



PTA

DIE PTA IN DER APOTHEKE

REPETITORIUM

Arzneimittel im Alter – Teil 3

Wo kann Alterswirksamkeit und -verträglichkeit noch nachgeschlagen werden?
Welche Datenbanken sind womöglich zusätzlich zum Aufzeigen von sinnvollen
Therapiealternativen geeignet?

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) treten schätzungsweise bei rund fünf Prozent aller medikamentös behandelten Patienten auf. Bei etwa fünf Prozent der Krankenhauseinweisungen sind unerwünschte Arzneimittelwirkungen die Ursache. Und: Etwa ein Drittel dieser UAW sind nachweislich vermeidbar. Da dies bekannt ist, sind Maßnahmen zur Verbesserung des Status quo dringend notwendig. Der Gesetzgeber hat deshalb reagiert.

Ziel: verständlicher Medikationsplan Der Medikationsplan kommt: Er steht laut E-Health-Gesetz ab Oktober 2016 allen Patienten zu, die dauerhaft mehr als drei Rx-Medikamente einnehmen müssen. Dies sind naturgemäß meist Ältere, vielfach chronisch Kranke. Zunächst muss der Plan nur in Papierform verfügbar, ab 2018 elektronisch von der Krankenkassenkarte abrufbar sein – wenn der Patient zustimmt. Leider wurde bestimmt, dass für Erstellung und Aktualisierung des Plans der Arzt zuständig ist. Dieser bekommt dies auch entsprechend vergütet. Die Apotheke muss laut Gesetz den Plan zwar aktualisieren, wenn der Patient dies wünscht, eine Honorierung ist hierfür allerdings

nicht vorgesehen. Auch ist das von den Apothekern angestrebte vollwertige Medikationsmanagement, bei dem der Apotheker die Medikationsliste vorab auf gefährliche Wechselwirkungen geprüft hat und dabei auch OTC-Medikamente berücksichtigt werden, nicht enthalten. Noch steht die konkrete Ausgestaltung des Medikationsplans allerdings nicht in allen Einzelheiten fest.

Weniger ist manchmal mehr Untersuchungen zeigen: Wenn jeder Arzt bei jedem Krankheitsbild eines älteren Menschen den Empfehlungen der medizinischen Leitlinien folgt, überschreiten sehr schnell viele Patienten die Schwelle zur Polypharmazie. Auch wenn in den Leitlinienbehandlungen zunehmend häufige Begleiterkrankungen (Komorbiditäten) beachtet würden, kann nicht jede Krankheiten-Kombination Eingang in die Therapieempfehlungen finden. „Leitlinien sind Empfehlungen für eine Population, nicht für das Individuum. Als Arzt muss ich daher für jeden einzelnen Patienten entscheiden, welche Empfehlungen sinnvoll sind und welche nicht“, so Privatdozent Dr. Jan Matthes vom Institut für Pharmakologie der Universität Köln hierzu.

Kein einfacher Entwicklungsprozess Der gesamte Medikationsprozess muss somit eine umfassende Gesamtbeurteilung des individuellen Patienten sein und ist demzufolge recht umfassend: Um Sicherheit und Qualität der Arzneitherapie bei alten Menschen zu gewährleisten, müssen zunächst Beschwerden, Anliegen, aktuelle Medikation des betroffenen Älteren betrachtet werden. Beschwerden sind dabei auch vor dem Hintergrund möglicher Nebenwirkungen durch die vorhandene Medikation zu bewerten (Bestandsaufnahme). Zentraler Bestandteil bei Aufstellung eines Medikationsplanes ist die kritische Prüfung und Bewertung der vorhandenen Medikation (Medikationsbewertung). Hilfreich hierfür ist die 1992 veröffentlichte MAI Methode (Medication appropriateness index), ein Zehn-Fragenkatalog. Neben Indikation, Wirksamkeit, Dosierung, korrekten und praktikablen Einnahmeverfahrenen, relevanten Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder Krankheiten/Zuständen, möglichen Doppelverschreibungen, Therapiedauer Angemessenheit ist auch die Wirtschaftlichkeit der Therapie hierbei relevant. Die Bedürfnisse und Vorstellungen des betroffenen Patienten zu seiner Arzneimitteltherapie gilt es zudem zu berücksichtigen (Abstimmung mit dem Patienten). Er sollte – am besten anhand

durchführen und ein elektronisches Medikationsprofil erstellen kann. Hierbei sollte auch die Selbstmedikation hinsichtlich möglicher Interaktionen überprüft und in den Plan eingetragen werden. Zudem ist zwischen Dauermedikation sowie zusätzlicher Bedarfsmedikation, etwa der zusätzlichen Antibiotika-Gabe aufgrund eines bakteriellen Infekts, zu unterscheiden.

