



Arzneimitteltherapie in der Geriatrie

Abwägung Medikamentöse Therapien haben zur Verbesserung von Morbidität und Mortalität beigetragen, aber Polypharmazie im höheren Lebensalter ist als eigenständiges Krankheitsbild anzusehen. Ältere Menschen sind vulnerabler für unerwünschte Arzneimittelwirkungen als jüngere und eine standardisierte Pharmakotherapie im höheren Lebensalter birgt Risiken.

Alte Menschen haben in der Regel mehrere chronische Erkrankungen und werden dementsprechend meist mit zahlreichen Dauermedikationen behandelt. Hinzu kommen kurzdauernde Akuttherapien, Bedarfstherapien und die Selbstmedikation. Ohne Frage ist die Abnahme der Mortalität und die Verbesserung der Lebensqualität im höheren Lebensalter auf eine erfolgreiche Arzneimitteltherapie zurückzuführen. Alte Menschen sind aber für unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln empfindlicher als jüngere,

da die Effektivität von Kompensationsmechanismen im Alter (z.B. bei Frailty) nachlässt.

Krankheit: Polypharmazie

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) haben eine eigenständige Rolle als Auslöser von Gesundheitsschäden erreicht. Polypharmazie kann und muss als eigenständiges Krankheitsbild betrachtet werden. Viele unerwünschte Arzneimittelwirkungen sind prinzipiell vermeidbar. Insgesamt werden UAW in ihrer Gesamtheit als das be-

deutendste potentiell reversible Leiden betrachtet und die Vermeidung von UAW hat großes Präventionspotential. Als geriatritypische Multimorbidität gelten definitionsgemäß mindestens zwei chronische Krankheiten mit sozialmedizinischer Relevanz. Chronisch bedeutet Beste-

Text:
Prof. Dr. med. Heiner
K. Berthold.



hen über mindestens ein halbes Jahr und voraussichtlich anhaltend. Sozialmedizinische Relevanz ist definiert als alltagsrelevante Beeinträchtigung von Aktivitäten, die für eine Teilhabe bedeutsam sind. Beispiele für die geriatritypische Multimorbidität finden sich im Kasten unten.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen haben eine eigenständige Rolle als Auslöser von Gesundheitsschäden erreicht.

i Schwerpunkt Geriatrie

Die Behandlung älterer Patienten ist eine große Herausforderung in der Medizin, da die Anzahl der Erkrankungen und der Einsatz von Medikamenten mit dem Lebensalter zunehmen. Neben der Indexerkrankung liegen meist Komorbiditäten vor, deren Therapie zu unerwünschten Wechselwirkungen der Arzneimittel führen und altersspezifische Probleme verstärken kann.

Wie viel ist gut für den Patienten und wie lassen sich Nebenwirkungen verhindern? Das ist ein zentrales Thema, das Prof. Dr. Heiner K.

Berthold als Geriater und Klinischer Pharmakologe aus Bielefeld in diesem Schwerpunkt aufgreift. Er fordert Alternativkonzepte, weil Negativlisten mit rein wirkstoffbezogener Sicht die Heterogenität des alten Menschen nicht berücksichtigen.

Worin unterscheidet sich die Geriatrie von der Palliativmedizin? Welche Gemeinsamkeiten gibt es? Diese Fragen beleuchtet Anke Richter aus Bad Oeynhausen, Internistin und Vorsitzende des Hausärzterverbandes Westfalen-Lippe.

Der Insulintherapie im Alter widmet sich der Beitrag von Dr. Young Hee Lee-Barkey aus Bad Oeynhausen. Die Diabetologin ist Mitautorin der im letzten Jahr aktualisierten S2k-Leitlinie der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zur Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter.

Abschließend wird ein innovatives Projekt vorgestellt, das vom Universitätsklinikum Köln entwickelt und kürzlich von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) mit dem Preis für Altersforschung ausgezeichnet wurde.

