

# Polypharmakotherapie in der Hausarztpraxis

## 12. Bremer Hausärztetag

Dr Guido Schmiemann MPH



**amhh** Allgemeinmedizin  
Hannover



# Polypharmakotherapie

- ✓ Häufigkeit/ Entstehung
- ✓ Medikamentenplan Arzt/ Patient
- ✓ Medikamentenreview
  - Erfassung
  - Bewertung/Priorisierung
- ✓ Sinnvolle (Labor)-Kontrollen



# Qualitätsindikatoren

Welche Indikatoren sind geeignet die Qualität einer (Poly)-Pharmakotherapie in der Hausarztpraxis zu dokumentieren?



# Qualitätsindikatoren

Patienten mit >5 Med

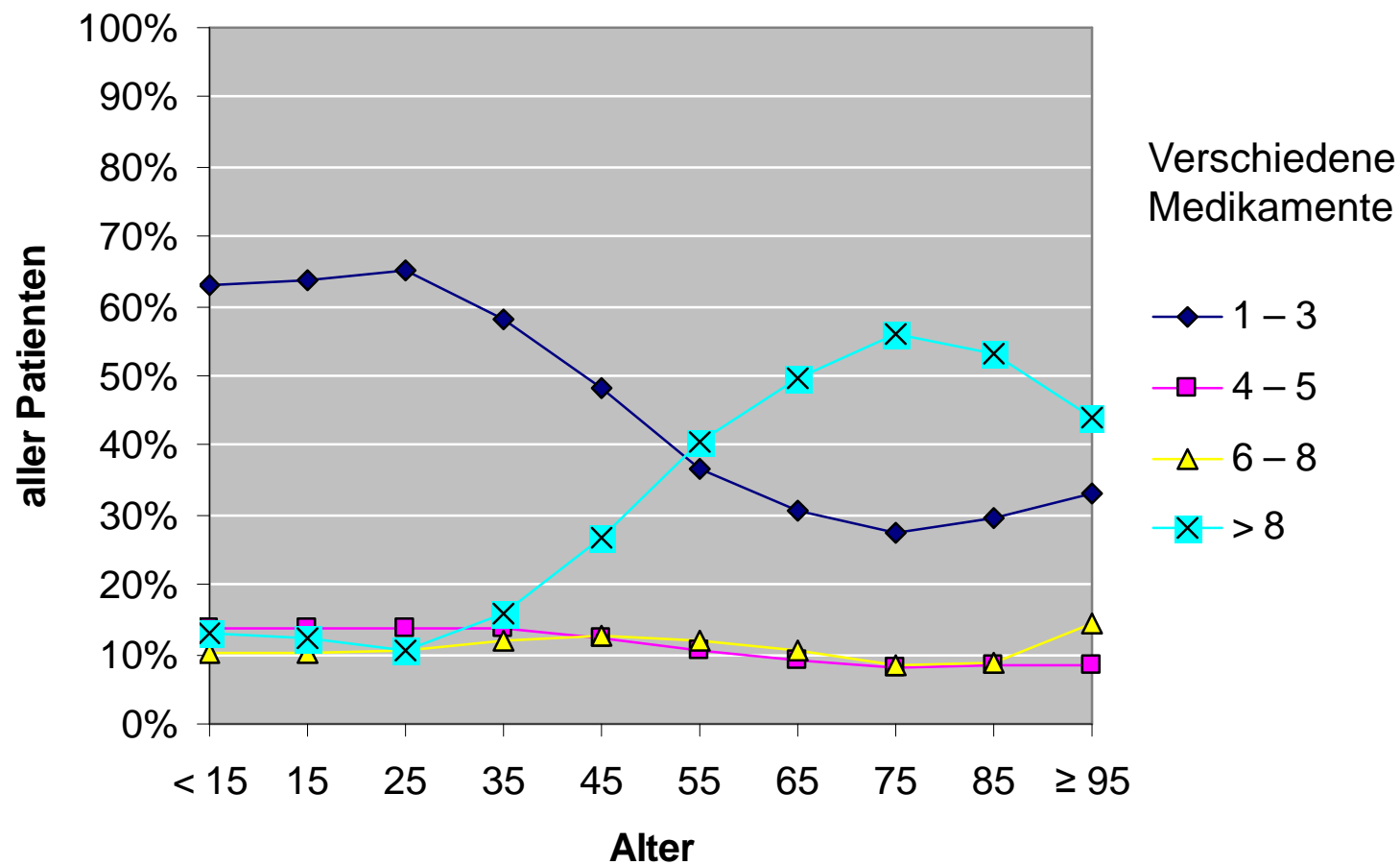
---

Alle Patienten

- valide
- Sensitiv
- evidenzbasiert
- reliabel
- praktikabel
- beeinflussbar



# Medikamente und Alter





# Entstehung einer Polypharmakotherapie

1544 Patienten (>65 J) über 4 Jahre  
Verordnung 1.3 → 1.8

Prädiktoren:

