskaskade?
- Welche Präparate fehlen trotz Risikolage?
- Welche Medikamente erklären das aktuelle Problem möglicherweise besser als eine neue Diagnose?

Praktischer Workflow

1	Aktualität prüfen	Plan, Packungen, OTC-Mittel, Bedarfspräparate und tatsächliche Einnahme vergleichen.
2	Jede Position klinisch lesen	Wofür läuft das Präparat heute noch? Wer hat es begonnen? Was wäre der Schaden beim abrupten Weglassen?
3	Muster erkennen	Sedierung, anticholinerge Last, Blutdrucksenkung, Hypoglykämierisiko, Exsikkose-Risiko, Doppelverordnungen, Kaskaden, Interaktionen.
4	Alltagsbezug herstellen	Kann der Patient den Plan organisatorisch überhaupt tragen? Stimmen Einnahmehäufigkeit, Verständnis und Ziel mit dem Alltag überein?
5	Nicht nur STOPP, auch START	Gibt es fehlende, pausierte oder unzureichend geschützte Therapieanteile?
6	Änderungen priorisieren	Erst Risiken mit hoher klinischer Relevanz, dann Optimierung.

Was kann reduziert, pausiert oder abgesetzt werden?

Der Medikationsplan liefert besonders häufig Hinweise auf vier Gruppen von Review-Kandidaten:

- Alte Verordnungen ohne klar erkennbare aktuelle Indikation.
- Medikamente aus Verschreibungskaskaden — Mittel gegen Nebenwirkungen anderer Mittel.
- Doppelverordnungen oder parallele Präparate derselben Wirklogik.
- Medikamente mit hohem Belastungs- oder Risikobeitrag: sedierende, anticholinerge, hypotensive oder exsikkosiefördernde Kombinationen.

Was bleibt? — Nicht vorschnell absetzen:

- Symptomatisch wirksame Medikamente, die Lebensqualität sichern (z.B. Schmerztherapie, Antiemetika)
- Medikamente mit bekanntem Absetzrisiko oder Reboundgefahr (z.B. Antidepressiva, Antiepileptika, Betablocker)
- Kardiovaskuläre Schutzmedikation mit klar nachgewiesener Langzeitindikation
- Medikamente, die nach systematischer Prüfung als unverzichtbar eingestuft wurden — jede Änderung erfordert Monitoring

Monitoring

Wenn ein Medikationsplan diagnostisch gelesen wurde und daraus Änderungen folgen, braucht das Monitoring eine klare Logik: Was wird klinisch erwartet, welche Parameter sollen beobachtet werden, wann ist Kontrolle sinnvoll und woran erkennt man Fehlentwicklungen?

Je höher Frailty, funktionelle Instabilität oder kognitive Einschränkung, desto weniger genügt ein abstrakter Hinweis wie „bei Bedarf kontrollieren“.

Gesprächssatz

„Der Medikationsplan ist für mich heute nicht nur eine Liste Ihrer Tabletten, sondern ein diagnostisches Dokument. Er zeigt uns, was schützt, was belastet, was vielleicht aus alten Situationen mitläuft und wo wir genauer hinschauen müssen.“

Dokumentationsbaustein

Medikationsplan als diagnostisches Werkzeug ausgewertet. Tatsächliche Einnahme inklusive OTC-/Bedarfsmedikation erfasst. Prüfung auf aktuelle Indikation, Doppelverordnung, Interaktion, Verschreibungskaskade, Belastung und fehlende Therapie erfolgt. Priorisierte Review-Punkte sowie Monitoring- und Sicherheitsnetz vereinbart.

Praxis-Pearls

- Zähle Medikamente nicht nur — lies sie.
- OTC- und Bedarfsmedikation sind oft diagnostisch entscheidend.
- Der Plan zeigt häufig mehr über Versorgungsgeschichte als die Problem-Liste.
- Ein guter Review-Termin beginnt oft mit Packungen auf dem Tisch, nicht mit dem Cursor im E-Rezept-Modul.

