

# Begleitheft

## zur 26. „Journée de Gérontologie“

am 5. Oktober 2011 zum Thema:  
„Qualität in der Pflege am Beispiel der Polymedikation“



### „Mehr als genug?“

# Polymedikation in Luxemburg



CENTER FIR  
ALTERSFROEN



UNIVERSITY OF LUXEMBOURG  
Integrative Research Unit on Social  
and Individual Development (INSIDE)

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort von Familienministerin Marie-Josée Jacobs	2
Anstelle eines Vorworts – Dankesworte von Josée Thill	3
 Pharmakotherapie im Alter = Polymedikation? Ergebnisse einer nationalen Studie Jürgen Nellinger	 4
 Eviter les médicaments à haute charge anti-cholinergique chez la personne âgée Carine Federspiel	 16
 Comment améliorer la prescription médicamenteuse pour les personnes vieillissantes ou âgées ? Jean-Pierre Michel/Pierre Olivier Lang/Nicole Vogt-Ferrier	 22
 „Süchtig“ und abhängig, ohne es zu wissen!“ Psychologische Überlegungen zum Gebrauch von Medikamenten, Genussmitteln und anderen Substanzen Dieter Ferring	 28
 Hinter jeder Behandlung steckt eine Sehnsucht Von der Selbstmedikation zur Polymedikation Simon Groß	 32
 Über die gesetzliche Verantwortung in Sachen Medikation Pierrot Schiltz	 39

# Vorwort

Ältere Menschen leiden, öfter als andere Altersgruppen, häufig an mehreren chronischen Erkrankungen zugleich, die auf Dauer mit verschiedenen Arzneimitteln behandelt werden müssen. Die daraus resultierende Polymedikation erhöht das Risiko für arzneimittelbezogene Probleme. Zahlreiche Nebenwirkungen können erscheinen. Die Wechselwirkungen, die bei der Behandlung mit mehreren Wirkstoffen auftreten können, sind bei älteren Patienten weniger erforscht, und so können oftmals unerwünschte Folgen beobachtet werden. Darüber hinaus sind, laut Studien, Stürze sowie die Beeinträchtigung des Bewusstseins, häufig festzustellende Nebenwirkungen bei Polymedikation.

Da diese Nebeneffekte die Lebensqualität der betroffenen Personen beeinträchtigen, muss man dem Phänomen der Polymedikation die nötige Aufmerksamkeit schenken. Ich begrüße aus diesem Grund die Initiative der ALGG, die diesjährige „Journée de Gériologie“ unter das Thema der Polymedikation zu stellen. Wie jedes Jahr hat die ALGG Fachleute aus unterschiedlichen Bereichen gewinnen können, um ihre Sicht zum Thema darzustellen. Die Gelegenheit ist also geboten, um gemeinsam über die Ursachen und Konsequenzen der Multimedikation zu diskutieren und nach Wegen zu suchen, um eine Reduzierung derer zu erstreben.

Bei Menschen mit Demenz, und hier vor allem im Vorstadium, ist das Pflegepersonal besonders gefordert. Da die „Vergesslichkeit“ der Betroffenen nicht immer offensichtlich ist, kann sie auch zu einer vermehrten Einnahme von Medikamenten führen.

Die unerwünschten Effekte der Polymedikation kann man erfassen. Es wäre mir ein Anliegen, dass im multidisziplinären Team hierauf besonders geachtet wird, um so die Therapie der Bewohner/innen individuell zu gestalten, regelmäßig zu überprüfen und falls nötig immer wieder neu anzupassen.

In der vorliegenden Publikation greifen die verschiedenen Autoren zusätzliche Aspekte der Polymedikation auf, um so weiterführende Diskussionen und Überlegungen anzustoßen. Ich bedanke mich sehr herzlich bei allen Beteiligten für ihr kompetentes Mitwirken. Ich wünsche allen Leser/innen inspirierende Anregungen, um über ihren Arbeitsalltag nachzudenken und Verbesserungen im Sinne der Bewohner/innen herbeiführen zu können.

Marie-Josée JACOBS

Ministerin für Familie und Integration

# Anstelle eines Vorwortes

## Dankesworte

Schon wieder ist ein Jahr vergangen und die Luxemburger Vereinigung für Gerontologie/Geriatrie (ALGG) organisiert ihre alljährliche Tagung zu einem brisanten Thema der Alternswissenschaften. Im Rahmen der Überlegungen zu Gesellschaft, Politik und Altern wird dieses Jahr ein medizinischer Aspekt unter dem Titel: „Qualität in der Pflege am Beispiel der Polymedikation“ aus der Sicht von Pflegekräften, Geriatern, Apothekern, Psychologen und Juristen beleuchtet.

Dank der unermüdlichen Bestrebungen von Professor Dieter Ferring und dem Direktor des RBS Zentrum für Altersfragen in Luxemburg, Dipl. Psych. Simon Groß, konnte ein Begleitheft zur Tagung erarbeitet werden. Das Engagement und der Einsatz dieser beiden Experten im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit Alternswissenschaften ist mit Worten nur kaum gebührend zu würdigen. Ihnen gilt an dieser Stelle mein aufrichtiger Dank.

Seit der Gründung der „Société médicale Luxembourgeoise de Gériatrie et de Gérontologie“ darf die ALGG auf die kompetente Unterstützung der Fachärzte für Geriatrie zählen, die sicher die Qualität der Tagung um vieles bereichert.

Einen großen Dank an alle Redner, die unsere Veranstaltung auch diesmal wieder zu einem großen Erfolg werden lassen sowie an alle kompetenten Fachleute der Luxemburger Pflegeversicherung, der medizinischen Gesellschaft für Gerontologie/Geriatrie, der Universität sowie des RBS Zentrum für Altersfragen. Sie alle haben durch ihren schriftlichen Beitrag eine Publikation ermöglicht, die die Tagung zum Thema Polymedikation eindrucksvoll ergänzt. Das Begleitheft wird den Teilnehmern - leitende Fachkräfte, Mitarbeiter des Alten- und Pflegesektors, Studenten und Schülern - eine qualitativ hochwertige, fachspezifische Lektüre bieten, auf die sie noch lange zurückgreifen können.

Ohne den engagierten Einsatz von Vibeke Walter als Sekretärin des ALGG Verwaltungsrates käme es zu keiner Tagung. Ohne das kontinuierliche und fachliche Engagement des Verwaltungsrates wäre eine Fachtagung nicht zu realisieren.

Mein Dank geht auch an Ministerin Marie- Josée Jacobs, die neben finanzieller Unterstützung jedes Jahr, ganz gleich wie beansprucht ihr Terminkalender ist, durch ihre Präsenz und ihre Begrüßungsansprache die Bedeutung der Fachtagung im nationalen Altenbetreuungskontext unterstreicht und hervorhebt. Haben Sie vielen Dank, Madame.

Ich wünsche der diesjährigen Tagung ihren verdienten Erfolg im Interesse der alternden Luxemburger Bürger und deren qualitativ und qualifiziert hochwertigen medizinischen, pflegerischen und sozialen Betreuung.

Josée THILL

# Pharmakotherapie im Alter = Polymedikation?

## Eine Studie in Luxemburger Alten- und Pflegeheimen

Jürgen Nellinger

MA. en Gérontologie

Université du Luxembourg

### Einführung: Medikation – gestern und heute

Während unsere Vorfahren um 1900 durchschnittlich 45 bis 50 Jahre alt wurden, erreichen wir heutzutage oft ein Alter zwischen 75 und 85 Jahren. Für die Senioren wird folglich der Zeitraum länger, den man als Lebensabend bezeichnet und den man möglichst gesund und vital verbringen möchte. Die höhere Lebenserwartung bringt aber auch eine Zunahme von Erkrankungen, genauer gesagt chronischen Erkrankungen, mit sich. Dementsprechend lässt es sich nicht vermeiden, dass in diesen Altersgruppen auch viele Medikamente eingenommen werden müssen. Zu den Risiken der Pharmakotherapie im Alter gehört die häufige Multimorbidität mit gesteigertem Arzneimittelverbrauch und dem daraus resultierendem höherem Risiko für Arzneimittelwechsel- und Nebenwirkungen. Der verantwortungsvolle behandelnde Arzt (meist der Hausarzt) wird natürlich die Neben- und Wechselwirkungen, die bei der Behandlung mit mehreren Wirkstoffen auftreten, beachten. Er muss allerdings auch berücksichtigen, dass altersbedingte Veränderungen im Organismus die Wirkung von Arzneimitteln beeinflussen können. Diese können dazu führen, dass Wirkstoffe langsamer ausgeschieden werden oder andere bzw. stärkere Nebenwirkungen auftreten als bei jungen Menschen. In dem vorliegenden Artikel werde ich anhand einer von mir durchgeführten Studie aufzeigen, dass das Phänomen der Polymedikation in Luxemburger Alters- und Pflegeheimen existiert.

Die Verordnung von Medikamenten zählt heute zu den häufigsten therapeutischen Maßnahmen bei Krankheit. Inzwischen werden Medikamente nicht mehr nur eingesetzt, um Krankheiten zu heilen, sondern auch zur Vorbeugung, Linderung oder Stabilisierung von Symptomen und pathologischen Prozessen. Viele Krankheiten, die in früheren Zeiten tödlich endeten, sind durch den Einsatz von Arzneimitteln eliminiert oder in einen chronischen Zustand überführt worden. Die anfänglich erwähnte steigende Zahl älterer Menschen ist nicht zuletzt auch das Resultat einer ausgereiften Medizin und Pharmakotherapie. Diese grundsätzlich zu begrüßenden Fortschritte und Entwicklungen für die Bevölkerung zeigen in jüngerer Zeit spätestens dann ihre Kehrseite, wenn es um ihre Finanzierung geht.

In Luxemburg beliefen sich die Arzneimittelausgaben 2007 auf 146,1 Millionen Euro und beanspruchen damit 11,9 % der Gesamtausgaben für Gesundheit. Sie belegen damit den dritten Rang hinter den Ausgaben für Krankenhäuser und die ärztliche Versorgung (Rapport générale sur la sécurité sociale au Grand Duché de Luxembourg, 2007). Diese hohen Ausgaben werfen zunehmend die Frage nach der Angemessenheit wie auch der Anwendung der Medikamente auf.

## Was ist Polymedikation?

Als Polymedikation, Multimedikation oder Polypharmazie wird, je nach Publikation, die Einnahme von fünf, sieben oder acht und mehr Medikamenten bezeichnet. Diese Menge beinhaltet auch alternative und komplementäre nicht-verschreibungspflichtige Medikamente sowie Selbstmedikationen, wie z.B. Paracetamol, Aspirin oder Ibuprofen (Messer, Schmauß, 2009).

Polymedikation ist ein noch unzureichend erforschtes Feld und in der wissenschaftlichen Literatur findet sich bisher keine einheitliche Definition dazu. Polymedikation wird unter anderem beschrieben als (a) Applikation von mehr als einem Arzneimittel zur gleichen Zeit über einen längeren Zeitraum (zwei bis sechs Medikamente und mehr; Fialova et al. 2005; Veehof. et al 2000), (b) als Verschreibung von mehr Medikamenten als klinisch indiziert (Fulton, Allen, 2005), (c) als Medikationsregime mit mindestens einem nicht indizierten Arzneimittel (Maywald, Hach, 2005) oder (d) - wie in Deutschland gebräuchlich - als Anwendung von mindestens fünf verschiedenen Medikamenten gleichzeitig (Maywald, Hach, 2005).

## Ursachen der Polymedikation

Die Hauptursache für Polymedikation liegt darin, dass ältere Patienten meist an Multimorbidität - dem gleichzeitigen Vorhandensein von mehreren chronischen Erkrankungen - leiden, die dauerhaft mit Arzneimitteln behandelt werden. Geriatrietypische Multimorbidität liegt dann vor, wenn mindestens zwei von vierzehn ausgesuchten Symptomen nebeneinander bei einem Patienten bestehen, die dafür charakteristisch sind - zum Beispiel Arthrose, Bluthochdruck, chronische Bronchitis, Diabetes mellitus und Osteoporose. In einem solchen Fall werden zehn, zwölf oder gar fünfzehn verschiedene Medikamente verordnet (Borchelt, 2004).

Ein weiteres Problem ist die oft verminderte Kommunikationsfähigkeit von älteren Leuten, bedingt u.a. durch Schwerhörigkeit sowie eingeschränkte kognitive Funktionen. Viele Patienten sind nicht in der Lage, ihre Symptome präzise zu schildern, was zu ungenauen Diagnosen und unklaren Indikationen führen kann (von Renteln-Kruse, 2002).

Eine weitere Ursache für Polymedikation liegt in der Selbstmedikation. Ältere Menschen erwerben in der Apotheke oft rezeptfreie Arzneimittel, um ihre „Gesundheit zu stärken“ und um Symptome, die sie beim Arzt ungern vorbringen wollen, zum Beispiel Verdauungsstörungen und Schlafprobleme, selbst zu behandeln. Aber auch Schmerzmittel und Erkältungsmittel werden oftmals von den Patienten selbst „verordnet“ und eingenommen (von Renteln-Kruse, 2002).

Auch der Zeitmangel der Ärzte wird häufig als Grund für die Polymedikation angeführt. Es erfolgt aufgrund dessen nur eine mangelnde Therapiekontrolle und Medikamente werden nicht abgesetzt, obwohl das medizinische Problem schon längst gelöst ist.

Der gleichzeitige Besuch von verschiedenen Ärzten kann ebenfalls ein Grund für Polymedikation sein. Hierbei geht der Patient zur gleichen Zeit zu verschiedenen Ärzten, ohne diese darüber zu informieren und dementsprechend auch die verordneten Medikamente abzugleichen.

In vielen Publikationen wird beschrieben, dass unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) häufig nicht als solche erkannt, sondern als neue Erkrankung eingeschätzt und mit einem weiteren Arzneimittel behandelt werden. Dieses kann dann wiederum UAW hervorrufen. Lange „Verschreibungskaskaden“ sind die Folge (von Renteln-Kruse, 2002).

