



Mitteilungen anfangs Januar 2016

Empfehlung zur behutsamen Reduktion von Neuroleptika

Einmal mehr ist zum Einsatz von Psychopharmaka zu schreiben. Dabei geht es nie darum, Psychopharmaka zu verteufeln. Neben dem Tatbestand, dass diese manchen Gruppen helfen, gilt für mich auch, dass Hochbetagte nicht eines „Prinzips“ wegen auf Entzug gesetzt werden sollen. (Sucht hat bei einigen Gruppen von Betagte nur bescheidene Relevanz.)

Die folgenden Hinweise (welche auf vier Seiten Platz haben mussten) schliessen allerdings mit einer Empfehlung, deren Umsetzung in den nächsten Jahren konsequent verfolgt werden will. In diesem Sinne gehen sie in die Qualitätsbeurteilung ein.

P.A. Rochon und seine Kollegen untersuchten in praktisch allen staatlich lizenzierten Pflegeheimen der Provinz Ontario¹ (total 485 Pflegeheime) an 47'322 Bewohnerinnen im Alter von 66+ das Verschreiben von Neuroleptika. Ontario bot eine gute Ausgangslage für diese Analyse, weil die einzige (öffentliche) Krankenkasse Neuroleptika bezahlt, wenn sie in Rechnung gestellt werden. Zudem vermittelt eine zentrale Stelle freie Pflegeheimplätze (möglichst in der Nähe des aktuellen Wohnortes). So konnten die Forscher davon ausgehen, dass es ausser den Heimen für palliative Pflege, welche nicht berücksichtigt wurden, keine speziellen Institutionen für demenziell Erkrankte gab.

Die Heime wurden dann in Quintile vom tiefsten bis zum höchsten Prozentsatz der für alle Bewohnerinnen verschriebenen Neuroleptika gruppiert. Es zeigte sich, dass eine Verschreibung von Neuroleptika im obersten Quintil dreimal höher war als im untersten und dies weitgehend unabhängig von den jeweiligen Indikationen.

Die Autoren dieser grundsätzlich einfach gehaltenen Studie führen diese dramatischen Unterschiede auf die jeweilige „Kultur des Verschreibens“ von Neuroleptika in Heimen zurück. (In diesem Studienteil dramatisieren sie nicht weiter, sondern lassen die markanten Differenzen für sich sprechen.)

Yong Chen und Kollegen gingen dann über die USA hin etwas differenzierter vor. Sie stützten sich ebenfalls auf die der staatlichen Krankenversicherung (Medicare) verrechneten

¹ Rochon, P.A. et al. Variation in nursing home antipsychotic prescribing rates, in Archives of Internal Medicine, vol. 167, 2007, S. 676-683.

Neuroleptika und zogen aus 2.5 Millionen (!) Verschreibungen mit einer sorgfältig angelegten Stichprobe von rund 16'000 Heimen 16'586 neueingetretene Bewohner, welche mindestens drei Monate im Heim lebten und eine der auf Demenz zeigenden Diagnose hatten.²

Auch in dieser amerikanischen Studie stützte man sich auf Quintile – durchaus in Anlehnung an die Ontario Studie. Allerdings wurden in dieser Studie Indikationen wie Psychosen berücksichtigt (unabhängig davon, ob eine Diagnose richtig war oder falsch). Es zeigte sich für die kurze Beobachtungszeit, dass das Verschreiben von Neuroleptika im obersten Quintil (jenes mit den häufigsten Verschreibungen) 1.37 Mal höher war als im untersten Quintil für Patienten, welche als demenziell erkrankt galten.

Die auf der vorangehenden Seite erwähnten Forscher blieb bei der Thematik und analysierte eine spezielle Population: Ausschliesslich Personen, welche in die erwähnten Pflegeheime der Provinz Ontario von zu Hause eintraten. Die Heime waren wieder nach dem bekannten Muster gegliedert. Analysiert wurden die Todesfälle in den ersten 120 Aufenthaltstagen.

