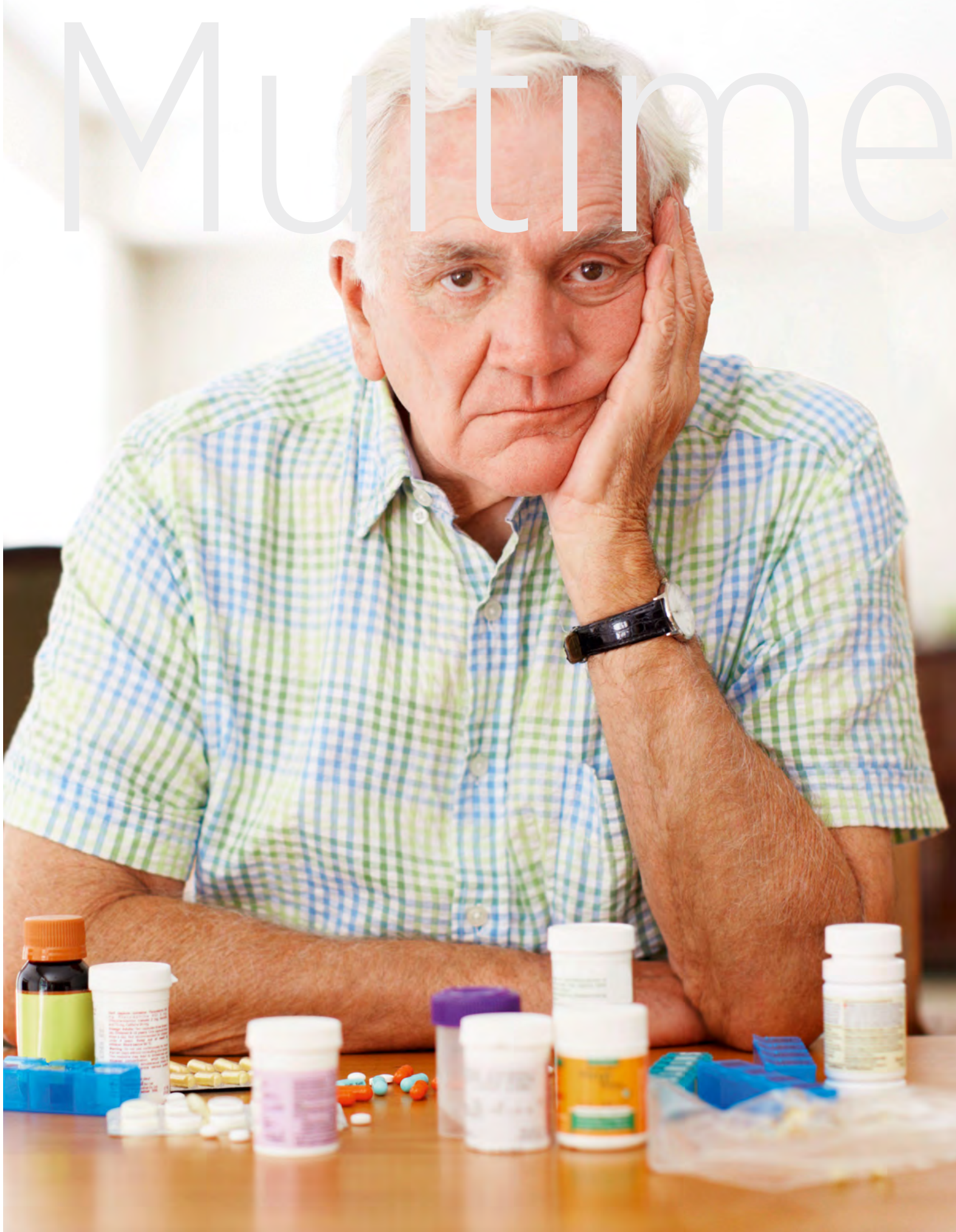


Multitime



Im Alter individuell therapieren

In den westlichen Industrienationen erreichen immer mehr Menschen ein hohes Lebensalter – eine Herausforderung bei der medikamentösen Therapie. Eine **Optimierung der Pharmakotherapie** lässt sich nur in einem Zentrum der Versorgung umsetzen – in der Hausarztpraxis.

In Deutschland werden Frauen im Schnitt 83 Jahre alt, Männer 78 Jahre. 2016 waren 21 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre alt, 2030 werden es bereits 29 Prozent sein.

