

Die Psychiater fallen weg
die Psychopharmaka an die
Hausärzte ?!?!?

Handreichungen eines noch Lebenden:

Dr.med. Karl-Josef Klees

Pirmasens

Anno Domini 2017/2018

Bedürfnislage moderner Menschen also auch in der Praxis - RP 23.11.17

Schief gelaufen



FOTO: POLIZEI/PREI

BUNDENTHAL. Unmögliches versucht hat gestern eine 28-jährige Autofahrerin: Auf dem Radweg zwischen Bundenthal und Niederschlettenbach, wo sie laut Polizei Dahn verbotenerweise unterwegs war, versuchte sie offenbar, um jeden Preis an einem entgegenkommenden Wagen vorbeizukommen – und dies auf der Hangseite. Das Resultat ihres misslungenen Versuchs: ein am Hang gestrandetes Vehikel und Schaden an beiden Fahrzeugen. Immerhin: Verletzt wurde laut Polizei bei dieser Begegnung zum Glück niemand. |tre

Rafik Schami:

„ Humor und Geduld sind die beiden Kamele,
mit denen man jede Wüste durchqueren kann. “

Warum dieser Vortrag jetzt ?

Die MEDI-Umfrage vom 11.09.17 ergab:

Im Durchschnitt in 3.8 Jahren wollen die Ärzte in und um Pirmasens aufhören, 88 % haben keinen Nachfolger in Sicht. Wo die Klinik keine Psychiater mehr ausbildet, wird Psychopharmaka-Therapie immer mehr Hausarzt-Aufgabe. Ich stelle nicht den letzten Stand der Wissenschaft dar, sondern : m.E. relativ einfache, gute & regreß-sichere Therapie.

Grundsatzfrage: Psychopharmaka oder Beratung bzw. Psychotherapie ?

Eine Metapher für ein Leben ist „ das Forschungs-Schiff auf Mission “.

* Medikamente optimieren den „ Motor “, der richtig betankt und nicht zu schwach sein darf, sowie nicht unter- oder übertourig laufen soll.

* Beratung/Psychotherapie optimieren „ Zielsetzung & Steuerung. “

-> Je mehr Ziel und Planung in den Problem fehlen, um so mehr besteht der Beratungs-/Psychotherapie-Fall (siehe Leitlinien).

-> Psychopharmaka helfen, Beratungs-/Psychotherapie-Erkenntnisse umzusetzen ... d.h.: „ entweder-oder “ entfällt bei „ sowohl-als-auch. “

Asmus Finzen,
Prof. für Sozialpsychiatrie

„ Nur wenn man sich auf wenige Präparate beschränkt, kann man Wirkungen und Nebenwirkungen sowie Zeichen von Über- und Unterdosierung der eingesetzten Medikamente erkennen und ein Optimum an therapeutischem Effekt bei einem Minimum an Nebenwirkungen erreichen. “

Asmus Finzen

Prof. für Sozialpsychiatrie

- * Dies schrieb Prof. Asmus Finzen in den 80-er Jahren des letzten Jahrhunderts in seinem Standardwerk zur Psychopharmaka-Therapie
- * und verwies darauf, daß die WHO in der „ Liste unentbehrlicher Medikamente “ 1983 mit Amitriptylin nur 1 Antidepressivum führte,
- * was in meiner Facharzt-Ausbildung zunächst zu Amitriptylin als Depressionsbehandlung führte
- * sowie zu der Grundregel für Psychopharmaka: „ Je komplexer die Medikation, desto fragwürdiger die Indikation und desto hilfloser der Arzt. “

Prof. Tom Bschor

DGPPN-Workshops 2011 und 2014

- * Antidepressiva-Pharmakologie läuft v.a. über das Serotonin-System.
 - * Alle Antidepressiva haben im Wesentlichen die gleiche Wirkung und unterscheiden sich im Wesentlichen durch Ihre Nebenwirkungen.
 - * Antidepressiva zeigen 80 % Wirk-Effekt ... bei 60 % Placebo-Effekt !
 - * Antidepressiva wirken erst ab 4 Wochen Einnahme deutlich anti-depressiv. Wirkungen auf den Antrieb kommen früher (Suizid ?).
- > Grundregel: Wenige Präparate, wenig Wechsel und viel Geduld !