## Studie zum Arzneimittelverbrauch in Luxemburger Alters- und Pflegeheimen

### *Fragestellungen*

In den Alten- und Pflegeheimen ist es mittlerweile selbstverständlich, dass das komplette Medikamenten-Management vom Pflegepersonal übernommen wird. Von der Visite mit dem Arzt, über die Bestellung in der Apotheke, die Annahme der Lieferung, die Lagerung und das Richten der Medikamente bis hin zum Verabreichen liegt der ganze Medikamentenkreislauf in den Händen des Pflegepersonals. In Luxemburg sind es im Besonderen die Krankenschwestern, die sich darum kümmern. Da ich in meinem eigenen Arbeitsbereich festgestellt habe, dass der Medikamentenverbrauch pro Bewohner sehr hoch ist, lag für mich die Vermutung nahe, dass es in Luxemburger Alten- und Pflegeheimen einen sehr hohen Prozentsatz von Bewohnern gibt, die mehr als fünf Medikamente gleichzeitig

erhalten. Dieser Vermutung bin ich in einer empirischen Studie nachgegangen, die die folgenden Fragestellungen verfolgte:

- Fragestellung 1: Gibt es in Luxemburger Alten- und Pflegeheimen das Phänomen der Polymedikation und wenn ja, wie viel Prozent der Bewohner sind davon betroffen?
- Fragestellung 2: Wie viele verschiedene Wirkstoffe/Arzneimittel erhält ein Bewohner in Luxemburger Alten- und Pflegeheimen im Durchschnitt? Auf wie viele Einzelgaben verteilen sich die verschiedenen Wirkstoffe?
- Fragestellung 3: Unterscheidet sich die absolute Zahl an verschiedenen Wirkstoffen/Arzneimitteln pro Bewohner in Altenheimen von denen in Pflegeheimen? (Es wird vermutet, dass in den Altersheimen die Anzahl der genommenen Medikamente niedriger ist als in den Pflegeheimen, weil die Bewohner noch autonomer in den Verrichtungen ihres alltäglichen Lebens sind).
- Fragestellung 4: Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede, wenn man die durchschnittlich verabreichten Wirkstoffe/Arzneimittel pro Bewohner betrachtet?

### *Grundgesamtheit und Stichprobe*

Für mich war es wichtig, sowohl die Bewohner von Altenheimen zu erfassen, als auch die Bewohner von Pflegeheimen. Am 1. Januar 2008 waren in Luxemburg insgesamt 4535 Plätze in stationären Einrichtungen der Altenpflege vorhanden; hiervon entfielen 3287 (72%) auf die „Centres intégrés pour personnes âgées“ (CIPA) und 1248 (28%) auf „Maisons de soins“. Um eine möglichst große Streuung und Repräsentativität zu erreichen, entschied ich mich, das Medikationsprofil bei ca. 500 Bewohnern in unterschiedlichen Institutionen zu erfassen. Insgesamt befragte ich 506 Bewohner, von denen jeweils 50% (i.e., 253 Bewohner) in CIPA oder „Maisons de soins“ untergebracht waren. Damit deckte die Stichprobe ca. 11,2% der Gesamtpopulation ab, was eine durchaus repräsentative Anzahl darstellt.

Die Verteilung des Alters in Kombination mit dem Geschlecht ist in der folgenden Grafik veranschaulicht. Wie man unschwer erkennen kann, erhöht sich der Anteil der Frauen ab dem 80. Lebensjahr drastisch: Bis zum 80. Lebensjahr ist die Aufteilung zwischen Frauen und Männern fast gleich, ab dem 80. Lebensjahr kippt die Verteilung allerdings zu Gunsten der Frauen.



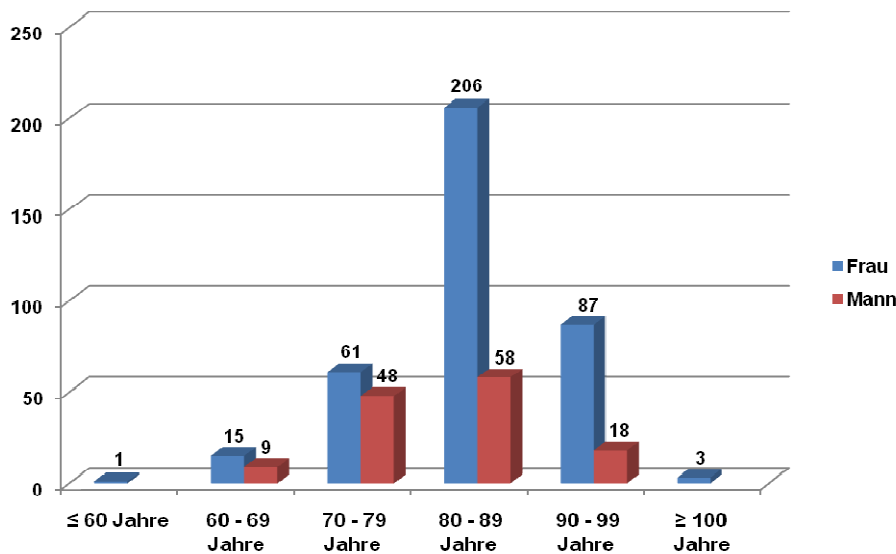


Abbildung 1: Stichprobenverteilung nach Alter und Geschlecht (n=506)

In den von mir untersuchten Alters- und Pflegeheimen leben ab diesem Alter fast viermal so viele Frauen wie Männer. Dies erklärt sich aus der Tatsache, dass Frauen eine höhere Lebenserwartung aufweisen als Männer. Zudem haben wir es hier mit den Generationen zu tun, die den 2. Weltkrieg miterlebt haben, den viele Männer dieser Altersgruppe nicht überlebten.

Nach Informationen des STATEC beläuft sich die Lebenserwartung in Luxemburg im Jahre 2010 auf 79,03 Jahre, wobei sich Männer mit 77,6 Jahren durchschnittlicher Lebenserwartung maßgeblich von Frauen mit 82,7 Jahren unterscheiden. Die Altersverteilung der Stichprobe stellt sich folgendermaßen dar: Der Altersmittelwert der 506 untersuchten Bewohner beträgt 83,53 Jahre; hierbei ist der jüngste Bewohner 48 Jahre und der älteste Bewohner 105 Jahre alt.

## Ergebnisse der Studie

Fragestellung 1: Gibt es in Luxemburger Alten- und Pflegeheimen das Phänomen der Polymedikation und wenn ja, wie viel Prozent der Bewohner sind davon betroffen?

Die erste der gestellten Fragen kann man nur mit „Ja“ beantworten! In dem Kapitel über Polymedikation habe ich bereits darauf hingewiesen, dass die vorliegende Studie die in - Deutschland gebräuchliche - Grenze von mehr als fünf Medikamenten als Indikator für das Phänomen der Polymedikation annimmt. Wie aus der Grafik zu entnehmen ist, nehmen 375

Bewohner mehr als fünf Medikamente ein. In anderen Zahlen ausgedrückt heißt das: 74,1% der untersuchten Pensionäre „leiden“ unter Polymedikation und den daraus resultierenden nicht abzuschätzenden Neben- und Wechselwirkungen.

**Gesamtzahl Bewohner (n=506) mit Anzahl Arzneimittel/Wirkstoffe**

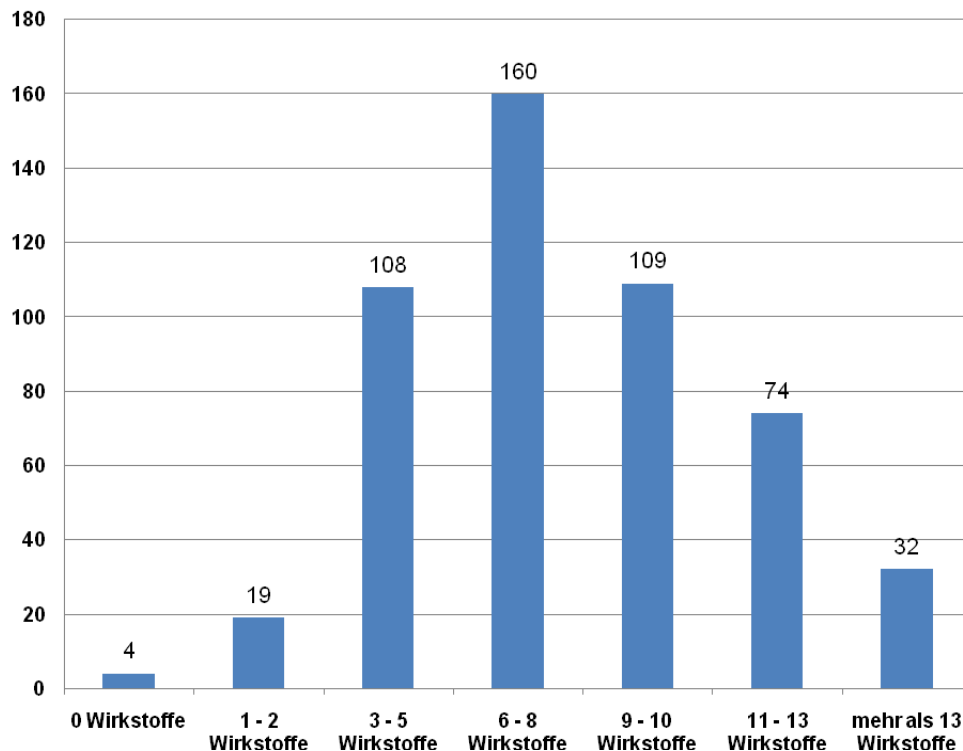


Abbildung 2: Gesamtzahl Bewohner mit Anzahl der verordneten Arzneimittel/Wirkstoffe

**Fragestellung 2:** Wie viele verschiedene Wirkstoffe/Arzneimittel erhält ein Bewohner in Luxemburger Alten- und Pflegeheimen im Durchschnitt? Auf wie viele Einzelgaben verteilen sich die verschiedenen Wirkstoffe?

Wie aus der nachfolgenden Tabelle zu ersehen ist, nimmt von den untersuchten Bewohnern jeder im Durchschnitt 7,93 verschiedene Medikamente mit den entsprechenden Wirkstoffen zu sich. Die Variationsbreite reicht dabei von null verschriebenen Medikamenten bis zu einem Maximum von siebzehn(!) verschriebenen Medikamenten.

Zur Erklärung möchte ich noch hinzufügen, dass sich die Durchschnittsangabe auf die Gesamtzahl der erfassten Bewohner bezieht und nicht auf die Bewohner, die unter das Phänomen der Polymedikation fallen. Alles in allem zeigen die Ergebnisse relativ eindeutig, dass vor allem auch mit Blick auf die Anzahl der verschiedenen Wirkstoffe von Polymedikation gesprochen werden muss.

Indikatoren der Polymedikation	M	SD	Minimum	Maximum
Anzahl unterschiedlicher Wirkstoffe	7.93	3.39	0	17
Anzahl der Einzelgaben	10.74	5.24	0	30

Tabelle 1: Deskriptive Kennwerte der Polymedikations-Indikatoren in der Gesamtstichprobe (n=506)

Da die Medikamente ja auch verabreicht werden müssen, wurde in meiner Studie noch untersucht, auf wie viele Einzelgaben sich die verschriebenen Medikamente verteilen. Auch das ist aus der Tabelle 1 zu entnehmen. Hier ist sicherlich eine eindrucksvolle Zahl, dass das Maximum von Einzelgaben bei 30 liegt, d.h. dass ein Bewohner 30 Einzelgaben pro Tag erhält.

Fragestellung 3: Unterscheidet sich die absolute Zahl an verschiedenen Wirkstoffen/Arzneimitteln pro Bewohner in Altenheimen von denen in Pflegeheimen? (Es wird vermutet, dass in den Altersheimen die Anzahl der genommenen Medikamente niedriger ist als in den Pflegeheimen, weil die Bewohner noch autonom in den Verrichtungen ihres alltäglichen Lebens sind).

Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurde für die Gruppe der Altenheimbewohner und die Gruppe der Pflegeheimbewohner jeweils der Mittelwert der Gesamtzahl verschiedener Wirkstoffe berechnet (siehe Abbildung 4). Der Unterschied der beiden Mittelwerte wurde mittels t-Test überprüft; dabei zeigte sich, dass sich die beiden Mittelwerte signifikant voneinander unterscheiden ( $t= 3.52$ ;  $df= 493.85$ ;  $p< 0.001$ ).

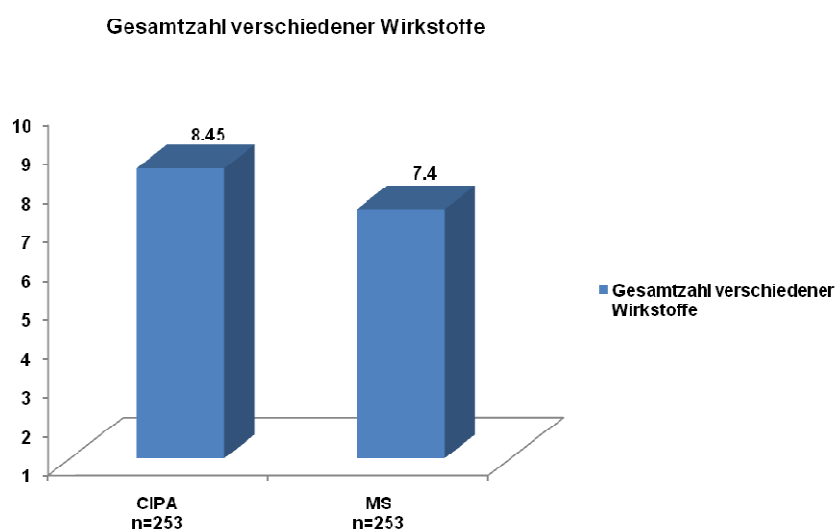


Abbildung 3: Gesamtzahl verschiedener Arzneimittel/ Wirkstoffe pro Bewohner in CIPA und Maisons de Soins

Entgegen den Erwartungen lag die tatsächliche Gesamtzahl der verschiedenen Wirkstoffe in den Altersheimen (CIPA) höher als in den Pflegeheimen (MS). In den erstgenannten Institutionen erhielten die Bewohner fast genau einen Wirkstoff/Arzneimittel mehr als in der vergleichbaren Bewohnergruppe in den Pflegeheimen.

Fragestellung 4: Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede, wenn man die durchschnittlich verabreichten Wirkstoffe/Arzneimittel pro Bewohner betrachtet?

