

Polypharmazie im Alter



Viel krank – viel Medizin?

Im Schnitt nimmt jeder über 60-Jährige drei rezeptpflichtige und drei apothekenpflichtige Medikamente ein. In der Gruppe der 75- bis 80-Jährigen sind es über acht. Die Folge sind Unverträglichkeiten, Complianceprobleme und Interaktionen. Wie lässt sich gegensteuern?

? In der Praxis stehe ich immer wieder vor dem Problem, das ältere Patienten mit mehr Medikamenten versorgt sind, als mir lieb ist. Oft würde ich gerne „aussortieren“. Wie gehe ich da am besten vor?

! Multimedikation beschreibt nach dem ABDA-KBV-Modell die Einnahme von fünf oder mehr systemisch wirkenden Arzneimitteln. Die Ursachen für Polypharmazie sind vielfältig: Oft wird aus mehreren Fachdisziplinen verordnet oder der Patient besorgt sich Medikamente in der Apotheke, ohne dass der Hausarzt davon erfährt. Dies alles führt zu einer unübersichtlichen Medikation mit der Gefahr von Interaktionen und Nebenwirkungen. Hinzu kommt das Rezeptieren ungeeigneter Substanzen für geriatrische Patienten.

Meist wird mit zu hoher Dosis begonnen oder zu schnell auftitriert, das Therapiemonitoring ist nicht immer adäquat, was dann zu unerwünschten Arzneimittelereignissen (UAE) führen kann.

Diese sind ein zentrales Problem in der Versorgung geriatrischer Patienten. Rund 29% der Notaufnahmepatienten über 65 Jahren haben als Grund eine UAE, und bei 40% dieser Fälle ist die Ursache ein Medikationsfehler.

Medikationsüberprüfung

Mithilfe der Medikamentenbewertung nach **Fit FOR The Aged (FORTA)** kann eine adäquate Medikation beim geriatrischen Patienten erreicht werden. Die Wirkstoffe sind in die Empfehlungsklassen A, B, C und D eingeteilt (**Tab. 1**).

Die START-STOPP-Liste hilft bei der Entscheidung, welche Medikamente abgesetzt und welche bei einer bestehenden Indikation angesetzt werden sollten. Ein Beispiel:

STOPP: Thiazide bei Gichtpatienten

START: Bisphosphonate bei Patienten unter Kortison-Dauertherapie.

Mit der MAI-Liste (Medication Appropriateness Index) kann die Medikation strukturiert überprüft werden (**Tab. 2**).

Tab. 1 FORTA-Klassifikation

FORTA A	FORTA B	FORTA C	FORTA D
Nutzen positiv, in randomisierten Studien nachgewiesen	Nutzen nachgewiesen, aber hinsichtlich Sicherheit und/oder Wirksamkeit Einschränkungen	Ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis	Zu vermeidende Wirksubstanzen
ACE-Hemmer, Kalziumantagonisten, Statine zur Herzinsuffizienzbehandlung, Diuretika bei akuter Dekompensation	Diuretika, Betablocker bei Hypertonie	Digoxin bei Herzinsuffizienz, Amiodaron bei Vorhofflimmern, Spironolacton bei Hypertonie	Benzodiazepine, Promethazin

Tab. 2 Medikationsprüfliste

Gibt es eine klare Indikation?
Ist die Wirksamkeit gegeben? Überwiegt der Nutzen das Risiko?
Ist die Dosierung korrekt?
Sind die Einnahmевorschriften korrekt?
Interagiert das Medikament mit anderen?
Interagiert das Medikament mit vorhandenen Krankheiten?
Gibt es für das Medikament spezielle Anwendungsvorschriften?
Gibt es Doppelverschreibungen (gleiche Medikamente oder Medikamente, die dem gleichen Zweck dienen)?
Ist die Behandlungsdauer adäquat?
Gibt es kostengünstigere Alternativen?

Zur Vermeidung inadäquater Medikamente dient auch die PRISCUS-Liste. Hier sind Medikamente aufgeführt, die ein hohes Risiko für UAW haben und für die sichere Alternativen existieren.

→ Prof. Dr. Hans Jürgen Heppner, MHBA
Klinik f. Geriatrie HELIOS Klinikum Schwelm,
Lehrstuhl Geriatrie Univ. Witten/Herdecke,
Dr.-Moeller-Str. 15, D-58332 Schwelm
E-Mail: hans.heppner@uni-wh.de



Haben Sie auch eine Frage an das *consilium Geriatrie*?

Haben Sie auch eine Frage, speziell aus den Bereichen Kognitive Störungen, Neurologie, Infektiologie, Schlafstörungen oder Dysphagie im Alter? Prof. H.-J. Heppner und sein Expertenteam beantworten sie gerne. Das „*consilium Geriatrie*“ ist ein gemeinsamer Service der MMW und des Unternehmens InfectoPharm.

Schicken Sie Ihre Frage kostenfrei an: geriatrie@consilium.services