



Dr. med. Joachim Zeeh
 Chefarzt, Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie
 Palliativmedizin, Geriatriische Fachklinik „Georgenhaus“, Meiningen

Die Kunst des Absetzens

Wege aus der Polypharmazie

Die Zahl der Todesfälle aufgrund von Nebenwirkungen einer Polypharmazie wird auf 15.000–25.000 pro Jahr geschätzt. Dies bedeutet fünfmal mehr Todesopfer durch zu viele Medikamente als durch Verkehrsunfälle. Wohlüberlegtes Verordnen ist ein Schlüssel zur Lösung des Problems, meint der Autor und gibt praktische Tipps, wie dies gelingen kann.

— Ein typischer geriatrischer Patient ist > 75 Jahre alt und hat ≥ 3 chronische Krankheiten. Die medikamentöse Behandlung dieser Patienten bedeutet fast immer Polypharmazie. Die meisten Autoren sprechen von Polypharmazie bei ≥ 5 gleichzeitig eingenommenen Medikamenten. Fast alle geriatrischen Patienten erreichen oder übertreffen dieses Limit.

Auch wenn es im Einzelfall oft nicht eindeutig ist, wer an seinen Krankheiten und wer an seinen Medikamenten gestorben ist, fest steht: Medikamentennebenwirkungen befinden sich unter den häufigsten Gründen für eine Krankenhauseinweisung und unter den häufigsten Todesursachen alter Menschen.

Ursachen von Polypharmazie im Alter

- Immer mehr Menschen werden mit ihrer Multimorbidität beachtlich alt.
- Multimorbidität einerseits und die „leitliniengerechte“ Behandlung der einzelnen Krankheiten führt zwangsläufig zur Polypharmazie. Oft handelt es sich dabei um die unkritische Anwendung von „Leitlinien“, die bei Hochaltrigkeit und Gebrechlichkeit keine Gültigkeit mehr haben.

- Medikamente haben Nebenwirkungen, die oft durch weitere Medikamente „behandelt“ werden.
 - Neue Medikamente werden entwickelt und in den Markt gedrängt, obwohl oft kein Zusatznutzen, insbesondere für alte Patienten, erkennbar ist.
- Ein weiterer treibender Faktor für die Polypharmazie ist die schematisierte Be-



Geht es ihm gut mit seinen vielen Medikamenten?

handlung geriatrischer Patienten ohne Berücksichtigung des Alters und der Multimorbidität. Dabei ist Polypharmazie – auch im hohen Alter – nicht per se und in jedem Fall schlecht! Für Patienten, die zwar viele, aber überlegt verordnete Medikamente einnehmen und sich damit gut fühlen, ist Polypharmazie sinnvoll. Dafür braucht es ein Therapieziel, oft auch 3, aber definitiv keine 10 oder gar 15 Ziele!

Es ist eine Priorisierung notwendig!

Um aus dem Wust der zahllosen und oft gedankenlos aufgereihten Diagnosen diejenigen herauszufiltern, die für den individuellen Patienten und seine Lebensqualität die Wichtigsten sind, bedarf es einer Priorisierung. Was plagt den Patienten am meisten? Welche Wünsche hat er? Je konkreter das Ziel, desto klarer der Weg dorthin.

Viele Patienten äußern sich aber zunächst ungenau („wieder besser laufen“). Konkretisiert nach Geriatrischem Assessment liest sich das so: „In der Wohnung ohne Hilfsmittel mobil sein, 14 Treppenstufen überwinden und mittels Rollator Wege bis 400 m bewältigen können“.

Es ist also nicht Polypharmazie per se anzuprangern, sondern die ungezielte, schrotschussartige Polypragmasie, die Diagnosen behandelt, ohne deren Stellenwert für den Patienten kritisch zu hinterfragen.