8 Klärungen zu Beginn

- 1.) richtiges Zielsymptom ? Beispiel: bei Eigen- & Fremdgefährdung im Altersheim ...
 - affektiv -> Antidepressiva bei depressiv/Neuroleptica bei manisch & maniform
 - kognitiv -> Neuroleptica/Antidementiva bei Dementen
 - Verhalten -> Neuroleptica/Antidementiva bei Dementen
- 2.) Antrieb ? -> Antidepressiva/Neuroleptica wirken +/- (Hintergrund Suizid ?)
- 3.) On-label ? -> Off-label = Begründung !
- 4.) Kontrollvorschriften als Therapiefolge ?
- 5.) Alter ? -> Leber- /Nierenfunktion sinken; Faustregel Alter: ab 65.Lebensjahr
Dosisreduktion 10 % pro Dekade; Alter: 50 %-Dosis ausreichend ?
- 6.) Interaktion ? -> mehr als 3 Medikamente = Polypharmazie
- 7.) Betreuung ? -> wenn ja: Einbeziehung ! ... Cave: bei Risiken, Komplikationen !
- 8.) Exit-Strategie am Anfang ? -> Benzodiazepine, Antidementiva (Heil- & Hilfsmittel, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung etc.) -> Frage: Medizinische Endpunkte unter politischem Primat Patientenwille ?

Relativ sichere Antidepressiva

Sedierung erwünscht:

Mirtazapin 15mg (Alter) bis 45mg am Abend

Antriebssteigerung erwünscht:

Sertralin 25mg (Alter) bis 100mg am Morgen

Beides erwünscht, z.B. mittlere Dosis:

Sertralin 50-0-0-0mg & Mirtazapin 0-0-0-30mg

Warum Mirtazapin ?

Klinisch gute Wirkung &

relativ wenige Nebenwirkungen & Kontrollen:

-> Routine-Blutbild & Routine-EKG

-> cave KG-Steigerung (generelles Problem)

-> cave Restless-Legs

Warum Sertralin als SSRI = Serotonin-Wiederaufnahmehemmer ?

Welches SSRI als Morgengabe gegen Angst & Depression ? Ich präferiere Sertralin mit ca. 25 Stunden Halbwertszeit im Ausschlußverfahren als am einfachsten händelbar. Bei den übrigen SSRI ist explizit zu beachten:

Fluoxetin, Halbwertszeit ca. 48 Stunden,
z.B. morgens 20-80mg, im Alter 10-60mg

-> viele Nebenwirkungen, lange Halbwertszeit,
deshalb in PRISCUS-Liste (= Liste potentiell
inadäquater Medikation älterer Menschen)

Citalopram, RS-Racemat, Halbwertszeit ca. 36 Stunden,
z.B. morgens 20-40mg, im Alter 10-20mg;
Escitalopram = wirksame S-Enantiomer
-> 50 % Dosis/NW, unveränderte Halbwertszeit

-> QT-Verlängerung/-Kontrolle &
Hyponatriämie-Gefahr am deutlichsten,
aber SSRI- bzw. Antidepressiva-Gruppeneffekte

Paroxetin Halbwertszeit ca. 20 Stunden,
z.B. morgens 20 – 60mg, im Alter 10-40mg

Fluvoxamin Halbwertszeit ca. 15 Stunden,
z.B. morgens 50-300mg, im Alter 25-? mg

-> Enzym-Induktion = „ Dirty-Drugs “
eher Vermeidung bei Multimorbidität, Alter

SSRI bei Kindern und Jugendlichen = Spezialistenthema: Wo die Antriebs-Steigerung vor der Depressions-Auflösung (ca. 4. – 6. Woche) kommt, entsteht Suizidgefahr, beschrieben in den 90-er Jahren in USA für Jugendliche, teils v.a. unter SSRI mit geringer Halbwertszeit (was für Fluoxetin spricht, von welchem die PRISCUS-Liste im Alter abrät).

