

# Ein Algorithmus zur Reduktion der Polypharmakotherapie im Senium

Eine als prospektive Interventionsstudie im Pardes Hana geriatrisches Zentrum Israel, abgefasste Arbeit untersuchte die Medikation älterer Menschen, die von ihren Hausärzten und oder Familienangehörigen zugewiesen wurden. Die Resultate sind ähnlich der in den letzten Jahren vorgestellten Arbeiten von Schuler (1), welche auch in Studien aus anderen europäischen Ländern bestätigt wurden (3, 4, 5). Die Patientenzahl dieser Publikation ist leider nicht sehr hoch (70, davon 61% weiblich), es erfolgte aber eine Nachbeobachtungszeit über median 19 Monate (4 – 45). Zu Beginn wurden im Mittel 7,7 verschiedene Arzneimittel (AM) eingenommen. 94% der Patienten hatten mehr als drei, 51% mehr als sechs Diagnosen. Die häufigsten Diagnosen waren Hypertonie (63%), Demenz (57%), Sturzhäufigkeit (50%), Harninkontinenz (50%), Depression bzw. Angst (43%), Diabetes mellitus (33%) und kor. Herzkrankheit (30%).

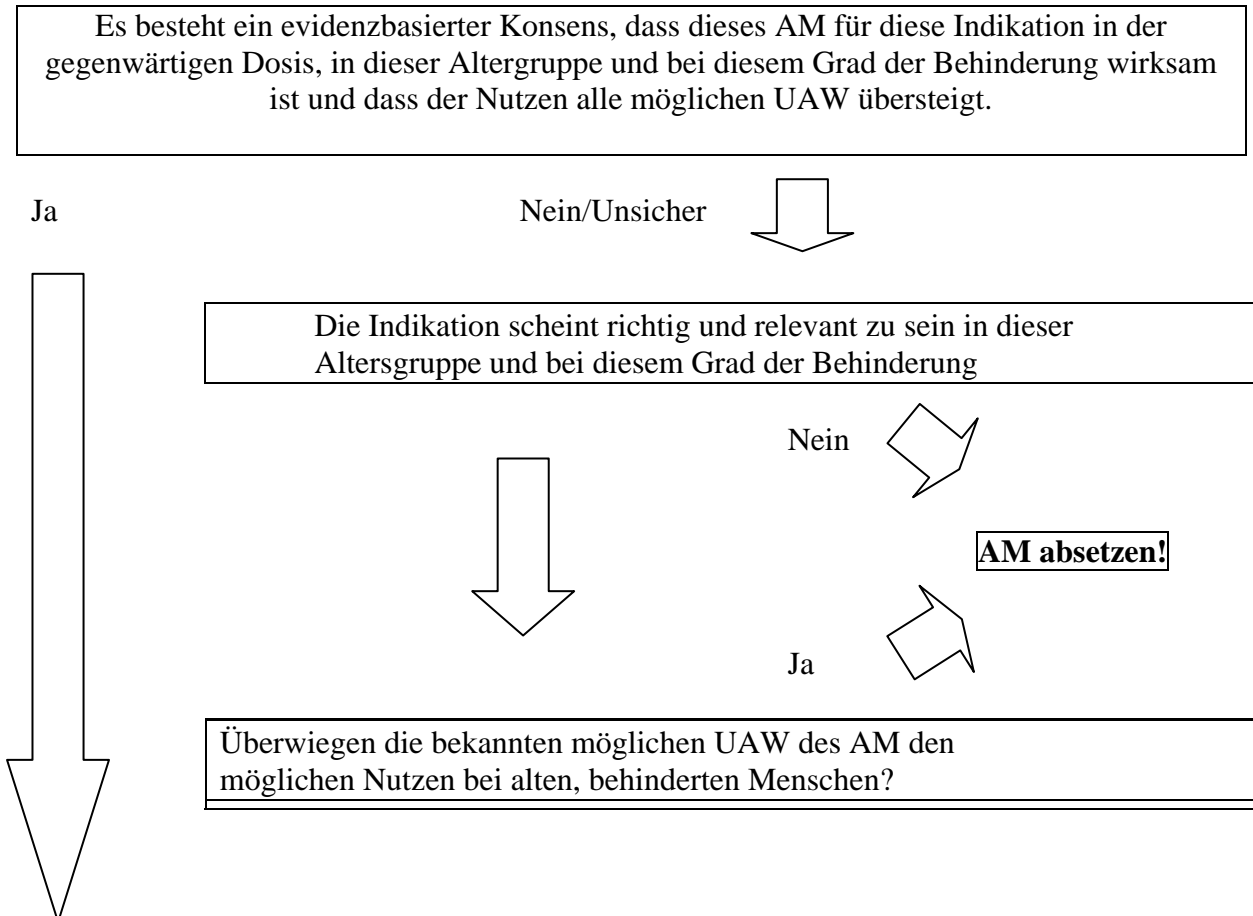
Der vom Autor entwickelte „good palliative geriatric practice“ GP-GP-Algorithmus hat zum Ziel die Medikation geriatrischer Patienten zu verbessern bzw. auf das Notwendigste zu reduzieren (2).