Auch die kritiklose Übernahme von Leitlinien auf multimorbide Betagte erschwert oder macht eine adäquate Behandlung dieser Altersgruppe unmöglich. Wie im Deutschen Ärzteblatt postuliert, führt „die Nichtakzeptanz der Endlichkeit des Lebens im ärztlichen Alltag zu einer großen Zahl von problematischen Entscheidungen“ [1]. Dies trifft besonders auf die Pharmakotherapie gebrechlicher Hochbetagter zu.

Warum ist es so schwer, Medikamente auf ein sinnvolles Maß zu begrenzen?

„Geben ist seliger denn nehmen.“ Dieses Bibelwort aus dem Neuen Testament ist ein Imperativ guten Handelns. Zur Pharmakotherapie des multimorbiden geriatrischen Patienten passt aber eher Mies van der Rohe mit seinem „Weniger ist mehr“ oder Goethe mit „In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister“.

Forscher aus Neuseeland befragten Hausärzte nach ihrer Einstellung zum Absetzen von Medikamenten [2]. Die Ärzte räumten ein, dass dies sinnvoll und notwendig sei. Sie gaben aber Hürden an, z. B. die Angst, den Patienten unterzuversorgen oder als „schlechter Arzt“ zu gelten. Angemerkt wurde auch, dass Leitlinien das Absetzen einer Medikation oft nicht vorsehen. Die Ärzte waren unsicher in der Versorgung multimorbider Patienten, sodass sie lieber mehr als weniger verordneten.

Schritte zur Optimierung

Die sorgfältige Anamnese, die klinische Untersuchung und das Geriatrie Assessment

Tab. 1 **3 Schritte zur Medikamentenreduktion bei alten und gebrechlichen Menschen**

<p>1. Ist die Therapie medizinisch indiziert? Ist sie das nicht, ist die Entscheidung zum versuchsweisen Absetzen viel leichter.</p>
<p>2. Was will der Patient? Kann er seinen aktuellen Willen äußern oder muss auf eine Patientenverfügung zurückgegriffen oder müssen Angehörige zum mutmaßlichen Willen befragt werden?</p>
<p>3. Warum existiert der Wunsch, Medikamente (oder andere Therapien) zu reduzieren?</p> <p>a. Anlassbezogen (vermutete Unverträglichkeit, Nebenwirkung?) Eine gut vertragene Polypharmazie ist nicht zwangsläufig schlecht. Medikamente zu reduzieren, ist kein positiver Wert an sich!</p> <p>b. Zweifel an der Compliance/Adhärenz?</p> <p>c. Wie ist Patient mit der Therapie, um die es geht, zufrieden?</p> <p>d. Wie ist die diesbezügliche Einstellung der Angehörigen?</p>

liefern eine diagnostische Treffsicherheit um die 80% und nur wenige Fehldiagnosen (< 5%). Der aus Zeit-, Personal- und Erfahrungsmangel heute manchmal stattdessen beschrittene Weg „breites Labor, umfangreiche Bildgebung und ausführliche apparative Untersuchungen“ bietet lediglich eine 30%ige Treffsicherheit und führt in > 10% in die Irre [3].

Das Geriatrie Assessment hilft, den Behandlungsplan für betagte Patienten maßzuschneidern.

Ein selbstständiger, mobiler und kognitiv intakter alter Mensch kann anders behan-

delt werden als ein gleich alter, pflegebedürftiger, immobil und demenzkranker Patient. Das Assessment präzisiert das „Bauchgefühl“ des Arztes. Es objektiviert und quantifiziert. Es misst Mobilität, Alltagsselbstständigkeit, Rüstigkeit und geistige Fitness. Entscheidungen, z. B. bezüglich des Therapiebeginns oder -endes, werden dadurch einfacher und gegenüber Kollegen und Angehörigen besser begründbar sowie leichter nachvollziehbar.

