

## „Gegen einen Besuch beim Kassenarzt spricht vieles. Erfahren Sie hier, warum das so ist.“

Kurz vor Weihnachten macht die Anzeige einer Versicherung – klein als Werbung markiert – im Ländle die Runde. Sie listet „5 gute Gründe“ auf, warum es besser sei, zum Wahlarzt zu gehen – „Schluss mit Däumchen drehen“ – „Private haben mehr Zeit für ihre Patienten“ – „das Service beim Wahlarzt ist besser“ – „Interesse an Alternativmedizin steigt“ – „Für Gesundheit zahlen ist für viele okay“ sind diese „5 guten Gründe“.

Für Idealisten und Kämpfer für ein solidarisches System (im kassenärztlichen Bereich) mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung für ALLE Patienten ist diese Anzeige wie ein Schlag ins Gesicht.

Nicht nur für Allgemeinmediziner – letztlich betrifft diese Anzeige sämtliche Kollegen im niedergelassenen Bereich, die sich tagtäglich abmühen, ihren Patienten eine möglichst gute Betreuung zu bieten. Eine solche Meldung ist Schwarz-Weiß-Malerei, fernab der Realität – denn: Es gibt genug Kollegen, die sich – obwohl mit Kassenvertrag – immer ausreichend Zeit für die Patienten nehmen, welche diese Zeit auch brauchen. Geht es um das hehre Ziel einer geruh-samen Patientenbetreuung, würden wir auch gerne einem jungen Patienten mit „banalem Schnupfen“ eine halbe Stunde unserer Zeit widmen können, um vielleicht noch ein Gespräch über Raucherent-wöhnung oder Lebensstilveränderungen bei entsprechenden Risi-kofaktoren zu führen. Ob der Patient diese 30 Minuten dann aber überhaupt haben will, steht zur Diskussion.

Wir haben genügend wahlärztliche Kollegen, die schon längst auch überlaufene Praxen und volle Wartezimmer haben, zum Teil natür-lich weil sie für die Lücken geradestehen, die sich in unserem Ge-sundheitssystem auftun. Die Zeit im Wartezimmer ist in der Realität unabhängig von Vertrag oder Nichtvertrag – sie ist abhängig vom Ordinationsmanagement und von der Fallkomplexität zu genau dem Moment, in dem man die Ordination betritt – Menschen sind halt

keine Maschinen, die man einfach repara-riert. Die schöne heile Welt, die Ordination und damit auch gleich das Sprechzimmer eines Arztes zu betreten, findet sich dann doch in seltenen Fällen. Und es bleibt die Frage, welches Fach es ist, wie viel man dafür gezahlt hat, oder wie es denn um die Qualität der Behandlung steht.

Doch ohne unsere geschätzten Kollegen in den Wahlarztordinationen wären die Patienten mit speziellen Fragestellungen (zum Beispiel gynäkologisch, internistisch, dermatologisch, orthopädisch, pädiatrisch et cetera) vielleicht durchaus unterversorgt. Wie richtig sie allerdings manchmal in diesen Wartezimmern sitzen, und wie gut die Quali-tät der Betreuung dort im Vergleich zum Kassenarzt ist – darüber kann man nicht allgemein urteilen. Qualitätssicherung und klare Leistungsdefinition sind dort wie da sicher kein Fehler.

Es stellt sich also alles in allem eigentlich nicht die Frage, welches System besser ist – Kassen- oder Wahlsystem, ob wir mit oder ohne Wahlärzte auskommen und wie gerechtfertigt oder notwendig der Boom der Wahlärzte ist. Es stellt sich eher die Frage, in welcher Zeit wir leben, in der Medien unreflektiert solche Anzeigen bringen, anstatt im Interesse ihrer Leserschaft das bestehende System zu hinterfragen und für ein funktionierendes Solidarsystem einzutreten, in dem ALLE Menschen gleichermaßen gut und mit ausreichend Zeit betreut werden können, ohne ihr zum Teil hart erarbeitetes Geld dafür hinblättern zu müssen.