Um diese Frage zu beantworten, wurde für Frauen und Männer jeweils der Mittelwert der Gesamtzahl verschiedener Wirkstoffe berechnet (siehe Abbildung 4). Der Unterschied der beiden Mittelwerte wurde mittels eines t-Tests überprüft; hier zeigte sich, dass sich die beiden Mittelwerte statistisch nicht signifikant voneinander unterscheiden ( $t = -.25$ ;  $df = 504$ ; n.s.). Männer und Frauen unterschieden sich in der Stichprobe also nicht bezüglich der Gesamtanzahl verabreichter unterschiedlicher Wirkstoffe.

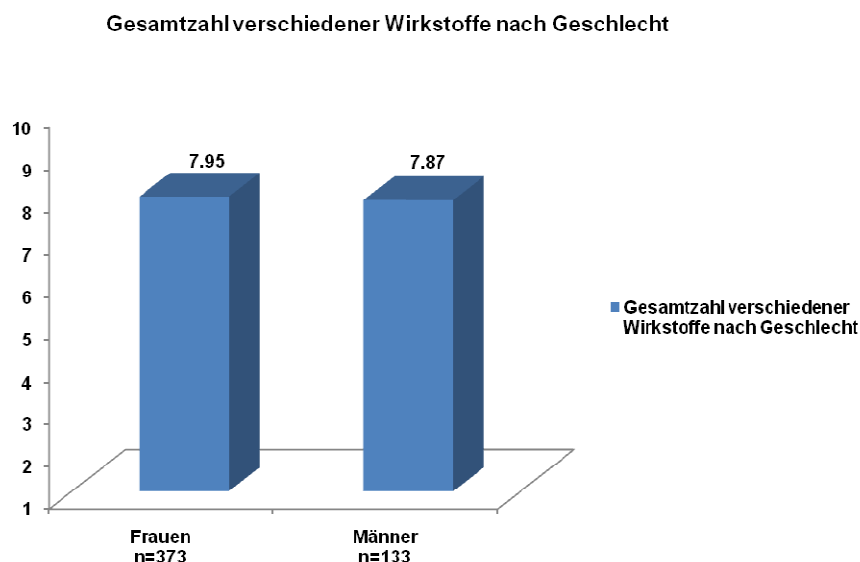


Abbildung 4: Gesamtzahl verschiedener Arzneimittel/ Wirkstoffe nach Geschlecht

### *Erklärungen und Ausblick*

Die vorliegende Studie stellt zwar fest, dass das Phänomen der Polymedikation existiert, sie zeigt aber nicht die Gründe dafür auf. Deshalb möchte ich in diesem Abschnitt einige mögliche Erklärungen beziehungsweise Vermutungen darüber anstellen. Was mich erstaunt, ist die Tatsache, dass ein großer Teil der in der Einleitung genannten Ursachen für Polymedikation auf die untersuchte Population einfach nicht zutreffen, wie z. B. die verminderte Kommunikationsfähigkeit. Dieses Problem dürfte nicht von Belang sein, da die

Kommunikation des Bewohners mit dem Arzt fast immer in Gegenwart einer Krankenschwester stattfindet.

Als weitere Ursachen sind in dem erwähnten Kapitel der Zeitmangel der Ärzte und der Besuch von verschiedenen Ärzten (mit Verordnung von verschiedenen Medikamenten) genannt. Diese entfallen ebenfalls, da die Koordination der Arzttermine durch die Pflegekraft stattfindet und ich auch aus eigener Erfahrung sagen kann, dass die Ärzte bei ihren Besuchen in den Heimen meistens sehr viel Zeit mitbringen. Hier sehe ich eher das Problem, dass die Pflegekraft oftmals die treibende Kraft für Medikamentenanordnungen ist. Sie sagt, dass der Bewohner "etwas zum Schlafen" braucht; aber auch Äußerungen wie: „.....der Bewohner ist aggressiv oder unruhig“, „....hat Probleme mit dem Stuhlgang“, „....ist in letzter Zeit so niedergeschlagen oder antriebslos“ animieren den Arzt geradezu, neue Medikamente ohne viele Rückfragen anzuordnen.

Ein weiteres Problem ist meiner Meinung nach die Unkenntnis der Pflegekräfte über die in der vorliegenden Arbeit erwähnten alterstypischen Veränderungen und die daraus entstehenden Neben- und Wechselwirkungen von Arzneistoffen. Hier werden UAW von Pflegekräften nicht als solche erkannt und die UAW wird dem Arzt als neue Erkrankung kommuniziert, der dann mit einem neuen Medikament darauf reagiert.

Eine Begründung für die mangelnde Kenntnis der Pflegekräfte könnte in der Ausbildung liegen. In Luxemburg erleben wir die Situation, dass für das ganze Medikamentenmanagement (Bestellung, Annahme, Richten und Verteilen) die Krankenschwestern zuständig sind. Diese werden in ihrer Ausbildung jedoch kaum in Geriatrie/Gerontologie unterrichtet und verfügen somit nur über wenige Kenntnisse im Hinblick auf alterstypische Probleme.

Meiner Meinung nach gibt es auf pflegerischer Seite auch erhebliche Defizite, was die pharmakologischen Kenntnisse anbelangt. Auf die Frage, welches Medikament was bewirkt, habe ich bei Nachfragen während der Dienstübergaben nur selten eine adäquate Antwort bekommen. Bei der Datensammlung habe ich in den einzelnen Häusern nachgefragt, ob die Beers-Liste bekannt sei - dies wurde von allen befragten Krankenschwestern verneint.

Ein weiteres Problem sehe ich darin, dass die Krankenschwester nur allzu selten die Rolle des - wie ich es immer nenne - „Anwalt des Bewohners“ übernimmt. Sie müsste meiner Meinung nach viel öfter dem Arzt entgegentreten und mit ihm die Medikation besprechen, wenn ihr auffällt, dass ein Bewohner sehr viele Arzneimittel gleichzeitig bekommt. Ich denke, hier leiden noch zu viele Krankenschwestern unter der tradierten paternalistischen Arzt-Pflegeperson-Beziehung. Den ärztlichen Anordnungen steht die Krankenschwester oftmals unkritisch gegenüber und befolgt dessen Anordnungen widerspruchslos.

Um Polymedikation zu vermeiden, wird sich auch die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit im Sinne der Koordination der verschiedenen Versorgungsbereiche verstärken müssen. Die Beteiligung von Apotheken ist unter diesem Aspekt unverzichtbar. Eine ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung muss das Ziel sein (Vermittlung adäquater Hinweise zur Anwendung sowie gezielter Informationen zur Aufbewahrung, zu Wirkungen und unerwünschten Wirkungen). Vorstellbar wäre hier die Einführung einer Krankenkarte, auf der alle verordneten Medikamente und (auf freiwilliger Basis) auch die Medikamente der Selbstmedikation aufgeführt wären. Käme jetzt eine neue Verordnung hinzu, so würde der Apotheker die vorhandenen Medikamente mit dem neuen Medikament in einer Datenbank abgleichen und könnte Hinweise auf eventuell auftretende UAW oder Einnahmerisiken bekommen. Er könnte Kontakt mit dem behandelnden Arzt oder der betreuenden Institution aufnehmen und auf die eventuellen Probleme aufmerksam machen. Um den Gedanken weiterzuführen, würde der Apotheker regelmäßig an Patientenbesprechungen teilnehmen, wo zusammen mit den anderen behandelnden Parteien die Medikation besprochen wird. Leider ist dieses Szenario im Moment noch Wunschdenken, und somit wird uns das Phänomen der Polymedikation noch einige Zeit begleiten.

Die Gründe für unerwünschte Arzneimittelinteraktionen bei alten Menschen müssen auch in den oft unzureichenden pharmakologischen Kenntnissen der behandelnden Mediziner gesucht werden. Dieser Kenntnismangel oder fehlerhafte Kenntnisstand ist jedoch nicht einfach auf fehlende Kompetenz zurückzuführen, sondern hat vielfältige Ursachen. So erweist es sich als riskant, dass das Wissen der Ärzte über Medikamente oftmals als einseitig „herstellerdominiert“ einzustufen ist (Kiewel 2002). Produktinformationen der Industrie bieten jedoch kaum eine hinreichende Wissensbasis für eine effektive Arzneimitteltherapie.

Darüber hinaus haben Ärzte häufig das Problem, dass sie leitliniengerecht therapieren müssen, was bei der Behandlung eines Patienten mit Multimorbidität fast zwangsläufig zur Polymedikation führt. Dies wurde von Boyd et al. am Beispiel einer fiktiven 79-jährigen Patientin mit fünf geriatritypischen Erkrankungen anschaulich dargestellt: Bei leitliniengerechter Therapie müsste sie täglich 12 verschiedene Medikamente verteilt auf 19 Einzeldosen einnehmen. Was fehlt, ist die Evidenzlage bei Multimorbidität, und genau das macht die Behandlung so schwierig.

Ich denke eine wichtige Maßnahme zur Reduzierung der Polymedikation im Alter ist die Schulung der Pflegekräfte in den Institutionen, damit sie erwünschte bzw. unerwünschte Wirkungen und Nebenwirkungen beobachten und diese Informationen an den Arzt weitergeben können. Je höher die Zahl der verordneten Dauermedikamente, desto häufiger sollte die Arzneitherapie auf ihren Nutzen und ihr Risiko hin überprüft werden. Hier spielt die oben genannte Rolle des Pharmazeuten im multidisziplinären Team eine große Rolle.

Abschließend möchte ich festhalten, dass eine Arzneimitteltherapie bei älteren multimorbiden Patienten nur dann sinnvoll ist, wenn sie bezüglich Auswahl und Dosierung so weit wie möglich *individualisiert* ist. Ich denke, in dem vorangegangenen Text ist verständlich geworden, dass nur ein multidisziplinäres Konzept die altersbedingten Risiken der Arzneimitteltherapie minimieren und deren Nutzen maximieren kann. In dieses Konzept gehören Ärzte und Apotheker genauso eingebunden wie Pflegekräfte, Patienten und Angehörige. Die Einflussnahme der Pflegenden ist meiner Meinung nach nicht sehr groß, aber trotzdem wichtig: Die Pflegenden können regelmäßig mit den Ärzten die Medikation überprüfen (auf Indikation, Dosis, Zeit und Frequenz) und Blutabnahmen zu Kontrolle von wichtigen Parametern (z.B. Kreatinin-Clearance) initiieren. Auch der Bereich der Fort- und Weiterbildung für Ärzte und Pflegepersonal sind absolute Notwendigkeiten, um im Alter eine erfolgreiche Pharmakotherapie durchzuführen.

## Literatur

Borchelt, M., "Besondere Aspekte der Pharmakotherapie im höheren Lebensalter", Präsentation Berliner Gespräche zur Sozialmedizin Charité - Campus Mitte, (2004)

Boyd et al in „The Journal of the American Medical Association“ JAMA. 2005;294(6):716-724.

Fialova D., Topinkova E., Gambassi G. et al, for the AdHOC Project Research Group. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. JAMA 2005; 293 (11): 1348-1358

Fulton M M., Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. J Am Acad Nurse Pract 2005; 17 (4): 132-132

Kiewel A.: „Nehmen Sie Ihre Medikamente selbst? Neue Wege der Patientenbeteiligung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“, (2000), Weinheim: Juventa

Maywald U., Hach I., Polypharmazie bei älteren Patienten in Sachsen. Ärzteblatt Sachsen 2005; 10: 95

Messer T., Schmauß M., Polypharmazie in der Behandlung psychischer Erkrankungen, Springer, Wien, 2009

Rapport générale sur la securite sociale au grand duché de luxembourg 2007 von Renteln-Kruse W. (1997): Stürze im Alter und Pharmaka. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30, 276-280

Veehof LJG., Stewart RE., Haaijer-Ruskamp FM. et al., The development of polypharmacy. A longitudinal study. Fam. Pract 2000; 17 (3): 261-267

von Renteln-Kruse W.: Multimedikation bei älteren Patienten. Indikator für Risiken. Der Hausarzt (2002); 8: 61-62



# Eviter les médicaments à haute charge anti-cholinergique chez la personne âgée

Dr Carine FEDERSPIEL

Médecin spécialiste en Gériatrie, Directrice ZithaSenior

Les personnes âgées courent un risque accru de présenter des effets indésirables, tels que confusion, délirium, perte de concentration voire aggravation des déficits cognitifs et chutes (1, 2) en raison de la prise de médicaments avec propriétés anti-cholinergiques. Le vieillissement entraîne un affaiblissement naturel du système cholinergique qui peut contribuer à l'apparition d'effets néfastes chez les patients âgés traités à l'aide de médicaments anti-cholinergiques. Cependant, tous les anti-cholinergiques ne seraient pas équivalents sur le risque de confusion mentale et de troubles de mémoire.

Dans l'article qui suit nous avons résumé l'analyse récente de type review publiée par M-J Boily et collaborateurs (13) pour tenter de clarifier les connaissances actuelles sur les médicaments à haute charge anti-cholinergique.

Des méthodes de dosage in vitro ont permis de quantifier l'activité anti-cholinergique de différents médicaments. Le degré d'affinité des médicaments pour le récepteur muscarinique de l'acétylcholine a été déterminé à l'aide d'une méthode de dosage utilisant des radiorécepteurs. Cette technique permet de mesurer l'activité anti-cholinergique totale associée à différents médicaments, à leurs métabolites actifs et ceci en utilisant le plasma du patient. Ainsi est déterminé un résultat d'activité anti-cholinergique, (serum anti-cholinergic activity (SAA)), en équivalent atropine pour chacun des produits étudiés. Mais cette méthode permet difficilement de comparer l'activité anti-cholinergique entre les différentes molécules (16).

En plus se pose la question sur l'association entre le niveau d'activité anti-cholinergique dans le plasma (SAA) et la présence de problèmes cognitifs chez des personnes âgées. L'activité anti-cholinergique (SAA) des échantillons de sérum a été mesurée chez des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile et l'évaluation cognitive a été évaluée à l'aide du test mini-mental évaluant les fonctions cognitives. Ce groupe de personnes âgées a été suivi pendant une période de 15 ans. Une histoire médicamenteuse auprès de ces patients a permis de documenter les médicaments prescrits. Les patients ayant des niveaux de SAA de plus de 2,0 pmol/ml étaient 13 fois plus exposés au risque de présenter une altération de la fonction cognitive correspondant à une diminution du score du mini mental (résultat de 24 et moins). L'activité anti-cholinergique de différents médicaments a été comparée (16).

