

POLYMEDIKATION – EIN UPDATE



„Polypharmazie an sich sollte konzeptionell verstanden werden als eigenständige Erkrankung mit möglicherweise mehr schwerwiegenden Komplikationen als diejenigen, gegen die die verschiedenen Medikamente verschrieben werden.“ [1] Der folgende Beitrag beschreibt die Entwicklung der Situation im Freistaat in den letzten fünf Jahren.

Im ersten Quartal dieses Jahres hat jeder fünfte GKV-Patient in Bayern, der eine Arzneimittelverordnung kassenwirksam verordnet bekommen hat, mindestens fünf verschiedene Wirkstoffe erhalten. Knapp die Hälfte aller Verordnungen entfällt auf die Altersklasse ab 65 Jahren aufwärts.

Das Problembewusstsein für Poly-medikation/Polypharmazie, insbesondere bei älteren Menschen, ist mittlerweile bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen angekommen. Die Bundesregierung hat mit der Bereitstellung des sogenannten Innovationsfonds nicht zuletzt deshalb einen Anreiz für mehr Versorgungsforschung auf diesem Gebiet gesetzt. Es existieren unterschiedliche Listen von Arzneimitteln, die für ältere Menschen ungeeignet sind (Beers, PRISCUS, STOPP und andere). Mit der Zahl der täglich eingenommenen Medikamente steigt das Risiko für Interaktionen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen, insbesondere bei älteren Menschen [2]. Polypharmazie wurde zuletzt häufig an der Zahl der verordneten oder eingenommenen Wirkstoffe festgemacht. Mittlerweile wird zunehmend zwischen geeigneter oder problematischer Polypharmazie in Abhängigkeit davon unterschied-

den, ob die Medikation regelmäßig überprüft und angepasst wird. Dennoch gibt die Zahl der verordneten Arzneistoffe einen ersten Hinweis darauf, dass eine ungeeignete, problematische Polypharmazie vorliegen könnte.

In einer Analyse bayerischer Verordnungsdaten haben wir die GKV-Arzneimittelverschreibungen im ersten Quartal dieses Jahres mit dem ersten Quartal 2010 verglichen. Anfang 2010 wurden 44,6 Prozent der älteren Patienten (≥ 65 Jahre) mindestens sechs verschiedene Arzneistoffe verordnet, wohingegen dies bei den unter 65-Jährigen nur bei 15,8 Prozent der Fall war. Fünf Jahre später sind diese Zahlen bereits angestiegen: 46,6 Prozent der älteren und 16,7 Prozent der jüngeren Patienten wurden mit sechs und mehr Wirkstoffen versorgt. Grenzt man auf die Altersgruppe der über 80-Jährigen ein, so stieg der Anteil von

52 auf 54 Prozent derjenigen mit sechs und mehr Medikamenten. Bei jedem zweiten Patienten höheren Alters sollte entsprechend nicht nur leitliniengerecht, sondern auch rational verordnet werden. Die Medizin wandelt sich derzeit von einer krankheitsorientierten zu einer patientenbezogenen Profession.

Weniger ist manchmal mehr. Doch wo kann man ansetzen, um die Medikamentenlast zu verringern? Betrachtet man die versorgungsrelevanten Erkrankungen, so fallen neben dem breiten Einsatz psychoaktiver Substanzen die Arzneimittel gegen kardiovaskuläre Erkrankungen (Antihypertonika, Lipidsenker, RAAS-wirksame Substanzen), Antidiabetika und Mittel gegen Magenübersäuerung ins Auge. Erfreulich ist, dass bei den ältesten Patienten mit Polymedikation der Einsatz der psychoaktiven Substanzen leicht rückläufig ist (Tabel-

GKV-Verordnungen mit psychoaktiven Substanzen für ältere Patienten		
Patienten ≥ 80 Jahre mit mindestens sechs Wirkstoffen	Patientenanteil 2010	Patientenanteil 2015
Benzodiazepine und Verwandte	4,7 %	3,1 %
Psycholeptika	4,0 %	3,6 %
Psychoanaleptika (Antidepressiva und Antidementiva)	7,0 %	6,6 %

Tabelle 1

Quelle: KVB

le 1). Hier setzt sich offenbar allmählich die Erkenntnis durch, dass diese Wirkstoffgruppen für die hochbetagten Patienten äußerst problematisch, wenn nicht sogar riskant sein können und dass insbesondere bei den benzodiazepin-artigen Substanzen eine Entwöhnung zwar schwierig, aber möglich ist.