Die Zahl der Todesfälle betrug 11,7% im Quintil mit den (generell) häufigsten Verschreibungen von Neuroleptika – bei den zwanzig Prozent der Heime mit dem tiefsten Ausmass dagegen „nur“ 9,3%. Dabei waren diese Neueingetretenen über eine Vielzahl von Variablen vergleichbar gemacht worden. Der Kommentar in der Zusammenfassung kann wohl nicht trockener (und trauriger) gedruckt ausfallen: „Residents were at increased risk of death simply by being admitted to a facility with a higher intensity drug use ...“³

Es könnte noch eine ganze Reihe von Studien aufgeführt werden. Wichtig ist, dass solchen Vergleiche zwischen Leistungserbringern in der Gesundheitswesen-Forschung eine beachtliche Bedeutung zukommt. So waren z.B. die massiven Differenzen in verschiedenen Studien über englische, kanadische und amerikanische Leistungserbringer dann ganz entscheidend dafür, dass die Zahl der Prostatektomien sehr substantiell zurückging.

Die vierte Studie⁴ liegt unserem Anliegen am nächsten. Zwölf Heime gingen in den Versuch ein (je vier in London, Newcastle und Oxford). Voraussetzung für das Mitmachen war, dass mindestens ein Viertel der als dement diagnostizierten Bewohnerinnen Neuroleptika verschrieben hatten. Da das Ausmass der Verschreibung von Neuroleptika massiv variierte, hatte der für die Studie rekrutierte Statistiker je Region die zwei mit vergleichbar „tiefen“ und vergleichbar „hohen“ Verschreibungsquoten zu bestimmen und in jeder regionalen Gruppe aus diesen Gruppen zwei Heime als Interventionsheime zu bestimmen (wobei der Statistiker nicht wusste, um welche Heime es sich in der Realität handelte).

² Chen, Y. et al. Unexplained Variation across U.S. Nursing Homes in Antipsychotic Prescribing Rates, in Archives of Internal Medicine, vol. 170, 2010, S. 89-95.

³ Bronskill S.E. et al. The relationship between variations in antipsychotic prescribing across nursing homes and short-term mortality: quality of care implications, in Medical Care, vol. 47, 2009, S. 1000-1008.

⁴ Fossey, J. et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial, in British Medical Journal, vol. 332, 2006, S. 756-761.

Auf die gesamte Anlage wird nicht eingegangen – sie genügte umfänglich den wissenschaftlichen Anforderungen. Den sechs Interventionsheimen wurden kontinuierlich Angebote über den Umgang mit demenziell Erkrankten unterbreitet: Ergo- und Physiotherapie, Aktivierungstherapie und Ansätze zum sorgfältigen Beobachten der entsprechenden Bewohnerinnen.

Nach zwölf Monaten war die Rate der Verschreibungen in den Interventionsheimen auf 23% gesunken, bei den Kontrollheimen lag sie immer noch bei 42%. Geprüft wurde, ob andere Psychopharmaka anstelle von Neuroleptika eingesetzt wurden. Dies war nicht der Fall. Zudem kam das sogenannte Cohen-Mansfield Agitation Inventory⁵ zum Einsatz.

Hier ging es darum, in Erfahrung zu bringen, ob mit dem Absetzen von Neuroleptika das Agitationsniveau und Effekte, welche das Zusammenleben störten, angestiegen war. Dies war nicht der Fall.

Der zuletzt zu erwähnende Beitrag⁶ unterscheidet sich von den vorangehenden dadurch, dass auf deutsche Heime fokussiert wird. Resultate sind noch nicht vorhanden, weil die Studienanlage im Zentrum steht. Diese wird viel ausführlicher präsentiert als in den wissenschaftlichen Zeitschriften, was für allfällige Replikation von grossem Vorteil ist.

36 Pflegeheime wurden im Osten, Norden und Westen Deutschlands ausgewählt. Mit Ausnahme von Gästen der Kurzzeitpflege und Bewohnerinnen mit diagnostizierter Schizophrenie oder bipolarer Erkrankung gehen alle Bewohnerinnen in die Studie ein.

Ein spezialisierter Geriater oder ein Psychiater beurteilt vor dem Start die Verschreibungen in jedem Heim und berichtete den behandelnden Hausärzten jeweils angetroffene Auffälligkeiten. (Noch etwas zum Amüsement: Jeder Hausarzt, dem ein Brief geschrieben werden „musste“, hatte gegenüber der Ärztevereinigung auch Anspruch auf zwei Stunden Fortbildung, erhielt dafür eine Punktgutschrift – damit dies klar ist: er oder sie machten nicht Fortbildung, sondern hatten hier einen kleinen Ausweis zur notwendigen Zahl für die besuchten Fortbildungen zur Erhaltung des jeweiligen Facharztstitels.)