On prépare une solution de  $10^{-8}$  M du médicament étudié, qui est dosée en utilisant un dosage radiorécepteur. Puis on mesure et standardise l'activité anti-cholinergique du médicament en utilisant l'atropine comme médicament de référence. Le résultat est exprimé en équivalent atropine. Les médicaments ayant des valeurs élevées en équivalent atropine auraient des propriétés anti-cholinergiques plus élevées que les médicaments exprimant des valeurs basses (17).

Cependant, il existe des limites à cette méthode. Dans un premier temps, la solution standard du médicament étudié ne reflète pas les concentrations obtenues in vivo dans des conditions physiologiques normales. Il est également difficile d'évaluer la quantité de médicaments qui traverse la barrière hématoencéphalique (13). Une autre méthode a évalué in vitro l'affinité du médicament pour le récepteur muscarinique, afin de déterminer l'activité anti-cholinergique de différentes molécules (11). Il s'agit d'évaluer l'interaction entre le médicament et le récepteur muscarinique. Par exemple, l'atropine possède une affinité élevée pour le récepteur muscarinique et a le potentiel d'induire des effets anti-cholinergiques importants, tandis que la trazodone (Trazolan<sup>o</sup>) a une affinité faible pour le récepteur muscarinique et aurait moins d'effets anti-cholinergiques.

Il s'avère difficile de déterminer l'importance clinique de l'activité anti-cholinergique d'un médicament obtenu in vitro. Si on tente de transposer ces résultats à un patient recevant un médicament avec propriétés anti-cholinergiques, on peut s'interroger sur les conséquences cliniques qui en résulteraient. Un médicament ayant une affinité élevée pour le récepteur muscarinique et ne passant pas la barrière hématoencéphalique provoquerait-il moins d'effets indésirables qu'un autre médicament démontrant une faible affinité pour ces mêmes récepteurs, mais qui pénètre la barrière hématoencéphalique ? Il faudrait également se questionner sur le degré de perméabilité de la barrière hématoencéphalique avec l'âge.

Ces réflexions ont amené Caranhan et collaborateurs (11) à développer une « échelle de médicaments anti-cholinergiques » (Anticholinergic Drug Scale) pour évaluer la charge anti-cholinergique des médicaments. À partir de l'échelle modifiée anti-cholinergique évaluée par le clinicien et le niveau de SAA, les auteurs ont déterminé un potentiel anti-cholinergique pour différents médicaments. Ce potentiel anti-cholinergique est divisé en quatre niveaux :

- le niveau 0 (aucune propriété anti-cholinergique connue)
- le niveau 1 (potentiel anti-cholinergique démontré in vitro)
- le niveau 2 (effet anti-cholinergique observé habituellement à dose élevée)
- le niveau 3 (potentiel anti-cholinergique élevé).

Une liste de médicaments a été publiée en tenant compte du potentiel anti-cholinergique (11).

Rudolph et collaborateurs (12) ont établi une échelle de risque anti-cholinergique (Anti-cholinergic Risk Scale) à partir des potentiels anti-cholinergiques déterminés pour différents médicaments. Sur une échelle de 1 à 3 points, on détermine le risque anti-cholinergique de différents médicaments: 1 point : risque faible; 2 points : risque modéré; 3 points : risque élevé. Le fardeau anti-cholinergique pour un patient représente la somme du score obtenu pour les médicaments ayant des propriétés anti-cholinergiques. Les auteurs ont démontré que la présence d'un score élevé est associée à un risque élevé d'effets anti-cholinergiques chez des patients âgés (12). Du point de vue clinique, cette échelle pourrait s'avérer intéressante. Cependant, la liste répertoriant les produits avec potentiel anti-cholinergique (7) n'est pas exhaustive et beaucoup de médicaments utilisés en gériatrie n'y sont pas inclus (5). Il s'agit d'un facteur limitant lorsqu'on veut effectuer une évaluation complète de la médication d'un patient. Cette échelle n'apporte toutefois pas de réponse quant à l'effet clinique de cette charge anti-cholinergique. De plus, cette échelle ne prend pas en considération les conséquences d'interactions médicamenteuses et des grands principes gériatriques (8). Cependant, le clinicien doit juger de la pertinence clinique du résultat obtenu et offrir une solution et un suivi au patient (15).

Comme le démontrent les résultats de ces différentes échelles, il est important de se rappeler que les effets indésirables des agents anti-cholinergiques sont rarement le résultat d'un seul médicament. Les études démontrent en effet que les patients reçoivent souvent plus qu'un seul médicament ayant des propriétés anti-cholinergiques. De surcroît, la présence d'interactions pharmacocinétiques et pharmacodynamiques entre les différentes molécules peut engendrer une accumulation de molécules-mères ainsi que de leurs métabolites, ce qui entraîne la potentialisation des effets anti-cholinergiques. Il importe donc de mettre en perspective la charge anti-cholinergique que reçoit un patient et les effets indésirables qu'il présente.

Bien que les échelles anti-cholinergiques représentent des outils de travail intéressants (9, 10) pour évaluer la charge anti-cholinergique d'un patient, elles ne doivent pas se substituer au jugement clinique. En gériatrie, on doit faire appel au concept de médicaments appropriés (15). On doit effectuer une évaluation globale du patient, tout en tenant compte des considérations gériatriques (4).

Un travail récent intéressant a mis en évidence les pratiques de prescription médicamenteuse des généralistes et des spécialistes chez les patients âgés au Grand-Duché de Luxembourg (14). D'un côté, il faut constater que parmi les médicaments les plus prescrits chez les personnes âgées, les benzodiazépines restent toujours en tête. Ainsi sur le ranking des médicaments les plus prescrits par les généralistes au Luxembourg retrouve-t-on en deuxième position le Lorazepam (Temesta®), en sixième position le Zolpidem (Stilnoct®) et en quinzième le Lormetazepam (Loramed®). De l'autre côté, la confrontation des habitudes

de prescription au Luxembourg avec la littérature internationale en la matière devrait inciter tous les médecins à réfléchir d'avantage avant de prescrire chez la personne âgée. Car les chiffres montrent qu'en 2010 au Grand -Duché de Luxembourg, des médicaments à potentiel anti-cholinergique élevé continuent à être fréquemment utilisés en gériatrie tels Amitriptyline (Redomex°), Clozapine (Leponex°), Imipramin (Anafranil°) et Olanzapine (Zyprexa°).

Des outils pour la surveillance de l'adéquation gériatrique préventive telle la méthode STOPP/START (3) nous paraissent très prometteurs et facilement intégrables dans la pratique hospitalière.

En dehors des médicaments psychotropes à effet anti-cholinergique, d'autres médicaments, utilisés notamment en urologie dans le traitement de la vessie instable voire l'hyperactivité de vessie tels les antispasmodiques, sont discutés de façon très controversée quant à leurs répercussions anti-cholinergique systémiques (6). Mais même si l'utilisation de tels médicaments chez la personne âgée est accompagnée des précautions adaptées (c'est-à-dire l'introduction à dose très progressive et la surveillance de l'absence d'apparition d'un résidu post-mictionnel), la tolérance est nettement moins bonne que chez le patient plus jeune : la sécheresse de bouche et la constipation paraissent alors « banales » comparées aux incidences sur l'état cognitif. Les anti-cholinergiques tels que la Toltérodine (Detrusitol°) considérés comme non lipophiles, semblent mieux tolérés que les lipophiles, tels l'Oxybutynine (Ditropan° et Kentera°). En effet les anti-cholinergiques non lipophiles ne seraient pas contre-indiqués en cas de détérioration intellectuelle débutante chez des patients présentant une hyperactivité de vessie. Néanmoins trop peu d'études ont été faites chez la « vraie personne âgée » et des évaluations plus précises restent à faire (10). Les contre-indications et précautions d'emploi de la Desmopressine (Minirun°) dans la prise en charge de la nycturie de la personne âgée devraient être scrupuleusement respectées, mais sont souvent ignorées.

Ces agents anti-cholinergiques puissants agissent évidemment au niveau du système nerveux central en réduisant les effets de l'acétylcholine, le neurotransmetteur impliqué dans la mémoire, l'activité musculaire ou encore les fonctions végétatives. Une consommation régulière et prolongée, voire simultanée de ces médicaments risque d'entraîner un déclin cognitif incluant des troubles de l'équilibre, de la vision, de la mémoire, une faiblesse musculaire ou encore un discours incohérent. Les molécules anti-cholinergiques favoriseraient ainsi le taux de chutes des personnes âgées, entraînant une progression de la mortalité (2).

Pour conclure, la citation du Figaro Magazine de juillet 2011 nous paraît très pertinente comme la personne âgée elle-même devra être impliquée en premier lieu dans ce

changement des habitudes de prescription : "À chaque fois que cela est possible, il faut prescrire un autre médicament", explique le professeur Jean-Louis Montastruc, chef du service de pharmacologie du CHU de Toulouse. Mais cela reste complexe : "En gériatrie, nous connaissons tous ces produits. Le problème, c'est que si certains sont très clairement identifiés comme ayant un effet anti-cholinergique (comme les antidépresseurs de première génération, ou d'autres produits régulièrement prescrits en urologie pour incontinence), d'autres avancent un peu plus masqués", assure le docteur Olivier de Ladoucette, psychiatre et gériatre à la Pitié-Salpêtrière, à Paris. Le réexamen de la dangerosité d'une centaine de molécules est donc en cours auprès de l'Agence du médicament en France et devrait s'achever à la fin de cette année (6).

## Références

1. Kragh A., Elmståhl S., Atroshi I. Older adults' medication use 6 months before and after hip fracture: a population-based cohort study. *J Am Geriatr Soc.* 2011 May;59(5):863-8
2. Wilson NM, Hilmer SN, March LM, Cameron ID, Lord SR, Seibel MJ, Mason RS, Chen JS, Cumming RG, Sambrook PN. Associations between drug burden index and falls in older people in residential aged care. *J Am Geriatr Soc.* 2011 May;59(5):875-80
3. Gallagher PF, O'Connor MN, O'Mahony D. Prevention of potentially inappropriate prescribing for elderly patients: a randomized controlled trial using STOPP/START criteria. *Clin Pharmacol Ther.* 2011 Jun;89(6):845-54
4. Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato E. Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs Aging.* 2011 Jul 1;28(7):509-19
5. Gutiérrez Rodríguez J, López Gaona V. Usefulness of a geriatric intervention program in the improvement of drug treatment for institutionalized patients. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010 Sep-Oct;45(5):278-80
6. Chavant F, Favrelière S, Lafay-Chebassier C, Plazanet C, Pérault-Pochat M. Memory disorders associated with drugs consumption: updating through a case/non-case study in the French Pharmacovigilance Database. *Br J Clin Pharmacol.* 2011 May 10; 10.1111/j. 1365-2125.2011.04009

7. Fick, D.M., et al. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: Results of a US Consensus Panel of Experts. 10.1001/archinte.163.22.2716. Arch Intern Med, 2003. 163(22): p. 2716-2724
8. Mallet, L., A. Spinewine, and A. Huang. The challenge of managing drug interactions in elderly people. The Lancet, 2007. 370(9582): p. 185 – 19
9. Steinman, M.A., et al. Polypharmacy and Prescribing Quality in Older People. Journal of the American Geriatrics Society, 2006. 54(10): p. 1516 – 1523
10. Laroche, M.-L., et al. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées: intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française, La Revue de Médecine Interne, 2009. 30(7): p. 592 – 601
11. Carnahan RM, Lund BC, Perry PJ, Bollock BG, Culp KR, The anticholinergic drug scale as a measure of drug-related anticholinergic burden: associations with serum anticholinergic activity, J Clin Pharmacol 2006; 46:1481-6
12. Rudolph JL, Salow MJ, Angelini MC, McGlinchey RE, The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons, Arch Intern Med 2008; 168:508-13
13. Boily MJ, Mallet L. Comment évaluer la charge anticholinergique? Pharmactuel 2008, Vol. 41 supplément 1, 32-36
14. Anne-Marie Feltz, Paul Koch. Polymédication bei älteren Patienten im Großherzogtum Luxemburg, Abschlussarbeit, formation spécifique en médecine générale, Université du Luxembourg, Juni 2011
15. Egger SS, Bachmann A, Hubmann N, Schlienger RG, Krähenbühl S. Prevalence of potentially inappropriate medication use in elderly patients: Comparison between general medical and geriatric wards. Drugs Aging 2006; 23: 823-37
16. Mulsant BH, Pollock BG, Kirshner M, Shen C, Dodge H, Ganguli M. Serum anticholinergic activity in a community-based sample of older adults: relationship with cognitive performance. Arch Gen Psychiatry 2003;60:198-203
17. Tune L, Carr S, Cooper T, Klung B, Golinger RC. Association of anticholinergic activity of prescribed medications with post-operative delirium. J, Neuropsychiatry Clin Neurosci 1993;5:208-10

# Comment améliorer la prescription médicamenteuse pour les personnes vieillissantes ou âgées ?

Jean-Pierre MICHEL\*, Pierre Olivier LANG\* et Nicole VOGT-FERRIER\* \*\*

\*Service de gériatrie et \*\* Service de Pharmacologie clinique

Faculté de médecine et Hôpitaux Universitaires de Genève (Suisse)

L'une des grandes difficultés de la médecine gériatrique est la prescription médicamenteuse. Celle-ci est dite « appropriée » si elle tient compte des éléments suivants a) justification scientifique de la prescription dans l'indication précise de son emploi, b) absence d'omission de prescriptions en présence d'une indication donnée c) tout en tenant compte des risques potentiels d'interaction entre les médicaments et les co-morbidités. La prescription médicamenteuse est rendue d'autant plus difficile dans la population vieillissante ou âgée a) que l'incidence de la poly-pathologie augmente avec le vieillissement et, b) que cette population est sous représentée dans les essais thérapeutiques conduisant souvent à des biais d'indication. La prescription médicamenteuse doit aussi prendre en considération les enjeux économiques en rapport avec maîtrise des dépenses de santé tout en ne négligeant pas les enjeux éthiques de la médecine de la dernière période de la vie. A ces enjeux se surajoute celui de l'automédication favorisée non seulement par le développement des ventes de médicaments sans ordonnance et/ou en libre accès sur internet. Le développement de chacun de ces points nécessiterait à lui seul de longues pages. Pourtant nous nous proposons de cibler dans ce court article les moyens simples d'assistance à l'amélioration de la prescription en pratique quotidienne gériatrique.