Mit dem Alter korreliert **Multimorbidität**: 62 Prozent aller über 65-Jährigen leiden an drei und mehr chronischen Erkrankungen [1], viele darüber hinaus an Begleiterkrankungen, die mitbehandelt werden müssen, um die Behandlung effektiv zu gestalten. Zudem ist die Gefahr von Komplikationen und Folgeerkrankungen neben der alterstypischen Gefahr der Chronifizierung größer. Unser Ziel ist der Erhalt der Gesundheit und des körperlichen Wohlbefindens, verbunden mit dem Autonomieerhalt des alten Menschen. Die Behandlung von chronisch kranken und multimorbiden Patienten hat einen **hohen Anspruch** an eine optimale Pharmakotherapie und ist eine Herausforderung für den Arzt und sein Team. Leider kann sich die Konsequenz dieser täglichen Arbeit in der Hausarztpraxis weder in Leitlinien noch in Fallpauschalen widerspiegeln.

Polypharmazie

Ein multimorbider Patient muss häufig eine Vielzahl von Medikamenten einnehmen (Abb. 1): Im Schnitt nimmt jeder über 60-Jährige 3 rezeptpflichtige Medikamente ein, ab 75 bis 80 Jahren sind es sogar über 8 Präpa-

rate – obwohl wir wissen, dass ab 5 Medikamenten keine Vorhersage über **Interaktionen** möglich ist. Daher verwundert es nicht, dass viele Patienten wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen notfallmäßig stationär eingewiesen werden. 1/3 dieser Betroffenen unterliegen auch einem Medikationsfehler.

Die Polypharmazie – eine Einnahme von mehr als 4 bis 5 Wirkstoffen – ist multifaktoriell. Die Behandlung umfasst neben der Therapie von chronischen Erkrankungen auch Akuterkrankungen, aber auch altersbedingte „Befindlichkeitsstörungen“ wie chronischer Schmerz, Schlafstörungen, Inkontinenz und eingeschränkte Mobilität.

Probleme bei Senioren

Bei der Therapie älterer Menschen bestehen verschiedene Probleme, die zu unüberschaubaren Neben- und Wechselwirkungen führen können (Tab. 1).

Zum einen sind **altersbedingte Stoffwechselstörungen** zu beachten, zum Beispiel die Nierenfunktion, die im Alter physiologisch bedingt abnimmt, so dass bei vielen Medikamenten zumindest eine Dosisreduktion beachtet werden muss, wenn der Wirkstoff nicht sogar kontraindiziert ist.

Freiverkäufliche Präparate werden uns von den Patienten selten mitgeteilt. Doch auch



Anke Richter
Fachärztin für Innere
Medizin, Palliativme-
dizin, hausärztliche
Geriatric, Mail: info@
praxis-a-richter.de

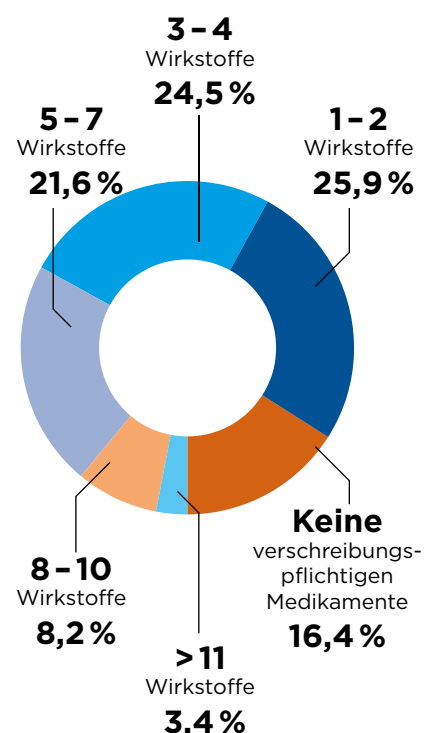


Abb. 1: Verschreibungspflichtige Medikamente bei über 65-Jährigen [2]

hier kann es zu Interaktionen kommen. **Leitlinien** sind sehr kritisch zu betrachten, da viele Leitlinienempfehlungen auf Studien beruhen, die nicht mit alten Menschen durchgeführt wurden. Darüber hinaus können bei vorliegender Multimorbidität auch nicht alle Leitlinien zeitgleich beachtet werden. Da gilt es, individuell abzuwägen.

