

U. Maywald, I. Hach

Polypharmazie bei älteren Patienten in Sachsen

TU Dresden
Institut für klinische Pharmakologie

Ältere Patienten (über 65 Jahre) machen ca. ein Fünftel aller Besuche beim Allgemeinmediziner aus, erhalten aber ca. 60 Prozent aller verordneten Medikamente (Harder et al. 2004). Gerade diese Patientengruppe ist jedoch unter Anderem aufgrund der sich mit steigendem Lebensalter ändernden Pharmakokinetik gefährdet, Arzneimittelneben- und -wechselwirkungen zu erleiden, insbesondere wenn Multimedikation vorliegt. Ab wann spricht man nun aber von Multimedikation oder Polypharmazie? Einfach ausgedrückt ist Multimedikation die Applikation vieler Arzneimittel (an einen Patienten) zur gleichen Zeit. Andere Definitionen sprechen von der Verordnung von mehr Medikamenten als klinisch indiziert, Medikationsregimes mit mindestens einem nicht notwendigen Arzneimittel oder, wie die in Deutschland allgemein akzeptierte Definition, von der Anwendung von mindestens fünf verschiedenen Arzneistoffen gleichzeitig (Renteln-Kruse 2002). Multimedikation ist besonders gefährlich, wenn Patienten diese über zu lange Zeiträume in zu hoher Dosierung bekommen. Wissenschaftlichen Schätzungen zufolge wird zum Beispiel für jeden Betrag, der für Arzneimittel in Pflegeheimen aufgewendet wird, mindestens der gleiche Betrag benötigt, um iatrogene, durch diese Medikamente ausgelöste Beschwerden, zu behandeln (Bootman et al. 1997). Die Altersstruktur der sächsischen Bevölkerung und die im Vergleich zu anderen Kassenärztlichen Vereinigungen nur im Mittelfeld liegenden Arzneimittelkosten pro Patient lassen vermuten, dass in unserer Region ähnliche Probleme bestehen (Glaeske et al. 2004). Auch Daten aus den am Institut für Klinische Pharmakologie der TU Dresden durchgeführten Pharmakotherapieberatungsdiensten lassen vermuten, dass Polypharmazie verbreitet ist. So erhalten die Anrufer beim Pharmakotherapieberatungsdienst für Patienten im Mittel 4,7 Medikamente gleichzeitig, im Einzelfall sogar bis zu 21 (Maywald et al. 2004). Ähnliches zeigt sich im Arzneimittelberatungsdienst für Ärzte, der allen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen niedergelassenen Kollegen kostenlos zur Verfügung steht.

Arzneimittelbedingte Nebenwirkungen, wie zum Beispiel Konfusion, Schwindel, Stürze oder Inkontinenz, können auch als Zeichen anderer (geriatrischer) Erkrankungen interpretiert werden können. Solche Beschwerden können den Arzt bei Fehlinterpretation veran-

lassen, ein weiteres Medikament, das unter Umständen weitere Nebenwirkungen erzeugen kann, zu verordnen. Im Einzelfall ist das Risiko von potentiellen Nebenwirkungen einer zusätzlichen Medikation gegen das Risiko anderer Therapieoptionen abzuwägen. Zum Beispiel ist im Falle einer opiatbedingten Obstipation die Verordnung von Laxantien unbedingt notwendig. Bei einer Kardiodepression verursacht durch trizyklische Antidepressiva ist hingegen zu entscheiden, ob diese durch Sympathomimetika behandelt wird oder ob eine Umstellung der antidepressiven Therapie erfolgen sollte, die das nicht unerhebliche Risiko der Verschlechterung der depressiven Symptomatik birgt (vgl. Hach et al. 2003). Zur Vermeidung iatrogenen Symptome ist es wichtig, sämtliche neu aufgetretene Symptome dahingehend zu überprüfen, ob es sich um Nebenwirkungen der bestehenden Arzneitherapie handeln könnte. Gerade bei älteren Patienten sind arzneimittelbezogene Probleme wie Nebenwirkungen, Therapieversagen und negative Effekte beim Absetzen von Arzneimitteln häufig. Um diesem Problem zu begegnen, wurde von Experten der Geriatrie und der Klinischen Pharmakologie schon vor einiger Zeit eine Liste mit bei geriatrischen Patienten nach Möglichkeit zu vermeidenden Medikamenten erstellt (Beers et al. 1997), die regelmäßig weiterentwickelt wird. Diese ist insbesondere bei Neuverordnungen zu beachten. Mit Vorsicht beziehungsweise möglichst nicht einzusetzende Stoffe sind danach zum Beispiel langwirksame Benzodiazepine wie Diazepam (unter anderem Faustan®) und Flunitrazepam (u.a. Rohypnol), Stoffe wie Dipyridamol (unter anderem in Aggrenox®), trizyklische Antidepressiva und auch NSAID's wie Indometacin und Piroxicam. Die komplette Liste kann bei den Autoren angefordert werden.

