



---

AUS DEM NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

---

# Hausärztliche Herausforderung „Polypharmazie“

---

VON PROF. DR. GABRIELE MEYER IM AUFTRAG DES NETZWERKS EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E. V.  
([WWW.EBM-NETZWERK.DE](http://WWW.EBM-NETZWERK.DE))

---

# U

Unangemessene Multimedikation birgt ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen und -interaktionen, Einnahmefehler, unspezifische Beschwerden und Funktionsstörungen, Kaskadenverordnungen und steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (1, 2, 3). Trotz Multimedikation kann gleichzeitig eine Unterversorgung relevanter Erkrankungen vorliegen, die aufgrund der vielen Arzneimittel übersehen wird. Multimedikation muss nicht in jedem Fall unangemessen sein, wenn sie bewusst, wohlbegründet, verantwortbar und nach informierter Entscheidungsfindung mit dem Patienten konsentiert ist (3).

Menschen im höheren Lebensalter sind im besonderen Maße von Multimedikation betroffen, bedingt durch die altersassoziierte Multimorbidität, die Vielzahl der in Industrieländern verfügbaren effektiven phar-

makologischen Behandlungen und die Orientierung medizinischer Leitlinien an einzelnen Erkrankungen und ihren Pharmakotherapien (4, 5).

Der Begriff „Multimedikation“ bzw. „Polypharmazie“ ist nicht verbindlich akzeptiert definiert. In Übersichtsarbeiten wurden mehr als 140 Definitionen zusammengetragen (5). Am häufigsten ist die Definition als die gleichzeitige und dauerhafte Einnahme von fünf und mehr Medikamenten, wobei sowohl verschriebene als auch frei verkäufliche Medikamente gemeint sind (6). Die Prävalenz von Polypharmazie ist regelmäßig Untersuchungsgegenstand internationaler Studien. Die Variation zwischen den Studienergebnissen ist ausgeprägt, abhängig von der zugrundegelegten Definition, der Altersgruppe, dem Setting und der Region (5).

## **INTERVENTIONEN ZUR VERMEIDUNG UNANGEMESSENER POLYPHARMAZIE**

In zahlreichen Studien wurde eine Bandbreite von Interventionen erprobt, die auf die Vermeidung unangemessener Polypharmazie zielen. Die meisten enthalten einen Medikationsreview, entweder auf klinischer Einschätzung oder auf expliziten Checklisten beruhend wie STOPP/START, Beers Criteria, PRISCUS, Medication Appropriateness Index (MAI) (4). Die Instrumente sind nicht regelhaft in die klinische Versorgung implementiert und sind entweder nicht bekannt oder werden als wenig nutzerfreundlich erachtet (7). Ein Cochrane-Review zu Interventionen, die durch Nutzung validierter

Beurteilungsinstrumente eine angemessene Polypharmazie fördern wollen, kommt zu wenig praxisrelevanten Schlussfolgerungen (8). Die Aussagen, die aus der zugrundeliegenden Evidenz abgeleitet werden können, werden insgesamt als sehr unsicher eingeschätzt, und belastbarere Studien werden gefordert. Insgesamt 32 kontrollierte Studien aus 12 Ländern mit 28 672 älteren Menschen wurden ausgewertet.

Eine andere Cochrane-Übersichtsarbeit fokussiert auf das Setting Alten- und Pflegeheime und hat 12 kontrollierte Studien aus zehn Ländern mit 10 953 Bewohnern eingeschlossen (9). Medikationsreview war eine häufige Interventionskomponente, auch multidisziplinäre Fallkonferenzen und Edukation wurden in mehreren Studien untersucht. Die Unterschiede im Design der Studien, die unterschiedlichen Interventionen und Outcomeparameter sowie die heterogenen Ergebnisse erlauben keine eindeutige und belastbare Schlussfolgerung zur Wirksamkeit der Interventionen.

### HAUSÄRZTLICHE LEITLINIE MULTIMEDIKATION

Medizinische Leitlinien berücksichtigen mehrheitlich nicht die Komplexität der Multimorbidität und nehmen kaum die Perspektive der Betroffenen ein, um eine Gewichtung der Relevanz von Behandlungsindikationen zu erzielen und die Belastung durch verschriebene Medikamente zu reduzieren (10). Die wenigen verfügbaren Leitlinien für Patienten mit Multimorbidität legen keinen Schwerpunkt auf den Aspekt der Medikation (z.B. 11).

Mit der kürzlich aktualisierten S3-Leitlinie „Multimedikation“ liegt eine Handreichung vor, die Hausärztinnen und -ärzte hierzulande unterstützen kann, die Arzneitherapie im Rahmen der Verordnungsentscheidung systematisch zu bewerten und eine rationale Arzneitherapie zu fördern (3).

Die Zielpopulation sind Personen mit mindestens fünf Dauermedikationen und drei und mehr chronischen Erkrankungen. Die Leitlinie enthält insgesamt 34 Emp-

fehlungen, deren zugrundeliegende Evidenz und die Begründung für die Empfehlungsfindung neben praktischen Tipps und strukturierten Instrumenten in der 155 Seiten umfassenden Langfassung nachzulesen sind (3).

