

## Die LESS-Studie

# Ist die Schweiz bereit für Deprescribing?

Katharina Tabea Jungo\*, Carmen Floriani\*, Zsofia Rozsnyai, Sven Streit

Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern; \*geteilte Erstautorenschaft

Sind Patientinnen und Patienten sowie die Hausärzteschaft bereit, Medikamente abzusetzen oder deren Dosis zu reduzieren? Die SGAIM-Foundation hat unser Forschungsteam unterstützt, um diese Fragen in der Hausarztmedizin zu beantworten. Dieser Artikel fasst für die Kolleginnen und Kollegen in der Praxis das Wichtigste zusammen.

## Unangemessene Polypharmazie: eine grosse Herausforderung

Gibt es in der Hausarztmedizin praktizierende Ärztinnen und Ärzte, die keine multimorbiden Patientinnen und Patienten mit mehreren Medikamenten behandeln? Wohl eher nicht, denn Multimorbidität (üblicherweise definiert als mehr als zwei chronische Erkrankungen) stellt eine häufige Herausforderung in den Hausarztpraxen dar [1] und ist eng assoziiert mit dem Gebrauch von mehreren Arzneimitteln (Polypharmazie) [2]. In einer Schweizer Patientenkohorte [1] hatten 37% der über 70-Jährigen fünf oder sogar mehr aktive Medikamente. Davon hatten 44% mindestens ein potenziell ungeeignetes Medikament (im Englischen: *potentially inappropriate medication*, PIM). Sowohl die Polypharmazie als auch die Einnahme von potenziell ungeeigneten Medikamenten können zu vermehrten Problemen wie Arzneimittelnebenwirkungen (im Englischen: *adverse drug events*, ADE) [3, 4], Verschreibungsfehlern [5], Stürzen [6], vermehrten Spitalerweisungen [7] und dadurch erhöhten Gesundheitskosten, und schlussendlich auch höherer Mortalität führen [8]. Somit reichen die Probleme der Multimorbidität, Polypharmazie und der potenziell inadäquaten Medikamentenverschreibung weit über den Radius der Hausarztpraxis hinaus und bedürfen ganzheitlicher Interventionen, die diesen steigenden Trend umkehren oder zumindest abflachen.

## Deprescribing – ein neuer Trend

Eine regelmässige Überprüfung der aktiven Medikamente durch das ärztliche Fachpersonal und ein gezieltes Absetzen oder eine gezielte Dosisreduktion (im Englischen: *Deprescribing*) von problematischen Medi-

kamenten im Sinne einer Abwägung von Risiko und Nutzen sind ein erster Schritt, um die Probleme der Polypharmazie und der damit verbundenen inadäquaten Medikamentenverschreibung anzugehen. *Deprescribing* kann wie folgt definiert werden: «*the process of withdrawal of an inappropriate medication, supervised by a healthcare professional with the goal of managing polypharmacy and improving outcomes*» [9]. Während sich einige Definitionen lediglich auf das Stoppen von Medikamenten beziehen, zählen andere auch die Reduktion von Dosierungen zum Begriff des *Deprescribing*. In der Theorie klingt *Deprescribing* also gar nicht so kompliziert.

Aber was ist die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zur Haltung von der Hausärzteschaft und von Patientinnen und Patienten zum Thema *Deprescribing*? Was sind die Voraussetzungen für *Deprescribing* und welche Hindernisse werden in der Praxis angetroffen? In diesem Bericht möchten wir unsere Erkenntnisse aus der LESS-Studie teilen, die sich mit diesen Fragen beschäftigt hat.

## Die LESS-Studie

Die LESS-Studie wurde zwischen 2017 und 2020 am Berner Institut für Hausarztmedizin unter der Leitung von Prof. Sven Streit durchgeführt. Es handelte sich um eine Querschnittsstudie zur Bereitschaft von der Hausärzteschaft sowie Patientinnen und Patienten, Medikamente abzusetzen oder zu reduzieren. Der Patiententeil der Studie wurde in der Schweiz durchgeführt. 300 Personen im Alter von 70 Jahren und älter mit mindestens drei chronischen Erkrankungen und mindestens fünf oder mehr Medikamenten wurden befragt [10]. Der Hauptteil des Patientenfragebogens bestand aus dem validierten «*revised Patient Attitudes*