**Dr. Maria Wendler**

# EbM-Guidelines: Überprüfung der

## Wesentliches in Kürze

- Die Überprüfung der Medikation eines älteren Patienten ist ein wesentlicher Beitrag zur Förderung der körperlichen und kognitiven Fähigkeiten.
- Ältere Patienten schätzen eine klare Diagnose und ein Vorgehen, bei dem der Arzt zunächst zuhört und dann mit dem Patienten bespricht, ob eine Medikation begonnen oder verändert werden soll – das unterstützt auch die Compliance. Das Ziel einer Medikation im Alter ist die Verbesserung der Lebensqualität.
- Probleme ergeben sich sowohl durch Untermedikation, die die Folge einer Unterdiagnostik ist (zum Beispiel Gedächtniserkrankung, Herzerkrankungen, Schmerz), und durch unangemessene Medikation (Medikation ohne klare Indikation oder Verordnung eines Medikaments, bei dem das Risiko für unerwünschte Wirkungen größer ist als der klinische Nutzen).
- Neben Krankheiten sind immer auch Medikamente als Ursache von berichteten Beschwerden in Betracht zu ziehen.
- Manche Medikamente – und vor allem Medikamentenkombinationen – haben beim alten Menschen grundsätzlich ein hohes Störfunktionspotenzial (zum Beispiel langwirksame Benzodiazepine, Antipsychotika, Medikamente mit anticholinergen Eigenschaften, orale Antidiabetika und entzündungshemmende Substanzen).
- Sowohl beim zu Hause lebenden als auch beim institutionalisierten Patienten sollte an eine mögliche Dehydrierung und Fehlernährung gedacht werden. Ausreichende Proteinzufuhr mit der Nahrung ist für den Medikamentenmetabolismus besonders wichtig. Ein Eiweiß- und Vitaminmangel entwickelt sich bei älteren Menschen rasch und unmerklich. Auch übergewichtige Menschen können mangel- beziehungsweise fehlernährt sein, wenn ihre Kost unausgewogen ist.

## Erhebung der aktuellen Medikation

- Alle verordneten und frei erhältlichen Medikamente sowie solche aus Eigenvorräten oder auf Empfehlung von anderen Personen eingenommene (inklusive NSAR, dermatologische Produkte, Vitamine, Naturheilmittel und Augentropfen) werden erhoben. Danach ist aktiv zu fragen. Wenn nötig, kann diese Information von Familienmitgliedern oder Pflegepersonen eingeholt werden.
- Fragen Sie den Patienten, ob er sich erinnern kann, alle Medikamente regelmäßig eingenommen zu haben, und fragen Sie auch nach jedem einzelnen Medikament: Kann er es nehmen? Kann er sich erinnern, es genommen zu haben?
- Ein Hausbesuch mit Einblick in alle Medikamente, die der Patient zu Hause hat, kann die Situation eventuell klären, beziehungsweise

es es werden sämtliche zu Hause vorrätigen Medikamente mitgebracht und durchsortiert – „brown bag“).

- Eine schlechte Medikamentencompliance kann die Folge einer Polypharmazie, von Nebenwirkungen, der Komplexität der Medikation (Medikamente zu unterschiedlichen Tageszeiten, unterschiedliche Darreichungsformen), von schlechtem Sehvermögen, Gedächtnisstörungen oder mangelnder Geschicklichkeit beim (oft schwierigen) Öffnen von Flaschen, Döschen oder Blistern sein.

