

Medikation des älteren multimorbiden Patienten

Pragmatismus oder Polypharmazie?

KATHARINA GRIMM

Die effiziente und effektive Therapie geriatrischer Patienten ist eine Herausforderung: Multimorbidität und unzählige Wechselwirkungen erschweren sie ebenso wie die veränderte Pharmakokinetik. Am 8. Internationalen Geriatriekongress in Wien nahmen Experten zu einigen häufig verwendeten Substanzen Stellung.

96 Prozent der über 70-Jährigen nehmen mindestens ein, 56 Prozent fünf und mehr Medikamente ein. Jeder Zehnte ist unterversorgt, und bei 19 Prozent besteht eine Fehlmedikation. Dies sind die ernüchternden Ergebnisse der Berliner Altersstudie ([Internet://www.base-berlin.mpg.de](http://www.base-berlin.mpg.de)). «Antidementiva zum Beispiel werden immer noch viel zu wenig gegeben, obwohl ihre Wirksamkeit erwiesen ist», beklagte Professor Ingo Füsgen, Universität Witten-Herdecke.

Medikamente können im Alter zur Prävention (z.B. Acetylsalicylsäure [ASS]), Heilung (z.B. Antibiotika), Verlaufsbeeinflussung (z.B. Antidementiva) und Sym-

ptombehandlung (z.B. Neuroleptika) eingesetzt werden. Ihre Auswahl sollte jenseits der erwiesenen Wirksamkeit durch ihre Nebenwirkungen und die Compliance des Patienten bestimmt werden. So weit die Theorie. Doch in der Praxis ergeben sich erhebliche Probleme: «Praktisch jedes Medikament hat beispielsweise Einfluss auf die Miktion – wenn man danach geht, kann man fast nichts mehr geben.»

Medikamente verursachen oder verschlimmern im Alter häufig:

- kognitive Verschlechterung
- Stürze
- Obstipation
- Harninkontinenz
- Parkinsonismus

Dazu kommen physiologische Organveränderungen, die verminderte Resorption und schliesslich die Multimorbidität mit ihrem Problem der Polypharmazie: Die möglichen Interaktionen sind kaum noch überschaubar. Was bleibt, ist sorgfältige

Mit Stürzen assoziierte Medikamente:

- Sedativa, Hypnotika, Benzodiazepine
- Phenothiazine
- Trizyklische Antidepressiva
- Diuretika
- Digitalisglykoside
- Kalziumantagonisten
- Durchblutungsfördernde Mittel
- Laxanzien
- Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)
- Zentral wirksame Analgetika

8. Wiener Internationaler Geriatriekongress, 20.–23. April 2005, Wien

Krankenbeobachtung und so weit als möglich Beschränkung auf das Wesentliche. Ist da für Prävention überhaupt noch Platz? «Für die Prävention von Hirnschlägen beispielsweise gibt es zahlreiche Studien, welche die Wirksamkeit von ACE-Hemmern belegen. Demgegenüber stehen ihre Neben- und Wechselwirkungen, Kosten und so weiter. Letztendlich bleibt es ein zweiseitiges Schwert, das sorgfältige Nutzen- und Risikoabwägung im individuellen Fall erfordert.»

Betablocker – das ideale Altersmedikament?

Eigentlich sind Betablocker Medikamente für alte Menschen. Mit ihren kardialen Indikationen Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, KHK, Frequenzkontrolle, Hypertonie und Risikominderung perioperativ sowie den extrakardialen Indikationen Tremor, Hyperthyreose und – umstritten – Anxiolyse wirken sie bei vielen zentralen Problemen des höheren Alters. Allerdings haben sie auch erhebliche Nebenwirkungen, die zwischen den verschiedenen Generationen und Substanzen variieren. «Der ideale Betablocker für alte Patienten sollte eher lipophil und beta-1-selektiv sein, eine lange Halbwertszeit und hohe Bioverfügbarkeit haben, in niedrig dosierten Präparationen erhältlich sein, minimale Interaktionen und ein niedriges Orthostaserisiko aufweisen sowie letztlich noch nachgewiesene Effizienz im Alter haben», fordert Prof. Bernhard Höltmann, Grevenboich. «Den gibt es bisher nicht.»

Medikation des älteren multimorbiden Patienten

Am ehesten noch kommt diesem Postulat Bisoprolol (Concor® und Generika) nahe, hydrophile Substanzen wie Atenolol und Sotalol sind im Alter weniger geeignet.

Empfehlungen zur Betablocker-Therapie im Alter

- Bei Indikation Multimorbidität berücksichtigen
- Start low, go slow: sehr niedrige Dosen, langsam steigern (50%/14 Tage)
- Keine weitere Steigerung bei symptomatischer Bradykardie
- Vor Gabe Hypovolämie ausgleichen
- Vorsicht bei Klappeninsuffizienz
- Nierenfunktion und Gewicht kontrollieren
- Bei kurzer HWZ nie abrupt absetzen (bei längerer HWZ kein Problem)
- Kreatinin darf initial erhöht sein, aber unter Therapie nicht ansteigen
- Bei gleichzeitigen Schmerzen früh Opiode einsetzen (cave Kombination mit NSAR!)