Abschließend möchten wir auf einen Zehn-Punkte-Plan zur Reduktion von unangemessener und von Multimedikation (und damit unnötigen Kosten) bei älteren Patienten hinweisen (nach Carlson 1996):

1. Lassen Sie sich die „braune Schatulle“ des Patienten, das heißt alle von ihm eingenommenen Arzneimittel beim Praxisbesuch zeigen und pflegen Sie die so gewonnenen Informationen in Ihre Kartei ein, inklusive OTC-Medikamenten („Over The Counter“ = nicht rezeptpflichtige Präparate) und Phytopharmaka.

2. Identifizieren Sie alle Arzneimittel mit Wirkstoffname und Klasse, prüfen Sie, ob Generika zur Verfügung stehen.

3. Stellen Sie sicher, dass das verschriebene Arzneimittel klinisch indiziert ist.

4. Vergewenwärtigen Sie sich das Nebenwirkungsprofil des verschriebenen Arzneimittels, beobachten Sie Ihren Patienten unter diesem Aspekt.

5. Vergewenwärtigen Sie sich, wie die im Alter veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik das Risiko für Nebenwirkungen erhöht.

6. Beenden Sie die Verordnung von jedem Arzneimittel ohne belegten Nutzen. Diese stellt nur ein zusätzliches Nebenwirkungsrisiko dar.

7. Beenden Sie die Verordnung von jedem Arzneimittel ohne klinische Indikation, prüfen Sie den Fortbestand der Indikation für einmal verordnete Medikamente regelmäßig.

8. Versuchen Sie, auf nebenwirkungsärmere Arzneistoffe auszuweichen (zum Beispiel Ersatz langwirksamer Benzodiazepine wie Diazepam gegen kurzwirksame).

9. Behalten Sie die Gefahr der Verschreibungskaskade im Auge (das Verschreiben eines neuen Medikamentes gegen die Nebenwirkungen eines bereits verordneten).

10. Soweit es möglich ist handeln Sie nach dem Motto: „eine Krankheit => ein Medikament => einmal täglich“

Natürlich stellen diese Empfehlungen nur allgemeine Hinweise dar, spezielle, auf den konkreten Einzelfall in Ihrer Praxis bezogene Informationen erhalten Sie beim Pharmakotherapieberatungsdienst für niedergelassene Ärzte in Sachsen. Es bestehen folgende Möglichkeiten, den Service zu kontaktieren:

Pharmakotherapieberatungsdienst für niedergelassene Ärzte in Sachsen

Institut für Klinische Pharmakologie
Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus“
Technische Universität Dresden
Fiedlerstrasse 27, 01307 Dresden
Tel.: 0351 458 5053
E-Mail: klinische.pharmakologie@mailbox.tu-dresden.de
Internet: www.tu-dresden.de/medikp/

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Isabel Hach, MPH
Institut für Klinische Pharmakologie
Medizinische Fakultät „Carl Gustav Carus“
Technische Universität Dresden
Fiedlerstrasse 27, 01307 Dresden
Tel.: 0351 458 3313

Kommentar Polypharmazie bei älteren Patienten

Das Anliegen des Artikels von Dr. Maywald und Frau Dr. Hach ist unstrittig und klar – keine unkritische Verordnung von Arzneimitteln vor allem bei älteren Menschen! Dies gilt aber ebenso auch für jüngere Menschen.