- ✓ Anzahl der Medikamente zu Beginn
- ✓ Alter
- ✓ Diabetes, KHK, Vorhofflimmern
- ✓ Keine klare Indikation

Veehof et al 2000 Fam Pract  
The development of polypharmacy



# Entstehung einer Polypharmakotherapie

280 Patienten (70Jahre) über 7 Jahre

Verordnung: 2.0 → 5.3

Ursache: Vitamine, Mineralien, Kardiovaskulär

## Prädiktoren:

- ✓ Selbsteinschätzung der Gesundheit (OR 3.2 [1.8-6.2])
- ✓ Anzahl und Zunahme der Erkrankungen (OR 1.8 [1.0-3.5])
- ✓ NICHT Aktivitäten des täglichen Lebens

Steinman et al 2007 Drugs Aging  
Evolution of medication use



# Polypharmakotherapie – Qualitative Aspekte

*„das ist ja nicht einfach  
nackte Auflistung“*

**Und wie entsteht die  
Polypharmakotherapie bei Ihren  
Patienten?**

Fokusgruppe Hausärzte





# Polypharmakotherapie – Qualitative Aspekte

## Patientenbezogen

- Auftreten UAW/
- Erkennen UAW
- Überblick / Adhärenz
- OTC
- Keine Veränderung gewünscht

## EBM

- Leitlinien fördern Polypharma

## Hausarztbezogen

- Polypharma =  
schleichender Prozeß
- addieren von Medi statt Review

## Spezialisten

- Vielzahl der Behandler
- Quartäre Prävention durch HA

Anthierens BMC FamPract 2010



# Inkongruenz

- Unvollständige Information von Mitbehandlern
- Risiko UAW/ Interaktionen steigt
- Indikator für Kommunikation/ Organisation

In 22% der Fälle nimmt der Pat mehr verschriebene  
Medikamente ein, als der Arzt angibt Barat 2001

In 53% der Fälle kennt der HA mindestens ein Medikament nicht  
Gilchrist 1987



Die **Fähigkeit zur Koordination** nimmt ab



- Polypharmakotherapie
- Es gibt viele
- Es gibt

Was können Sie tun, damit Sie die  
Medikamente Ihrer Patienten kennen?



Verordnung

Wiederholungs-  
rezept

Praxisstatistik

DMP

Überweisung

GU



# Was ist ihr Rezept gegen Inkongruenz?

- Do you take more than five medicines a day?
- Are you confused or worried about your medicines?
- Do you sometimes forget to take your medicines?
- Do you see more than one GP or specialist?
- Have you recently spent time in hospital?

Ask your pharmacist or GP about a Home Medication Review—a way to help you manage your medicines at home.

An initiative of The Pharmacy Guild of Australia and Australia's Colleges of General Practitioners. Funded by the Australian Government through the GP Scheme by Pharmacy Payments.