## Prüfung der medizinischen Indikation

- Ältere Patienten profitieren von einer exakten Diagnostik dann, wenn es eine angemessene therapeutische Konsequenz gibt. Meist sind Symptome nicht durch das Alter an sich erklärbar. Die meisten Patienten verstehen gut, dass es nicht möglich ist, alle ihre Beschwerden zu heilen.
- Die Bedeutung der Symptome sollte geklärt werden, zum Beispiel, ob die Medikation und ihre möglichen Nebenwirkungen mehr Beschwerden hervorrufen als die Symptome einer Erkrankung selbst.
- Alle Aspekte einer Medikation müssen berücksichtigt werden: Auswirkungen auf Gedächtnis und Gleichgewicht, Adhärenz, Unterstützung durch Betreuungspersonen, Substanzabhängigkeiten, Interaktionen mit anderen Medikamenten, Ernährungszustand und -gewohnheiten, Flüssigkeitszufuhr, Malabsorption und Leber- und Nierenfunktion, Zustand der Muskulatur sowie Mobilität.
- Üblicherweise beträgt die Medikamentendosis für eine ältere Person die Hälfte der Dosis einer Person im mittleren Erwachsenenalter. Dies gilt besonders für psychiatrische Medikamente.
- Eine Medikation sollte immer mit der niedrigstmöglichen Dosis eingeleitet werden, der Patient sollte sowohl bezüglich Therapieeffekt als auch auf mögliche Nebenwirkungen hin kontrolliert werden. Dosissteigerungen sollten stufenweise erfolgen. Neue Symptome sollten als Störfunktionen interpretiert werden bis das Gegenteil bewiesen ist.
- Die Medikation eines Patienten sollte im Ganzen betrachtet und auf Interaktionen überprüft werden. Zu achten ist auch auf die Ernährungsgewohnheiten und einen möglichen Alkoholkonsum.
- Die Sekundärprävention spielt beim betagten Patienten eine wichtige Rolle. Evidenz gibt es auch für den Nutzen einer Primärprävention durch adäquate Ernährung, Vitamin D, für eine angemessene Blutdruckeinstellung, Impfungen und körperliche Aktivität.
  - Bei der Beurteilung von prognostischen Studien sollte beachtet werden, dass Studien an älteren Patienten aufgrund methodischer Probleme durch meist vorhandene Komorbiditäten schwer machbar sind. Das Fehlen von Evidenz aus Studien ist daher nicht ohne Weiteres gleichzusetzen mit dem Fehlen eines Nutzens.

# Medikation bei älteren Patienten

## Reduktion von Polypharmazie

- Auch leitliniengerechte Behandlung kann bei Multimorbidität zu Multimedikation führen.
  - Zur Unterstützung bei Medikationsentscheidungen gibt es einige Algorithmen und Scores, wie den MAI-(Medication Appropriateness Index-)Score, den Garfinkel-Algorithmus, die Start-/Stopp-Kriterien et cetera, siehe dazu DEGAM-Leitlinie Multimedikation.
  - Evidenzbegründende Studien schließen ältere und/oder multimorbide Personen meist nicht ein, daher ist die Anwendbarkeit von Leitlinien für diese Gruppen nicht gesichert, und Entscheidungen sind im Einzelfall abzuwägen.
- Der Patient und/oder seine Betreuungspersonen sollten über alle möglichen Störwirkungen informiert sein.
- Besprechen Sie mit dem Patienten, ob er denkt, dass das Absetzen eines Medikaments Probleme machen könnte, und ob eventuell eine Gewöhnung oder Abhängigkeit besteht.
- Wenn der Patient einer Medikamentenreduktion zustimmt, sollten Vereinbarungen über Kontrollvisiten (Telefonanruf) getroffen werden, um das Gefühl der Sicherheit zu erhöhen.
- Wenn das Absetzen schwierig ist, aber notwendig erscheint, kann die Reduktion auch unter stationären Bedingungen erfolgen. Mögliche negative Folgen einer Hospitalisierung sind in die Überlegungen einzubeziehen.
- In der Praxis ist es oft nicht einfach, eine vorbestehende Medikation zu reduzieren. Außerdem gibt es wenig Studienevidenz zur erfolgreichen Medikamentenreduktion. Eine Reduktion der Mortalität durch Revision der Medikation konnte nicht nachgewiesen werden, die Notwendigkeit für Akutinterventionen dürfte aber reduziert werden.