L'amélioration de la prescription médicamenteuse en gériatrie <sup>1</sup>dépend essentiellement de la réduction, autant que possible :

- de la polymédication définie comme la prescription de 5 médicaments ou plus
- des prescriptions médicamenteuses inappropriées, ceci incluant l'omission de prescription

## I - Comment réduire la polymédication en médecine gériatrique ?

Une étude faite récemment à Genève atteste que le nombre de diagnostics médicaux par malade hospitalisé en gériatrie varie de 1 à 13, avec un chiffre moyen de  $4.5 \pm 1,9$  et une médiane à 4 <sup>2</sup>. Cette polypathologie est certainement la principale origine de la polymédication puisque dans le même département de gériatrie, les malades admis prenaient entre 5 et 12 médicaments différents avec une médiane à 8 <sup>3</sup>. Dans un tel

contexte, Nicole Vogt-Ferrier affirme avec force que la polymédication dépend a) de notre manière d'analyser les problèmes médicaux, souvent multiples et intriqués et b) d'en considérer les solutions.

Il importe donc de changer de perspective et d'évaluer la qualité de la prescription en utilisant une stratégie simple et rigoureuse comportant 4 séries de questions <sup>1</sup>:

1. Est-ce que la prescription est adéquate ?
  - a. Chaque traitement a-t-il encore une indication ?
  - b. Est-ce que l'objectif thérapeutique est atteint ?
  - c. Y a-t-il nécessité à augmenter, changer voire simplifier le traitement ?
2. Quelle est la sécurité d'emploi des médicaments prescrits ?
  - a. Est-ce que des médicaments à marge thérapeutique étroite (tels que anticoagulants, hypoglycémifiants ou anti-arythmiques) sont utilisés ?
  - b. Existe-t-il des interactions médicamenteuses évidentes ?
  - c. Existe-t-il des « contre indications relatives », c'est-à-dire, des situations (chez un patient polymorbide) où le traitement habituel d'une pathologie pourrait aggraver une autre des affections dont souffre le patient. Reconnaître ces situations « de conflit de traitements » permet de relativiser l'importance à accorder à chaque maladie. On peut alors argumenter explicitement de donner la priorité à l'un des deux traitements. Cela diminue ainsi le malaise qu'on éprouve à ne pas traiter une affection qu'on a pourtant bien identifiée. Cela évite au patient des combinaisons de médicaments inappropriées (voir encadré avec 5 exemples pratiques).
  - d. Est-il nécessaire d'adapter la posologie pour l'effet thérapeutique attendu ou en raison d'une insuffisance rénale ou hépatique ?
  - e. Le traitement actuel porte-t-il atteinte à l'intégrité du malade ? (qu'en est-il de l'effet sur la mobilité, la cognition, l'alimentation, la continence sphinctérienne ?)
3. Quelle est la faisabilité du traitement ?
  - a. Est-ce que le malade suit son traitement de façon sérieuse et conforme aux prescriptions du médecin ? En d'autre terme, y a-t-il une bonne observance thérapeutique ?
  - b. Prend-il d'autres médicaments ou produits prescrits par d'autres confrères, recommandés par un membre de la famille ou achetés sur internet (attention aux produits contrefaits ou frelatés !)
4. Est-ce que ce traitement répond aux règles de bonne pratique ?
  - a. Le produit est-il autorisé à la vente dans votre pays ?
  - b. Y a-t-il des restrictions d'emploi de ce médicament et sont-elles respectées ?



Cette démarche de validation thérapeutique n'a de valeur que si le malade est conjointement impliqué dans la démarche de soins. Elle inclut des objectifs thérapeutiques partagés favorisant l'élaboration d'un plan de traitement répondant à l'acronyme « SMART » <sup>1</sup>:

- Le S correspond à sa SPECIFICITE : objectifs thérapeutiques réalistes basés sur des aspects concrets de la vie quotidienne.
- Le M est utilisé pour nous rappeler que les objectifs thérapeutiques doivent pouvoir être cliniquement MESURABLES (amélioration des chiffres de la pression artérielle, contrôle des symptômes) ou biologiquement (normalisation des anomalies telles qu'hyperglycémie ou hypercholestérolémie). Les répercussions de la maladie peuvent aussi être évaluées par des échelles qui testent les capacités du patient à effectuer les activités de la vie quotidienne (AVQ) ou qui dépistent la dépression ainsi que par des scores de performance cognitive.
- Le A indique que le traitement est APPLICABLE et que l'accord du patient pour participer activement aux soins a été acquis et que l'on peut s'attendre à une bonne adhésion thérapeutique.
- Le R signifie que l'objectif thérapeutique doit être REALISTE, qu'il est réalisable dans le contexte dans lequel on se trouve.
- Le T représente le TEMPS, afin de spécifier, si possible, la durée prévue du traitement dès son introduction et en tous les cas de reconsidérer régulièrement l'efficacité et la bonne tolérance du traitement.

Ces différentes approches complémentaires de la thérapeutique gériatrique peuvent aisément être appliquées au quotidien, pour le bien du malade dont la polymédication, si elle est nécessaire, est limitée à l'essentiel, contrôlée et régulièrement réévaluée.

## II - Comment réduire les prescriptions inappropriées ?

Les quelques études effectuées dans les pays scandinaves sur de larges cohortes de malades vivant dans la communauté démontrent que les prescriptions inappropriées concernent 17% des malades suédois <sup>4,5</sup> et 18,4% des malades norvégiens <sup>6</sup>.

Pourtant, il est bien connu que les effets secondaires des médicaments observés dans la pratique de ville semblent moins fréquents (ou moins bien identifiés) qu'au niveau des services d'urgence <sup>7</sup>. Ce fait a été bien démontré par des études prospectives et multicentriques françaises attestant que a) les personnes âgées de plus de 70 ans à l'hôpital public sont significativement plus souvent admis en urgence pour effets indésirables des médicaments que les moins de 70 ans (17,1% contre 13,2%). Dans ces deux catégories d'âge,

ces hospitalisations en urgence pour effets secondaires auraient pu être évitées dans presque 1 cas sur 2 <sup>8</sup>. Les symptômes les plus souvent à l'origine de ces admissions sont des malaises et des troubles digestifs ou neurologiques divers. Les médicaments les plus souvent responsables de ces symptômes sont les psychotropes et anxiolytiques, les diurétiques, les anticoagulants et les antalgiques (surtout les anti-inflammatoires non stéroïdiens) <sup>9</sup>. Dans une grande étude épidémiologique multicentrique faite aux Etats-Unis, les investigateurs ont démontré que trois médicaments (la warfarine, l'insuline et la digoxine), étaient à l'origine d'un tiers des incidents conduisant les adultes âgés à consulter les urgences pour effets indésirables médicamenteux<sup>10 11</sup>

Eviter les prescriptions inappropriées est un véritable défi. Cela paraît pourtant possible en a) limitant le nombre de prescripteurs, b) en informatisant la prescription médicamenteuse, c) en utilisant l'informatique pour adapter la dose selon les fonctions d'émonctoires, d) en impliquant les pharmaciens dans le contrôle et la compatibilité des prescriptions et d) aussi en formant les médecins et soignants à la meilleure compréhension des problèmes pharmacologiques et thérapeutiques. L'utilisation en pratique d'échelles de validation des prescriptions (telle que décrite plus haut) ou d'outils plus sophistiqués seraient également des mesures valables et utiles. Parmi ces échelles et outils, la liste de Beers<sup>12</sup> est souvent utilisée comme une référence. Construite à partir d'études faites dans les années 80 dans des maisons de retraite américaines, cette liste n'apparaît plus réellement adaptée à la pharmacopée européenne<sup>13</sup> ni même à la prescription aux Etats-Unis <sup>11</sup>. Actuellement, les sociétés européennes de gériatrie se sont tournées vers l'utilisation des critères « STOPP-START » <sup>14</sup> dont la traduction française de la première version a été récemment publiée <sup>3</sup>. Cet outil basé sur une classification par systèmes d'organes a été validé par plusieurs études multicentriques. Il favorise à la fois la reconnaissance des prescriptions inappropriées, mais aussi des omissions thérapeutiques. Son application est rapide (moins de 2 minutes par malade) pour les soignants expérimentés ou non et sa concordance est bonne entre évaluateurs de formations professionnelles différentes<sup>3</sup>.

Ainsi est-il nécessaire de recadrer la représentation souvent inexacte de l'efficacité et du rapport bénéfice/risque de nombreux traitements courants chez des malades âgés dont les ressources physiologiques, fonctionnelles, socio-éducatives et culturelles sont très variées, mais aussi fort spécifiques à chacun. L'utilisation en pratique quotidienne gériatrique des outils présentés ci-dessus (fiche de validation de la prescription médicamenteuse et/ou Stopp and Start) apparaît indispensable pour améliorer l'utilisation des médicaments à disposition pour le bien du malade, la réduction des effets secondaires, tout en étant une réponse parfaitement correcte au rationnement des soins qui touche de nombreux pays européens

Exemples concernant le point 1, 2, b sur les « contre-indications relatives » :

1/ Patient avec maladie du sinus (bradycardie) et démence débutante. L'introduction d'un anticholinestérasique (donépézil) risque d'aggraver le trouble de la conduction.

2/ Maladie de Parkinson et agitation nocturne. L'introduction d'un neuroleptique peut accentuer le syndrome extrapyramidal. Idem en cas de dépression chez un patient Parkinsonien ; l'introduction d'un antidépresseur SSRI peut aggraver la maladie de Parkinson.

3/ Patient âgé algique en postopératoire, qui mange très peu et qui développe une malnutrition, puis un état fébrile et une infection. La prescription de paracétamol contre la douleur et la fièvre et d'antibiotiques cause des nausées et des vomissements, accentue l'inappétence et aggrave la malnutrition.

1.1.1 4/ Ileus mécanique sur cancer multi-métastatique digestif traité par octréotide et corticoïdes. Le patient paraît triste et on lui prescrit un SSRI. L'octréotide est connu pour abaisser les taux de sérotonine (notamment lors de tumeurs carcinoïdes) et la prescription concomitante d'un SSRI, qui augmente les taux de sérotonine, ne paraît pas très logique, d'autant plus que les sérotoninergiques sont connus pour causer des troubles gastro-intestinaux.

5/ Patiente avec douleurs neuropathiques et glaucome à angle fermé. On évitera de lui prescrire un antidépresseur tricyclique, dont l'efficacité est pourtant reconnue en cas de douleur neurogène, en raison du risque de décompensation de son glaucome avec l'effet anticholinergique du tricyclique.

## References

1. Vogt-Ferrier N. Older patients, multiple co-morbidities, Polymedication... Should we treat everything? European Geriatric Medicine 2011;2:48-51.
2. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. Rejuvenation Res 2008;11:829-36.
3. Lang PO, Hasso Y, Belmin J, et al. [STOPP-START: adaptation of a French language screening tool for detecting inappropriate prescriptions in older people]. Can J Public Health 2009;100:426-31.
4. Johnell K, Fastbom J, Rosen M, Leimanis A. Inappropriate drug use in the elderly: a nationwide register-based study. Ann Pharmacother 2007;41:1243-8.

5. Johnell K, Weitoft GR, Fastbom J. Sex differences in inappropriate drug use: a register-based study of over 600,000 older people. *Ann Pharmacother* 2009;43:1233-8.
6. Brekke M, Rekdal M, Straand J. Which population groups should be targeted for cardiovascular prevention? A modelling study based on the Norwegian Hordaland Health Study (HUSK). *Scand J Prim Health Care* 2007;25:105-11.
7. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998;279:1200-5.
8. Trinh-Duc A, Doucet J, Bannwarth B, et al. [Admissions of elderly to French emergency departments related to adverse drug events]. *Therapie* 2007;62:437-41.
9. Queneau P, Bannwarth B, Carpentier F, et al. [Adverse drug effects observed at French admissions departments and emergency services (Prospective study of the National Educational Association for Teaching Therapeutics and proposals for preventive measures)]. *Bull Acad Natl Med* 2003;187:647-66; discussion 66-70.
10. Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach KN, Mendelsohn AB, Schroeder TJ, Annest JL. National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events. *JAMA* 2006;296:1858-66.
11. Budnitz DS, Shehab N, Kegler SR, Richards CL. Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. *Ann Intern Med* 2007;147:755-65.
12. Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med* 1991;151:1825-32.
13. Gallagher PF, Barry PJ, Ryan C, Hartigan I, O'Mahony D. Inappropriate prescribing in an acutely ill population of elderly patients as determined by Beers' Criteria. *Age Ageing* 2008;37:96-101.
14. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;46:72-83.

# „Süchtig“ und abhängig, ohne es zu wissen!“

## Psychologische Überlegungen zum Gebrauch von Medikamenten, Genussmitteln und anderen Substanzen

Prof. Dr. Dieter Ferring  
Universität Luxemburg

Der vorliegende Beitrag wird sich dem Thema “Polymedikation” über die Frage annähern “Kann ich süchtig oder abhängig sein, ohne es zu wissen?”. Dabei wird keine geriatrische Perspektive eingenommen, sondern vor allem auf den *alltäglichen Gebrauch* und Missbrauch von Substanzen eingegangen. Es wird also darum gehen, die psychologischen und sozialen Prozesse zu beleuchten, die dem Konsum einer Vielzahl von Substanzen zugrunde liegen und die den Weg für eine Polymedikation bereiten können.

### ***Süchtig oder abhängig, ohne es zu wissen?***

Eine erste Antwort auf diese Frage hängt von der Definition dessen ab, was wir unter “Abhängigkeit” verstehen. Die *Internationale Klassifikation von Erkrankungen* spricht hier von einem *Abhängigkeitssyndrom*, das mehrere Verhaltens- und Erlebensweisen bündelt. Menschen, die unter einem Abhängigkeitssyndrom leiden, haben ein starkes Verlangen danach, eine oder mehrere Substanzen einzunehmen. Sie haben Schwierigkeiten, die Einnahme der Substanz zu kontrollieren, und benötigen immer mehr davon, damit eine erwünschte Wirkung eintritt. Wird die Substanz abgesetzt, treten Entzugserscheinungen auf, die sich in physischen und psychischen Symptomen äußern (z.B. Reizbarkeit, Übelkeit). Abhängige Menschen vernachlässigen auch andere wichtige Bereiche ihres Lebens wie Familie und Arbeit – die Substanz oder Droge wird damit zum Mittelpunkt des Lebens. Ein letztes Kennzeichen ist darin zu sehen, dass die abhängig machenden Substanzen - trotz des Wissens um ihre Folgen - weiter eingenommen werden.