Failure-Mode

Das Kapitel scheitert, wenn der Medikationsplan nur auf Vollständigkeit geprüft wird, aber nicht auf seine klinische Geschichte, seine Risiken und seine impliziten Denkfehler.

Sicherheitsnetz

Patient, Angehörige oder Pflege wissen, welche Veränderungen nach einer Anpassung normal sein können und welche eine frühere Rückmeldung erfordern. Gerade bei Medikationsänderungen nach Brown-Bag- oder Review-Terminen muss klar sein, welche Version des Plans gilt.

Evidenzhinweis

Die Stärke dieses Kapitels liegt eher in seiner Versorgungslogik und praktischen Plausibilität als in randomisierten Outcome-Daten. Der Nutzen strukturierter Brown-Bag-Ansätze für Problemerkennung und Wissenslücken ist jedoch gut nachvollziehbar. Konfidenz hoch für hausärztliche Logik, mittel für direkte Outcome-Ableitungen.

Teil II — Deprescribing-Logik

KAPITEL 5 | Deprescribing — aktive Therapie, nicht Weglassen

Gezielt reduzieren, pausieren, beenden — mit Monitoring und Plan B

Methodisches Kernkapitel · Querverweise: Kap. 6 (Hochrisiko), Kap. 7 (PIM), Kap. 8 (START) · Grundlage für alle Review-Karten

Review-Frage

Wann ist Reduktion, Pause oder Beendigung einer Medikation gute Medizin – und warum ist das keine therapeutische Passivität?

Micro-Case

Ein 81-jähriger Patient kommt wegen Müdigkeit, Schwindel und nachlassender Belastbarkeit. Im Verlauf zeigt sich kein einzelnes dramatisches Problem, sondern ein Medikationsplan mit schrittweise gewachsener Sedierungs-, Hypotonie- und Behandlungslast. Die zentrale Frage ist nicht: „Welches neue Medikament fehlt?“, sondern: „Welche laufende Therapie erzeugt inzwischen mehr Risiko oder Belastung als Nutzen, und wie lässt sich das sicher verändern?“

Warum dieses Kapitel wichtig ist

Deprescribing ist kein Nebenprojekt und keine Korrektur von Fehlverordnungen am Rand. Aktuelle Leitlinien und Reviews beschreiben es als integralen Teil des Verordnungskontinuums: Jede laufende Medikation muss im Zeitverlauf immer wieder auf Nutzen, Schaden, Zielkonformität und Monitoring-Bedarf überprüft werden.

Gerade bei älteren Menschen mit Polypharmazie ist dies zentral, weil Nutzen und Schaden von Medikamenten mit Funktion, Prognose, Behandlungslast, Frailty und Patientenprioritäten mitwandern.

Deprescribing bedeutet daher eine geplante, personenzentrierte Entscheidung zum Reduzieren, Pausieren, Ausschleichen oder Beenden einer Medikation, wenn die Bilanz nicht mehr passt. Das entspricht exakt der Grundregel des Bandes: nicht weniger um jeden Preis, sondern gezielter und sicherer behandeln.

Typische hausärztliche Situationen

- Das ursprüngliche Therapieziel besteht nicht mehr oder hat an Priorität verloren.
- Die Medikation ist formal begründbar, passt aber nicht mehr zu Funktion, Frailty oder Alltag.
- Unerwünschte Wirkungen, Interaktionen oder Behandlungslast dominieren den Netto-Nutzen.
- Eine Präventionslogik läuft fort, obwohl Time-to-benefit, Prognose oder Patientenziel sich verändert haben.

ClinicalOS-Mechanik — Schritte des Deprescribing

1	Anlass benennen	Was ist der aktuelle Auslöser für das Review? Symptom, Sturz, Frailty-Signal, Medikationswechsel?
2	Red Flags prüfen	Gibt es sofort-interventionspflichtige Risiken (Sturz, Delir, Blutung, Hypoglykämie)?
3	Ziel und Behandlungslast klären	Was ist das aktuelle Therapieziel? Wie hoch ist die Belastung durch den Gesamtplan?
4	Kandidaten identifizieren	Welche Medikamente haben den ungünstigsten Nutzen-Schaden-Quotienten im aktuellen Kontext?
5	„Was bleibt?“ aktiv schützen	Welche Medikamente dürfen nicht reduziert werden — wegen Funktion, Rebound oder Sicherheit?