Je mehr Medikamente ein Mensch einnehmen muss – auch das ist bekannt – desto schlechter ist die **Compliance**. Die medikamentöse Adhärenz von Patienten mit chronischen Erkrankungen liegt in den Industrieländern bei etwa 50 Prozent.

Schlussfolgerung: Im Rahmen der Arzneimittelsicherheit (AMTS) müssen wir alle Maßnahmen ergreifen, die den Medikationsprozess optimal beeinflussen, mit dem Ziel, Medikationsfehler zu reduzieren und damit wiederum das Risiko für unsere Patienten so gering wie möglich zu halten.

Zur Optimierung der Therapie gehört auch die regelmäßige Kontrolle der Medikation.

Pharmakotherapie optimieren

Die medikamentöse Therapie im Alter muss individuell sein (Tab. 2). Die Wirkstoffe sollten untereinander abgestimmt werden. Dabei dürfen wir nicht vergessen, dass bei einigen Medikamenten im Alter die Nebenwirkungen im Vergleich zum Nutzen überwiegen, sogenannte potenziell inadäquate Medikamente.

Der Patient ist auf jeden Fall in die Diskussion seiner Therapie im Rahmen der **partizipativen Entscheidungsfindung** miteinzubeziehen, allein schon um seine Adhärenz zu fördern. Was hilft es uns, wenn für alle bestehenden Erkrankungen zwar Medikamente verordnet werden, der Patient aber die Tabletten nicht einnimmt. Das bedeutet für uns, dass ein alter Mensch eben nicht immer nach Leitlinie, egal welcher Herkunft,

Tab. 1: Mögliche Ursachen für Multimedikation

- Leitlinien
- Evidenzbasierte Therapie
- Behandlung durch verschiedene Ärzte
- Freiverkäufliche Medikamente
- Verordnung zusätzlicher Medikamente ohne Überprüfung der bisherigen Therapie
- Absetzen von nicht mehr notwendigen Medikamenten wird vergessen
- Behandlung von Nebenwirkungen bereits verordneter Medikamente

therapiert werden kann.

Dies lässt sich nur in einem **Zentrum der Versorgung** umzusetzen – in der Hausarztpraxis. Wir Ärzte sind gerade

in diesem Punkt auf gute Kooperationen mit dem Umfeld des Patienten angewiesen.

Zur Optimierung der Therapie gehört auch die regelmäßige Kontrolle

der Medikation. Ein aktueller **Medikamentenplan** setzt nicht nur die Überprüfung der eigenen Medikation voraus, sondern auch die Überprüfung der fachärztlichen Therapieempfehlun-

Tab. 2: Multimedikation: Was müssen wir wissen?

- Ab 5 Medikamenten ist keine Vorhersage über Interaktionen mehr möglich.
- Ein Patient mit 5 verschiedenen Erkrankungen kann nicht den 5 verschiedenen Therapieempfehlungen der einzelnen Erkrankungen folgen.

- Individuelle Priorisierung der Symptome und Krankheiten

Das bedeutet:

- „Abstimmung“ der verschiedenen Medikamente
- Zentrum der Versorgung: Hausarztpraxis
- Therapiehoheit sollte beim Hausarzt liegen

gen, Anamneseerhebung freiverkäuflicher Medikamente und nicht zu vergessen, eine Patientenbeobachtung auf Interaktion und regelmäßige Einnahme. Ein sehr hoher Anspruch, den wir Ärzte allein sicher nicht erfüllen können. Hier können uns sehr gut unsere VERAHs, aber auch kooperierende Pflegedienste und betreuenden Mitarbeiter/Angehörige unterstützen.

Entscheidungshilfen

Hilfe und Sicherheit geben uns nachfolgende Entscheidungshilfen:

MAI-Liste: Strukturierte Überprüfung der Medikation

Die Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme unserer Patienten sollten kritisch hinterfragt werden. Hierzu kann bei strukturierter Evaluation der Medication Appropriateness Index (MAI) herangezogen werden [3, 4, 5]:

- Gibt es eine klare Indikation?
- Ist die Wirksamkeit gegeben?
- Überwiegt der Nutzen gegenüber dem Risiko?
- Ist die Dosierung korrekt?
- Sind die Einnahmевorschriften korrekt?
- Interagiert das Medikament mit anderen?
- Interagiert das Medikament mit vorhandenen Erkrankungen?
- Gibt es für das Medikament spezielle Anwendungsvorschriften?
- Gibt es Doppelverschreibungen?
- Ist die Behandlungsdauer adäquat?
- Gibt es kostengünstigere Alternativen?

