

WISSEN AKTUELL

Workshop am VZI-Symposium: Drei Tools für eine adäquate Therapie

Polypharmazie – choosing wisely!

In einem Workshop, den Dres med. Stefan Neuner-Jehle, Zug, und PD Dr. med. Oliver Senn, Zürich, Institut für Hausarztmedizin Zürich, anlässlich des Symposiums des VZI 2015 in Zürich abhielten, stand das Ziel im Zentrum, mit Hilfe von drei Tools für jeden Patienten eine adäquate Pharmakotherapie zu finden, und nicht primär, gegen eine Polypharmazie (PPH) vorzugehen.

Einleitend folgende Tatsachen zur PPH: eine solche liegt per Definitionem dann vor, wenn beim gleichen Patienten dauerhaft 4 bis 5 Medikamente oder mehr eingesetzt werden. Epidemiologisch ist interessant, dass zwar zwei Drittel der Älteren polypharmaziert sind und ein Drittel bis zwei Drittel der Älteren potenziell gefährliche Medikamente einnehmen, dass aber paradoxerweise gleichzeitig rund die Hälfte der Älteren mit PPH unterbehandelt sind, das heisst, dass sie zwar mit vielen, aber falschen Medikamenten behandelt werden, im Gegensatz zu nur einem Siebtel der Älteren ohne PPH. Der Polymorbidität, die über dem 60. Lebensjahr bereits bei mehr als 30% der Bevölkerung besteht, kommt direkte ursächliche Bedeutung zu. Die Gefahr von Medikamenten-assoziierten Problemen, meist durch Interaktionen verursacht, steigt praktisch linear mit der Anzahl der Medikamente an, und zwar bereits ab zwei Medikamenten um rund 8.6% pro weiterem Medikament. Dabei verursachen die beiden Hauptgruppen der Antikoagulanzen/Thrombozytenhemmer und Insuline/oralen Antidiabetika am häufigsten Probleme mit 33 resp. 13, 14, 11% insgesamt über 70% aller Arzneimittelkomplikationen. Die Kostenfolge geht in der Schweiz in die Millionen.

Im Hinblick auf die Optimierung der Pharmakotherapie wurden drei Instrumente vorgestellt:

1. **Negativliste: PRISCUS** unter www.priscus.net. Ausgehend von der Erkenntnis, dass bestimmte Arzneimittel bei älteren Patienten infolge eines erhöhten Risikos für unerwünschte Arzneimittelereignisse potenziell inadäquat sein können, wurden von der klinischen Pharmakologie der Universität Witten/Herdecke sowie des HELIOS Klinikums Wuppertal entsprechende, auf die



Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, Zug



PD Dr. med. Oliver Senn, Zürich

Anwendung in Deutschland zugeschnittene Listen erstellt, die zu einzelnen Substanzen begründen, warum sie problematisch sein können, Therapie-Alternativen angeben, Massnahmen vorschlagen, falls das Arzneimittel trotzdem verwendet werden soll, und erläutern, bei welchen Begleiterkrankungen die Substanz vermieden werden sollte.

2. **Good Palliative-Geriatric Practice (GP-GP) Algorithmus.** Er wurde von Doron Garfinkel des Shoham Geriatric Medical Center in Israel entwickelt mit dem Ziel, für ältere Patienten geeignete Medikamentenkombinationen erstellen zu können. Vier Schlüsselfragen helfen, Situationen zu erkennen, in denen Medikamente abgesetzt, in der Dosis reduziert, gewechselt oder beibehalten werden können:

- Ist die Indikation für das Medikament gegeben, d.h. valide und relevant bezogen auf Alter und Erkrankung dieses Patienten in Berücksichtigung seiner Lebenssituation?
- Ist der potenzielle Nutzen des Medikaments hinsichtlich des Alters und der Erkrankung des Patienten grösser als potenzielle oder bereits bestehende Nebenwirkungen?
- Kann die Dosis ohne signifikantes Risiko reduziert werden?
- Gibt es eine dem jetzigen Medikament überlegene Alternative?