Der geriatrische Patient ist im Sozialrecht als derjenige definiert, der kalendarisch >70 Jahre alt ist und bei dem eine geriatritypische Multimorbidität vorliegt. Alternativ gelten auch Menschen als geriatrisch, wenn sie >80 Jahre alt sind, weil bei ihnen eine alterstypisch erhöhte Vulnerabilität angenommen wird, z.B. für das Auftreten von Komplika-

i Beispiele für geriatritypische Multimorbidität

- ◆ kognitive Defizite
- ◆ starke Sehbehinderung, ausgeprägte Schwerhörigkeit
- ◆ Depression
- ◆ Angststörung
- ◆ Schwindel
- ◆ Sturzneigung
- ◆ chronische Schmerzen
- ◆ Sensibilitätsstörungen
- ◆ herabgesetzte Medikamententoleranz
- ◆ Inkontinenz (Urin, Stuhl)
- ◆ Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
- ◆ Dekubitalulzera, chronische Wunden
- ◆ Dysphagie
- ◆ Fehl- und Mangelernährung
- ◆ herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit

aus: Rahmenempfehlungen GKV-Spitzenverband 2018

kationen und Folgeerkrankungen, Gefahr der Chronifizierung und Gefahr des Verlustes von Autonomie und Selbsthilfefähigkeit. Die Frage, ob Alter selbst eine Komorbidität sei, wird eher verneint.

Alter, Indexerkrankung, Komorbiditäten und Frailty/Resilienz treten miteinander in Wechselwirkungen. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, das Vorliegen von Frailty (Gebrechlichkeit) anhand von formalen Kriterien zu dokumentieren. Dazu gehören das Empfinden von Energielosigkeit bzw. Erschöpfung, ungewollter Gewichtsverlust, muskuläre Schwäche, langsame Gehgeschwindigkeit und niedriger physischer Aktivitätsgrad. Sollten ein bis zwei dieser Kriterien positiv sein, spricht man von Prefrailty, bei drei oder mehr positiven Kriterien von Frailty.

Entsprechend der allgemeinen Widerstandsfähigkeit eines Patienten sollten auch medikamentöse Strategien angepasst werden.

Problematik einer leitlinienorientierten Therapie im Alter

Die Indikationsstellung für Arzneimitteltherapien im Alter, wie auch das systematische Absetzen - Deprescribing -, sind hochindividualisierte Prozesse, die letztlich die ärztliche Kunst mehr herausfordern, als eine standardisierte leitlinienorientierte Therapie in anderen Bereichen der Medizin.

In Zeiten der evidenzbasierten Medizin gehört die Einhaltung von Empfehlungen von Leitlinien zu den höchsten Qualitätskriterien. Leitlinien finden im Bereich der geriatrischen Pharmakotherapie jedoch eine Limitierung, da alte Menschen ohnehin in den meisten klinischen Studien unterrepräsentiert waren - die Datenbasis also defizitär ist - und weil die Herausarbeitung von evidenzbasierten Empfehlungen an der Komplexität der geriatrischen Pharmakotherapie scheitert.

Im Jahre 2005 hat eine amerikanische Studie großes Aufsehen erregt, welche die Entwicklung eines Behandlungsplans für eine hypothetische multimorbide 79-jährige Patientin anhand der seinerzeit verfügbaren US-amerikanischen Leitlinien für chronische Erkrankungen

aufzeigte. Die Studie kam zu der Schlussfolgerung, dass das Einhalten von Leitlinien für den Patienten nachteilig sein kann und sogar „pervertierte Anreize“ setzen würde für das, was eine gute geriatrische Pharmakotherapie ausmacht. Diese besteht aus dem Setzen von Prioritäten und dem kontinuierlichen und stringenten Versuch, mit weniger statt mehr Wirkstoffen auszukommen.

Besondere Problemfelder der Pharmakotherapie im Alter

Körperzusammensetzung und Änderung der Pharmakokinetik
Altersbedingte Veränderungen der Körperzusammensetzung und veränderte Organfunktionen führen zu Veränderungen in den ADME-Pro-

zessen (Absorption, Distribution, Metabolismus und Exkretion) und damit zu Veränderungen der Pharmakokinetik.

Dabei ist der bedeutendste Einzelprozess die altersbedingte Abnahme der Nierenfunktion, welche umso mehr zum Tragen kommt, je höher der renal eliminierte Anteil eines Wirkstoffes (erkennbar am Q_0 -Wert) und je enger dabei die therapeutische Breite dieses Wirkstoffes

„Alter, Indexerkrankung, Komorbiditäten und Frailty/Resilienz treten in Wechselwirkungen.“



Eine gute geriatrische Pharmakotherapie besteht aus dem Setzen von Prioritäten und dem kontinuierlichen und stringenten Versuch, mit weniger statt mehr Wirkstoffen auszukommen.

