

Auswahlverfahren für die High-priority DDI's

Tabelle 1 führt 4 institutionelle Partnerschaften auf, die der Festlegung des Grundsets mithliefen. Eigentlich wäre es 5; warum Ärzte und Apotheker nicht als Partnerschaft zusammengefasst wurden, ist nicht klar. Sie trugen vermutlich am ehesten patienten-orientierte Sichtweisen vor. Allein, die Fachexperten vermissten wohl die entsprechenden Publikationen und ratings.

Meine Interpretation: Im Hintergrund waren sich die Experten in zweierlei Hinsicht ohne Eintrittsevaluation im Klaren: Experten sind eben Experten- sie haben unterschiedlichste Argumente berücksichtigt – sie schieden nun diese umfassende Übersichten in eine Qualitätsbeurteilung. Folgende Kapitel widerspiegeln die galante Art des «fishing for esteem» und «coverage of extensive proficiency»:

- Developing a list of highly ...
- DDIs in the PHS MKB
- Building a starter set ...
- Expert panel

Das Kapitel Ratings from KB vendors soll vermutlich zeigen, dass auch die Anbieter von Datenbanken, die zeitnah das Neuste abbilden, schliesslich die Expertenmeinungen in grossen Zügen stützen.

Mir erscheint das Ganze einem fachorientierten Stratosphärenausflug nicht unähnlich. Bloss der Patient im Bett fehlt als Realitätsbezug.

Resultate

Die Liste der grundsätzlich zu vermeidenden Ko-Medikationen ist kurz (vgl. Tabelle 2). Der Begriff Ko-Medikation beinhaltet zwei Prozessarten, die zu einer gegenseitigen Beeinflussung der Wirkungen führen können:

- Zwei verordnete Medikamente können analoge Wirkungen an Rezeptoren / Enzymen / Transport-kanälen usw. bewirken, wenn sie aus derselben oder einer analogen therapeutischen Gruppe entstammen (vgl. zwei Präparate mit QT-Risiken, pharmakologisches Risiko).
- Teilen sich zwei Wirkstoffe bestimmte Stationen in ihrem Stoffwechsel durch den Körper, werden sie sich dort gegenseitig beeinflussen (pharmakokinetische Interaktionen).
- Schliesslich gibt es Mischformen zwischen den beiden Prozessarten. Die Bestimmung eines gewählten outcome parameters zur Kontrolle der Therapie muss eindeutig auf den einen oder anderen Wirkstoff rückführbar sein: Tabelle 3 zeigt Beispiele zu vermeidender Abatacept-Therapiekombinationen: Patienten, die eine gleichzeitige Behandlung mit Abatacept und TNF-Hemmern erhielten, wiesen mehr und schwerere Infektionen auf als Patienten, die nur mit TNF-Hemmern behandelt wurden (Fachinfo 57769, 62141, 65833 (Swissmedic)).

Beurteilung der Folgerungen aus den Resultaten

Das Expertenpanel hat recht umfangreiche Checkups und Korrekturen durchgeführt. Diese werden detailliert publiziert (siehe Modifications recommended by the expert panel).

Allerdings frage ich mich, inwieweit dies bei der Umsetzung «for use in electronic health records» helfen kann.

Zusammenfassungen von Interaktionen mit Wirkstoffen aus derselben pharmakologischen Gruppe lässt eine Liste deutlich verkürzen. Was dadurch aber verschleiert werden kann, sind Unterschiede in kinetischen Parametern (Clearance, Halbwertszeit, Proteinbindung, ... bis P450-Hemmung oder Induktion).

Ich frage mich, warum dann eine Expertengruppe nicht auf die Basisdaten zugegriffen hat und diese als verbindliche Unterlage mit Zitaten freigibt?

Zu den Conclusions

Der letzte Abschnitt dieser Publikation erinnert mich an einen Salto mortale. In einer beinahe als Selbstkasteiung zu bezeichnenden Art wird auf die Mangelzustände der aktuellen Beurteilungen von Interaktionen hingewiesen. Fehlende Literaturangaben, mangelnde Einbindung der Patienten, usw.

Dann folgt ein Heilsversprechen (barriers are not insurmountable) und der Ratschlag die Tabelle 2 als unlöschbare Grunddaten in jede Verordnungsoftware einzubauen.

Da hat es mir eigentlich abgelöscht. Aber lassen wir das beiseite.

JA, brauchbar ist die Tabelle 2, bloss vorausgesetzt diese Medis werden durch in der betroffenen Institution verordnet und die Tabelle wird nachgeführt! Durch wen?

AD, 2018-11-10