### ***Was sind abhängigkeitsmachende Substanzen?***

Als erstes sind hier Genussdrogen wie Alkohol und Nikotin zu nennen. Beide Substanzen sind trotz aller Prävention nach wie vor sehr verbreitet und beide können – vor allem im Falle des Alkohols - zu dem Abhängigkeitssyndrom führen. Weitere Genussdrogen sind Koffein und Teein wie auch Zucker in seinen vielfältigen Erscheinungsformen. Es handelt sich hierbei nicht zuletzt auch um legale Drogen, die jeder zu sich nehmen kann. Für alle diese Drogen gilt der Satz “*dosis facit venenum*”, der Paracelsus und seiner Heilkunde zugeschrieben wird, und der besagt, dass die Menge einer Substanz das Gift und damit das Schädliche ausmacht. Im Rahmen der Heilkunde entscheiden der Mediziner und der Apotheker über die Dosierung; mit Blick auf Genussdrogen ist dies jedoch nicht der Fall, sondern hier trifft jeder Einzelne seine Entscheidungen darüber, wieviel sie oder er konsumiert.

Problematisch ist, dass bei allen diesen Substanzen bereits nach einigem Konsum und je nach individueller Veranlagung eine Gewöhnung eintritt, und die erwünschten Effekte nur durch eine Steigerung der Dosierung zu erreichen sind. Bevor auf die erwünschten Effekte eingegangen wird, sollen vorher noch andere abhängig machende Substanzen angesprochen werden. Die Internationale Klassifikation von Erkrankungen unterscheidet des weiteren Abhängigkeiten durch Opioide, Cannabis, Halluzinogene und flüssige Lösungsmöglichkeiten und diese Substanzen sind vor allem in illegalen Drogen wie Heroin, Marihuana oder Pilzen enthalten. Des Weiteren wird die Abhängigkeit von Sedativa oder Hypnotika unterschieden, und hier sind vor allem Schlaf- und Beruhigungsmittel, aber auch Schmerzmittel zu nennen, die in unterschiedlichen Kontexten indiziert sein können. Als letzte Kategorie der Abhängigkeit sei hier die Polytoxikomanie genannt, bei der eine Person mehrere abhängig machende Substanzen zu sich nimmt.

### ***Zum positiven Effekt von Medikamenten und anderen Substanzen***

Alle die hier genannten Substanzen haben einen direkten Effekt auf das Erleben von Menschen. Wer unruhig ist, wird ruhiger. Wer nicht schlafen kann, schläft. Schmerz wird gelindert! Aber auch gegenteilige Effekte sind möglich: Müdigkeit lässt sich abbauen und ich fühle mich fit. Neben diesen Effekten sind bei psychotropen Substanzen noch viel gravierende und weitreichende Effekte – wie Veränderungen der Wahrnehmung bis hin zu Halluzinationen – möglich.

Alle Substanzen haben einen direkten und in den meisten Fällen einen als sehr **positiv** empfundenen Effekt auf unser Erleben. Die Zigarette hilft bei der Entspannung, ebenso wie das Glas Wein. Die Tablette nimmt mir den stechenden Kopfschmerz, der Kaffee putscht mich auf. Das Erleben einer positiven Konsequenz wird in der Lernpsychologie als *Verstärkung* bezeichnet und der Wert einer Verstärkung hängt davon ab, wie stark der jeweilige Effekt auf unser Verhalten ist. Macht eine Person die Erfahrung, dass das Glas Wein am Abend unmittelbar zur Entspannung nach einem anstrengendem Tag beiträgt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Person ein solches "Lösungsmittel" bald wieder anwenden wird. Neben der positiven gibt es nun auch eine negative Verstärkung und diese besagt, dass ein unangenehmer Zustand beendet wird. Dies liegt z.B. dann vor, wenn eine Tablette das Schmerzempfinden lindert oder beendet – auch dies ist letztendlich ein positiver Effekt, der die Wahrscheinlichkeit erhöht, zu einem solchen Mittel zu greifen.

Gerade wenn es um Medikamente geht, um einmal diesen sehr allgemeinen Begriff zu benutzen, ist das Moment der Verstärkung zentral und Menschen lernen sehr schnell, ein Medikament wegen seiner positiven Effekte anzuwenden. Medikamente haben aber noch einen weiteren und - wenn man so will – motivierenden Effekt. Medikamente werden ja in den meisten Fällen von Fachleuten verschrieben, die darauf hinweisen, dass nur die regelmäßige Einnahme zu dem gewünschten Behandlungsziel führen wird.

Gegenüber Genussdrogen oder gar illegalen Substanzen braucht sich der Benutzer also keine Gedanken darüber zu machen, ob sie oder er das Medikament wirklich braucht. Nehmen wir den Fall von Bluthochdruckmedikation – in den meisten Fällen wird der behandelnde Arzt wohl darauf hinweisen, dass ein Kilo weniger an Körpergewicht dazu beitragen wird, den Hochdruck zu senken. In vielen Fällen werden sich Patienten aber auf die Medikamente verlassen – das Medikament entbindet sozusagen davon, selbst aktiv zu werden und den oftmals beschwerlicheren Weg zu gehen, seine Lebensführung nachhaltig zu verändern. Zudem hat der Arzt - als Gesundheitsexperte – es ja verschrieben.

### ***Polymedikation als Regelfall***

Einschlägige Statistiken in nahezu jedem europäischen Land weisen aus, dass die Anzahl von Medikamenten, die der Einzelne zu sich nimmt, mit dem Alter ansteigt. Bereits ab dem Alter von 30 Jahren steigt die Wahrscheinlichkeit von funktionalen und physischen Beeinträchtigungen, die eine spezifische Medikation erfordern können. Nicht zuletzt ist dies auch auf eine Zunahme einzelner Riskofaktoren zurückzuführen; prominente Faktoren sind dabei Übergewicht, zu viel Alkohol und zu wenig Bewegung. Der Bedarf an Medikation wird natürlich umso prononzierter je mehr Beeinträchtigungen vorliegen und irgendwann wird dann bei chronischen Störungen (z.B. entzündlich-rheumatische und andere Stoffwechselerkrankungen, Atemwegserkrankungen,) auch *Dauermedikationen* verordnet. Diese können sich dann aufsummieren, bis das individuelle Profil mehrere Medikamente mit unterschiedlichen Wirksubstanzen umfasst. Kombinationen aus entzündungshemmenden und schmerzstillenden Mitteln, mit Beruhigungsmitteln, Antikoagulantien, Blutdruck-regulierenden Medikamenten und noch weiteren Substanzen sind daher keine Seltenheit, wie dies auch die Studie von Nellinger zeigt.

Nimmt man neben diesen Medikamenten noch weitere Substanzen zu sich, wie z.B. Alkohol, Nikotin, Koffein, so wird der Organismus und Stoffwechsel einer Vielzahl von Stimulantien ausgesetzt, die oftmals auch kontraindiziert sind. Vor allem der letzte Punkt verdient Beachtung und wird in der Literatur als *“medication errors”* geführt. Medikamente können demnach *“fehlerhaft”* verschrieben werden, da die Diagnose der zugrunde liegenden Störung inkorrekt ist, oder der Wirkstoff durch andere bereits verschriebene Substanzen unwirksam gemacht wird und/oder unerwünschte Nebenwirkungen haben kann.

Geht man nun davon aus, dass manche ältere Menschen bereits seit mehreren Dekaden entsprechende Medikamente zu sich nehmen, wird klar, dass hier massive Abhängigkeiten vorliegen, ohne dass dies der Person wirklich bewusst ist - *“Er oder sie ist abhängig, ohne es zu wissen!”*

## ***Was ist zu tun? – Zwei wichtige Aspekte***

### ***Kontrolle und Information sind wichtig***

Die erwünschten Effekte und noch mehr die unerwünschten Nebeneffekte der Medikation sind von ärztlicher Seite her regelmäßig zu kontrollieren. Patienten gewöhnen sich an die Substanz, was dann als Toleranz beschrieben wird, und erwünschte Effekte können so nicht mehr auftreten. Nur bei regelmäßiger Kontrolle kann auch darüber entschieden werden, ob ein Medikament abgesetzt werden kann oder nicht.

Jeder Mediziner wird bemüht sein und ist nicht zuletzt auch dazu verpflichtet, ein verordnetes Medikament mit anderen bereits vorliegenden Medikationen abzustimmen. Hierzu muss allerdings die entsprechende Information vorliegen und zur Verfügung gestellt werden. Ist dies nicht der Fall, kann ein Patient von mehreren Ärzten Verschreibungen erhalten, ohne dass diese davon wissen, was entsprechende Konsequenzen für den Patienten haben wird. Information über die Medikation und Vernetzung sind zentral, um Fehlmedikationen und Polymedikation zu verhindern.

### ***Selbstverantwortlichkeit***

Es wird mit Sicherheit nicht ausreichen, den Arzt als hauptverantwortlich zu kennzeichnen, da jeder Einzelne auch Verantwortung für sich selbst übernehmen sollte. Dazu gehört, dass ich den Arzt über alle Medikationen und weiteren Arztkontakte informiere. Noch wichtiger ist es, die eigene Lebensführung und das Gesundheitsverhalten zu reflektieren. Wir wissen alle recht gut, welche Risikofaktoren es zu vermeiden und welches Verhalten es zu fördern gilt, wenn es um gesundes Leben gehen soll. Hierzu gehört vor allem auch der Umgang mit Genussdrogen wie Alkohol und Nikotin, die beide zentrale Risikofaktoren für eine Vielzahl von Zivilisationskrankheiten darstellen. Auch der Konsum von Medikamenten sollte kritisch reflektiert und Alternativen hierzu mit dem Arzt zusammen geprüft werden. Mit gesundheitsbewussten Verhalten kann nicht früh genug begonnen werden, und nur so lassen sich Abhängigkeiten mit Blick auf Genussdrogen wie auch ärztlich verschriebene Substanzen nachhaltig verhindern. Nur so lässt sich schließlich auch das Risiko verringern, im Alter abhängig zu sein, ohne es zu wissen.



# Hinter jeder Behandlung steckt eine Sehnsucht

## Von der Selbstmedikation zur Polymedikation

Simon Groß

Dipl.-Psychologe

RBS – Center für Altersfragen

*Willkürlicher Konsum nicht-verschreibungspflichtiger Medikamente und anderer Substanzen kann eine wesentliche Ursache für Polymedikation im Alter sein. Diese meist verborgene Selbstmedikation älterer Menschen umfasst ein lebenslang gelerntes Verhaltensmuster im Umgang mit Medikamenten, Naturheil- und Genussmitteln.*

### 1 Selbstmedikation – die unbekannte Größe



Vor 25 Jahren wurde ich das erste Mal auf das Phänomen der „Selbstmedikation“ aufmerksam. Als junger Erwachsener arbeitete ich damals in einer Jugendbildungsstätte in Nord-Rhein-Westfalen. Dort hatte ich regelmäßig mit einer fast 60 jährigen Gebäudereinigerin zu tun, die mir von Anfang an durch ihre stoisch gute Laune auffiel. Irgendwann fragte ich sie, ob es ein Geheimnis ihrer konstant positiven Stimmung gäbe. Völlig überrascht erhielt ich damals die Antwort: „Das ist doch gar kein Problem, morgens eine Spalt-Tablette und ein Bier dazu, da gehst du wie auf Wolken.“

Allgemein wird unter dem Begriff Selbstmedikation die Eigenbehandlung mit Arzneimitteln bezeichnet. Menschen in jedem Alter behandeln sich mit verschreibungsfreien Medikamenten („Over The Counter“), die sie in der Apotheke und dem Drogeriemarkt erwerben oder von Angehörigen und Freunden im „Bedarfsfall“ angeboten bekommen. Doch auch bei verschreibungspflichtigen Medikamenten kommt es häufig zu einer Eigenbehandlung. Entweder werden diese nicht entsprechend der ärztlichen Verordnung konsumiert oder ein Restbestand an Medikamenten wird aus einem anderen Anlass eingenommen werden. Darüber hinaus konsumieren und kombinieren Menschen oftmals ohne ärztliche Kontrolle Naturheil- und Genussmittel und sogar Drogen, die sie zum Teil

selbst herstellen (1). Auch die Einnahme dieser Stoffe lässt sich als Selbstmedikation betrachten, da deren chemische Substanz häufig den Inhaltsstoffen von Medikamenten entspricht oder verwandt ist.

Die Befundlage zu den verschiedenen Formen der Selbstmedikation ist leider sehr dürftig. Zwar lässt sich ohne weiteres feststellen, wie hoch die Anzahl von verschreibungsfreien Medikamenten ist, doch über das tatsächliche Konsumverhalten sagen diese Zahlen relativ wenig aus. Noch schwieriger ist es, die Selbstmedikation nach Altersgruppen aufzuteilen. Einige Studien aus anderen Ländern verweisen darauf, dass bis zu 75 % der älteren Versuchsteilnehmer unterschiedlichste Alltagsbeschwerden mit Medikamenten wie z.B. Aspirin, Paracetamol, Co-Codamol oder Codeine selbst behandeln (2). Meistens wird erst bei einem Aufenthalt in stationären Strukturen sichtbar, welche spezifische Formen der „Selbstmedikation“ ältere Menschen im Laufe ihres Lebens entwickelt haben. So fiel zum Beispiel vor einigen Jahren eine 80jährige Frau in einer deutschen Klinik durch Schwindanfälle, Nervosität und weitere unerklärliche Symptome auf. Niemand konnte diese Phänomene erklären, bis eine Krankenschwester auf die Idee kam, ihren üblichen Kaffeekonsum zu erfragen. Tatsächlich hatte die Frau bei einem regelmäßigen Konsum von 1 kg Kaffee pro Woche im Krankenhaus schlicht und einfach „Entzugserscheinungen“.

Viele zur Selbstmedikation verwendeten Stoffe werden in ihrer Wirkung im allgemeinen Bewusstsein bagatellisiert, insbesondere wenn es sich dabei um verschreibungsfreie Medikamente, Naturheil- und Genussmittel handelt. Eine daraus resultierende Polymedikation lässt sich ohne die bereitwillige Auskunft der Konsumenten auch von erfahrenen Medizinern nur schwer feststellen.