ist. Der Rückgang der Exkretionsfunktion der Nieren kann altersphysiologisch oder durch Nierenerkrankungen oder durch die Kombination beider Zustände bedingt sein. Wichtig ist jedoch, dass der altersphysiologische Rückgang der Nierenfunktion nicht zwingend bei jedem Menschen zu beobachten ist. Eine eGFR um 100 ml/min ist bei alten Menschen nichts Ungewöhnliches. Daher sollte bei jedem Patienten mit renal eliminierten Arzneimitteln eine Schätzcarence bestimmt werden, um ggf. auch Unterdosierungen zu vermeiden. Die verbreitet eingesetzte MDRD Formel Nr. 4 ist bei alten Menschen nur eingeschränkt validiert; zu bevorzugen ist die CKD-EPI-Formel.

Interaktionen

Bedingt durch die große Zahl gleichzeitig gegebener Wirkstoffe steigt die Häufigkeit von möglichen Interaktionen exponentiell an. Theoretisch sind bei n gleichzeitig angewendeten Wirkstoffen $i = (n^2 - n)/2$ Interaktionen möglich. Klinisch relevant sind davon die wenigsten. Um diese präventiv zu identifizieren hat sich der gezielte Einsatz von Computerprogrammen bewährt, deren Ergebnisse aber kritisch bewertet werden müssen (sog. alert overkill).

Es lassen sich bereits mit klinisch-pharmakologischen Grundkenntnissen zahlreiche mögliche Interaktionen ableiten. Dazu zählen vor allem die pharmakodynamischen Interaktionen von gleichsinnig wirkenden Pharmaka.

Pharmakodynamische Interaktionen sind offensichtlich bezüglich der erwünschten Wirkungen, oft sogar therapeutisch intendiert (z.B. Mehrfachkombinationen in der Hypertonietherapie). Weniger Beachtung finden PD-Interaktionen bei den unerwünschten Wirkungen, die deshalb häufig übersehen werden. Beispiel dafür ist die „anticholinerge Last“, d.h. die Summe der unerwünschten anticholinergen Wirkungen, die sich aus den anticholinergen Wirkungen einer größeren Zahl von Wirkstoffen ergibt (s.u.).

Um das pharmakokinetische Interaktionspotential abzuschätzen, ist vor allem die Kenntnis der für den Metabolismus wichtigen CYP450-Enzyme relevant. Dabei spielt es eine Rolle, ob zwei Wirkstoffe lediglich Substrat des gleichen

bei den Interaktionen bewirkt, eine klinisch relevante Wechselwirkung demaskieren.

Besondere Risiken

Hauptfelder der unerwünschten Arzneimittelwirkungen sind die



© Picture-Factory - Fotolia

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen: beispielsweise erhöhtes Sturzrisiko, weniger Mobilität und Antrieb sowie beeinträchtigte Wachheit.

arzneimittelmetabolisierenden Enzyms sind oder zusätzlich Induktor oder Inhibitor dieses Enzyms. Auch unterliegen zahlreiche Wirkstoffe genetischen Polymorphismen, die für die Steuerung der Therapie eine Rolle spielen können.

Beachtung finden sollten auch Arzneimittel/Genussmittel-Interaktionen (Tabak, Alkohol, Coffein) und Arzneimittel/Nahrungsmittel-Interaktionen.

Reduzierte Kompensationsmechanismen

Die Gefährdung durch Interaktionen ist bei älteren Menschen zum einen durch die Polypharmazie gegeben und zum anderen durch reduzierte Kompensationsmechanismen.

Besondere Beachtung sollten immer zusätzlich zu einer Dauertherapie gegebene Akuttherapien finden (z.B. Antibiotika). Auch kann das unkontrollierte Absetzen einer Therapie (z.B. durch fehlende Adhärenz), das einen neuen Steady state

Auslösung oder Verstärkung von deliranten Zuständen, für die insbesondere die sog. anticholinerge Last anzuschuldigen ist, ferner das erhöhte Sturzrisiko, die Förderung von Inkontinenz, die Verursachung von Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust, die Verminderung der Mobilität sowie die Beeinträchtigung von Wachheit und Antrieb.