*Towards Deprescribing*»-Fragebogen, der für die LESS-Studie ins Deutsche übersetzt wurde [11]. Der Fragebogen für die Hausärzteschaft wurde in der Schweiz und 30 anderen, mehrheitlich europäischen Ländern durch verschiedene Hausärzte-Netzwerke an die Hausärzteschaft geschickt. Der Fragebogen bestand aus sechs Fallvignetten, in denen die Ärztinnen und Ärzte jeweils gefragt wurden, ob und welche Medikamente sie absetzen oder reduzieren würden [12, 13]. Die Fallvignetten beschrieben jeweils einen männlichen Patienten mit Polypharmazie im Alter von über 80 Jahren. Die Medikamentenlisten waren in jeder Fallvignette identisch, die Vignetten unterschieden sich jedoch bezüglich der Eingeschränktheit des Patienten in Aktivitäten des täglichen Lebens sowie kardiovaskulärer Vorerkrankungen.

### Welche Faktoren beeinflussen die Bereitschaft der Hausärzteschaft, Medikamente abzusetzen?

Im Hausärzteschaftsteil der LESS-Studie haben 1706 Hausärztinnen und -ärzte aus 31 Ländern den Fragebogen ausgefüllt [13]. 60% der Teilnehmenden waren weiblich. Das Durchschnittsalter war 50 Jahre und die durchschnittliche Erfahrung als Hausarzt bzw. Hausärztin betrug 18 Jahre. Trotz einiger Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern haben wir festgestellt, dass mindestens 80% der Hausärzteschaft

angegeben haben, dass sie mindestens ein Medikament in einer der sechs präsentierten Fallvignetten absetzen oder reduzieren würden. In der Schweiz waren es mehr als 90% der Hausärzteschaft, die mindestens ein Medikament absetzen oder reduzieren würden [12]. Die Wahrscheinlichkeit für *Deprescribing* war höher in Patientinnen und Patienten, die in Aktivitäten des alltäglichen Lebens eingeschränkt waren (Odds Ratio = 1,5; 95%-Konfidenzintervall 1,3–1,8) und in Abwesenheit von kardiovaskulären Vorerkrankungen (Odds Ratio = 3,0; 95%-Konfidenzintervall 2,6–3,6).

Am häufigsten wurde von der Hausärzteschaft angegeben, dass sie Protonenpumpeninhibitoren und Schmerzmedikamente absetzen oder reduzieren würden, unabhängig von den kardiovaskulären Vorerkrankungen zu behandelnden Personen. Am wenigsten waren sie bereit, blutdrucksenkende Medikamente abzusetzen oder zu reduzieren.

Die Faktoren, die von den meisten Hausärztinnen und -ärzten als wichtig oder sehr wichtig für *Deprescribing* eingeschätzt wurden, waren das Risiko einzelner Medikamente, die Lebensqualität sowie die Lebenserwartung von Patientinnen und Patienten. Als wichtig oder sehr wichtig wurden auch die interprofessionelle Kommunikation und Kollaboration sowie die Existenz von *Deprescribing*-Richtlinien angesehen [13]. Diese Resultate deuten auf eine hohe *Deprescribing*-Bereitschaft hin. Wir möchten jedoch darauf aufmerksam machen, dass wir die Bereitschaft zum Absetzen von Medikamenten in dieser Studie anhand von hypothetischen Fallvignetten evaluiert haben. Deshalb kann es gut sein, dass die Bereitschaft überschätzt wurde und *Deprescribing*-Entscheidungen in der täglichen Praxis seltener sind. Umso wichtiger ist es, die richtigen Hilfsmittel zu finden und Guidelines zu veröffentlichen, um diese hohe theoretische Bereitschaft in die Praxis zu überführen.