## 2 Selbstmedikation – die Lebensqualität und das Wohlbefinden verbessern

Vor der Selbstmedikation steht eine „Selbstdiagnose“. Gerade ältere Menschen nehmen Veränderungen ihres Wohlbefindens und körperliche Symptome sehr unterschiedlich wahr. Häufig wird lange vor und auch nach dem Gang zum Arzt auf der Basis von Halbwissen und

---

<sup>1</sup> Aktuell fiel eine 62jährige Frau im benachbarten Trier auf, die in ihrer Wohnung 100 Cannabispflanzen stehen hatte und diese lt. eigenen Angaben für ihre „Schmerztherapie“ benötigte. Eine Ausnahmegenehmigung konnte sie allerdings nicht vorweisen.

<sup>2</sup> Vgl. ausführlicher zu OTC:

Francis, S.-A., Barnett, N., & Denham, M. (2005). Switching of Prescription Drugs to Over-the-Counter Status: Is it a Good Thing for the Elderly? *Drugs & Aging*, 22(5), 361-370.

Wazaify, M., Shields, E., Hughes, C. M., & McElnay, J. C. (2005). Societal Perspectives on Over-the-Counter (OTC) Medicines. *Family Practice*, 22, 170-176.

Mythen von den Betroffenen selbst oder ihren Angehörigen „herumgedoktert“. Ein typisches Beispiel dafür ist die jahrelange Behauptung einer 90jährigen Frau, sie hätte ein „Schüttelherz“ und müsste deswegen regelmäßig einen Waschlappen auf die Haut gelegt bekommen.

Gerade chronische oder nicht eindeutig erkenn- und benennbare Erkrankungen können in jedem Alter zu erstaunlichen subjektiven Krankheitstheorien und daraus abgeleiteten Selbst - „Behandlungen“ der Betroffenen führen. So wird von Arnold Schwarzenegger berichtet, dass er früher seinen Trainingsfreund Franco Colombo bei grippalen Infekten konstant zum überhöhten Konsum von „Eiweißdrinks“ gedrängt haben soll.

Nicht die eindeutigen akuten Erkrankungen fördern Tendenzen zur Selbstbehandlung und -medikation. Bei einem Beinbruch kommen nur wenige Menschen auf die Idee, sich selbst zu behandeln. In diesem Fall besteht beim Betroffenen in der Regel die Gewissheit, dass der Arzt eine klar definierte Behandlung vornehmen und zur Heilung beitragen kann. Kommt es allerdings bei eher diffusen Krankheitsbildern zu Vertrauensverlust gegenüber dem Arzt und seinen Behandlungsmethoden, lässt sich Selbstmedikation eher als eine Reaktion aus Enttäuschung oder Frustration betrachten. Getreu dem Motto, „jetzt helfe ich mir selbst“, werden Informationen zu alternativen Behandlungsmethoden über Bücher, Bekannte oder das Internet eingeholt. Dort werden erstaunlich viele und unterschiedlich fundierte diagnostische Informationen und Selbstbehandlungstipps ausgetauscht. Selbstmedikation bringt vor diesem Hintergrund auch das persönlichkeitsbedingte Bedürfnis nach Selbstkontrolle und –wirksamkeit (3) im Genesungsprozess deutlich zum Ausdruck.

Doch die Hauptursache für Selbstmedikation oder einem übertrieben häufigen Gang zum Arzt scheint vor allem in der Beeinträchtigung der wichtigsten Variable für Lebensqualität zu liegen: Die Fähigkeit, alltägliche Dinge unbeschwert erledigen zu können (4). Einschränkungen wie etwa Schlafstörungen, Schmerzen, Verdauungsprobleme, Ängste oder Verspannungen bewegen einen Teil der älteren Menschen sehr häufig dazu, sich mit „Hausmitteln“ und verschreibungsfreien Medikamenten zu „kurieren“. Der andere Teil sucht häufig einen Arzt auf und drängt auf eine „schnelle“ pharmazeutische Lösung, obwohl diese Beeinträchtigungen oft auch eine Folge psychischer Probleme oder altersbedingter Veränderungen sind. Grobe Schätzungen gehen davon aus, dass aktuell in Deutschland jeder zweite über 65-Jährige mindestens ein verschreibungspflichtiges Beruhigungs- oder Schlafmittel einnimmt (5). Inwieweit und warum diese mit verschreibungsfreien

---

<sup>3</sup> Vgl. Krampen, G. & Greve, W. (2008). Persönlichkeits- und Selbstkonzeptentwicklung über die Lebensspanne. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), Entwicklungspsychologie (6., vollständig überarbeitete Aufl., S. 652-686). Weinheim: Beltz.

<sup>4</sup> Vgl. Angermeyer, M.C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutsche Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.

<sup>5</sup> In Luxemburg fällt vor allem der hohe Gebrauch von Benzodiazepinen auf, vgl. hierzu : Dr. Jean-Marc Closs (2006), [http://www.lulu.com/items/volume\\_67/8132000/8132999/1/print/8132999.pdf](http://www.lulu.com/items/volume_67/8132000/8132999/1/print/8132999.pdf).

Medikamenten sowie Naturheil- und Genussmitteln (z.B. Johanniskraut, Alkohol, Kaffee) kombiniert werden, lässt sich nicht eindeutig erfassen und aufklären.

Die Ursachen für eine Selbstmedikation sowie der kombinierte Konsum verschiedener Substanzen hängen weniger von rationalen Erwägungen der Betroffenen als vielmehr von ihrer Hoffnung ab, durch eigenes Zutun das „gefühlte“ bzw. subjektive Wohlbefinden selbst deutlich verbessern zu können (6). Eine Polymedikation kann sich daher aus der naiven Annahme von (älteren) Menschen ergeben, wonach mehr Mittel auch mehr helfen und Naturheilmittel keine oder „unbedenkliche“ Medikamente sind.

### 3 Selbstmedikation – ein lebenslanger Lernprozess

Selbstmedikation ist keine Frage des Alters. Sie entspricht eher einer Einstellung zum Umgang mit Medikamenten und anderen Substanzen. Bereits im Kindesalter wird eine solche Einstellung angelegt. Wer daran gewöhnt ist, bei jeder kleineren Beeinträchtigung Medikamente einzunehmen oder vermeintliche Leistungssteigerungen durch bestimmte Substanzen erreichen zu können (z.B. Traubenzucker), der wird auch später „stofflichen“ Lösungen den Vorzug zu geben. So lernte ich im Laufe meiner sozialtherapeutischen Arbeit junge Erwachsene kennen, die ohne ihren selbst zusammengestellten Medikamentenkoffer gar nicht das Haus verließen. Ebenso können Menschen bereits sehr früh erlernen, dass Medikamente emotionale Stimmungen „aufhellen“ oder angenehme Rauschzustände auslösen können. So war ich sehr erschrocken, als mir vor Jahren ein Klient offenbarte, dass er gerade in Ettelbrück am Bahnhof einen Streifen des Medikaments Lexotan (7) günstig erstanden hatte. Noch erschrockener war ich, als der junge Mann am nächsten Tag mit Schaum vor dem Mund vor mir stand, nachdem er zu den Tabletten noch Alkohol getrunken hatte.

Umgekehrt lernen Menschen bereits sehr früh, verschreibungsfreie und -pflichtige Medikamente a priori abzulehnen und die Einnahme von „natürlichen“ Stoffen oder Anwendung von „Hausmitteln“ als wirkungsvoller und gesünder einzuschätzen. Sie vermeiden den Gang zum „normalen“ Arzt und experimentieren allein oder unter Anleitung von selbst ernannten Experten. So gab es unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor einigen Jahren den „Geheimtipp“, dass man sich gegen innere Nervosität im sogenannten „Hexengärtchen“ in der Stadt Luxemburg Stechäpfel besorgen könne. Diese

---

<sup>6</sup> Dieser Effekt wird in der ärztlichen Verschreibung von „Schein“-Medikamenten („Placebos“) genutzt, wenn eine Genesung bei leichteren Erkrankungen vor allem durch mehr Zeit erleichtert werden kann.

<sup>7</sup> Das verschreibungspflichtige Medikament Lexotan (Bromazepam) gehört zu der Gruppe der Benzodiazepine

Eigenbehandlung bezahlten einige Menschen mit psychiatrisch behandlungsbedürftigen Folgen.

Im Laufe ihres Lebens entwickeln Menschen mit Hilfe ihrer eigenen Erfahrungen im Umgang mit verschiedensten Behandlungen übergreifende persönliche Theorien zu verschiedensten Substanzen. Teilweise kann es sogar zu einem „Wettkampf“ zwischen dem ärztlichen Wissen und dem selbst erworbenen Erfahrungswissen der Patienten kommen. Inwieweit verschiedene Hausmittel tatsächlich oder eben aufgrund des Glaubens an eine Verbesserung der Symptome positiv wirken („Placebo-Effekt“), ist häufig nur schwer zu klären (z.B. die Wirkung durch Einmassieren mit Weinessig). Ebenso werden Medikamente bewusst mit anderen Mitteln kombiniert, wenn auffällig positive Erfahrungen damit gemacht wurden oder deren wundersame Wirkung besonders bekannt geworden ist. Berühmte Trendmedikamente (z.B. Viagra, Prozac) oder Naturheilmittel (z.B. Johanniskraut) werden von Patienten aktiv nachgefragt, da sie sich – fast wie bei einem Zaubertrank – außergewöhnlich positive Wirkungen auf ihr Wohlbefinden und die körperliche Leistungsfähigkeit erwarten. In Medien wird sowohl über die Wirkung von pharmazeutischen Produkten als auch von „natürlichen“ Substanzen sehr viel - mehr oder weniger fundiertes - Wissen verbreitet, welches sogar bei Kennzeichnung als Werbeinformation von vielen (älteren) Menschen als sehr glaubwürdig eingeschätzt wird.

Die Einstellung zu und der Gebrauch von Medikamenten ist nicht alters- sondern wissens- und erfahrungsabhängig. Menschen entwickeln über ihr ganzes Leben ihre Einstellung zu Medikamenten, Naturheil- und Hausmitteln. Sie erwerben Wissen aus den verschiedensten Quellen über die Behandlung bestimmter Symptome und bilden jenseits der schulmedizinischen Meinung ihre eigenen Theorien zu Krankheitsbildern und deren Behandlungsmöglichkeiten. Je nach grundlegender Einstellung vermeiden oder intensivieren sie die Behandlung durch verschreibungspflichtige Medikamente und versuchen den Arzt zu beeinflussen, bekannte Mittel zu verschreiben. Über- und Mindermedikation kann durch einen tief verankerten Glauben an Wunderheilung mit den „richtigen“ Mitteln ausgelöst werden.

#### 4 Selbstmedikation – Gefährdung durch Eigenbehandlung im Alter

Wenn Polymedikation in der stationären Altenhilfe festgestellt wird, so kann dies nur als die Spitze des Eisberges betrachtet werden, der durch eine unglaubliche Vielzahl sehr individueller Verhaltensmuster älterer Menschen im Umgang mit Krankheit, geringem Wohlbefinden und Medikamentierung gekennzeichnet ist. Während innerhalb eines stationären Rahmens die Verabreichung und Einnahme von Medikamenten sowie deren

Wirkungen aufmerksam beachtet werden, entzieht sich die Selbstmedikation älterer Menschen der externen Kontrolle: die Dunkelziffer diesbezüglich scheint enorm zu sein. Da das Alter häufig durch einen Rückzug in den Mikrokosmos familiärer und nachbarschaftlicher Kontakte gekennzeichnet ist, fallen ungewöhnliche Wirkungen einer eventuellen Fehl- oder Polymedikation häufig erst sehr spät oder gar nicht auf. Da ältere Menschen durch das Verlassen der Arbeitswelt eine Vielzahl von sozialen Kontakten verlieren und auch nicht mehr arbeitsbedingten Leistungsnachweisen unterworfen sind, geht auch die soziale Kontrolle der Vorgesetzten und Kollegen verloren.

Ebenso fällt außerhalb von stationären Einrichtungen kaum auf, wie ältere Menschen welche Medikamente einnehmen. Denn mit der Verschreibung von Medikamenten durch den Arzt ist noch lange nicht deren korrekte Einnahme gewährleistet. Diese setzt nicht nur voraus,



dass sich ältere Menschen genau an die Verordnung halten wollen. Sie erfordert von den Patienten auch Disziplin und Erinnerungsvermögen. Vergesslichkeit kann sehr schnell dazu führen, dass Medikamente zu viel oder zu wenig eingenommen werden. Darüber hinaus sehen verschiedene Medikamente in Tablettenform sehr ähnlich aus. Dadurch kann es schnell zu Verwechslungen kommen. Und weil man nicht aus der Form eines Medikaments „augenscheinlich“ ableiten kann, wie intensiv dessen Wirkung ist, kann völlig unreflektiert die

Dosierung je nach grundlegender Einstellung zur Medikamentierung vom Patienten reduziert oder erhöht werden (z.B. nach dem Motto, „mehr ist besser“ oder dem Prinzip, „so wenig wie möglich“).

Weil viele ältere Menschen von zunehmender Vereinsamung und Vereinzelung betroffen sind, stehen sie gerade im Falle chronischer Erkrankungen sehr allein da. Sie suchen nach Lösungen und versuchen verzweifelt, sich selbst an den Haaren aus dem Sumpf der Isolation zu ziehen. Teilweise reagieren Betroffene durch einen häufigen Arztbesuch, oft auch bei verschiedenen Ärzten und selbst ernannten Experten. Einerseits erhalten sie durch diese Kontakte mehr Aufmerksamkeit für ihre persönliche Situation. Andererseits können sie eine Vielzahl von Medikamenten „sammeln“, die sie wiederum je nach selbst eingeschätztem Dosierungsbedarf nehmen. Weil meistens nichts weggeschmissen wird, kann so über Jahre ein gefährlicher „Giftschrank“ bei Senioren entstehen, der in Momenten der Verzweiflung zu lebensgefährlichen Kurzschlusshandlungen führen kann. Andere ältere Patienten lassen sich von Informationen aus den Medien oder wohlmeinenden Bekannten mit ähnlichen Erkrankungen beeinflussen, stellen ihre Behandlung selbst zusammen und beurteilen deren Effekt nach ihrem jeweiligen aktuellen Befinden.