Anticholinerge Arzneimittelnebenwirkungen sind in der Regel aus der Pharmakologie des Wirkstoffes ableitbar. Sie haben komplexe Wirkungen und Nebenwirkungen am ZNS (Kognition, Wachheit;

langfristig dementielle Entwicklung) sowie an zahlreichen Organen (Auge, Magen-Darmtrakt, ableitende Harnwege, kardiovaskuläres System). Bei Polypharmazie addieren

oder potenzieren sich diese Effekte. Es gibt Ansätze, die sog. anticholinerge Last mit systematischen Risikoskalen zu erheben. Dabei wird das anticholinerge Potential mit einem abgestuften Punktesystem eingruppiert.

„Hauptfelder der unerwünschten Arzneimittelwirkungen sind delirante Zustände.“

Die zunehmende Sturzneigung ist ein typisches Phänomen des höheren Lebensalters. Stürze sind meist multifaktoriell, aber es gibt solide Hinweise darauf, dass bestimmte Arzneimittelgruppen die Sturzneigung erhöhen. Dazu zählen fast alle ZNS-wirksamen und sedie-

Prädiktoren einer schlechten Adhärenz und Persistenz sind kognitive Beeinträchtigung, psychische Probleme (v.a. Depressionen), Behandlung einer eher asymptomatischen Erkrankung, unzureichende Entlassungsplanung oder inadäquates Follow-up, unerwünschte Arz-

ren, wer die Umsetzung der Therapie übernimmt (z.B. Angehörige, Pflegedienst), wenn der Patient dies nicht selbst übernehmen kann.

Konzepte zur Verbesserung der geriatrischen Pharmakotherapie

Listen mit potentiell ungeeigneten Wirkstoffen

Der pionierhafte Ansatz in der Pharmakotherapie des alten Menschen, potentiell inadäquate Medikationen (PIM) zu definieren, geht auf den amerikanischen Geriater Mark H. Beers zurück. Er stellte die erste sog. PIM-Liste auf, die seitdem fortentwickelt wurde. Da sich die US-amerikanische Pharmakotherapie in vielen Punkten von unseren Gebräuchen unterscheidet, wurde in Deutschland die PRISCUS-Liste entwickelt. Beide Listen sind Negativ-Listen. Allen PIM-Listen ist zu eigen, dass sie nicht als starre Algorithmen konzipiert sind, sondern Wirkstoffe als potentiell inadäquat eingruppiert. Diese PIM-Negativ-Listen machen aber zu zahlreichen Wirkstoffgruppen gar keine Aussagen und stellen auch keine positiven Empfehlungen zur Verfügung.

Im Jahre 2012 wurde erstmals die FORTA-Klassifikation vorgelegt, die ebenfalls ständig weiterentwickelt wird. Dabei werden Wirkstoffe in vier Kategorien eingeteilt:

- ◆ A = Arzneimittel schon geprüft an älteren Patienten in größeren Studien, Nutzenbewertung eindeutig positiv
- ◆ B = Wirksamkeit bei älteren Patienten nachgewiesen, aber Einschränkungen bezüglich Sicherheit und Wirksamkeit
- ◆ C = ungünstige Nutzen-Risiko-Relation für ältere Patienten; genaue Beobachtung von Wirkungen und Nebenwirkungen erforderlich; bei insgesamt >3 Arzneimitteln als erste weglassen bzw. Alternativen suchen
- ◆ D = diese Wirkstoffe sollten fast immer vermieden werden; Alternativen finden

Die FORTA-Klassifikation versteht sich als Negativ- und Positivliste und



Polypharmazie kann und muss als eigenständiges Krankheitsbild betrachtet werden.

renden Wirkstoffe (Schmerzmittel, Neuroleptika, Antidepressiva u.a.), aber auch Diuretika und zahlreiche kardiovaskuläre Arzneimittel.

Therapietreue

Eine besondere Herausforderung der geriatrischen Arzneimitteltherapie ist die Therapietreue. Dabei wird primär zwischen Adhärenz (früher: Compliance) und Persistenz unterschieden. Während Adhärenz eher das Abweichen bzw. eine schlechte Umsetzung von Anwendungsvorgaben beschreibt (z.B. Einnahme nur jeder zweiten Tablette oder völlig unregelmäßige Einnahme), beschreibt die Persistenz den Zeitraum, in welchem das Arzneimittel grundsätzlich noch genommen wurde (mit unterschiedlicher Adhärenz), ehe es ganz weggelassen wurde. Es ist bekannt, dass die Persistenz bei kardiovaskulären Dauermedikationen nach einem Jahr häufig nur noch 50 Prozent beträgt.

