**Neuer Algorithmus hilft, nicht benötigte Medikamente bei älteren Menschen auszusondern**

Der Geriater Doron Garfinkel, MD, entwickelte den Algorithmus der Guten Palliativgeriatrie zum Absetzen nicht benötigter Medikamente bei älteren Patienten. In einer Studie zeigte er, wie dies dazu führte, dass 58 % der Medikamente, die von einer Gruppe älterer Menschen in Gemeinschaften eingenommen wurden, abgesetzt wurden.

Der Hausarzt Doron Garfinkel, MD, sah kürzlich einen Patienten, der 90 Jahre alt war und 23 Medikamente einnahm, darunter sieben verschiedene Antihypertensiva. „Ich sagte zu seiner Tochter: ‚Wahrscheinlich ist dein Vater sehr stark, dass er diese Menge an Drogen überlebt.'“

Die meisten Internisten würden wahrscheinlich Dr. Garfinkels Präferenz zustimmen, dass seine älteren Patienten tatsächlich von ihrer Medikation profitieren und nicht nur überleben. Aber Dr. Garfinkel, der Leiter der Geriatrie am Shoham Geriatric Medical Center in Israel, ergreift Maßnahmen, um dieses Ziel zu erreichen.

Polypharmazie bei älteren Menschen kann mehr schaden als nützen. Eine Studie führte dazu, dass fast 60 % der Medikamente abgesetzt wurden. Foto von BananaStock

Er hat den Good Palliative-Geriatric Practice (GP-GP)-Algorithmus zum Absetzen nicht benötigter Medikamente älterer Patienten entwickelt. In einer Studie, die am 11. Oktober 2010 in den *Archives of Internal Medicine* veröffentlicht wurde, verwendeten Dr. Garfinkel und Co-Autorin Derelie Mangin, MBChB, den Algorithmus, um zu empfehlen, 58 % der Medikamente abzusetzen, die von einer Gruppe von in Gemeinschaft lebenden älteren Menschen (a insgesamt 311 Medikamente für 64 Patienten). In einigen Fällen entschieden sich Patienten oder ihre Ärzte dafür, die Medikamente beizubehalten, aber insgesamt wurden 256 Medikamente abgesetzt und nur sechs mussten wieder aufgenommen werden.

„Weltweit wächst das Bewusstsein für die Last der Polypharmazie für diese alternde Bevölkerung. Ich denke, es wird viel darüber nachgedacht, wie wir dies systematisch angehen können“, sagte Dr. Mangin, außerordentlicher Professor an der Universität von Otago in Neuseeland. „Was [der Algorithmus] tut, ist uns einen Rahmen zu geben, in dem wir es tun können.“

**Schritt für Schritt**

Der erste Schritt im GP-GP-Rahmenwerk besteht darin, die Evidenz für die Verabreichung eines bestimmten Medikaments an einen älteren Patienten zu prüfen. Angesichts der Seltenheit von Arzneimittelstudien bei älteren Patienten fehlt es oft an Beweisen. „Wenn die Antwort ja ist, was bedeutet, dass es bewiesen wurde, setzen Sie das Medikament fort. Aber für 95 % dieser Medikamente bei älteren Menschen ist die Antwort nein, was bedeutet, dass wir keine wirkliche Evidenzbasis haben“, sagte Dr. Garfinkel.

Viele vorbeugende Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel wie Statine und Kalzium fallen in diese Kategorie und sind bei gebrechlichen, schwerkranken älteren Patienten nicht erprobt, so Marcel Arcand, MD, Professor für Familienmedizin an der Universität von Sherbrooke in Kanada. „Wir extrapolieren gewissermaßen von einer relativ gesunden älteren Bevölkerung mit wenigen Krankheiten“, sagte er.

Dr. Garfinkel möchte, dass Ärzte in die entgegengesetzte Richtung extrapolieren. Wenn er unterrichtet, zeigt er den Studenten ein Gemälde eines sterbenden Patienten und stellt ihnen eine Reihe von Fragen. „Würden Sie diesem Patienten Aspirin geben? Statine? Wie etwa vor einer Woche? Einen Monat vorher? Vor sechs Monaten?« Die Schätzung der Lebenserwartung mag Ärzten Unbehagen bereiten, aber sie kann den Fokus auf die Frage lenken, welche Medikamente tatsächlich benötigt werden, sagte Dr. Garfinkel.

In einigen Fällen könnten sich ändernde Umstände Medikamente für einen Patienten weniger nützlich gemacht haben, sagte Dr. Mangin. Zum Beispiel kann ein älterer Patient, der in jungen Jahren wegen Bluthochdruck Medikamente eingenommen hat, ein geringeres Aktivitätsniveau und Veränderungen seines oder ihres Body-Mass-Index erfahren.

Dr. Arcand bot weitere Beispiele an. "Eine Person, die geht, kann Angina haben, aber wenn sie dann bettlägerig sind, brauchen sie alle zwei oder drei Arten von Medikamenten, um Angina zu verhindern?" er hat gefragt. „Ist die Prävention osteoporotischer Frakturen bei Patienten, die nicht mehr gehen können, genauso effektiv? Die Sturzgefahr besteht nicht mehr.“

Für Patienten, die noch mobil sind, kann das Sturzrisiko jedoch ein Argument für das Absetzen von Medikamenten sein, stellte Dr. Garfinkel fest. Er stoppt Benzodiazepine bei fast jedem Patienten, den er sieht, wegen ihrer Assoziation mit Stürzen.