Typische Kandidaten für Deprescribing

- Medikamente ohne aktuelle Indikation (historisch fortgeschrieben).
- Belastende Sedativa, die mehr schaden als nützen.
- Präparate aus Verschreibungskaskaden.
- Doppelnde oder historisch fortgeschriebene Verordnungen.
- Langzeittherapien mit fraglichem aktuellem Netto-Nutzen (Prognose, Time-to-benefit).

Was bleibt? — Nicht vorschnell absetzen:

- Symptomatisch hochwirksame Medikamente, die Lebensqualität oder Funktion sichern
- Medikamente mit Rebound- oder Entzugsrisiko — niemals abrupt beenden
- Kardiovaskuläre Schutztherapie mit weiter gültiger, dokumentierter Indikation
- Jede potenzielle Änderung muss mit der Frage gekoppelt werden: Was wäre der Schaden bei zu schneller Reduktion?

Monitoring

Aktuelle Leitlinien nennen Monitoring ausdrücklich als Kernbestandteil des Deprescribing-Prozesses. Dazu gehören erwartbare Veränderungen, Kontrollzeitpunkt, Warnzeichen und fortlaufende Nutzenprüfung. Eine gute Absetzentscheidung ohne Nachverfolgung bleibt unvollständig.

Gesprächssatz

„Wir setzen nicht einfach etwas ab. Wir prüfen gemeinsam, welche Behandlung Ihnen aktuell hilft, welche eher belastet und welche Änderung wir sicher testen können – mit Kontrolle und Plan B.“

Dokumentationsbaustein

Deprescribing-Review durchgeführt. Aktuelle Indikation, Nutzen-Schaden-Bilanz, Patientenziel, Behandlungslast und Risiken geprüft. Entscheidung: bleibt / wird reduziert / pausiert / beendet. Monitoring, Warnzeichen, Rückfallplan und Kontrolle besprochen.

Praxis-Pearls

- Deprescribing gehört zum guten Verordnen — nicht ans Ende einer Sackgasse.
- Shared Decision Making erhöht die Realisierbarkeit von Änderungen erheblich.
- Nicht die Zahl der Medikamente allein entscheidet, sondern deren aktuelle Passung.
- Ohne Monitoring ist Deprescribing kein sauber abgeschlossener Prozess.

⚠ Failure-Mode

Das Kapitel scheitert, wenn Deprescribing als defizitäres „Weglassen“ statt als aktive, kontrollierte Therapieentscheidung dargestellt wird.

Evidenzhinweis

Gut gestützt sind Prinzipien, Prozesslogik und die Rolle von Shared Decision Making und Monitoring. Weniger robust ist die Evidenz für einheitliche harte Outcome-Effekte über alle Deprescribing-Interventionen hinweg. Konfidenz: hoch für das Gesamtkonzept.

KAPITEL 6 | Hochrisiko-Medikamente zuerst

Priorisieren statt alphabetisch abarbeiten

Türöffner für Anlasskapitel Kap. 9–15 · Querverweise: Kap. 5 (Deprescribing), Review-Karten 1–9

Review-Frage

Warum sollte ein hausärztliches Medikationsreview nicht alphabetisch oder vollständigkeitsgetrieben beginnen, sondern bei Hochrisiko-Medikation?

Micro-Case

Eine 86-jährige Patientin mit Sturzereignissen, Müdigkeit und Nykturie nimmt unter anderem ein Benzodiazepin, ein Diuretikum, zwei Antihypertensiva, ein Antidepressivum und Bedarfsopioide. Die Frage ist nicht, welche Reihenfolge die Fachgruppen gewohnt sind, sondern welche Präparate heute das höchste Risiko für Sturz, Verwirrtheit, Hypotonie oder Funktionsverlust tragen.