„Eine besondere Herausforderung der geriatrischen Arzneimitteltherapie ist die Therapietreue.“

neimittelwirkungen oder Störungen der Verträglichkeit, fehlendes Vertrauen des Patienten in die Vorteile der Behandlung (Aufklärung!), fehlendes Verständnis für die Art und Schwere der Erkrankung sowie vor allem die Komplexität einer medikamentösen Behandlung. Es ist erwiesen, dass die Anzahl der Tabletten und die Komplexität des Schemas direkt mit der Qualität der Umsetzung korrelieren.

Sinnvolle Maßnahmen dagegen sind strikte Vereinfachungen der Medikationspläne, z.B. durch tägliche Einnahmungen, geeignete Fixkombinationen usw., sowie das obligate Führen, Aushändigen und Erklären von schriftlichen Anweisungen (Bundesmedikationsplan).

Im Rahmen der funktionalen Einschätzung eines Patienten ist bei komplexen oder potentiell gefährdenden Therapien (z.B. Antikoagulation, Antidiabetika, Opiate) vorab abzuklären und zu organisie-

Moderne Therapielösung

Sensorgestützte Pen-Therapie



Erreichen Sie mehr Überblick, mehr Zeit und mehr Motivation für Ihre ICT-Patienten:

- 1 Das Eversense XL CGM System zeichnet kontinuierlich Glukosewerte auf und vibriert bei Alarmen direkt am Körper.
- 2 Der Pendiq 2.0 Smart Insulin-Pen speichert Insulindosierungen und hilft, sie besser nachzuvollziehen.
- 3 Die Accu-Chek Smart Pix 3.0 Software macht den Zusammenhang zwischen Glukose- und Insulindaten sichtbar und unterstützt bei der Therapieoptimierung.

Mehr erfahren unter:

www.roche-diabetes-care.de

bewertet Wirkstoffe auch indikationsbezogen.

Mit den START- und STOPP-Kriterien wurde in Irland ein Instrument entwickelt, das sowohl zum Screening für PIM geeignet ist, als auch Untertherapie im Alter detektieren soll. Diese ist definiert als Nichtverschreibung eines Arzneimittels, das eigentlich indiziert wäre, wenn Alter per se der entscheidende Ausschlussgrund ist.

Alternativkonzepte

Die rein wirkstoffbezogene Betrachtung, welche in Negativ-Listen vorgenommen wird, berücksichtigt nicht die Heterogenität des alten Menschen, die sich aus seiner Erkrankungssituation, aber vor allem aus sehr heterogener funktioneller Kompetenz bzw. deren Einschränkung ergibt.

In der Regel ist nicht ein Wirkstoff per se bei einem Patienten unangemessen, sondern seine Verwendung bei einem Patienten, dessen Gesamtsituation für diesen Wirkstoff nicht angemessen ist. Sowohl die Eigenschaften des Arzneimittels als auch die des Patienten müssen zusammenpassen. Auf der Basis dieser Überlegungen wurde das Konzept der Potentially inappropriate medications (PIM) zu Potentially inappropriate patients (PIP) erweitert.

Der Medikationsprozess muss mithin vor allem die individuellen funktionellen Defizite alter Menschen berücksichtigen. Dabei kommen die geriatrischen Assessments zum Tragen.

Geriatrische Assessments

Wenn Kenntnis der individuellen Umstände eines Patienten wichtig für arzneitherapeutische Entscheidungen ist, stellt sich die Frage, welche Instrumente dafür zur Verfügung stehen. In der Altersmedizin hat sich der Einsatz von standardisierten Screenings und Assessments bewährt. Für eine erste Orientierung kann das Screening nach

Lachs eingesetzt werden, ein kurzer Fragebogen mit hoher Sensitivität aber eher geringer Spezifität für das Ergebnis.

Geriatrische Assessments erfolgen in den Domänen Alltagsfähigkeiten (ADL, Activities of daily living), Mobilität, Kognition, Affektivität, Ernährungszustand, soziale Situation, um nur einige zu nennen.

Die Ziele der Durchführung von Assessments sind zunächst eine systematische, strukturierte Befunderhebung („damit nichts vergessen wird“), eine Verbesserung der diagnostischen Präzision, Unterstützung bei der Formulierung von Therapie-

zielen, auch für die Prioritätensetzung, bessere Kommunikation im therapeutischen Team, der Möglichkeit, Reha-Potentiale zu definieren und auch prognostische Aussagen zu machen sowie schlussendlich der Erfüllung der Forderungen der Kostenträger, um altersmedizinische Leistungen abrechenbar zu machen.