## Medikamente, die für den alten Menschen unangemessen oder unwirksam sind:

- In den Jahren 1997 und 2003 wurde von amerikanischen Expertengruppen Listen mit Medikamenten ausgearbeitet, deren Verordnung beim alten Menschen als unangemessen eingeschätzt wird. Da sich sowohl das Gesundheitswesen als auch der Pharmamarkt zwischen den USA und Europa deutlich unterscheiden, wurden inzwischen auch europäische Listen publiziert.
  - „PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen“
- **Trizyklische Antidepressiva** (zum Beispiel Amitriptylin, Doxepin) haben deutliche anticholinerge Wirksamkeit, die Verwirrtheit, kognitive Beeinträchtigung, Harnverhaltung, Obstipation und Verschlechterung eines Glaukoms verursachen kann.
- **Fluoxetin** wird aufgrund seines Interaktionspotenzials als unangemessenes SSRI bewertet.

- **Langwirksame Benzodiazepine** (Halbwertszeit über 20 Stunden), zum Beispiel Diazepam (Halbwertszeit 20–100 Stunden, bei älteren Personen auch länger), sollten bei älteren Patienten nicht eingesetzt werden. Sie können durch mittellangwirksame Benzodiazepine ersetzt werden.
- Die Dosierung von **mittellangwirksamen Benzodiazepinen** sollte beim alten Patienten weniger als die Hälfte der Standarddosis betragen.
  - Die empfohlene Tageshöchstdosis für Temazepam ist 15 mg, für Lorazepam 3 mg, für Oxazepam 60 mg, für Alprazolam 3 mg. Triazolam sollte bei älteren Menschen nicht mehr eingesetzt werden, es ist auch nur mehr eingeschränkt erhältlich.
  - Kurz wirksame Hypnotika: die empfohlene Maximaldosis für Zopiclon ist 3,75–7,5 mg und für Zolpidem 5 mg. Zolpidem wird bei Gedächtniserkrankung nicht empfohlen.
- Alte Antipsychotika (Levomepromazin, Perphenazin) haben stärkere anticholinerge und extrapyramidale Nebenwirkungen als Antipsychotika der zweiten Generation. Beide erhöhen allerdings die Gesamtmortalität, das Risiko für Pneumonien, zerebrovaskuläre Ereignisse und die kardiale Gesamtmortalität.
- Das Risiko zentralnervöser und gastrointestinaler Nebenwirkungen ist bei **Indometazin** höher als bei anderen NSAR.
- **Disopyramid** wirkt stark anticholinerg.
- Die Indikation für **Digoxin** sollte geprüft werden. Die Dosis sollte 0,125 mg nicht übersteigen.
- **Hydroxyzin** und **Spasmolytika** haben eine ausgeprägte anticholinerge Wirkung und führen oft zu Sedierung.
- Eventuell kann eine bestehende Medikation durch eine nebenwirkungsärmere ersetzt werden. Zum Beispiel:
  - langwirksame Benzodiazepine durch solche mit mittlerer Wirkdauer wie Oxazepam
  - NSAR durch Paracetamol
  - trizyklische Antidepressiva durch neuere Antidepressiva
  - klassische Neuroleptika mit extrapyramidalen Nebenwirkungen durch atypische Antipsychotika
- Die Nebenwirkungen eines Medikaments sollten nicht durch ein anderes Medikament behandelt werden, zum Beispiel Rigidität und Tremor, die durch ein Neuroleptikum bedingt sind, sollten

Die Arbeit in der ÖGAM ist in den letzten Jahren vielfältig und umfangreich geworden.

**Ihre Mitarbeit ist willkommen!**

Unsere Kontaktadresse: [office@oegam.at](mailto:office@oegam.at)

nicht durch ein Medikament gegen das Parkinson-Syndrom behandelt werden.

- Keine rein symptomatische Medikation gegen Schwindel bei älteren Patienten!