Kontraindikationen (Gegenanzeigen), Anwendungsbeschränkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen sowie deren Relevanz, auch Dosierung, Art und Dauer der Anwendung einzelner Medikamente können beispielsweise in den Fachinformationen der Herstellerfirmen oder der Rote Liste® (Papierform oder Online unter „www.rote-liste.de“, „www.fachinfo.de“) nachgeschlagen werden. Mitunter sind die Angaben in der Rote Liste® mit denen der Fachinformation allerdings nicht deckungsgleich: So gilt gemäß Rote Liste® die Leberfunktionsstörung, primäre Lebererkrankung oder Leberinsuffizienz als Gegenanzeige für Ramipril (Delix®) wegen unzureichender Therapieerfahrung, während in der Fachinformation unter 4.2 (Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion) steht: „Bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion darf die Behandlung mit Delix® nur unter strenger medizinischer Überwachung eingeleitet werden.“

»UAW treten schätzungsweise bei rund fünf Prozent aller medikamentös behandelten Patienten auf.«

eines möglichst einfach strukturierten Fragenkatalogs – nach den ihm persönlich als am wichtigsten eingeschätzten oder bevorzugten Therapiezielen, also seiner persönlichen Therapieerwartung befragt werden. Dazu gehören beispielsweise Kriterien wie Symptomverbesserung, Schmerzlinderung, Funktions- oder Prognoseverbesserung oder Überleben. Auf diesem Weg kann zunächst ein Abgleich und dann eine sinnvolle Übereinstimmung zwischen Patienten- und ärztlicher Sicht erlangt werden. Dies kann auch zu einer individuellen Gewichtung (Priorisierung) bei der Medikation führen. Die Hausärztliche Leitlinie Multimedikation weist hierbei zumindest auf Mindestanforderungen für den Medikationsplan hin und empfiehlt den Plan des Aktionsbündnisses Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).

Kann die Apotheke einen Kontrollprozess übernehmen? Die Arzneimittelabgabe der ärztlicherseits festgelegten Medikamente erfolgt durch die Apotheke. Hier empfiehlt die Hausärztliche Leitlinie Multimedikation sogar, den Patienten mit vielen verschriebenen Arzneimitteln eine Hausapotheke zu wählen, die Interaktionschecks

Ein weiterer Ansatz bietet die PC-basierte Optimierung der ärztlichen Verordnungspraxis via Interaktions-Datenbanken. Die in den Apotheken genutzten Kassensysteme sind in der Regel hierzu mit der ABDA Datenbank und explizit hier auch deren Interaktionsmodul vernetzt, so dass die Detektion, also Entdeckung von potenziellen Interaktionen vergleichsweise leicht möglich ist – zumindest bei dem jeweiligen spezifischen Verkaufs- beziehungsweise Abgabevorgang oder bei Stammkunden, die erlauben haben ihre Medikation zu speichern. Die ABDA-Datenbank stuft die Interaktionen nach den Schweregraden „schwerwiegend“, „mittelschwer“, „geringfügig“, „unbedeutend“ und Fremdanfragen ein. „Schwerwiegend“ ist im Regelfall auch gleichzusetzen mit „kontraindiziert“. Interaktions-Datenbanken – egal von welchem Anbieter – stellen allerdings nur ein Hilfsmittel zum Erkennen und Bewerten einer möglichen Interaktion dar. Ob die jeweils aufgezeigte Wechselwirkung für den einzelnen Patienten jedoch tatsächlich relevant ist und ob die Apotheke intervenieren muss beziehungsweise sollte, kann jeweils nur im unmittelbaren Gespräch mit dem Patienten und mithilfe der gesamten Medikationsdatei individuell beurteilt werden.

Zudem ist wichtig zu wissen: Nicht alle Interaktionen aus den Fachinformationen der Hersteller sind in den jeweiligen Interaktionsdatenbanken zu finden und andersherum. Die Datenbanken erfassen und bewerten nämlich klinisch relevante Interaktionen unabhängig von den Angaben der Hersteller. Zudem ist wichtig und immer abzuwägen, welche Konsequenzen aus einer als relevant erkannten Interaktion zu ziehen sind: Reicht es dann beispielsweise in regelmäßigen Abständen bestimmte Laborparameter, Blutdruck etc.

DIE ZEHN WICHTIGSTEN INTERAKTIONEN

Häufig vorkommende Interaktionen, Wechselwirkungen mit OTC-Arzneistoffen und schwerwiegende Interaktionen sollten dem pharmazeutischen Personal bekannt sein (siehe Online-Tabelle). Für den praktischen Alltag ist wichtig zu wissen: Gerade einmal zehn Arzneimittelinteraktionen stellen etwa 50 Prozent aller Interaktionsmeldungen dar.