Assessment-Instrumente unterliegen einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. Eine gute Übersicht über die derzeit in Deutschland eingesetzten Verfahren gibt eine neue S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, welche auch

eine Diskussionsgrundlage für die Fortentwicklung darstellt.

UAW präventiv erkennen bzw. vermeiden

Es ist naheliegend, dass potentiell inadäquate Arzneimittel häufiger zu UAW und damit zur Patientenverstellung in der Notaufnahme in den Krankenhäusern führen. Quantitativ machen diese PIM aber nicht den Großteil der Notaufnahmepatienten aus. In einer amerikanischen Studie waren nur bei 3,6% der Notaufnahmepatienten PIM nach den

 Redaktion: 06131/9607035

Beers-Kriterien vorhanden. Einen wesentlich größeren Anteil machten Wirkstoffe aus, die nicht auf der Beers-Liste stehen, nämlich Warfarin, Insulin und Digoxin (zusammen bei 33,3% der Patienten). Das Risiko für eine Vorstellung in der Notaufnahme war bei diesen drei Arzneimitteln 35 mal höher als bei den PIM nach der Beers-Liste.

Die Arzneimittelgruppen mit besonders hohem Nebenwirkungspotential sind Antikoagulantien (Heparine, orale Antikoagulantien), Thrombozytenaggregationshemmer, Diabetesmittel (Insuline, orale Antidiabetika), Diuretika, Schmerzmittel sowie alle ZNS-wirksamen Wirkstoffe (z.B. Sedativa, Hypnotika, Antidepressiva, Neuroleptika).

Eine pragmatische Strategie zur UAW-Vermeidung wäre, neben strengster Indikationsstellung, die sorgfältige präventive Aufklärung und Überwachung bezüglich UAW bei diesen Wirkstoffgruppen. Diese Strategie verspricht eine höhere Effizienz als die Fokussierung auf PIM allein. In der Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und Pflegepersonal ist es sinnvoll, typische Symptome für mögliche UAW anzusprechen, die häufig pharmakodynamisch erklärbar sind, häufig aber auch untypisch sein können. Dazu gehört im geriatrischen Bereich vor allem die „AZ-Verschlechterung“ (Verschlechterung des Allgemeinzustands). Weitere mögliche Symptome sind im Kasten dargestellt.

„Der Medikationsprozess muss vor allem die individuellen funktionellen Defizite berücksichtigen.“

Symptome erkennen

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen erkennen. Beispiele für Symptome:

- ◆ Schwindel und Benommenheit
- ◆ Stürze
- ◆ Verwirrheitszustände, Delir
- ◆ „anders sein“, „AZ-Verschlechterung“
- ◆ trockener Mund, trockene Schleimhäute
- ◆ Übelkeit, Bauchschmerzen, Obstipation
- ◆ Miktionsprobleme, Inkontinenz
- ◆ Schlafstörungen
- ◆ Gewichtszunahme, Gewichtsabnahme
- ◆ Hämatome, Blutungen

Medication Review

Im ambulanten Bereich (dazu gehören auch Einrichtungen wie Pflegeheime) sollte in regelmäßigen Abständen die gesamte Medikation auf den Prüfstand gestellt werden (z.B. einmal im Jahr). Es hat sich bewährt, die Patienten zu bitten, alles was sie an Medikamenten haben in einer großen Tüte mitzubringen. In den USA wird dieses Verfahren „Brown bag medication review“ genannt.

Es ist einleuchtend, dass dieses Verfahren nicht nur die Möglichkeit eröffnet, die „offizielle“ Medikationsliste zu aktualisieren („Diese Tabletten nehme ich schon seit Monaten nicht mehr“; „Dieses Medikament habe ich schon nach der ersten Tablette nicht vertragen“; „Diese Tabletten habe ich ohne Rezept in der Apotheke gekauft“ etc.), sondern auch Fehlerquellen im Medikationsprozess zu identifizieren. Das Verfahren ist aufwendig.

Deprescribing

Deprescribing ist definiert als der Prozess des Absetzens, einer Dosisreduktion oder eines Ausschleichens von Medikationen, die inadäquat, unsicher oder unwirksam sind. Dabei sind die ärztliche Indikationsstellung und Überwachung dieses Prozesses Teil der Definition.