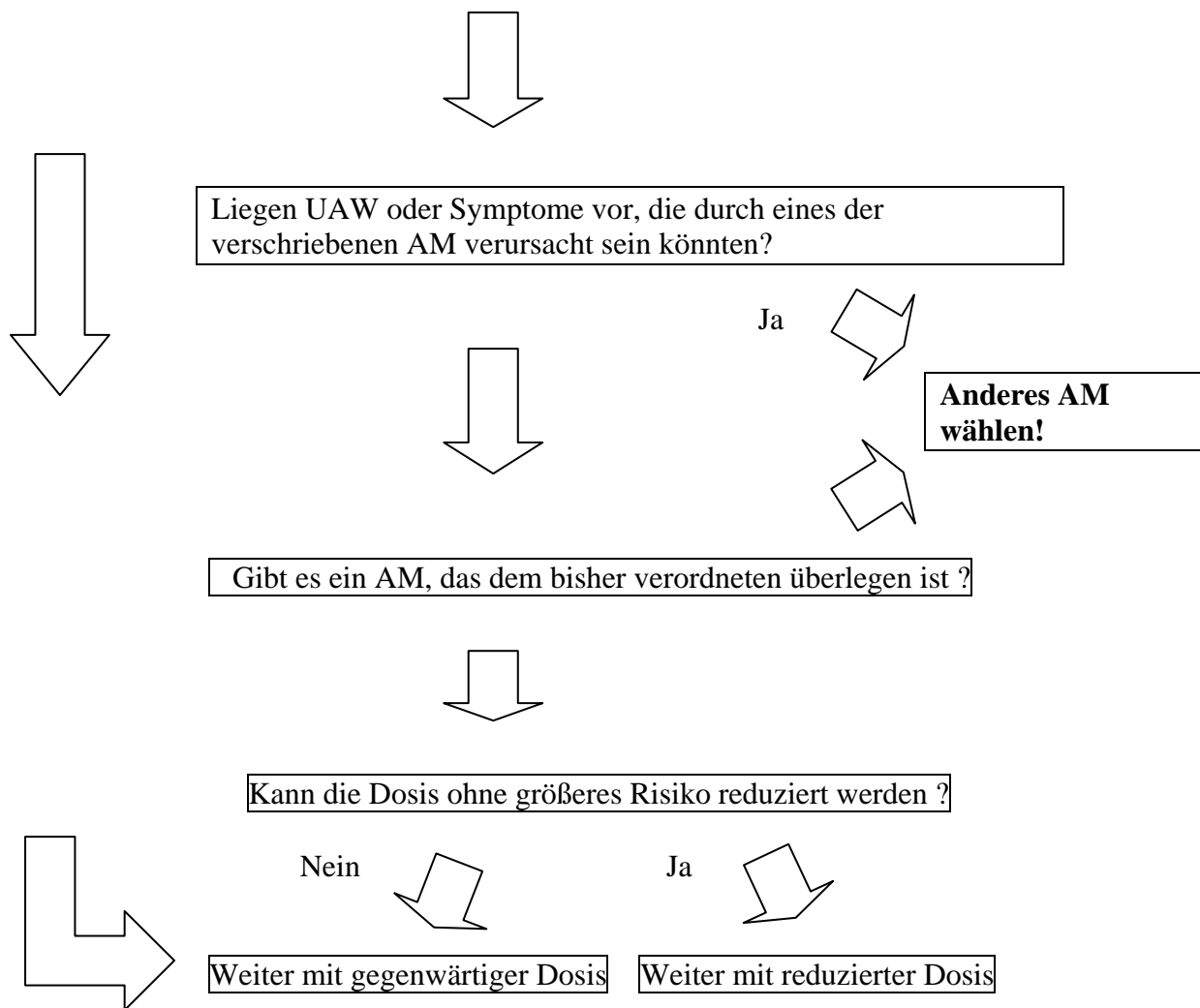
Die Ziele dieses Vorganges sind

- konsequentes Absetzen nicht evidenzbasierter Medikamente,
- konsequentes Absetzen unverträglicher Medikamente,
- Ersetzen ungeeigneter (für alte Menschen) Medikamente durch verträglichere,
- bei Mehrfachtherapien zumindest ein Medikament wegzulassen und
- stattdessen die Dosis der anderen zu variieren.

Daraus ergibt sich der in der Abbildung 1 dargestellte Ablauf bezüglich der AM.