## Untermedikation

- Das Alter allein ist nie als Kontraindikation für eine potenziell sinnvolle Therapie anzusehen.
- Typische Gebiete mit Verbesserungspotenzial:
  - Die Behandlung einer koronaren Herzerkrankung und das Vorgehen nach Herzinfarkt sollten die angemessene, evidenzbasierte Sekundärprophylaxe beinhalten, wie zum Beispiel Statine (wenn der Patient noch selbstständig ist und die verbleibende Lebenserwartung mindestens 5 Jahre beträgt). Die koronare Herzerkrankung wird bei einem älteren Patienten nur symptomatisch behandelt (Nitrate).
  - Schmerzen werden oft unterschätzt, chronische Schmerzen und Schmerzen bei Karzinomerkrankungen oft unzureichend behandelt.
  - In der medikamentösen Behandlung einer Depression wurden Fortschritte erzielt. Es besteht aber erheblicher Bedarf an unterstützenden Maßnahmen und Gruppentherapien für ältere Menschen, vor allem, um die Einsamkeit zu lindern.
  - Vitamin D verbessert die Muskelkraft, Gleichgewicht und Knochenfestigkeit. Oft wird darauf vergessen, wenn es der Arzt nicht von sich aus anspricht.
  - Eine Osteoporose sollte diagnostiziert und behandelt werden.
  - Die Diagnostik von Gedächtniserkrankungen hat oft einen hohen Standard, erfolgt aber oft eher spät. Inadäquate Kontrolle und Beobachtung führen oft zu inadäquater Medikation.

## Verbesserung der Medikamentensicherheit

- Wenn der Patient selbstständig zu Hause lebt, sollte die Medikation zumindest einmal jährlich überprüft werden. In Pflegeheimen sollten die Medikamentenverordnungen alle 3 Monate kontrolliert werden. Besonders Antipsychotika, Analgetika, Hypnotika und

gastroprotektive Medikamente werden häufig weiter verabreicht, auch wenn sie nicht mehr benötigt werden. Protonenpumpeninhibitoren können im Langzeitgebrauch, auch wenn sie als Bedarfsmedikation verordnet werden, bei fragilen älteren Menschen bakterielle Diarrhöen triggern.

- Die Nierenfunktion sollte möglichst über die GFR kontrolliert werden. Interaktionsdatenbanken sind wertvolle Hilfsmittel.
- Medikamente sind oft die Ursache von häufigen Stürzen (Antipsychotika, Benzodiazepine, Vasodilatoren, die eine posturale Hypotonie verursachen), häufiger als die behandelten Erkrankungen selbst (Parkinson-Syndrom, Demenz, Schlafstörungen). Mangelernährung kann zu Muskelabbau führen und das Sturzrisiko erhöhen.
- Tablettenboxen unterstützen die korrekte Einnahme, und Dosisintervalle sollten möglichst lang sein, auch wenn Kompromisse hinsichtlich der Wirksamkeit notwendig sind.
- Eine schriftliche Verordnungsliste ist nicht nur für den Patienten, sondern auch für seine Angehörigen oder die Pflegepersonen wichtig.
- Manchmal ist es nötig, die mobile Krankenpflege, Familienmitglieder oder andere Pflegenden zu kontaktieren, um die aktuelle Medikamenteneinnahme in Erfahrung zu bringen und mögliche Nebenwirkungen zu erkennen.
- In manchen Fällen kann es angemessen sein, die Medikamente eines Patienten in Gewahrsam der Hauskrankenpflege zu geben. Die Eigenständigkeit und Würde des Patienten sollte dabei so wenig wie möglich angetastet werden.
- Ein multiprofessionelles Team, dem auch ein Geriater und ein Pharmakologe angehören, kann bei der Überprüfung einer Medikation hilfreich sein.

*Autor: Minna Raivio*

*Review: Eva Mann und Susanne Rabady*

*Aktualität: der Inhalt zuletzt kontrolliert am 20. 7. 2017*

*Zuletzt verändert am 12. 6. 2017*

*Artikel-ID: ebd00417 (022.008)*

*© 2017 Duodecim Medical Publications Ltd*

### Das Redaktionsteam:

**Leitung:** Dr. Maria Wandler  
Dr. Cornelia Croy, Dr. Christoph Dachs, Dr. Barbara Degn,  
Dr. Reinhold Glehr, Dr. Susanne Rabady

### ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

### Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat  
c/o Wiener Medizinische Akademie  
Herr Christian Linzbauer  
Alser Straße 4, 1090 Wien  
Tel.: 01/405 13 83-17  
Fax: 01/407 82 74  
[office@oegam.at](mailto:office@oegam.at) • [www.oegam.at](http://www.oegam.at)

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.