Beispiel: Bei einem 92-jährigen Heimbewohner wird nach Sturz mit Schenkel-

halsfraktur vor der Gammanagel-Osteosynthese ein EKG angefertigt. Im Arztbrief heißt es: „Aufgrund der neu entdeckten absoluten Arrhythmie bei Vorhofflimmern (CHADS₂-Score 2 Punkte) ist eine orale Antikoagulation (OAK) dringend erforderlich.“

Das Bauchgefühl sagt aber: „Bei einem 92-jährigen Mann, bisher ohne Schlaganfall, nun eine OAK anfangen?“ Das Geriatrie Assessment ergibt: Pflegegrad 4, fortgeschrittene Demenz (Mini-Mental-Test 12/30 Punkten, erkennt nahe Angehörige und Heimpersonal nicht mehr), war bereits vor dem Sturz rollstuhlpflichtig immobil, Barthel-Index 15 Punkte. Das Geriatrie Assessment ist somit eine wertvolle Entscheidungshilfe. Ein Verzicht auf OAK kann damit substanzial begründet werden.

Nierenfunktion berücksichtigen

Eine nicht erkannte eingeschränkte Nierenfunktion führt bei alten Menschen mit Polypharmazie häufig zur Medikamentenkumulation und zu Überdosierungsproblemen.

Beispiel: Bestimmung der Nierenfunktion bei einer 90-jährigen Frau (55 kg schwer, Serumkreatinin 0,9 mg/dl), um herauszufinden, ob die Amoxicillindosis angepasst werden muss.

„In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister“
J. W. von Goethe

Untertherapie trotz Polypharmazie?

Nicht selten kommt es vor, dass trotz einer langen Medikamentenliste Präparate fehlen und Patienten schlecht symptomkontrolliert sind (z. B. Ruhedyspnoe bei Herzinsuffizienz, aber kein ACE-Hemmer und kein Betablocker im Einsatz). In solchen Fällen ist zur Optimierung der Pharmakotherapie keine Kürzung, sondern eine Ergänzung der Medikamentenliste indiziert.

- www.dosing.de aufrufen
- Wirkstoffliste: Amoxicillin
- Alter/Gewicht/Serumkreatinin in die Cockcroft-Gault-Formel eingeben
- Die eGFR beträgt 37 ml/min, die Nierenfunktion ist bei dieser „gesunden“ Patientin mit „normalem“ Serumkreatinin stark eingeschränkt.
- Es wird eine Halbierung der Dosis oder eine Verdoppelung des Dosisintervalls empfohlen.

Besteht Handlungsbedarf?

Eine wichtige Frage, um den Handlungsbedarf zu bestimmen, ist: Wie geht es dem Patienten mit seinen vielen Medikamenten? Geringer Handlungsbedarf besteht, wenn Allgemeinzustand, Appetit, Schlaf und Stuhlgang in Ordnung sind, der Patient mit seiner Medikation zufrieden ist und er sie zuverlässig einnimmt. Dringlicher Handlungsbedarf besteht, wenn eine Verschlechterung des Allgemeinzustands mit einem neu verordneten Medikament koinzidiert.

Verzichtbare Medikamente

Möchte man eine als zu lang empfundene Medikamentenliste „entrümpeln“, stellt sich die Frage: „Welche Medikamente sind am ehesten entbehrlich?“

In einer Studie an 70 multimorbiden, > 80-Jahre alten Pflegeheimbewohnern, die im Mittel 8 Medikamente einnahmen [4], wurden nach bestimmten Regeln die Hälfte aller Medikamente abgesetzt (z. B. falls ein halbes Jahr keine Angina pectoris aufgetreten ist, wird das Nitrat pausiert). Das Ergebnis war überraschend: Nur 6 der 256 abgesetzten Medikamente mussten wieder angesetzt werden. Keinem Patienten ging es danach schlechter. Im Gegenteil: 88% be-

richteten von einer „Verbesserung“ und 67% sogar von einer „deutlichen Verbesserung“ ihres Zustandes.

