



Arznei-Cocktail im Alter was macht Sinn?



Kommission für Altersfragen
Oberwil 22. Nov. 2014

Dieter Breil / Universitäres Zentrum
für Altersmedizin Basel



Multimorbidität

Der Patient leidet gleichzeitig an mehreren Krankheiten. Dies ist insbesondere bei älteren Menschen häufig der Fall: Bsp. Gleichzeitiges Bestehen einer behandlungsbedürftigen Sehstörung, einer Gangstörung und einer Herzkrankheit.

Die Abgrenzung kann im Einzelfall schwierig sein und mitunter auch willkürlich wirken, insbesondere bei chronischen Erkrankungen im Alter. Bsp. Diabetes mellitus, Herzkrankheit, Nierenkrankheit etc..

Herausforderungen im Alter

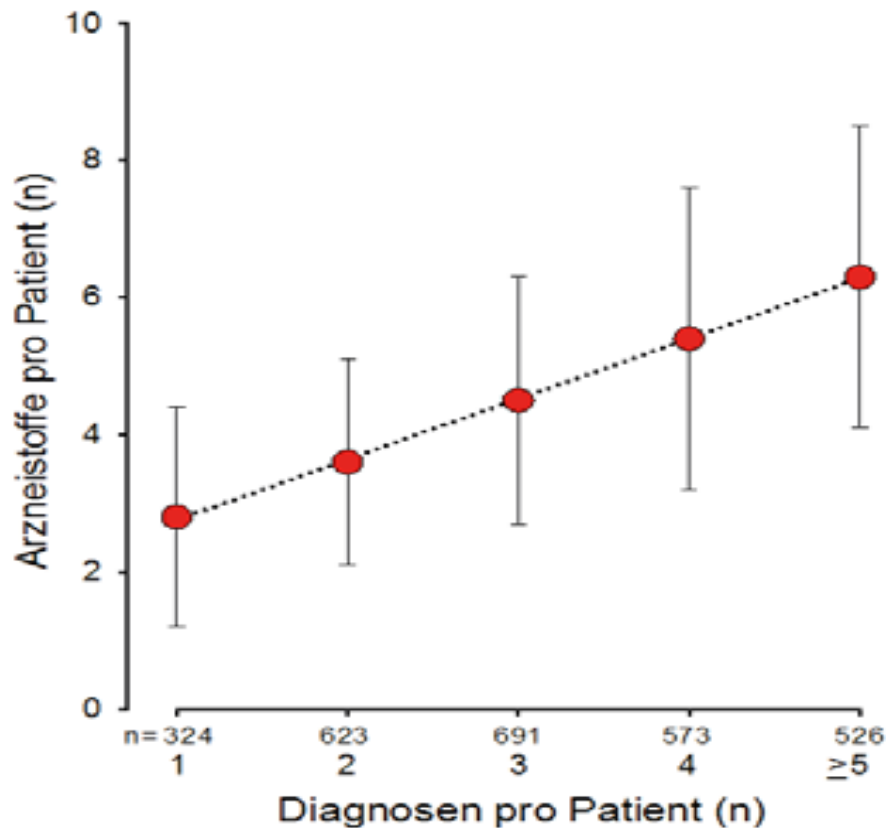
- Immobilität / Sturz
- Demenz / Delir
- Inkontinenz
- Fehlernährung
- Schmerz...Depression...Isolation...



Richtlinien → Polypharmazie → Compliance ↓

- **80% der >75-Jährigen** nehmen täglich Medikamente ein; davon **>50% ≥ 5 Medi/d**
- **bei > 6 Medikamente/d** nimmt die **Compliance** auf **20%** ab!

Korrelation Multimorbidität und Polypharmazie (>4 Medi)



Lineare Korrelation :

Anzahl Diagnosen / Anzahl Drug

- bei 1. Diagnose ~ 2-3 Medi
- pro Folgediagnose ~ 1-2 Medi

Polymorbidität → Polypharmazie

Guidelines/Behandlungsrichtlinien

Bsp. «Herzinfarkt»

Verschreibungspraxis im Alter: «Mut zur Lücke»



- Leber- und Nierenfunktion reduziert
- Durstgefühl vermindert (Verteilungsvolumen ↓)
- weniger Transportproteine (Proteinmangel!)
- verminderte Resorption

Unerwünschte Arzneimittel-Wirkung (UAW):

- Delir
- Stürze
- Immobilität / Infekte..
- Elektrolytverschiebungen

Ziel: Lebensqualität !