Es gibt bereits erste Leitlinien zum Deprescribing, aber die Datengrundlage nach harten patientenrelevanten Endpunkten, ob Deprescribing wirksam ist, ist noch lückenhaft.

Ein erfolgreiches Deprescribing erfordert gute kommunikative Fähigkeiten. Häufig wird vermutet, dass Patienten für ein Absetzen von nicht (mehr) benötigten Arzneimitteln nicht zugänglich wären. Eine vor kurzem veröffentlichte Studie aus den USA hat ergeben, dass >90 Prozent der Patienten offen für ein Absetzen sind, wenn der Arzt sagt, dies sei möglich, und etwa zwei Drittel der Patienten möchten grundsätzlich die Anzahl ihrer Medikamente reduzieren. Dabei kam ein speziell für das Deprescri-



© Jdep880 - AddeStock

Mehr als 90 Prozent der Patienten sind offen für ein Absetzen, wenn der Arzt sagt, dies sei möglich. Etwa zwei Drittel der Patienten möchten grundsätzlich die Anzahl ihrer Medikamente reduzieren.

bing entwickelter Fragebogen zum Einsatz.

Vorrangige Therapieziele

Aufgabe jeder geriatrischen Pharmakotherapie ist es, individuelle prioritäre Therapieziele zu definieren und gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen umzusetzen. Diese sind im höheren Lebensalter vor allem an Funktionserhalt, Selbständigkeit und Lebensqualität orientiert.

@ heinz@kirchheim-verlag.de

Prioritäre Therapieziele sind Schmerzfreiheit, Erhaltung von Mobilität, kardiopulmonaler Leistungsfähigkeit, Freude am Essen, Ausscheidungsfunktionen und Kontinenz, Schlaf und Vigilanz sowie Kommunikationsfähigkeit.

Die Entscheidung, wann eher organbezogene Therapieziele im Vordergrund stehen oder wann allgemeine Therapieziele wichtiger werden, gehört zur großen Kunst der ärztlichen Behandlung alter Menschen. Die internationalen Bewegungen „Less is more“ und „Choosing wisely“, in Deutschland auch von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und den Schwerpunktgesellschaften unterstützt („Gemeinsam klug entscheiden“), hat eine sinnvolle Diskussion in Gang gesetzt, wie ein Abrücken von einem krankheitszentrierten Ansatz hin zu einem individualisierten Prozess der besten medizi-

nischen Versorgung erreicht wird, bei dem nicht mehr zwingend das „medizinisch Machbare“ im Vordergrund steht. Die geriatrische Pharmakotherapie steht zurecht im Zentrum dieser Bewegung.

Um individuelle Medikationsziele zu definieren (und auch Wirkstoffe für ein Deprescribing zu identifizieren), muss zunächst bei jeder Medikation festgestellt werden, ob es sich um eine symptomatische oder eine prognoseverbessernde Therapie handelt. Bei symptomatischen Therapien soll eine „Wirkung“ unmittelbar an einem meßbaren Symptom oder einem anderen objektivierbaren Kriterium erkennbar sein, bei prognoseverbessernden Therapien profitiert der Patient mit einer statistischen Wahrscheinlichkeit bei einem definierten Endpunkt. Es bestehen Überlappungen zwischen beiden Typen.

Sodann können abgestufte individualisierte Medikationsziele herausgearbeitet werden. Abstufungen können sein:

- ◆ Symptomlinderung (z.B. Analgetika, Laxantien)
- ◆ Stabilisierung (z.B. Antianginosa, Antidiabetika)
- ◆ Heilung (z.B. Antibiotika, Chemotherapie)
- ◆ Prävention (z.B. Osteoporosebehandlung, Lipidsenkung, Antikoagulation).

Die Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen oder Betreuer ist obligater Bestandteil der partizipativen Entscheidungsfindung.

Literatur beim Verlag



i Autor

*Prof. Dr. med.
Heiner K. Berthold
Facharzt für Innere
Medizin und Geriatrie,
Klinische Pharmakologie,
Ernährungsmedizin
Chefarzt der Klinik für
Innere Medizin und Geriatrie
Evangelisches Klinikum Bethel (EvKB)
Schildescher Straße 99
33611 Bielefeld
E-Mail: heiner.berthold@evkb.de*