Die Leitlinie ist in sechs Schritte gegliedert:

- **Bestandsaufnahme und Bewertung**
- **Abstimmung mit dem Patienten**
- **Verordnungsvorschlag und Kommunikation**
- **Arzneimittelabgabe**
- **Arzneimittelanwendung und Selbstmanagement**
- **Monitoring/Follow-up**

Die Evidenzbasis der Empfehlungen ist durchaus indifferent; für etliche Empfehlungen liegt ausschließlich ein Expertenkonsens vor. Die Empfehlungsgrade sind jedoch als mittel oder gar hoch ausgewiesen; ein niedriger Empfehlungsgrad liegt in keinem Fall vor. Insofern beanspruchen die Empfehlungen Verbindlichkeit, was bei dem niedrigsten Evidenzlevel (Expertenkonsens) in mehr als der Hälfte der Empfehlungen von der Entschlossenheit der Leitliniengruppe und der dahinterstehenden Organisationen zeugt, an der weit verbreiteten unangemessenen Multimedikation etwas ändern zu wollen.

Gemäß Leitlinie sollte in der Zielpopulation jährlich eine Medikationsüberprüfung sowie die anlassbezogene Überprüfung bei zusätzlichen Risiken und Ereignissen (Stürze, Krankenhausaufenthalt) stattfinden. Ferner sollte das Vorgehen in der Praxis zur Umsetzung eben dieser Medikationsprüfung eingerichtet werden.

Die Leitlinie beinhaltet sechs Empfehlungen zum Vorgehen bei der **Bestandsaufnahme und Bewertung**, zu den Informationen, die im Kontext der Medikationsbewertung erhoben oder vorliegen sollen wie Vorerkrankungen, aktuelle Beschwerden, klinischer Status, Selbstmedikation usw. Angehörige und andere Berufsgruppen sollten ggf. einbezogen werden, die Therapiebelastung erhoben und der Wunsch nach Veränderung



bestimmt werden. Für die Bewertung wird die Einschätzung mittels MAI empfohlen. Zur **Abstimmung mit dem Patienten** (zweiter Schritt) sollten deren Therapieziele im Sinne einer persönlichen Präferenzklärung ermittelt werden. Zum dritten Schritt **„Verordnungsvorschlag und Kommunikation“** sind 12 Empfehlungen formuliert, die zentral die Präferenz des Patienten bzw. dessen Stellvertreter in den Fokus nehmen. Das Vorgehen beim Absetzen von Medikamenten (Deprescribing) ist elementarer Bestandteil dieses Schrittes, ferner der Medikationsplan und die Sicherstellung umfassender Informationen für den Patienten.

Im vierten Schritt **„Arzneimittelabgabe“** sind Empfehlungen zur Gestaltung der Zusammenarbeit mit den Apotheken des Informationsflusses zwischen Apotheke und Hausarzt zu finden. Der fünfte Schritt **„Arzneimittelanwendung und Selbstmanagement“** ist mit fünf Empfehlungen hinterlegt, die den aktuellen und verständlichen Medikationsplan verlangen und auf die selbständige Arzneimittelanwendung und Symptomkontrolle zielen. Im sechsten Schritt **„Mo-**

**onitoring/Follow-up“** sind in vier Empfehlungen die Sorgfaltspflichten des individuellen Monitorings und Follow-up im Sinne von Kontrolle der Laborparameter, der Behandlungsergebnisse und der Handhabung der Therapie definiert.

Die hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“ wurde einem Praxistest nach den DEGAM-Regeln auf Praktikabilität und Akzeptanz unterzogen (3). Inwieweit die Empfehlungen jedoch tatsächlich zu einer Reduktion unangemessener Multimedikation und damit zur Verbesserung der Versorgungsqualität der vorwiegend älteren von Polypharmazie betroffenen Menschen führen kann, ist damit nicht geklärt. Eine Cluster-randomisierte kontrollierte Studie mit Hausarztpraxen als Einheit der Zufallsverteilung könnte hier Aufschluss geben. ■

#### PROF. DR. GABRIELE MEYER

Direktorin des Instituts  
für Gesundheits- und Pflegewissenschaft  
der Medizinischen Fakultät an der  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

#### Referenzen

- 1) Fried TR, O'Leary J, Towle V, et al. Health outcomes associated with polypharmacy in community dwelling older adults: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62 (12): 2261-2272
- 2) Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf* 2014; 13 (1): 57-65
- 3) Leitliniengruppe Hessen, DEGAM: S3-Leitlinie Multimedikation. AWMF-Registernummer: 053-043. 2. Auflage 2021
- 4) Kurczewska-Michalak M, Lewek P, Jankowska-Polańska B, et al. Polypharmacy management in the older adults: A scoping review of available interventions. *Front Pharmacol* 2021; 12: 734045
- 5) Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *Eur Geriatr Med* 2021; 12 (3): 443-452
- 6) World Health Organisation. Medication Safety in Polypharmacy (WHO/UHC/SDS/2019.11)
- 7) Mc Namara KP, Breken BD, Alzubaidi HT, et al. Health professional perspectives on the management of multimorbidity and polypharmacy for older patients in Australia. *Age Ageing* 2017; 46 (2): 291-299
- 8) Rankin A, Cadogan CA, Patterson SM, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2018 (9): CD008165
- 9) Alldred DP, Kennedy MC, Hughes C, Chen TF, Miller P. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. *Cochrane Database Syst Rev* 2016 (2): CD009095
- 10) Montori VM, Brito JP, Murad MH. The optimal practice of evidence-based medicine: incorporating patient preferences in practice guidelines. *JAMA* 2013; 310 (23): 2503-2504
- 11) Scherer M, Wagner HO, Lühmann D, et al. DEGAM: S3-Leitlinie Multimorbidität. AWMF-Registernummer 053-043, 2017