Blutdrucksenkung bei älteren Patienten

Ziel jeder Blutdrucksenkung soll die Primär- oder Sekundärprophylaxe kardiovaskulärer Ereignisse, vor allem von Schlaganfällen, sein. Obwohl das Schlaganfallrisiko ab einem Alter von 40 Jahren kontinuierlich ansteigt, nimmt der Einfluss des Bluthochdrucks auf die Risikoerhöhung mit steigendem Alter kontinuierlich ab [3]. Die HYVET (Hypertension in the Very Elderly Trial)-Studie fand bei über 80-jährigen Hypertonikern, dass ein Zielblutdruck von 150 mm Hg systolisch zu 80 mm Hg diastolisch die Ereignisrate von fatalen und nicht-fatalen Schlaganfällen gerade nicht signifikant senkte (HR = 0,70; 0,49-1,01) [4]. Eine Cochrane Metaanalyse kam zu dem Ergebnis, dass die Blutdrucksenkung ab einem Alter von 80 Jahren die Mortalität nicht mehr signifikant senkt [5]. Eine aktuell veröffentlichte Metaanalyse der verschiedenen post-hoc Auswertungen der HYVET-Studie schließt, neben dem grundsätzlich positiven Votum für eine Blutdrucksenkung auch in dieser Altersgruppe, dass insbesondere bei gebrechlichen Patienten unter Polymedikation dies jedoch individuell abgewogen werden müsse [6]. Grundsätzlich profitieren auch ältere und sehr alte Patienten von einer Blutdrucksenkung bei bestehender Hypertonie. Der Zielblutdruck unter 140/90 bei unter 80-Jährigen beziehungsweise unter 150/90 bei über 80-Jährigen verdeutlicht jedoch, dass in der Regel

eine Hochdrucktherapie nicht mit drei bis vier verschiedenen Arzneimitteln durchgeführt werden muss.

Lipidsenkung bei hochbetagten Patienten

Die verfügbaren Risikokalkulatoren zur Primärprävention (Arriba, ESC Euro, Framingham, PROCAM) berechnen das individuelle Risiko, in den nächsten zehn Jahren ein kardiovaskuläres Ereignis zu erleiden. Insofern stellt sich in der Praxis oft die Frage, wie hoch die Lebenserwartung des einzelnen Patienten noch ist, damit er von einer langfristigen prophylaktischen Therapie noch profitieren kann. Die PROCAM-Daten schlossen nur Patienten bis 78 Lebensjahre, der ESC Euro Score Patienten bis 80 Jahre ein. Der Arriba-Score basiert auf den Framingham-Daten, deren Kohorten nur Patienten unter 80 Jahren einschlossen. Insgesamt waren die Patientenzahlen in den hohen Altersklassen zur Etablierung der verschiedenen Risikokalkulatoren als valides Messinstrument unzureichend. Die PROSPER-Studie, an der 5.804 Männer und Frauen zwischen 70 und 82 Jahren mit bestehender kardiovaskulärer Grunderkrankung oder einem hohen Risiko hierfür teilnahmen, fand nach median 3,2 Jahren unter 40 mg Pravastatin täglich gegenüber Placebo eine signifikante Senkung des kombinierten kardiovaskulären Morbiditäts- und Mortalitätsendpunktes, wobei das Schlaganfallrisiko nicht gesenkt wurde [7]. Überraschend fand sich jedoch in der Behandlungsgruppe eine signifikante Zunahme an neuen Krebserkrankungen. Zwar kam eine im Anschluss durchgeführte Metaanalyse über alle Pravastatin- und Statin-Studien zu keinem ähnlichen Ergebnis, jedoch waren diese zusätzlich einbezogenen Studien an jüngeren Patienten durchgeführt worden. Folgerichtig wurde die

Sterblichkeit in der PROSPER-Studie nicht gesenkt. Die Patienten starben zwar weniger an kardiovaskulären Ereignissen, dafür jedoch grenzwertig signifikant mehr an Krebserkrankungen.

Darüber hinaus bleibt an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass auch bei der antidiabetischen Therapie die Zielwerte mit steigendem Alter weniger streng festgelegt werden sollten. So empfiehlt die amerikanische geriatrische Gesellschaft, dass der HbA_{1c}-Zielwert von Patienten ab einem Alter von 65 Jahren aufwärts im Regelfall nicht mehr unter 7,5 Prozent gesenkt werden sollte [8].

Für alle Wirkstoffe sollten die verfolgten Therapieziele individuell und gemeinsam mit dem Patienten festgelegt und insbesondere auch die möglichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen und -interaktionen aufgezeigt werden. Plant man einen Auslassversuch, so sollte man diesen zunächst auf eine Substanz beschränken und erst bei erfolgreicher Reduktion den nächsten ins Auge fassen.

Dr. Kerstin Behnke (KVB)

- [1] Garfinkel D., Mangin D. Arch Intern Med 2010, 170, 18, 1648.
- [2] Routledge P.A. et al., Br J Clin Pharmacol 2004, 57, 2, 121-126.
- [3] Byatt K., Evid Based Med 2014, 19, 4, 121-122.
- [4] Beckett NS et al., New Engl J Med 2008; 358(18):1887-98.
- [5] Musini VM et al., Cochrane Database Syst Rev. 2009 Oct 7; (4):CD000028.
- [6] Benetos A. et al., JAMA. 2015 Jul 14; 314(2):170-180.
- [7] Shepherd J. et al., Lancet 2002, Nov 23; 360(9346):1623-30.
- [8] AGS Choosing Wisely Workgroup, J Am Geriatr Soc. 2013 Apr;61(4):622-31.