Allerdings sind die Herangehensweise an das Problem und der versteckte Vorwurf nicht unkritisch hinzunehmen.

Ich stelle fest, dass allein aufgrund des Zählens von Medikamenten und des Aufrechnens des Anteils an den Gesamtausgaben keine hinreichend genaue Aussage getroffen werden kann. Völlig außer Acht gelassen scheint hierbei der Faktor Patient und der Faktor Gesellschaft.

Lassen Sie mich den Konflikt im zur Verfügung stehenden Rahmen an einem Beispiel kurz verdeutlichen:

1. Der ältere Patient begegnet uns Multimorbide – selbst bei Auftreten von bereits zwei Erkrankungen gleichzeitig übersteigt die Zahl der zu verordnenden Medikamente häufig das bereits im Studium gelernte. Tritt ein metabolisches Syndrom mit Hypertension auf dann lassen Diabetes und arterielle Verschlusskrankheit nicht lange auf sich warten. Wie und was sollen wir nun therapieren. Fragen wir nach dem Nutzen der Medikamente, so ist entsprechend dem Artikel keine Aussage getroffen – ob Nutzen dadurch belegt ist, dass sich die

Lebenszeit verlängert (β -Blocker, ACE-Hemmer) oder die Lebensqualität ohne Verlängerung der Lebenszeit verbessert wird (Nitrate, Digitoxin). Tritt ein kardiales Ereignis ein, so sind als Standard belegt, mindestens bereits drei Medikamente zu verordnen (Thrombozytenaggregationshemmer, β -Blocker und CSE-Hemmer), meist kommen fast immer zwingend ein ACE-Hemmer und weitere blutdrucksenkende Medikamente hinzu. Tritt ein Diabetes mellitus hinzu, sind weitere, oft medikamentöse Maßnahmen zu ergreifen, um nicht zuletzt die Lebensqualität zu erhöhen.

2. Wobei wir nun bei der Gesellschaft wären: Hier sehen wir uns der Forderung gegenüber, die Lebensqualität zu erhöhen – Ein älterer Diabetiker mit hohen Blutzuckerwerten wird nicht immer das Eintreten von Komplikationen erleben, allerdings ist diese Aussage nur sehr wage und aus meiner Kenntnis nicht stichhaltig belegt, da oft Komplikationen bereits bei Erstdiagnose des Diabetes mellitus vorhanden sind. Nicht zuletzt ist es wichtig, auch den älteren Diabetiker so gut wie möglich „einzustellen“, damit die Lebensqualität nicht leidet, denn die tägliche Praxis beweist, dass die mentale Leistungsfähigkeit mit der Höhe der Blutzuckerwerte abnimmt. Die Gesellschaft fordert Krankheitsbehandlung und

Besserung der Lebensqualität. Erhalten die praktisch tätigen Ärzte doch ebenso immer wieder Schelte, wenn es um solche Aussagen geht wie: „... die Demenzerkrankungen werden in der Behandlung in Deutschland vernachlässigt!“ oder „... die Behandlung der Hypertension in Deutschland ist unzureichend!“

Ich bitte also dringend um eine kritische Auseinandersetzung mit dem Thema der Multimedikation und der Betrachtung von verschiedenen Seiten.

Unstrittig bleibt „Medikamente nur so viel wie nötig und so wenig wie möglich“.

In diesem Zusammenhang möchte ich den zum Teil ebenso Diskussionswürdigen und Praxisfernen Aussagen nach Carlson 1996 hinzufügen:

– Schöpfen Sie gemeinsam mit dem Patienten soweit wie möglich alle nichtmedikamentösen Maßnahmen aus.

Hierin besteht aus meiner Sicht der wichtigste Ansatzpunkt in der Gesellschaft und zur Lösung des Problems, denn die Bratwurst ist nicht allein dadurch gerechtfertigt, dass es CSE-Hemmer gibt.

Erik Bodendieck
Facharzt für Allgemeinmedizin/Diabetologe
Walter-Rathenau-Straße 2, 04808 Wurzen