Weiterführendes & Besonderheiten

- 1.) Venlafloxin morgens & Mirtazapin abends (Venlafloxin ret 37.5 bis 225mg)
= etwas mehr Wirkung & Nebenwirkung !
- 2.) Amitriptylin als Monotherapie abends (Amitriptylin ret 25 bis 100mg)
= mehr Wirkung & Nebenwirkung; gute Erfolge in Schmerz-Therapie !
- 3.) Trimipramin niedrigdosiert 5 – 20 Trpf. (wie Mirtazapin 15mg) zur Nacht
= oft guter Hypnotica-Ersatz (Gedächtniss ungestört – i.G zu Benzodiazepinen) !
- 4.) Opipramol 25-25-0-50mg bis 100-100-0-200mg
= oft gute Benzodiazepin-/Hypnotica-Alternative !
- 5.) Trazodon 0-0-0-50mg bis 100-100-0-200mg
= gut verträgliche Mirtazapin-/Hypnotica-Alternative !
- 6.) Valdoxane (Agomelatin) 0-0-0-25mg bis 0-0-0-50mg
= Dopamin-Ausschüttung & Melatonin-Agonismus -> „ Innere Uhr “ & circadiane Rythmik, d.h. Normalisierung Cortison-Ausschüttung & Stoffwechsel (Präferenz bei Diabetikern bzw. Metabolischem Syndrom ?) !

Was macht Antidepressiva mit ihrem hohen Placebo-Effekt effizient ?

- 1.) Arzt-Seite: Zuhören & Probleme aushalten, seltener sie lösen; Grenzen definieren, d.h.: Beratungsstellen, Psychotherapie & Kliniken
- 2.) Patienten-Seite: Bewegung, Hobbys & Sozialkontakte, Aufgaben -> „Stundenpläne“ = Struktur: „Etwas geht immer & wird mehr!“

Antidepressiva unterstützt weiter: Depressionen verstehen

Depressionen = „ negative Trias “ mit negativer Sicht von eigener Person, Umgebung & Zukunft aus „ gelernter Hilflosigkeit “. Erkennen von Zusammenhängen wirkt antidepressiv. „ Tabellen “ :

Innere Situation		äußere Situation		Auslöser
kurzfristige Folge		langfristige Folge	...	Beispiel:
abends erschöpft		daheim Fernsehen		Partner Alkohol
1 Stunde geheult		Wochenend-Kurzurlaub abgesagt		

-> Partnerschaft = Depressionsquelle ? -> Eheberatung

Zitat Klinik-Entlassungsbrief: „Gegen Angst gaben wir Lyrica.“

Chefarztsatz: „Zulassungen sind Termini Technici der KV für die Praxen. Uns Kliniker interessieren nur Wirkprinzipien für unsere Patienten.“ (Quelle: anonym gehalten)

Lyrica (Pregabalin) 25 bis 600 mg,

- * GABAerge Wirkung (Anfälle/Schmerz, Angst, Schlaf) & renale Ausscheidung
- * 3 Zulassungen: Anfälle, neuropatischer Schmerz, generalisierte Angst = on-label
- * 1500mg -> Heroin-Abhängigkeit ? (Prof. Dieter F. Braus, DGPPN 2016)
- * ROTE-HAND-BRIEF 2011 Abhängigkeits-Potential !
- * günstigere Alternativen gegen Schmerz: Gabapentin, Amitriptylin, Carbamazepin

Exemplarisch: Die Verordnung des „freigegebenen Originals“ ohne aut-item-Kreuz wird im im Prüf-/Regress-Verfahren dem Generica-Topf zugeschrieben. Das freigegebene Original Lyrica hat alle 3 Zulassungen – seine Generica aber nicht immer !

Entlassmanagement § 39 (1a) SGBV: Klinikärzte kennzeichnen Rezepte mit LANR ...

Lithium: keine Suizide, hohe Effizienz ... aber geringe therapeutische Breite

Zur Prophylaxe/Therapie depressiv/manischer Störungen renal ausgeschiedenes
Quilonum retard (Lithium-Acetat) 450mg, halbierbar, 1 – 2 Mal täglich

Blutspiegel: 0.6 – 0.9mmol/l = Prophylaxe Mono- & Bipolar, Augmentation
1.0 - 1.2 mmol/l = Therapie Manie ... aber nicht höher !!!