In der SENIORS-Studie (Shibata et al. 2002) sank durch die Gabe eines Betablockers der 3. Generation (Nebivolol [Nebilet®]) bei Patienten (Durchschnittsalter 76 Jahre) mit Herzinsuffizienz die Einweisungsfrequenz wegen kardiovaskulärer Ereignisse signifikant, die Mortalität nahm ebenfalls (nicht signifikant) ab. In einer Kohortenstudie mit Patienten über 65 Jahren gingen Mortalitäts- und Hospitalisationsrate dosisabhängig zurück (Sin, McAlister 2002).

Evidenz für ACE-Hemmer im Alter spärlich

«Angesichts des Benefits bei allen möglichen präventiven und therapeutischen Indikationen sollte eigentlich jeder von uns einen ACE-Hemmer nehmen!» Mit dieser Einleitung spielte Professor Roland Hardt, Trier, auf die enorme Datenfülle zu diesem Thema an. Er verwies auf die PROGRESS-Studie zur Apoplex-Prävention durch ACE-Hemmer und auf die UKPDS, bei der eine gute Blutdruckeinstellung durch ACE-Hemmer von grösserem Bene-

fit war als die Diabetestherapie. Allerdings: für Patienten über 70 Jahre ist praktisch keine Evidenz vorhanden. Erst seit 10 bis 15 Jahren ist bekannt, dass sich eine antihypertensive Therapie auch im Alter lohnt, so Hardt. Trotz der unbefriedigenden Datenlage zur ACE-Hemmer-Therapie im Alter erwartet er einen Benefit. Schliesslich sei die «number needed to treat» hier erheblich wichtiger als die relative Risikoreduktion: «Wenn Sie 30 Patienten über 85 Jahre behandeln, können Sie bereits einen Schlaganfall verhindern.» Bezüglich einer Demenzprävention durch ACE-Hemmer erlauben die Daten noch keine abschliessende Beurteilung.

Abführmittel: frühzeitiger Einsatz verbessert Lebensqualität

Über 75 ist Obstipation besonders für Frauen ein alltägliches Problem. Die altersbedingt verlängerte Transitzeit durch den Darm, Immobilität, Dehydratation und Multimedikation tragen dazu bei. 80 Prozent der Abführmittel werden in Selbstmedikation ohne ärztliche Kontrolle konsumiert. Ihr Wirkprinzip ist praktisch immer dasselbe: Durch Wasseranreicherung im Darm soll der Stuhl weicher und voluminöser gemacht werden, sodass die Ausscheidung erleichtert wird. Langfristig steigert eine wirksame Therapie die Lebensqualität der Betroffenen.

Mittel der Wahl sind laut Dr. Jürgen Gruss, Uxbridge, Füll- und Quellstoffe wie Flohsamenschalen oder Leinsamen. Sie müssen jedoch mit täglich mindestens 1 bis 2 Litern Flüssigkeit eingenommen werden. «Damit aber wird ihre Anwendung bei älteren Personen bereits schwierig, auch sind bei ihnen die empfohlenen 30g/d häufig nicht realistisch.» Evidenzbasierte Daten liegen für Ballaststoffe kaum vor. Für ältere Patienten empfiehlt Gruss Macrogole (z.B. Transipeg®). Ihre Wirkung beruht auf Wassertransport in den Darm. Sie wirken bei allen Formen der Obstipation nach zwei bis drei Tagen und sind für eine Langzeitanwendung geeignet. Initial kommen Dosen zwischen 20 und 105 g zur Anwendung, anschliessend sollte niedrig dosiert weitertherapiert werden.

Für diese Substanzen ist gute Evidenz vorhanden (Ramkumar und Rao 2005). Pflanzliche Stimulanzien sollten wegen der regelhaften Krämpfe und Elektrolytverschiebungen gemieden werden, Lactulose ist mit ähnlichen Nebenwirkungen belastet und nur schlecht einstellbar.

Empfehlungen zur ACE-Hemmer-Therapie im Alter

- Interaktionspotenzial beachten
- Individuelle Indikation und Dosierung
- Start low, go slow (Dosis halbieren)
- Maximaldosis nicht ausschöpfen, sondern frühzeitige Kombinationstherapie

Literatur

- Chalmers J., MacMahon S.: *Perindopril pROtection aGainst REcurrent Stroke Study (PROGRESS): interpretation and implementation. J Hypertens Suppl. 2003 Jun; 21 Suppl 5: 9–14.*
- Ramkumar D., Rao S.S.: *Efficacy and safety of traditional medical therapies for chronic constipation: systematic review. Am J Gastroenterol. 2005 Apr; 100 (4): 936–971.*
- Shibata M.C. et al.: *Study of the Effects of Nebivolol Intervention on Outcomes and Rehospitalisation in Seniors with Heart Failure (SENIORS). Rationale and design. Int J Cardiol. 2002 Nov; 86 (1): 77–85.*
- Sin D.D., McAlister F.A.: *The effects of beta-blockers on morbidity and mortality in a population-based cohort of 11 942 elderly patients with heart failure. Am J Med. 2002 Dec 1; 113 (8): 650–656. ●*

Katharina Grimm, Eich
E-Mail: katharina.grimm@gmx.ch

Interessenkonflikte: keine deklariert