### Hohe (theoretische) Bereitschaft von Patientinnen und Patienten, Medikamente abzusetzen

Die an der Studie teilnehmenden Personen waren im Schnitt 79 Jahre alt. 53% von ihnen waren männlich, 34% lebten alleine, und 86% haben ihre Medikamente selbst vorbereitet. 67% aller Teilnehmenden nahmen regelmässig fünf bis neun Medikamente ein; 24% der Teilnehmenden zehn oder mehr. Nahezu 80% wären bereit, eines oder mehrere ihrer Medikamente abzusetzen, falls ihr Arzt ihnen sagen würde, dass dies machbar wäre [10]. Wir fanden keinen Zusammenhang zwischen der Bereitschaft, Medikamente abzusetzen oder zu reduzieren und dem Alter, Geschlecht oder der

### Beispiel: Fallvignette

Herr Müller, 82 Jahre:

Sozialanamnese: pensionierter Zimmermann, wohnt mit seiner Ehefrau in einem Einfamilienhaus. Patient richtet Medikation selbständig, macht Einkauf und Gartenarbeit selber. Das Ehepaar benötigt keine Hilfe von Drittpersonen.

Allgemeinzustand: Körperlich und kognitiv in gutem Zustand. MMS 28/30 Punkte.

Weitere Diagnosen: Chronische Rückenschmerzen, Hypertonie, Nichtraucher, keine bisherigen kardiovaskulären Ereignisse, negative Familienanamnese für kardiovaskuläre Ereignisse.

Labor: Dyslipidämie (LDL 3,8 mmol/l / 148 mg/dl); Leber- und Nierenfunktion altersentsprechend normal, Blutbild normal. Letzte systolische Blutdruckwerte 130–140 mm Hg.

Tägliche Medikation:

- ASS 100 mg (einmal täglich);
- Atorvastatin 40 mg (einmal täglich);
- Enalapril 10 mg (einmal täglich);
- Amlodipin 5 mg (einmal täglich);
- Paracetamol 1 g (dreimal täglich);
- Tramadol Ret 50 mg (zweimal täglich);
- Pantoprazol 20 mg (einmal täglich).

So schätzen Sie Herrn Müller ein:

- Guter somatischer Zustand;
- selbständig im Alltag;
- kognitiv nicht eingeschränkt;
- niedriges Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse.

**Würden Sie ein/mehrere Medikament/e absetzen oder dessen/deren Dosis reduzieren?**

Anzahl an Medikamenten. Allerdings fanden wir eine positive Assoziation zwischen der Bereitschaft, Medikamente abzusetzen/zu reduzieren und der Beziehung zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin/Patient. Unsicherheit bezüglich *Deprescribing* sowie vorherige schlechte Erfahrungen mit *Deprescribing* waren negativ assoziiert mit der Bereitschaft, Medikamente abzusetzen.

Es gab keinen Zusammenhang zwischen der Bereitschaft, Medikamente abzusetzen oder zu reduzieren und unangemessener Polypharmazie [14]. Dies deutet darauf hin, dass sich viele Personen nicht bewusst sind, Polypharmazie und potenziell unangebrachte Verschreibungen zu haben. Und demnach wirkt sich dies auch nicht auf ihre Bereitschaft aus, Medikamente abzusetzen. Die meistgenannten *Deprescribing*-Barrieren für Patientinnen und Patienten waren die Tatsache, dass sie sich mit ihren aktuellen Medikamenten wohlfühlten oder dass sie davon überzeugt waren, all ihre Medikamente zu brauchen. Auch hier soll erwähnt werden, dass es sich um die hypothetische Bereitschaft zum Absetzen von Medikamenten handelte und dass es in der Praxis womöglich ganz anders aussieht. Nichtsdestotrotz bieten uns diese Studienresultate wichtige Ansätze, welche Faktoren *Deprescribing*-Entscheidungen von Patientinnen und Patienten begünstigen. Eine gute Beziehung zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin oder Patient und eine klare Kommunikation über die Indikation der verschiedenen Medikamente scheinen beispielsweise äusserst wichtige Faktoren zu sein.

Prof. Dr. med. Dr. phil.  
Sven Streit  
Bernser Institut für  
Hausarztmedizin (BIHAM)  
Universität Bern  
Mittelstrasse 43  
CH-3012 Bern  
sven.streit[at]biham.unibe.ch

## Take-home messages

### Was wissen wir?

*Deprescribing* (das Reduzieren oder Stoppen von Medikamentengaben) ist vor allem bei Polypharmazie und ungeeigneten Verschreibungen wichtig, um Krankheitslast, Nebenwirkungen, potenzielle Schäden und Kosten zu minimieren, aber in der Umsetzung gibt es oft Schwierigkeiten.