Verschiedene Medikamentengruppen wurden unterschiedlich oft abgesetzt. Häufig als entbehrlich erachtet wurden Nitrate, Benzodiazepine, Sulfonylharnstoffe, Thiazide, Schleifendiuretika, Antidepressiva, L-DOPA, Antihypertensiva und Magensäureblocker. Sie wurden versuchsweise abgesetzt und mussten in den nächsten Monaten nicht wieder angesetzt werden.

Einen Leitfaden zur Reduzierung von Medikamenten (**Tab. 1**) finden Sie z. B. auch unter www.sozialwerk-meiningen.de (Geriatrische Fachklinik – Downloads – Artikel „2017 – Tipps zur Medikamentenreduktion im Alter“).

Helfen Negativ- und Positivlisten?

Negativlisten (z. B. PRISCUS, Beers) wecken das Bewusstsein, dass Medikamente im Alter oft negative Auswirkungen haben und dass es Medikamente gibt, die im Alter vermieden werden sollten.

Die FORTA-Liste [5] hat eine andere Herangehensweise. Sie betrachtet 16 typische Alterskrankheiten (arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, KHK, Schlaganfall, Vorhofflimmern, COPD ...) und klassifiziert die Medikamente nach ihrer Tauglichkeit für den Einsatz im Alter: A = sehr vorteilhaft, B = vorteilhaft, C = kritisch, D = zu vermeiden.

Ausblick

Die Haltung „Weniger ist mehr“ verschafft sich in der Medizin zunehmend Gehör. Die von Amerika ausgehende „Choosing-Wisely-Kampagne“ hat den Stein ins Rollen gebracht (www.choosingwisely.org). In Deutschland wurde von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin die Initiative „Klug entscheiden“ gegründet. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Fa-

milienmedizin (DEGAM) hat vor wenigen Wochen eine lesenswerte „Leitlinie Multimorbidität“ herausgebracht, die „erstmalig nicht eine an einzelnen Leitlinien orientierte Vorgehensweise in den Vordergrund stellt, sondern Patientenpräferenzen und eine gemeinsame Priorisierung von Behandlungszielen.“ Sie beschreibt u. a. das „Seinlassen“ als eine spezifisch hausärztliche Leistung.

Interessant ist auch ein Projekt der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) mit der BARMER Ersatzkasse und anderen Partnern. Dieses wurde unter dem Akronym „AdAM“ (Anwendung für digital unterstütztes Arzneimitteltherapie-Management) gestartet und hat das Ziel, Patienten mit Polypharmazie besser zu betreuen. Dazu liefert die Krankenkasse dem Hausarzt zeitnahe Informationen über alle vom Patienten eingenommenen Medikamente (www.kvwl.de/arzt/ivf/innov_fonds/adam_infoblatt.pdf)

→ **Literatur:** springermedizin.de/mmw

→ **Title and Keywords:** Polypharmacy – a description which doesn't give much useful information?

Polypharmacy / elderly / geriatrics / drug treatment

→ **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Joachim Zeeh

Chefarzt, Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, Palliativmedizin, Geriatrische Fachklinik „Georgenhaus“ Ernsstraße 7, D-98617 Meiningen
E-Mail: j.zeeh@sozialwerk-meiningen.de

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Polypharmazie im Alter ist ein allgegenwärtiges Phänomen, das nicht pauschal verurteilt werden sollte.
2. Eine empfehlenswerte Strategie für eine angemessene Therapie des alten multimorbiden Patienten ist das Geriatrische Assessment und ein darauf basierender individueller Behandlungsplan mit wenigen, für den Patienten wichtigen Therapiezielen.
3. Die Haltung „Weniger ist mehr“ stellt eine Bereicherung für die geriatrische Pharmakotherapie dar.

▪ Der Autor dankt Dr. Dorothea Zeeh, Essen, und Dr. Franziska Zeeh, Basel, für ihre kritische Durchsicht des Manuskripts.