Sturz – Epidemiologie



- **30% aller > 65-Jährigen** stürzen mindestens **1 x jährlich**, 50% davon mehrmals
- 60% der Patienten mit einem Sturz in der Anamnese im Vorjahr werden erneut stürzen
- **20%** der Stürze haben **Verletzungsfolgen**
- **5%** aller Stürze verursachen **Frakturen** am häufigsten die proximale Femurfraktur; lediglich 1/3 der Schenkelhals-Fx im Alter wird ohne relevante Behinderung überstanden
- häufigste Unfalltodesursache im Alter



Delir... demaskiert Demenz



Demenz... «nicht nur Alzheimer!»

- Nervenzelluntergang (Alzheimer, Parkinson..)
- Gefässerkrankung (Schlaganfall)
- Infektionen (Prion, viral, bakteriell)
- toxisch (Alkohol, Medikamente...)
- Stoffwechsel- und Hormonstörungen Vitaminmangel
- Hirntumor / Hirntrauma / (Depression)



Liste von Beers -

American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel JAGS



Pioneering geriatrician who developed list of medications contraindicated for older people. Born in Brooklyn, NY, USA, on April 24, 1954, he died on Feb 28, 2009, in Miami Beach, FL, USA, of complications of diabetes aged 54 years.

Generell nicht geeignet

- Amitriptylin, Doxepin
- Fluoxetin
- Anticholinerge Spasmolytika
- Langwirksame (HWZ >12h) oder hochdosierte, kurzwirksame Benzodiazepine (HWZ <6h)
- Antihistaminika 1. Generation
- Ergotaminderivate
- Langzeitgebrauch von NSAIDs mit langer HWZ (Naproxen, Piroxicam u.a.)
- Clonidin
- Methyltestosteron
- Östrogene
- Amiodaron
- Langzeitgebrauch stimulierender Laxantien

bedingt (bei spezifischen Indikationen) nicht geeignet

- Kognitive Störungen: Anticholinergika (Spasmolytika und andere anticholinerg wirkende Arzneistoffe)
- Epilepsie: Typische Neuroleptika, zyklische Antidepressiva
- Parkinson: Metoclopramid, typische Neuroleptika
- Synkope, Stürze: Benzodiazepine, typische Neuroleptika, zyklische Antidepressiva
- Depression: Benzodiazepine, Sympatholytika
- Anorexie: SSRI
- SIADH: SSRI, Carbamazepin, Oxcarbazin
- Orale Antikoagulation: Aspirin, Clopidogrel, NSAIDs, Heparin
- Obstruktion Urethra: Anticholinergika (wie unter kognitiven Störungen)
- Stress-Inkontinenz: α -Blocker, Benzodiazepine HWZ >12h
- Obstipation: Calciumantagonisten, Anticholinergika

«Nutzen-Risiko-Abwägung»

Patienten-Einfluss auf Verschreibungspraxis



- immer «besser» informierte Patienten (Info-Quelle?!)
- Patienten wollen am medizinischen Fortschritt teilhaben!
- wir Leben im Zeitalter der Selbstbestimmung (Patientenverfügung, Demenz...)
- «Die häufigste Krankheit ist die Diagnose!»
(Gesund ist ein Mensch nur, wenn er nicht ausreichend untersucht wurde)
 - > 60. LJ: 30% multimorbide
 - > 70. LJ: 40% multimorbide
- Lebenserwartung steigt (Anzahl Diagnosen auch!)
- viele Senioren leben isoliert alleine (Psychopharmaka↑)
-aber auch: Grundlegende Abneigung gegen Medikamente!

Reduktionsversuche sind nicht konfliktfrei!

Kommunikation
«Wer deutlich spricht,
riskiert verstanden zu werden.»

- Medikamentenabbau kann «negatives Signal» an Patient sein
- schlechtes Gewissen Guideline-Empfehlungen zu ignorieren
- gemeinsames Priorisieren mit Patient (ev. Überforderung)