Für Grapefruitsaft und für Johanniskraut-Präparate (OTC und verordnungsfähige) sind zahlreiche Wechselwirkungen bekannt. Das Ausmaß des Risikos ist jedoch abhängig von der Herkunft (welcher Johanniskraut-Extrakt, Grapefruitsorte, Erntezeit) und somit kaum vorhersehbar. Deshalb heißt es: Von gleichzeitiger Einnahme abraten! Im Bereich Nahrungsmittelinteraktionen gilt neben der strikten Meidung von Grapefruitsaft (Inhibierung von CYP 3A4/Interaktion durch Cytochrom-P-450) der generelle Tipp: Auch Milch und alkoholische Getränke eignen sich nicht zur Medikamenteneinnahme, da diese Getränke mit Wirkstoffen sehr häufig Wechselwirkungen zeigen.

Viele Wechselwirkungsmeldungen sind effizient und vergleichsweise einfach zubeheben, wenn der Kunde auf eine zeitlich versetzte Einnahme der Arzneimittel hingewiesen wird – und der genannte zeitliche Abstand (meist zwei bis drei Stunden) auch tatsächlich vom Betroffenen eingehalten wird.

seitens des Patienten zur Kontrolle messen zu lassen? Sollte der behandelnde Arzt auf die erkannte Interaktion hingewiesen werden? Wenn ja, welche Alternativen sind in der Behandlung möglich und sinnvoll? Solche Recherchen kosten natürlich Zeit, viel Fachwissen und immer stärker auch auf Medikationsplan und Maßnahmenkatalog, Alternativmedikation zugeschnittene Datenbanken (etwa die SC-HOLZ Datenbank, Modul SDB-AMTS oder SDB-MDDI), die auch Lösungsmöglichkeiten anbieten. Sogar ein schnelles Erstellen eines Medikationsplans mit wichtigen Anwendungshinweisen für den Patienten zu seiner Medikation, Einnahmemodalitäten etc. nach den Anforderungen der Arbeitsgruppe für AMTS ist mit dem AMTS- sowie dem noch weitergehenden MDDI-Modul der Scholz-Datenbank möglich. Allerdings haben bisher nur vergleichsweise

wenige Apotheken zusätzlich zur gängigen ABDA-Datenbank für den Medikationsplan, die schnellere Interpretation von Wechselwirkungen und die Schaffung eines neuen Qualitätsstandards eine zweite Datenbank kostenpflichtig abonniert.

Dosisanpassung, Sondengängigkeit Schätzungsweise benötigen aufgrund fortschreitender Niereninsuffizienz bei älteren Menschen etwa 17 Prozent der verordneten Arzneimittel eine Dosisanpassung. Deswegen gilt als Faustregel: Arzneimittel zur Dauertherapie sollten bei Älteren zunächst niedrig dosiert werden (Motto: „start low, go slow“). Als übersichtlich gestaltetes Web-Portal mit dem in wenigen Schritten die notwendige beziehungsweise zugelassene Dosis bei Nierenfunktionseinschränkung ermittelt werden kann, bietet sich „www.dosing.de“ an, ein durch die Universität Heidelberg zur freien Verfügung gestelltes Hilfsmittel zur Arzneimittel-Anwendung und -Sicherheit. Zudem muss bedacht werden, dass Mangelernährung mit steigendem Lebensalter zunimmt – und ebenfalls Dosisanpassungen erforderlich macht.

Wenn die Sondengängigkeit von Peroralia relevant ist (Altenheimbelieferung etc.), kann schnell Rat auf „www.pharmatrix.de“, einem von der Universitätsapothek Tübingen entwickelten Arzneimittelinformationsangebot hierzu geholt werden. Aufgrund eines engen Zusammenhangs zwischen schlechtem Ernährungszustand und der Gebrechlichkeit (Frailty-Syndrom) sind viele alte Menschen besonders als Risiko-Patienten anzusehen – insbesondere, wenn sie medikamentöser Mehrfachbehandlung bedürfen.

Resümee Die Begleitung von insbesondere älteren Menschen mit Polymedikation ist eine Kernkompetenz der Apotheke, die dazu beiträgt, die Arzneimitteltherapie sicherer zu machen und die Lebensqualität dieser Personengruppe zu erhöhen. Das Thema Medikationsmanagement, Verbesserung der Arzneimitteltherapie älterer Menschen, Interaktionspotenzial, Erkennung relevanter Wechselwirkungen, interdisziplinäre Zusammenarbeit hierzu zwischen Apotheke und Arztpraxen wird uns die kommenden Jahre zunehmend begleiten. So einige Modellprojekte sind in verschiedenen Kammerbezirken hierzu initiiert. Das Thema befindet sich gegenwärtig in starker Entwicklung. ■

*Dr. Eva-Maria Stoya,
Apothekerin und Fachjournalistin*



**Lesen Sie
online weiter!
Webcode: G3088**