Augmentation: „ Therapieresistente Depression “ -> Antidepressiva plus rasch auf-
dosiertes Lithium wenn Kreatinin o.B.: 1. Tag 2 x ½, 2. Tag 2 x 1, 3. Tag Blutspiegel

Akute Intoxikation (Einnahmefehler, Dehydrierung aller Art - Laxantien): Schwindel,
Sprachstörung, Rigor, Reflexsteigerung, Anfälle, Koma, Diarrhoe, bis Exitus !

Chronische Nebenwirkung: irreversible Störung der Primärharn-Bildung
und reversible Störung der Sekundärharn-Bildung -> GFR-Kontrollen

Relativ sichere Neuroleptica

1.) hochpotente, „einengende“ Neuroleptica

Sedierung erwünscht, d.h. i.d.R. Abendgabe:

Risperidon 1 – 4 – 16mg, Geriatrie 2mg, Tabletten, Saft & Depot

Zulassung: Schizophrenie, Demenz, Deblität

ROTE-HAND-BRIEF 2004 cerebro- & cardio-vasculäre Erkrankungen, Hypertonie

Antriebssteigerung erwünscht, d.h. Morgengabe:

Aripiprazol 5 – 15 – 30mg ... Ausnahmestellung: keine KG-Zunahme !

Zulassung: Schizophrenie, Bipolar – Manie & Depression

-> beides: Butyrophenon-Derivate der Haloperidol-Schiene = Dopamin-Schiene
= extrapyramidale Störungen wie Parkinson-Syndrom

Relativ sichere Neuroleptica

2.) niederpotente, „sedierende“ Neuroleptica

Pipamperon 40mg – 3x40mg – 3x120mg, Tablette & Saft

Anwendung: Schlafstörung, psychomotorische Erregung bei Schizophrenie, Demenz, Deblilität
weniger kardiale Nebenwirkungen als:

Melperon 25mg – 3x25mg – 3x100mg, Tablette & Saft

-> beides: Butyrophenon-Derivate
= vegetative Störungen wie Hypotonie bis Synkope

Relativ sichere Neuroleptica

3.) mittelpotente, „ atypische “ Neuroleptica

„ Zulassungs-Design “: der schizophrene Student, der wenig antipsychotische Wirkung benötigt und bei dem Nebenwirkung zu desintegrieren droht

Quetiapin 25mg – 600mg – 750mg i.d.R. Abendgabe, Tabletten, Retard-Form
Zulassung: Schizophrenie, Bipolar – Manie & Depression

-> Clozapin-Derivat = Metabolisches Syndrom (Blutbild-Veränderung ?)

-> Quetiapin off-label in Geriatrie und dennoch weitverbreitet in/durch Kliniken

* Problem, wenn pauschal Mittel der 1.Wahl oder Teil von Polypharmazie...

* Notwendigkeit, wenn Bewegungsstörungen, Risperidon-Kontraindikation !

Abschluß-Bemerkung (z.B. ARZNEIMITTEL-TELEGRAMM 13.05.05): Erhöhte Sterblichkeit unter atypischen wie konventionellen Neuroleptica bei Demenz !

Depot-Neuroleptica

mindern deutlich das Risiko eines Therapie-Versagens

1.) am verbreitetsten Risperidon = Risperdal-Consta
= 25mg – 37.5mg – 50mg alle 2 Wochen i.m.

2.) Weiterentwicklung Palliperidon = Xeplion
= 25mg – 75mg – 150mg alle 4 Wochen i.m.

Cave: extrapyramidale Störungen für 2 – 4 Wochen

Therapie-Versagen bei Schizophrenie am Geringsten unter
Clozapin ...

Problem Neurolepticum Clozapin ...

Fallbeispiel: unruhiger Parkinson-Patient kommt aus Neurologie-Klinik zurück in das Altersheim mit Clozapin ...

Problem 1 = langsames Clozapin-Eindosieren auch nach Pause:

12.5mg	1. Tag
2 x 12.5mg	2. Tag
25mg-Schritte alle 1 – 3 Tage bis 100mg/Tag	
50mg-Schritte alle 1 – 3 Tage bis 600mg/Tag	
100mg-Schritte alle 1 – 3 Tage bis 900mg/Tag	

3 – 4 Einzelgaben, 300mg = mittlere Dosis, Alter eher 25-50 %

Problem Neurolepticum Clozapin

Problem 2 = häufige Blutbild-Kontrollen:

1.) vor Behandlungsbeginn

* 1 Mal

2.) während der Behandlung

* 1. – 18. Woche wöchentlich

* ab 18. Woche 4-wöchentlich

3.) nach der Behandlung

* 1. – 4. Woche wöchentlich

Problem Neurolepticum Clozapin

Striktes Eindosieren & strikte Blutbildkontrollen nach den 2 Schemata sind juristisch unabdingbar bei Verordnung wegen der Agranulozytose-Gefahr

- * per se durch Clozapin selbst
- * per se vermehrt noch in Polypharmazie
 - > möglichst Clozapin in Monotherapie bei Schizophrenie, wo sonst nichts hilft
- * per se vermehrt noch durch Medikamente mit Knochenmarks-Suppression
 - > möglichst nicht mit Antibiotica, Carbamazepin, Depot-Neuroleptica
- * vermehrt noch durch Clozapin-Blutspiegelschwankungen
 - > cave Compliance-Probleme, Medikamentenpause = Neu-Eindosierung wie o.a.

Aber: In welcher Woche sind wir nach Klinik-Entlassung ? ... Apotheke muß Clozapin besorgen ! ... Ggf. Umstellung auf Clozapin-Derivat Quetiapin oder Neu-Einweisung, Ambulanz-Anbindung wenn diese Clozapin-Behandlung lege-artis ungesichert ist !

Demenz-Therapie = Progressions- Verzögerung -> realistische Erwartung

Pharmakologische Einteilung

- 1.) Alzheimer/gemischte Demenz leicht bis mittelschwer
- 2.) Alzheimer/gemischte Demenz moderat bis schwer
- 3.) Parkinson-Demenz
- 4.) Vaskuläre Demenz etc. -> daraus folgt als Therapie:

Acetylcholinesterasehemmer für den primär dementen, nicht multimorbid dementen Patienten, da cholinerge NW (Bradykardie/Synkope, Asthma-Anfall, Inkonzinenz, Diarrhoe) als:

- 1.) Aricept (Donepezil) z.N. 5mg -> 10mg
- 1.) Reminyl (Galantamin ret) z.N. 8mg -> 16mg -> 24mg
(aus kaukasischem Schneeglöckchen, zum Klarträumen, nicotinerger Acetylcholin-Rezeptor)
- 1.) + 3.) Exelon (Rivastigmin) oral 2 x 1.5mg -> 2mg -> 3mg -> 4.5mg -> 6mg
einziges Präparat als Pflaster -> 4.6mg -> 9.5mg -> 13.3mg
- 2.) Axura (Memantine) morgens 5mg -> 10mg -> 15mg -> 20mg

4.) Vaskuläre Demenz (klinische Diagnose: plus fokales neurologisches Defizit): alle Therapie = Off-label

Demenz-Fortschreiten (z.B. Uhr im Test verschwunden) = Acetylcholinesterasehemmer -> Memantine

Psychostimulanten = Spezialistenthema auch für Psychiater

Beginn der ADHS/ADS-Symptomatik im Kindergarten, aber oft übersehen, Folge: Überrepräsentanz des Klientels in JVA's wegen Impulskontrollstörung und unter Drogen-Abhängigen wegen Versuchs einer Art „ Selbstmedikation “; 1 Diagnose-Sicherung mit Testung in ADHS/ADS-Zentrum; Therapie-Auslassversuch 1 Mal/Jahr; Kombination mit Psychoedukation obligatorisch, mit Psychotherapie zu überprüfen

1.) Methylphenydat = „ Goldstandard “ nach Leitlinie,

- > Medikinet adult 5, 10, 20, 30, 40, 50, 60mg retardierte Hartkapseln; Wirkdauer 8 – 12 Stunden; Einnahme 1 – 2 Mal täglich; Anhalt für Dosierung KG, d.h. 1mg/kg KG bei retardierten Formen (0.8mg/kg KG bei unretardierten Formen); Beginn 10mg, Steigerung pro Woche um 10mg bis max. 80 mg; BTM-pflichtig: Amphetaminderivat mit relativ langer Latenz Einnahme/Wirkung
- > Ritalin adult, Concerta retard weitere Präparate

2.) Atomoxetin

- > Strattera 10, 18, 25, 40, 60, 80, 100mg Hartkapseln; Einnahme 1-2 Mal täglich; Dosis 40mg – max. 100mg täglich; nicht BTM-pflichtig: Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NARI ähnlich SSRI)