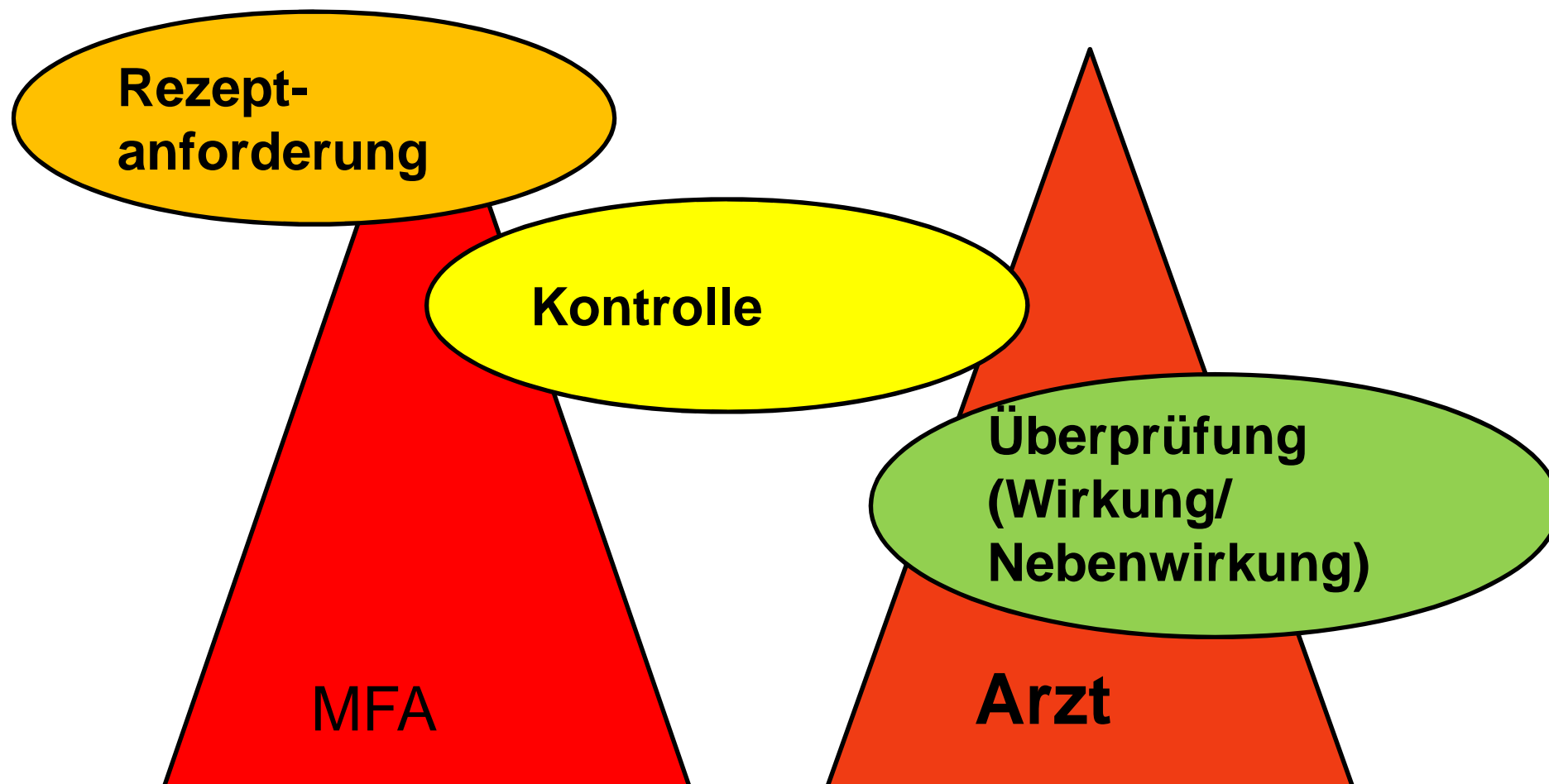
# Medikamentenreview

72% der Wiederholungsrezepte ohne Review in den  
letzten 15 Monaten      Zermansky 1996

- Level 1:** nicht strukturiert, zufälliger Kontakt
- Level 2:** Rezepte/ Verordnungen
- Level 3:** Behandlung (klin. Information)
- Level 4:** Klinischer Review



# Wiederholungsrezepte





# Gruppenaufgabe

Ihr Patient wird nach KH Aufenthalt und Reha entlassen – die bisherigen Medikamente sind vollständig umgestellt worden.

**1. Wie bewerten Sie die Medikamente?**

**2. Welche Medikamente sind wichtig? Warum?**

**3. Welche Medikamente sind wann verzichtbar?**





# Geriatrisch- Palliativer Algorithmus

1. EBM basierter Konsens für Wirkstoff, Indikation, Patientencharakteristika, Krankheitsschwere, Wirkung/Nebenwirkungsbilanz
2. Indikation valide, relevant
3. Verhältnis Wirkung/ NW bei älteren Pat.
4. Med. ursächlich für NW?
5. Therapeutische Alternativen?
6. Dosisreduktion möglich?

→ Medikament wechseln/reduzieren/stoppen?



# Beurteilung einer Polypharmathherapie I

## MAI- Medication appropriateness indicator

1. Gibt es eine Indikation für das Medikament?
2. Ist das Medikament wirksam für die verordnete Indikation?
3. Stimmt die Dosierung?
4. Sind die Einnahmевorschriften korrekt?  
(Applikationsmodus, Einnahmefrequenz, Einnahmezeit, Relation zu Mahlzeiten)
5. Gibt es klinisch relevante Interaktionen mit anderen Medikamenten?



# Beurteilung einer Polypharmathherapie II

## MAI- Medication appropriateness indicator

6. Gibt es klinisch relevante Interaktionen mit anderen Krankheiten/Zuständen?
7. Sind die Anwendungsvorschriften für meinen Patienten / meine Patientin praktikabel?
8. Wurden unnötige Doppelverschreibungen vermieden?
9. Ist die Dauer der medikamentösen Therapie (seit wann verordnet) adäquat?
10. Wurde die kostengünstigste Alternative vergleichbarer Präparate ausgewählt?