Abb. 1





In dieser Studie war nur bei sechs von den 70 Patienten keine Veränderung der AM-Therapie notwendig, bei allen anderen Probanden wurde mindestens eine Modifikation vorgeschlagen. In Summe wurde die Indikation von 311 AM bei 64 Patienten in Frage gestellt. Nach Rücksprache mit den Betroffenen, Angehörigen und Ärzten wurden letztendlich 256 AM abgesetzt, das waren immerhin 47%.

In der Nachbeobachtungszeit (19 Monate) wurden alle Patienten im drei- bis sechsmonatigen Rhythmus ärztlich beurteilt, zu Beginn im Studienzentrum, später mit Telefoninterviews. Es wurde der klinische Status und die aktuelle Einnahme der AM ermittelt. Zusätzlich wurde mit Fragebögen versucht den funktionellen, kognitiven und emotionalen Status zu ermitteln nach short-geriatric-depression-scale, mini-mental state-examination und das Wohlbefinden auf einer 5-Punkt-Lickert-Skala.

Als Interventionsversagen wurde gewertet, wenn es zum Wiederauftreten der klinischen Symptomatik nach Absetzen der Medikation für Herzinsuffizienz, Dyspepsie und Parkinson kam bzw. zur Verschlechterung der Untersuchungs- oder Laborwerte Blutdruck, Hypokaliämie oder Anämie. Bei Diabetikern wurde ein Anstieg des HbA1c über 8%, bei Hypertonikern ein Anstieg des RR über syst. 150 mm Hg und diast. 90 mm Hg als negativ bewertet. Bei einem derartigen Interventions-Versagen wurde die ursprüngliche Therapie wieder eingesetzt. Dies war in sechs Fällen der Fall, das entspricht einem Versagen von 2%. Alle anderen Interventionen konnten konsequent weitergeführt werden, d.h. es konnten abgesetzt werden:

- alle Nitrate
- 97% der Diazepine
- 83% der Sulfonylharnstoffe
- 53% der Anthypertensiva
- 54% der Statine
- 58% der Magentherapeutika
- 33% der Antidepressiva
- 33% der Antipsychotika

Neben den 2% Versagern führten zehn Ereignisse zu einer Hospitalisierung, wobei ein Ereignis auf das Absetzen der oralen Antikoagulation (mit anschließender Bein-Venen-Thrombose) zurückzuführen war. Die übrigen Ereignisse konnten nicht mit der Intervention in Zusammenhang gebracht werden (Sepsis, cerebr. Insult, Hüftfraktur, Pneumonie, Ileus, Herzinsuffizienz und VH-Flimmern).

In der Nachbeobachtungsphase starben insgesamt zehn Patienten, mittleres Alter 89a nach 13 Monaten im Mittel. Auch die Todesfälle konnten nicht mit dem Absetzen der AM erklärt werden.

Keinem der Patienten ging es nach dem Absetzen schlechter, definiert mittels Absinken des Lickert-Wertes um mindestens 2 Punkte. 88% der Patienten berichteten ein besseres Allgemeinbefinden, bei 67% konnte eine Verbesserung des Lickert-Wertes um 2 Punkte berichtet werden. Weitere 56 Patienten gaben eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit an und bei drei Probanden kam es zu einem Anstieg des MMS von 14 auf 24, bzw. auf 23 und 30 Punkte.

#### **Schlussfolgerung:**

*Diese kleine unkontrollierte Studie zeigt, dass bei älteren Menschen die Polypharmakotherapie sehr oft nicht zielführend ist. Nach einem noch zu evaluierendem Algorithmus können bis zu 50% der AM abgesetzt werden, ohne dass eine wesentliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation eintritt. Bei zahlreichen Patienten dieser Studie besserten sich die Parameter Lebensqualität und kognitive Fähigkeiten. Weitere Studien sind dringend gewünscht. Der vom Autor angeführte Untertitel „less is more“ sollte bei jeder Medikation berücksichtigt werden.*

1. J. Schuler et al.: Polypharmacy and inappropriate prescribing in elderly internal-medicine patients in Austria; Wien Klin Wochenschr. 2008; 120 (23-24):733-41
2. D. Garfinkel, D. Mangin: Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medication in Older Adults, Arch. Intern. Med. 2010, 170,1648
3. Fick, D.M., et al.: Arch. Intern. Med. 2003, 163, 2716. Erratum 2004,164,1701
4. Leipzig et al.: Metaanalysis on falls and medication, J Am Geriatric Soc. 1999; 47(1):30-39&40-50
5. Wehling M.: Multimorbidity and Polypharmacy: how to reduce the Harmful Drug Load in the Elderly, Proposal of a new Drug Classification, J Am Geriatric Soc.2009; Vol 57,3, 560-561