Warum dieses Kapitel wichtig ist

In der Praxis ist Zeit knapp. Ein Review, das jede Position mit gleichem Gewicht behandelt, verfehlt oft die klinische Priorität. Hochrisiko-Medikamente und Hochrisiko-Kombinationen erzeugen dagegen oft einen unverhältnismäßig großen Anteil des unmittelbaren Schadenspotenzials — durch Stürze, Delir, Exsikkose, Hypoglykämie oder Blutungsrisiken.

Priorisierung ist daher keine Unvollständigkeit, sondern konsequente hausärztliche Medizin: Erst Gefahr, dann Feinschliff.

Hochrisiko-Klassen im Überblick

	FRIDs / Sturzrisiko	Benzodiazepine, Z-Substanzen, sedierende Antihistaminika, Opioide, bestimmte Antihypertensiva.
	Anticholinerge Last	Trizyklische Antidepressiva, Blasenspasmolytika, bestimmte Antihistaminika — kumulativer Effekt entscheidend.
	Hypoglykämierisiko	Sulfonylharnstoffe, Insulin bei fragiler Ernährungssituation oder Nierenfunktionseinschränkung.
	Hypotonie-/Exsikkose-Kombination	Mehrere Antihypertensiva + Diuretika bei reduzierter Trinkmenge oder Akuterkrankung.
	Blutungsrisiko	NSAR + Antikoagulation, NSAR + ASS — besonders bei eingeschränkter Nierenfunktion.
	Hoher Risikostatus ≠ sofort absetzen	Auch Hochrisiko-Medikation kann eine wichtige Funktion haben. Erst prüfen, priorisieren, absichern.

Praktischer Workflow

1	Anlass definieren	Was ist das aktuelle Risikoereignis? Sturz, Synkope, Delir, Verwirrtheit, Funktionsabfall?
2	Red Flags prüfen	Gibt es sofort interventionspflichtige Konstellationen?
3	Hochrisiko-Klassen identifizieren	Sedierende, anticholinerge, hypotensive, exsikkosiefördernde und hypoglykämieträchtige Präparate.
4	Die 1–3 gefährlichsten Positionen zuerst	Nicht alles gleichzeitig — fokussiert auf das Schadensrisiko mit höchster Plausibilität.
5	Danach sekundäre Prüfung	Doppelte, historische oder gering priorisierte Langzeitmedikation im zweiten Schritt.

Was bleibt? — Nicht vorschnell absetzen:

- Auch Hochrisiko-Medikation kann essenziell für Funktion oder Symptomkontrolle sein
- Medikamente mit Entzugs- oder Dekompensationsgefahr nicht schematisch beenden
- Hoher Risikostatus bedeutet: zuerst prüfen — nicht automatisch: sofort absetzen

Gesprächssatz

„Wir gehen heute nicht jede Tablette gleich wichtig durch, sondern beginnen mit den Medikamenten, die aktuell am ehesten zu Ihrem Schwindel, Sturz- oder Belastungsrisiko beitragen könnten.“

Dokumentationsbaustein

Strukturiertes Medikationsreview mit Priorisierung von Hochrisiko-Medikation durchgeführt. Relevante Risikotreiber für aktuelles Problem identifiziert. Priorisierte Anpassung, Monitoring und Sicherheitsnetz vereinbart.

Praxis-Pearls

- Priorisierung ist keine Unvollständigkeit — sie ist gute Hausarztmedizin.
- Hochrisiko-Kombinationen sind oft wichtiger als einzelne isolierte PIMs.
- Der aktuelle Anlass bestimmt, welche Risiken heute oben stehen.
- Kapitel 6 ist der methodische Türöffner für die späteren Anlasskapitel und Review-Karten.

Failure-Mode

Das Kapitel scheitert, wenn es Hochrisiko-Medikamente in reine Listenlogik überführt, ohne den Bezug zum aktuellen hausärztlichen Anlass herzustellen.

ClinicalOS vollständig entdecken

Band 6 · Multimorbidität und Rationalpharmazie

Weitere Informationen zur vollständigen Ausgabe und zur ClinicalOS-Reihe finden Sie auf:

clinicalos.de

Die Hinweise zu Nutzung und Verantwortung aus dem Original gelten auch für diese Leseprobe.