Empfehlung: m.E. Spezialistenthema, ich führe nur anderenorts leitliniengerecht gesicherte Therapie fort bei vielen kontroversen Aspekten, oft Sucht-Comorbidität (THC, Amphetamin, Alkohol/Benzos)

Zwiespalt Benzodiazepine

- GABAerg wie Alkohol & Kreuztoleranz

1.) Entlastungs-Hilfe in der Akut-/Kurzzeittherapie (zwischen 2 Polen)

Pol 1 = schwere Belastung/wenige Interventionen (z.B. Todesfall, Hilfe an Beerdigung für Eltern), Focus = Belastung/passagere Überforderung Tavor (Lorazepam) per os 0.5 – 2mg Tabs expidet 1 - 2.5mg TAE	<->	Pol 2 = „ unausgereifte “ Persönlichkeit/viele Interventionen (z.B. chronischer Beziehungs- und Lösungskonflikt) <-> Focus = Persönlichkeitsstörung/chronische Konflikt <-> Valium (Diazepam) i.m. 10mg intermittierend - Alternative: Imip (Fluspirilen) 1.5 - 6mg wöchentlich - Frage: Beratung und/oder Psychotherapie besser ??
---	-----	--

versus...

2.) Sucht-Problem in der Dauertherapie (beginnend am Pol 2 der als akut begonnenen Therapie)

- * „ Doppelter Valium-Effekt “: Patient und Arzt haben zunächst Ruhe- d.h. kurzfristige Hilfe und langfristiges Problem. Wer auf den „ Direkt-Effekt “ der Benzodiazepine eingestellt ist, bei dem sind oft Geduld und Placebo-Effekt für Antidepressiva/SSRI bzw. Eigenverantwortung für Problemlösung rasch geschwunden ... und der will mehr ...
- * Gesetzeslage: Arzneimittelgesetz AMG § 5 (Verbot bedenklicher, d.h. auch suchterzeugender, Medikamente) und § 95 (Haftstrafe bis zu 3 Jahren) sind anwendbar auf Verursachung und Aufrechterhaltung einer Sucht.
- * Dilemma: Wir gestalten Therapie nicht alleine. (Low-Dose-)Benzodiazepin-Abhängigkeit, die in anderer Praxis/Klinik begonnen wurde, ist v.a. bei alten Menschen oft nicht mehr änderbar bzw. kleinstes Übel ... Cave: Dosissteigerung.

Off-label = Realität & zu minimierendes Risiko

- * Zulassung: Börsen-notierte, d.h. profit-orientierte, Pharmakonzerne wollen Ihr Präparat durch und an den Markt bringen (= on-label). D.h. Tests erfolgen für 1 Krankheit an sonst Gesunden und Jungen. D.h. weiter: für andere/ähnliche Krankheiten, Kinder und Alte ist oft nichts auf dem Markt. Der Staat schließt nicht „ Kranken-orientiert “ Versorgungslücken, wo Konzerne keine Gewinne und zu hohe Risiken sehen, sondern erschöpft nur sich und uns Ärzte und Ärztinnen millionenschwer und „ Lauterbach-orientiert “ mit Kontroll und Verteilungs-Bürokratie.
- * Off-label -Therapie (= ohne Zulassung) vieler Krankheiten ist für den Arzt alternativlose Behandlungsnotwendigkeit ... plus: Dokumentations-Aufwand und bleibend, erhöhtes Restrisiko ...
- * Off-label -Therapie wird zum Problem, wo leitliniengerechte/on-label-Therapien nicht beachtet bzw. off-label-Therapien primär sind: z.B. Quetiapin statt Risperidon(-Versuch) beim Dementen, Pregabalin statt Psychotherapie bei Phobie. Ohne Verursacher-Prinzip folgt Haftung nur aus Rezept, nicht aus Therapie-Einführung anderenorts.