Dieses checklistengestützte Gespräch sowie die Überprüfung der eingenommenen Medikamente, unterstützt in der Durchführung durch unsere VERAHs, kann das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei bestehender Multimedikation minimieren.

PRISCUS-Liste: Medikamente mit hohem Risiko für UAW und sichere Alternativen



Ältere Patienten erhalten manchmal so viele Medikamente, dass das Risiko für Wechselwirkungen unüberschaubar ist.

Die PRISCUS-Liste und die FORTA-Klassifikation unterscheiden sich von der MAI-Liste durch medikamentenspezifische Entscheidungen.

Die leitlinienorientierte PRISCUS-Liste enthält Arzneistoffe, die potenziell inadäquat für ältere Menschen sein können und damit dem alten Menschen nicht gegeben werden sollen. Positiv ist hier, dass zu den potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) Alternativen aufgezeigt werden. Schwachstelle der PRISCUS-Liste ist, dass sie auf einer Bewertung ohne Evidenz beruht und auch nicht vollständig ist. Damit

ist die PRISCUS-Liste als eine Entscheidungshilfe im Einzelfall gedacht [8]. Sie ist vergleichbar mit der Kategorie D der FORTA-Liste.

FORTA: Adäquate Medikation des alten Menschen

Die FORTA-Liste (Fit FOR The Aged) ist eine diagnoseabhängige und evidenzbasierte Klassifikation von bestimmten Substanzen, vorrangig auf den deutsch-österreichischen Raum bezogen. Sie betrachtet damit alterstypische Erkrankungen und prüft deren Medikation auf Tauglichkeit (Tab. 3) [7].

Die Anwendung der FORTA-Klassifikation ist **indikationsabhängig**. So kann ein Medikament je nach Indikation verschiedene FORTA-Bewertungen erhalten. Die FORTA-Klassifikation ist eine schnelle Orientierungshilfe, aber auch dieses System ersetzt keine individuelle Therapienentscheidung und lässt Ausnahmen zu.

In der Valforta-Studie konnte gezeigt werden, dass sich nach Anwendung der FORTA-Liste die Qualität der Medikamentenversorgung gegenüber der Kontrollgruppe um das 2,7-Fache verbessert hat [6]. Daher gibt es die FORTA-Klassifikation neuerdings auch als App.

Schlussfolgerung

Die genannten Listen unterstützen uns in der Entscheidung über die medikamentöse Therapie chronisch kranker und multimorbider Patienten. Mit ihrer Anwendung können wir unerwünschte Arzneimittelwirkungen reduzieren und potenziell inadäquate Medikamente minimieren. Trotzdem können sie uns im Einzelfall nicht die Entscheidung nicht abnehmen.

Quartäre Prävention – **nur so viele Medikamente wie nötig**, hat einen hohen Anspruch in der medikamentösen Therapie. Wichtig ist, dass die Erkrankungen multimorbider Patienten unter Bezugnahme des sozialen Umfelds, seines Allgemeinzustands und im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung therapiert werden. Interaktionen werden wir nicht vermeiden können, aber Medikationsfehler können wir minimieren.

Und wenn auch wir als Ärzte, unterstützt durch unsere VERAHs, in der Verantwortung stehen, ist es Aufgabe eines Jeden, der mit Pflege zu tun hat, darauf zu achten, dass dies nach Möglichkeit nicht passiert.

Tab. 3: FORTA-Klassifikation

FORTA A	FORTA B	FORTA C	FORTA D
Nutzen eindeutig positiv, geprüft an Älteren in größeren Studien	Nutzen bei Älteren nachgewiesen, Einschränkungen in Bezug auf Sicherheit und/oder Wirksamkeit	Ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis, erfordert genaue Beobachtung von Wirkungen und Nebenwirkungen, nur ausnahmsweise erfolgreich	Substanzen sollten vermieden werden
BEISPIELE			
ACE-Hemmer, Kalziumantagonisten, Statine zur Herzinsuffizienzbehandlung, Diuretika bei akuter Dekompensation	Diuretika, Beta-blocker bei Hypertonie	Digoxin bei Herzinsuffizienz, Amiodaron bei Vorhofflimmern	Benzodiazepine, Promethazin

Literatur unter www.derhausarzt.eu
Mögliche Interessenkonflikte:
Die Autorin hat keine deklariert.