Mit Hilfe dieses Tools konnte bei 70 Patienten im Alter von knapp 83 Jahren die durchschnittliche Zahl von Medikamenten pro Patient von 7.7 um 4.4 reduziert werden. 88% aller Patienten gaben ein gebessertes Befinden an, bei drei Patienten stieg der MMS von 14 auf 23–30. Der Wiedereinsatz eines abgesetzten Medikamentes war lediglich in 2% der Fälle nötig, unerwünschte Ereignisse traten nicht auf.

3. Screening tool to alert doctors to the right treatment START.

Gerade Patienten mit PPH sind öfters unterbehandelt. Dieses validierte Instrument hilft anhand einer Tabelle (<http://ageing.oxfordjournals.org/content/36/6/632/F1.large.jpg>), unterlassene Behandlungen aufzuspüren. Im Rahmen der Validierungsstudie fanden sich anlässlich von Spitaleintritten wegen akuter Erkrankung bei fast 60% der betagten Patienten ein bis zwei unbehandelte Problemkreise, am häufigsten mit 26% Statine bei Arteriosklerose, 9.5% OAK bei chronischem VHF, 7.3% Plättchenhemmer bei arteriellen Krankheiten und 6% Vitamin-D-Substitution bei Osteoporose.

Anhand eines konkreten Falls wurden mögliche Therapieziele bezüglich Diabeteseinstellung, Hypertoniebehandlung und Evidenz-Lipid-Kontrolle hinsichtlich Prognoseverbesserung im Alter und insbesondere bei gebrechlichen Personen respektive reduzierter Lebenserwartung diskutiert. Auch wurde das Risiko eines Schlaganfalls bei chronischem VHF anhand des CHA2DS2VASc-Scores mit dem Blutungsrisiko unter OAK anhand des HAS-BLED-Scores verglichen. Die ungenügende Wirkung von Opiaten bei der Behandlung von chronischen nicht krebsbedingten Schmerzen bezüglich Schmerzkontrolle, Verbesserung von Lebensqualität und funktioneller Kapazität ist belegt. Das Bestehen einer Gebrechlich-

keit kann in der Praxis ohne weiteres mit dem Bauchgefühl erfasst werden, etwas objektiver ist die Bestimmung der Gehgeschwindigkeit (maximal 7 Sekunden für eine Distanz von 7 Metern resp. mind. 1.2 m/sec), der Timed Up & Go Test (Aufstehen von Stuhl, 3 Meter hin und zurück und sich wieder setzen innert 21 Sekunden) sowie der selbsterklärende „Stop Walking when Talking“-Test.

Der Versuch, Medikamentenlisten zu straffen kann beim Patienten auf Barrieren stossen, welche ein sensibles Vorgehen erfordern, damit sich der Patient durch das „Streichkonzert“ nicht benachteiligt, entwertet oder gar aufgegeben fühlt, im Sinn von „eine Behandlung lohnt sich nicht mehr für mich“, „Ich werde als Patient aufgegeben“ oder „Sparen auf meinem Buckel“. Oft ist es schwierig, Lebenserwartung und Lebensende zu thematisieren. Zudem erschweren tiefer Bildungsstand und hohes Alter eine Diskussion. Um diese Schwierigkeiten zu überwinden, empfiehlt es sich, gemeinsam mit dem Patienten Behandlungsziele anhand seiner persönlichen Prioritäten festzulegen. Zu diesem Zwecke können auf einer einfachen visuellen Analogskala (VAS) die individuellen Präferenzen wie Erhalt der Selbständigkeit, Lebensverlängerung, Reduktion resp. Beseitigung von Symptomen wie Müdigkeit, Schläfrigkeit, Atemnot oder Stellenwert der Schmerzbekämpfung erfasst und gewichtet werden. Von dieser Standortbestimmung ausgehend gelingt die sinnvolle Anpassung der Medikamentenliste so, dass sie der Patient nicht nur versteht, sondern – da er aktiv daran mitgearbeitet hat – auch begrüsst.

▼ Dr. med. Hans Kaspar Schulthess

Quelle: Symposium der Vereinigung Zürcher Internisten, Zürich, 5.2.2015