### Was hat die LESS-Studie gezeigt?

In der Schweiz sind sowohl Patientinnen und Patienten wie auch die Hausärzteschaft in Theorie sehr bereit, *Deprescribing* zu probieren bzw. umzusetzen. Ein Faktor, der die zu behandelnden Personen dabei unterstützt, ist die Beziehung zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin oder Patient. Demgegenüber erschweren schlechte Vorerfahrungen mit *Deprescribing* weiteres *Deprescribing*. Die Hausärzteschaft würde am ehesten Protonenpumpeninhibitoren oder Schmerzmittel reduzieren oder stoppen. Dabei beachten sie nicht nur das biologische Alter von Patientinnen und Patienten, sondern unter anderem auch, wie die Person ihren Alltag bewältigt. Im internationalen Vergleich mit 30 anderen Ländern gehören die Schweizer Kolleginnen und Kollegen zu den Befürwortern von *Deprescribing*.

### Wie geht es weiter?

Die Hausärzteschaft fragt nach spezifischen *Deprescribing*-Guidelines, Patientinnen und Patienten nach Studien, welche *Deprescribing* legitimieren. Die zu behandelnden Personen brauchen ein Vertrauensverhältnis zu ihren Hausärztinnen und -ärzten. In der Schweiz arbeiten die Institute für Hausarztmedizin an verschiedenen Projekten, um Betroffenen und der Hausärzteschaft die entsprechenden Informationen zu liefern, sodass *Deprescribing* erfolgreich in die Praxis umgesetzt werden kann.

## Die Zukunft von Deprescribing: Guidelines und Entscheidungshilfen

Wie bereits erwähnt, ist seitens der Hausärzteschaft die Existenz von *Deprescribing*-Guidelines als ein begünstigender Faktor für das Absetzen von potenziell inadäquaten Medikamenten angegeben worden.

Eine kanadische Forschungsgruppe am Bruyère-Institut hat in den letzten Jahren massgeblich die Entwicklung von *Deprescribing*-Guidelines vorangetrieben (siehe im Internet unter: <https://deprescribing.org>). Für die folgenden Medikamentengruppen wurden bereits Guidelines entwickelt und mit praxisfreundlichen Entscheidungshilfen ergänzt (auch diesbezüglich kann die Seite <https://deprescribing.org> konsultiert werden):

- Protonenpumpeninhibitoren;
- Benzodiazepine;
- Antidiabetika;
- Anticholinergika;
- Antipsychotika.

Diese Guidelines sind auf Englisch verfasst.

Die Praxisfreundlichkeit ist eine wichtige Voraussetzung für den alltagstauglichen Einsatz dieser Guidelines. In der Regel werden bei der Entwicklung dieser Guidelines auch die Wünsche und Präferenzen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Dies ist, wie auch von der LESS-Studie gezeigt, unerlässlich, damit die Arzt-Patienten-Beziehung gestärkt wird und den Patientinnen und Patienteneine zentrale Rolle im *Deprescribing*-Prozess gegeben wird. Beides wirkt sich wiederum positiv aus auf den Entscheid, gewisse Medikamente abzusetzen.

Eine weitere Domäne mit zukünftigem Forschungsbedarf ist die Optimierung der partizipativen Entscheidungsfindung (im Englischen: *shared-decision making*) im Rahmen der *Deprescribing*-Entscheidung. Die Entwicklung von sogenannten «*patient decision aids*» könnte hinsichtlich einer guten Kommunikation nützlich sein, auf welcher basierend informierte Entscheidungen getroffen werden können.

### Verdankung

Es braucht den Mut von Stiftungen und Förderungsinstitutionen, sich für *Deprescribing* einzusetzen. Wir sind deswegen der SGAIM-Foundation für die Unterstützung unseres Projektes zu grossem Dank verpflichtet. Ohne Mithilfe unserer Patientinnen und Patienten und Kolleg:innen in der Hausarztmedizin in der Schweiz und im Ausland wäre diese Studie nicht möglich gewesen. Ausserdem danken wir allen involvierten Personen, namentlich Prof. Arnaud Chiolerio, Prof. Jacobijn Gussekloo, Dr. Rosalinde Poortvliet und Prof. Nicolas Rodondi, welche damals den Antragssteller unterstützt und dieses Projekt erst ermöglicht haben.

### Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter [www.primary-and-hospital-care.ch](http://www.primary-and-hospital-care.ch).