# Medikamentenreview

## Auswahl der STOP- Kriterien

- ASS ohne Hinweis auf Gefäßprobleme (KHK, Apoplex)
- Langzeittherapie langwirksame Benzodiazepine
- PPI Therapie > 8 Wochen in therapeutischer Dosis
- NSAR bei schwerem Hypertonus
- Kombination Warfarin/ NSAR
- Opiat bei leichten/mittleren Schmerzen
- TZA bei Demenz
- Gleiche Wirkstoffe

Gallagher 2008



# Arzneimittelreduktion

Warum kann eine Reduktion der vorhandenen Verordnungen sinnvoll sein?



# Therapieziele im Alter

Erhalt von

- Mobilität
- (soziale)Kommunikation
- Nahrungsaufnahme /- ausscheidung
- Schmerzfreiheit
- Schlaf und Vigilanz



# Symptome/ Funktionseinschränkungen

- Psychische Leistung/ Vigilanz
- Körperliche Unversehrtheit
- Appetitverlust
- Schwindel und Stürze

Und die Ursachen?

**Therapiebedingt**

**Altersbedingt**

**Krankheitsbedingt**



# Arzneimittelfasten

**Das Absetzen von Medikamenten**

**Gefährdet?**

**verbessert?**

**ihre Gesundheit?**





# Medikamente reduzieren

**"Therapy with most drugs can be safely stopped"**

Graves T et al. Arch Int Med 1997; 157: 2205-10

- 124 amb. ältere Patienten, Beob. 1 Jahr, mind. 5 Medikamente
- 238 Medikamente >
- 72 "adverse effects", bei 38 Patienten
  - **meist kardiovaskuläre oder ZNS Medikamente**
- 74 % Auslaßversuche ohne Probleme
- 80 % pausierte Medikamente nicht neu gestartet



# Arzneimittelfasten

- P:** 70 Pat, Ø 82.8 J, 7.7 Med Follow up 19 Monate; Ausschluß Lebenserwartung < 3 Mon
- I:** Empfehlung an HA "Reduktion Non-life saving drugs"
- Antihypertensiva:**  
 nacheinander; Ziel RR 150-160/90
- Nitrate:** ab wenn keine AP > 6 Mon
- PPI/H2-Blocker:** wenn kein Ulkus/ GI Blutung/Dyspepsie
- Benzo/ NSAR:** ausschleichen
- Antidiabetika, Statine, Antidepressiva, Antipsychotika, Antikoagulantien, K, Eisen, Vitamine



# Arzneimittelfasten

- C: Keine
- O: n= 6 unveränderte Medi;  
311 Med: Reduktionsempfehlung  
256 Med tatsächlich reduziert  
6/256 wurden wieder angesetzt  
( $\beta$ -Blocker, Simva, SSRI, Eisen, Furosemid)

**84% erfolgreich abgesetzt**  
Verbesserung der Lebensqualität  
der kognitiven Funktion

Garfinkel 2010 ArchInternMed



# Systematischer Review

## Medikamentenreduzierung bei >65 j Pat

Diuretika	Red rate 51 – 100% Ansetzen wg Herzinsuffizienz
Antihypertensiva	Keine kontr.ollierte Studie Red rate 20% nach 5 J
Psychotrope	Sturzrate sinkt Red rate 50% im ersten Monat

Iyer Drugs& Aging 2008



## Probleme des Arzneimittelfastens

- Entzugssyndrom  
( $\beta$  Blocker, Sedativa)
- Krankheitssymptome  
(Luftnot, Herzinsuffizienz, Ödeme)
- Neue Symptome  
(Übelkeit, Schwäche nach Steroid)

Langsames Absetzen

„Stop slow when you go low“



# Medikamente reduzieren

## Was sind Bedingungen für ein erfolgreiches Absetzen ?

- Absprache mit Patienten
- Festgelegtes Intervall zur Reevaluation
- Klinische/ Laborkontrolle notwendig?
- Kriterien für erneutes Ansetzen?
- Ggf Alternativen zum Wiedereinsetzen



# Lösungsansätze – Qualitative Aspekte

Voraussetzung: - „Wenn es zu einem größeren Problem kommt“  
- „dann ist der Patient reif [..]das zu ändern“  
- „Ein gesundheitlicher Einschnitt bietet die Möglichkeit“

Problem: Anlass versus systematische Kontrolle der Therapie

Methoden: - „Wenn Sie mal wieder ein neues Rezept brauchen“  
- „Beobachten sie mal ob es Nebenwirkungen macht“  
- „wenn sie das Wort Versuchskaninchen hören, dann sind sie schon bedient“

Problem: Individuelles Vorgehen