**Hindernisse für Veränderungen**

Diese Anweisung mag wie eine Kritik an seinen Kollegen klingen, aber Dr. Garfinkel meint es nicht so. Er ist sich der systemischen Hindernisse für die Umsetzung seiner Ideen bewusst. „Wie bei den meisten Problemen, die sehr schwer zu lösen sind, gibt es keine einzige Antwort oder eine Instanz, die dafür verantwortlich ist“, sagte er.

„Es ist ein Teufelskreis“, erklärte Dr. Garfinkel. „Ein Patient kommt ins Krankenhaus, und wenn er wieder rauskommt, nimmt er zwei, drei oder vier Medikamente mehr ein als bei der Aufnahme. Der Hausarzt sagt: ‚Okay, es wurde im Krankenhaus gegeben. Ich werde es nicht aufhalten.'“

In der Zwischenzeit können Krankenhausärzte und Fachärzte einen ähnlichen Ansatz wie Medikamente verfolgen, die vom allgemeinen Internisten eines Patienten eingeleitet werden.

„Es ist einfacher, die Medikamente fortzusetzen, die jemand anderes begonnen hat“, sagte Dr. Garfinkel. „In der medizinischen Fakultät wird uns beigebracht, wann wir mit Drogen beginnen sollen. Niemand sagt uns oder lehrt uns, ob und wann wir Medikamente absetzen sollen.“

Das Absetzen kann auch zeitaufwändiger sein als das Einsetzen von Medikamenten. Wie in der Studie angewendet, beginnt der GP-GP-Algorithmus mit einer einstündigen Konsultation des Patienten und der Familie, etwas, wofür die meisten praktizierenden Ärzte nicht die Zeit haben, sich damit zu beschäftigen.

Nach der Konsultation schreibt Dr. Garfinkel den Patienten und ihren Ärzten in der Regel einen langen Brief, der eine Überprüfung der Evidenz für ihre Medikamente und seine Vorschläge zum Absetzen oder Reduzieren von Medikamenten enthält. (In einigen Fällen schlägt er auch vor, mit neuen Medikamenten zu beginnen, meistens Antidepressiva. „Manchmal bin ich der Erste, der der Familie mitteilt, dass sie depressiv sind“, sagte er.)

„Es geht nicht nur darum, zu entscheiden, dass der Patient ein Medikament zu viel bekommt, und wir werden es durchschneiden. Es ist vielmehr eine sehr sorgfältige und sehr individuelle Betrachtung jedes einzelnen Medikaments, das die Person einnimmt, und ob es einen Versuch geben kann, das Medikament abzusetzen oder ob die Dosis reduziert werden kann“, erklärte Dr. Mangin.

Der Abwägungsprozess sollte den Patienten maßgeblich einbeziehen, so die GP-GP-Autoren. „Ich sage: ‚Ich schlage vor …' und erkläre, warum. Bei manchen Drogen sage ich: „Es gibt nicht genug Literatur, um eine Entscheidung zu treffen. Ich bin geneigt, dies zu tun, aber die Familie wird entscheiden“, sagte Dr. Garfinkel.

Wenn der Patient, die Familie und der behandelnde Arzt einverstanden sind, werden die Medikamente dann gleichzeitig abgesetzt und dann für eine Probezeit engmaschig überwacht. Wenn die Symptome wieder auftreten, werden die Medikamente wieder aufgenommen, aber in der veröffentlichten Studie wurden 81 % der zum Absetzen empfohlenen Medikamente erfolgreich abgesetzt. Insgesamt berichteten 88 % der Patienten über eine globale Verbesserung ihres Gesundheitszustands, und obwohl zehn Patienten während der Nachbeobachtung starben, wurden keine Nebenwirkungen gefunden, die auf das Absetzen zurückzuführen waren.

**Zukunftsausblick**

Die Ergebnisse haben das Interesse der medizinischen Fachwelt, aber auch Besorgnis geweckt. Als Antwort bietet Dr. Garfinkel sowohl Beruhigung als auch Vorsicht an. „Sie sollten das nicht zu Hause versuchen, wie wir sagen, aber ein Arzt mit klinischem Urteilsvermögen kann es tun.“

Irgendwann würde er gerne ein paar Ärzte sehen, die sich auf diese Aufgabe spezialisiert haben, wie einen Fallmanager für Medikamente. Vorzugsweise wäre die Person ein Geriater, der möglicherweise mit einem Apotheker zusammenarbeitet, der alle Medikamente überprüft und mit dem Patienten spricht, sagte Dr. Garfinkel.

Dr. Mangin sagt voraus, dass die aktuellen Trends das Gesundheitssystem in Richtung eines solchen Modells oder zumindest einiger Maßnahmen in Bezug auf das Problem der Polypharmazie für ältere Menschen drängen werden.

Sie sagte: „Die Qualität unserer medizinischen Versorgung in den nächsten Jahrzehnten wird mehr an der Weisheit dessen gemessen, was wir nicht geben, als an dem, was wir geben.“