4 psychiatrische off-label-Behandlungen – eventuell befremdlich aber ggf. bei sonst Therapie-Resistenz große Hilfe:

- | | | |
|----------------------------|--|----------|
| -> Lioresal (Baclofen) | on-label 15 - 75mg bei Spastik, z.B. Encephalomyelitis disseminata | GABAerg: |
| | off-label 15 - 120mg/150mg bei schwerem Alkoholismus | Anfälle |
| -> Rivotril (Clonazepam) | on-label 4 – 8mg bei Anfällen | Angst |
| | off-label 0.1 – 0.5mg (= 1 - 5 Trpf) bei Demenz & Schreien (PTSD ?) | Schlaf |
| -> Ergenyl (Valproat) | on-label 1.2 - 2.1gr bei Anfällen, Manie (Einschränkungen, Frauen !) | |
| | off-label 1.2 - 2.1gr bei manifomen Erregungszuständen wie bei Hirnschädigung | |
| -> T3 (Triiodthyronin) | off-label 50 - 400yg morgens, alle 3 Tage um 50yg verträglich gesteigert als Antidepressiva-Zusatz bei „ therapieresistenter Depression “ ... und keiner Hyperthyreose ! | |

Überlegungen zu Vereinfachungen

Kombinationen können wichtig sein

- > Depression: Aktivierung morgens & Sedierung abends;
antidepressives Mirtazapin abends & Aripiprazol morgens gegen Grübeln

Kombinationen sind i.d.R. aber eher zu vermeiden

- > mehr Präparate, mehr Nebenwirkungs-Arten, mehr Compliance-Probleme

Kombinationen können fragwürdig sein

- > gleicher Wirkprinzipien (zu Pipamperon noch Melperon oder Promethazin;
bessere Alternative: Pipamperon-Erhöhung !)
- > hoch-/niederpotenten Neuroleptica zu Atypica (wo bleibt der „ Atypica-Desing-
Vorteil “, wenn ich mehr Wirkung & NW zugebe ? Frage: Atypica oder nicht ?)
- > „ Bremse treten & Gas geben “ (z.B. Risperidon morgens & SSRI ... Motto:
„ Wenn ich ihn schon sedieren muß, dann helle ich ihm wenigstens etwas die
Stimmung auf. “... Cave: „ Molekül-Mystizismus “ nach Prof. Tom Bschor)

Wichtige Websides

embryotox.de und priscus.net

www.embryotox.de -> Schwangerschaft = Automatismus in der Aufklärung/Dokumentation !

www.priscus.net -> Liste potentiell inadäquater Medikation älterer Menschen

Antidepressiva: Amitriptylin, Doxepin, Imipramin, Clomipramin, Maprotilin, Trimipramin, Fluoxetin, Tranylcypromin

Neuroleptica: Thioridazin, Fluphenazin, Levomepromazin, Perphenazin (= alle Phenothiazine !), Haloperidol (= Butyrophenone mit Blockade aller D1 – D4-Rezeptoren, wo Risperidon die gewünschte D2-Affinität hat mit weniger NW), Clozapin, Olanzapin (ROTE-HAND-BRIEF 2004)

Langwirksame Benzodiazepine (Muskelrelaxierung & Sturzgefahr): Chlordiazepoxid, Diazepam, Flurazepam, Dikaliumclorazepat, Bromazepam, Prazepam, Clobazam, Nitrazepam, Flunitrazepam, Medazepam (Benzodiazepinabbau -> benzodiazepin-aktive Metabolite & Kumulation !)

Kurz- bis mittelfristig wirksame Benzodiazepine (Rebound bis Psychose): Alprazolam, Temazepam, Lorazepam, Oxazepam, Lormetazepam, Brotilozam, Triazolam (Ich meine mich noch erinnern zu können, daß ein US-Präsident für Kurzschlaf über dem Pazifik Halcion nahm, was dann kausal i.S. von Rebound angesehen wurde für sein Erbrechen in den Schoß des japanischen Amtskollegen.)

Z-Substanzen (Nicht-Benzodiazepin-GABA-Agonisten): Zalepion, Zopiclon, Zolpidem (rascher Wirkeintritt, d.h Einnahme v.a. im Alter „ auf der Bettkante “)

Andere Sedativa: Doxylamin, Diphenhydramin, Chloraldurat (Alkoholderivat, d.h. auch GABAerg)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Dr.med. Karl-Josef Klees
Arzt für Neurologie, Psychiatrie
Psychotherapie
Fachkunde Geriatrie
Schloßstrasse 18
66953 Pirmasens
www.klees-net.de