In den Interventionsheimen wird eine Einführung in Tom Kitwoods *Personenzentrierte Pflege* angeboten. Zudem werden die sich engagierenden Mitarbeiterinnen periodisch bei den Bemühungen zur Umsetzung der Kitwoodschen Anleitungen beraten. Bis zur Publikation der Resultate ist bis 2017 zu warten.

Ich spekuliere, dass die Verordnung von Neuroleptika in der Studiengruppe und in der Interventionsgruppe zurückgehen wird, in der Interventionsgruppe markanter als in der

⁵ Einen recht guten Hinweis dazu findet man in den Zürcher Schriften zur Gerontologie Nr. 6, Sandra Oppikofer, Pflegeinterventionen bei Agitation und schwerer Demenz. Diese interessante Schrift lässt sich googlen ... was bei den erwähnten englischsprachigen Aufsätzen nur im Falle der Publikation im British Medical Journal möglich ist.

⁶ Auch dieser lässt sich googlen, um die Studienanlage umfänglich zu konsultieren: BioMed Central, Christine Richter, Almuth Berg und andere, Study Protocol, Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): study protocol for a cluster-randomised controlled trial, 2015.

Kontrollgruppe. Dies hängt nach meinem Dafürhalten in einem gewissen (kaum präzise festzulegenden) Ausmass auch mit dem sog. Hawthorne Effekt zusammen (sehr vereinfachend: Wer unter Beobachtung steht, verändert sein Verhalten).

Wichtig ist nachzutragen, dass in der faszinierend angelegten Studie Quality of Life mit den entsprechenden Skalen gemessen wird. Am Schluss übers Ganze hin deutet aber manches darauf, was der von mir sicher schon sechs oder sieben Mal in den *Mitteilungen* erwähnte M.P. Lawton festgestellt hat: „Ein gutes Heim betreut demenziell Erkrankte gut.“

Hier wird darauf verzichtet, auf das Ausmass der Nebenwirkungen von Neuroleptika bei demenziell Erkrankten einzugehen. Meine dafür vorhandenen spezifischen Kenntnisse sind zu bescheiden.

Es wird vermutet, dass dazu keine sich auf grössere Populationen von demenziell Erkrankten fokussierenden soliden empirischen Daten existieren, welche sich exklusive auf die Einnahme von Neuroleptika beziehen. Aus der Fachliteratur der Gesundheitswesensforschung ergibt sich aber klar, dass für Subpopulationen gravierende Nachteile resultierten – wobei allerdings die Merkmale dieser spezifischen Gruppen nicht befriedigend deutlich festgelegt werden konnten.⁷

Empfehlung

Erstmaliges Verschreiben eines Neuroleptikums ist auf (höchstens) drei Monate zu beschränken.

Kurz vor Ablauf dieser Zeitperiode haben Pflegende festzulegen, ob das Medikament der entsprechenden Bewohnerin Vorteile gebracht hat. Die Entscheidungsfindung im Heim ist schriftlich festzuhalten.

Wenn keine substanziellen Vorteile für die Bewohnerin zu eruieren sind, ist der Hausarzt einzuladen, das Medikament abzusetzen.

Wenn eine demenziell erkrankte Bewohnerin ohne Psychiatrieerfahrung schon bei Heimeintritt ein Neuroleptikum verschrieben hat, so soll der Hausarzt eingeladen werden, mit dem für Ihr Heim tätigen Psychiater/ Psychiaterin zu prüfen, unter welchen Bedingungen das Medikament abgesetzt werden kann.

Das Pflegekader ist bei der Entscheidungsfindung zu involvieren, weil für die Pflegenden neue oder zusätzliche Aufgaben resultieren können.

Über die bei unseren Mitgliedern mit der vorliegenden Empfehlung gemachten Erfahrungen soll an einer unserer Zusammenkünfte in der zweiten Hälfte von 2017 diskutiert werden.

⁷ z.B. Grabowski D.C. et al. Quality of Mental Health Care for Nursing Home Residents: A Literature Review, in *Medical Care Research and Review*, vol. 67, 2010, S. 627-656; Chiu Y. et al. A literature review of clinical outcomes associated with antipsychotic medication use in North American nursing homes residents, in *Health Policy*, vol. 119, 2015, S. 802-813.