Darüber hinaus unterschätzen ältere Menschen häufig die chemische Wirkung und die Wechselwirkung von verschreibungsfreien Medikamenten und Genussmitteln wie Kaffee oder Alkohol. Ebenso ist ihnen häufig nicht bewusst, dass eine Vielzahl von verschreibungspflichtigen Medikamenten mit künstlich hergestellten Inhaltsstoffen ein vergleichbar hohes Suchtpotenzial wie Drogen beinhalten (8). So nehmen etwa viele ältere Menschen relativ selbstverständlich verschreibungspflichtige „Benzodiazepine“ oder opiathaltige Medikamente zur Behandlung von Rückenproblemen ein, während sie die Einnahme von chemisch vergleichbaren Drogen vehement ablehnen würden (9).

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Selbstmedikation bei älteren Menschen in nicht-stationären Einrichtungen entscheidend zu deren Polymedikation beitragen kann. Erschwerend kommt hinzu, dass die Ausführung ärztlicher Verordnungen bewusst, durch geringes oder falsches Wissen über Medikamente, durch eine geringe Disziplin oder die eingeschränkte Merkfähigkeit der Betroffenen nicht eingehalten werden. Aus Sehnsucht, das eigene Wohlbefinden möglichst selbst und direkt spürbar verbessern zu können, konsumieren ältere Menschen die verschiedensten Substanzen. Dabei stützen sie sich meist nicht auf fundiertes und differenziertes Wissen über die Wirkung der eingenommenen Medikamente. In der Regel ist ihnen nicht bewusst, dass auch Naturheil-, Haus- und Genussmittel zu einer Polymedikation beitragen können. Die Bekanntheit eines Medikaments und die damit verbundenen Erwartungen einer wundersamen Wirkung scheint für ältere Menschen wichtiger zu sein als die fundierte Information über dessen (Neben-) Wirkungen und Suchtpotenzial.

Will man vor diesem Hintergrund die Gefahr von Polymedikation im Alter entscheidend verringern, wird die flächendeckende professionell gesteuerte „Patientenedukation“ eine der wichtigsten Maßnahmen der Zukunft.

---

<sup>8</sup> Vgl. hierzu: <http://www.bittere-pillen.de/bipi/index.html>

<sup>9</sup> Vgl. hierzu Studie von Dr. Jean-Marc Closs (2006), wonach 2/3 aller Konsumenten von Benzodiazepinen in Luxemburg über 50 Jahre sind, [http://www.lulu.com/items/volume\\_67/8132000/8132999/1/print/8132999.pdf](http://www.lulu.com/items/volume_67/8132000/8132999/1/print/8132999.pdf).



vs.



## Über die gesetzliche Verantwortung in Sachen Medikation

Pierrot Schiltz

Rechtsanwalt in der Kanzlei Penning-Schiltz-Wurth

Im Alter ist der Erhalt einer gewissen Lebensqualität oft an die Einnahme einer Vielzahl von Medikamenten gebunden. Diese Medikation benötigt wiederum eine Vielfalt von Beteiligten, die von der Verschreibung über die Dosierung bis hin zur Einnahme den Kranken, Alten oder Pflegebedürftigen beim richtigen Umgang mit dieser Arznei behilflich, sprich unerlässlich sind.

Die Verschreibung eines Medikaments erfolgt durch den Arzt, der hierfür laut Gesetz allein zuständig ist, da es sich um einen medizinischen Akt handelt (*acte médical*). Die Zubereitung und die Ausgabe unterliegen dem Apotheker und die Verabreichung schlussendlich den Kranken-, Alten- oder sonstigen Pflegern.

Das Allgemeinrecht sieht vor, dass jeder für seine Handlung verantwortlich ist und für eventuelle Schäden, die er Dritten zufügt, aufkommen muss.

So auch in der Medikation. Begeht der Arzt bei der Verschreibung des Medikaments einen Fehler (falsches Medikament, falsche Dosierung...), der dem Patient einen Schaden zufügt, muss er für diesen Schaden aufkommen. Wenn der Apotheker sich in der Zubereitung des Medikaments irrt, ist er hierfür haftbar.

Das gleiche Prinzip gilt am Ende der Kette, wo oft ein Pfleger das *Management* der Medikamente übernimmt, das sich wiederum in mehrere Handlungen unterteilt:

- sie beginnt mit der Zubereitung der Medikamente für deren Verabreichung (1)
- sie umfasst ferner eine Aufklärungspflicht, insofern der Empfänger über sein Medikament informiert werden will (2)
- es folgt die Verabreichung, begleitet von einer Überprüfung, ob das Medikament tatsächlich von dem Empfänger *eingenommen* wurde; in diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, was tun zu ist, wenn sich eine Person weigert, ihr Medikament einzunehmen (3)



- zusätzliche Probleme können entstehen, wenn Pfleger diverse Medikamente von verschiedenen sogenannten zuständigen Personen wie z.B. dem behandelnden Arzt, Familienangehörigen, Arbeitskollegen zur Verabreichung an eine Person übergeben bekommen, ohne dass weder diese noch der Pfleger selbst darüber Bescheid wissen, ob die überreichten Medikamente mit anderen schon zu nehmenden Medikamenten verträglich sind. (4)

## (1) Die Zubereitung eines Medikaments durch den Pfleger

Diese Zubereitung ist nicht mit der durch den Apotheker zu verwechseln. Die Zubereitung durch den Apotheker besteht darin, die gute Dosierung bei der Mischung von bestimmten Produkten gemäß den Anweisungen des Arztes zu gewährleisten. Diese Handlung ist allein dem Apotheker vorbehalten.

Die Zubereitung durch den Pfleger dagegen beschränkt sich auf die Handlungen vor der Einnahme: das Sortieren der richtigen Anzahl von Pillen, das Füllen der Spritze oder das Anlegen einer Infusion. Begeht der Pfleger hierbei einen Fehler, der dem Patienten einen Schaden zufügt, ist er hierfür verantwortlich.

Falls sich jedoch bei einem zugefügten Schaden herausstellt, dass der Fehler bei der Verschreibung oder der Dosierung in der Apotheke gemacht wurde, sind der Arzt oder Apotheker haftbar. Die Rechtsprechung sieht hier jedoch vor, dass der Pfleger ausnahmsweise mitverantwortlich gemacht werden kann, falls dieser, in Anbetracht seiner Qualifikation, einen vom Arzt oder Apotheker begangenen **groben Fehler** hätte bemerken müssen und somit in der Lage gewesen wäre, den Schaden zu vermeiden.

## (2) Über die Aufklärungspflicht

Da die Verschreibung und Zubereitung der Pharmazeutika Arzt und Apotheker zustehen, obliegt ihnen an erster Stelle die Aufklärungspflicht. Kranken- oder Altenpfleger sollten daher davon absehen, Informationen für den Patienten zu *erfinden* oder zu *erahnen*, sondern sich vielmehr selbst bei Arzt oder Apotheker über eventuelle Auswirkungen des zu verabreichenden Medikaments erkundigen, um diese dann an den Betroffenen weiterzuleiten.

Der Pfleger ist somit für jede improvisierte Falschinformation verantwortlich, die für den Empfänger negative Folgen haben könnte.

### (3) Verabreichung und Überprüfung durch den Pfleger

Diese Handlung besteht darin, eine Person ein Medikament einnehmen zu lassen.

Die in diesem Bereich häufige Rechtsprechung deutet darauf hin, dass wohl hier die meisten Fehler begangen werden. Verwechslungen in der Anzahl der Pillen, Verletzungen bei schlecht gesetzten oder nicht sterilen Nadeln und Spritzen sowie Verwechslungen der Patienten bei der Verabreichung in Mehrbettzimmern führen regelmäßig zu gravierenden Körperverletzungen bis hin zum Tod. Bei schwierigen Patienten, die sich aus Angst oder wegen ihres jungen oder fortgeschrittenen Alters wehren bzw. versuchen, die sichere Verabreichung zu behindern, verlangt die Rechtsprechung vom Pfleger, dass er sich Hilfe holt, anstatt dem Empfänger diese Handlung unter Verletzungsgefahr aufzudrängen.

Zu einer gewissenhaften Verabreichung gehört laut Rechtsprechung eine Überwachung der Einnahme durch den Pfleger. Sie erfolgt sowohl bei als auch nach der Einnahme. Bei der Einnahme soll so verhindert werden, dass der Empfänger *schummelt* und das Medikament letztendlich doch nicht einnimmt. Nach der Einnahme soll die Überwachung dem Pfleger ermöglichen, bei eventuellen Vorfällen oder Reaktionen auf das Medikament rasch einzugreifen.

Weiterhin ist der Pfleger für das Material haftbar, das er bei der Verabreichung benutzt. Die Spritze muss perfekt steril und das Medikament darf nicht abgelaufen sein. Fahrlässigkeiten unterliegen hier der Haftung des Pflegers beziehungsweise dessen Arbeitgebers (siehe weiter unten).

Was nun, wenn der Empfänger die Einnahme verweigert? Kann ihm diese aufgezwungen werden?

Rechtlich gesehen, ist dieses Verhalten einer Verweigerung der Pflege gleichgestellt. Die Pflegeverweigerung eines Patienten ist derzeit international von der Rechtsprechung anerkannt. Diese Rechtsprechung findet ihren Ursprung in Prozessen, die von Zeugen Jehovas anlässlich aufgezwungener Bluttransfusionen veranlasst worden waren und bei der diese Recht bekommen hatten. Voraussetzung für den Arzt oder das Pflegepersonal, diese Verweigerung zu akzeptieren, ist jedoch, dass diese dem tatsächlichen Willen des Betroffenen entspricht. Verfügt diese Person, aus Alters- oder Krankheitsgründen, nicht mehr über ihren „klaren Willen“, kann sich das behandelnde Personal über diese Verweigerung hinwegsetzen. Die Rechtsgrundlage liegt darin, dass bei mangelndem klarem Verstand angenommen wird, dass sich der Betroffene über die Tragweite seiner Verweigerung nicht bewusst sein kann. Die Beweislast über den Mangel dieses klaren Willens im Moment der Verweigerung des Empfängers liegt im Falle einer Klage beim Pflegepersonal.

#### (4) Die Polymedikationsfalle

Die Situation ist folgende: Ein Pflegebedürftiger bekommt anlässlich seiner Kranken- oder Altenpflege ein oder mehrere Medikamente verabreicht, die ihm vom behandelnden Arzt verschrieben wurden. Ein Familienmitglied des Pflegebedürftigen oder ein Arbeitskollege des Pflegers, der sich um den Patienten kümmert, bittet diesen, dem Patienten doch bitte ein zusätzliches Medikament aus diesen oder jenen Gründen jeden Morgen und jeden Abend zu verabreichen.

Der Pfleger wäre hier gut beraten, dieser Gefälligkeit nicht blindlings Folge zu leisten, da hier gleich mehrere rechtliche unterschwellige Zeitbomben zu zünden drohen.

Es sei zunächst daran erinnert, dass die Pfleger im Gesundheitswesen verpflichtet sind, sich strengstens an die gesetzlichen Bestimmungen zu halten, die ihre Kompetenzen und Zuständigkeiten genauestens definieren. Wenn auch das Verabreichen von Medikamenten in ihren Zuständigkeitsbereich fällt, so müssen diese Medikamente jedoch zuvor durch einen Arzt verschrieben worden sein. Der Arzt ist vom Gesetz her allein zuständig, dies zu tun, da es sich hier um einen medizinischen Akt (*acte médical*) handelt, welcher ausschließlich in seinen Kompetenzbereich fällt. Das heißt, wenn der Pfleger auf guten Glauben hin und ohne eine vom Arzt vorliegende Verschreibung ein Medikament verabreicht, das ihm ein Dritter vorlegt, droht er sich strafrechtlich der illegalen Ausübung der Medizin schuldig zu machen. Bedarf die Medikation keiner ärztlichen Verschreibung besteht dieses Risiko nicht.

Verschreibt ein Arzt einem Patienten ein Medikament, tut er dies unter Berücksichtigung dessen eventueller Allergien und/oder Unverträglichkeiten, die er genauestens kennt. Erhält nun der Pfleger ein Medikament von irgendeinem Dritten, kann er nicht wissen, inwiefern dieser Dritte auf eigene Initiative handelt, im Unwissen über jegliche Allergien oder Unverträglichkeiten des Patienten, oder nach Beratung eines Arztes. Sagt dieser Dritte, er würde das Medikament auf Verschreibung eines Arztes bringen, sollte der Pfleger dennoch vorsichtig sein und nachfragen, ob es sich hier um den üblich behandelnden Arzt des Patienten handelt oder um einen Arzt, der den Patienten und dessen Vergangenheit sowie die Medikamente, die er schon verabreicht bekommt, vielleicht nicht so gut kennt. Unterlässt der Pfleger diese Nachfragen, riskiert er im Falle eines Schadens durch seine Fahrlässigkeit zur Verantwortung gezogen zu werden.

Die Ausrede, das Medikament wäre ihm doch durch jemand anders zwecks Weiterverabreichung übergeben worden, wird der Richter dem Pfleger wohl kaum zu Gute halten. Die Pfleger sollten sich sehr wohl bewusst sein, dass ihr Stand nicht der eines einfachen Handlangers der Ärzte, Apotheker oder sonstiger Dritter ist, sondern der einer qualifizierten Profession mit einem gesetzlich festgelegten Zuständigkeitsbereich und der

entsprechenden Verantwortung. Sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Richter erwarten Aufmerksamkeit und Initiative anstatt lediglich gefügigen Kopfnickens.

Sollte dem Pfleger nun trotz aller Vorsichtsmaßnahmen dennoch ein Fehler unterlaufen, der dem Patienten einen Schaden zufügt, muss er zivilrechtlich das Opfer für diesen Schaden entschädigen. Dies kommt jedoch meistens auf den Arbeitgeber des Pflegers zu, welcher laut den Bestimmungen des Code Civil sowie des Code du Travail die Verantwortung für sein Unternehmen und die Schäden, die seine Angestellten verursachen, trägt. Nur im Falle eines schwerwiegenden Fehlers hat der Arbeitgeber die Möglichkeit, Rekurs gegen seinen Angestellten zu nehmen und die Rückerstattung des von ihm ausgeglichenen Schadens zu beantragen.

Strafrechtlich gesehen, bleibt der Pfleger jedoch allein dem Gesetz gegenüber verantwortlich, da diese Art von Verantwortung nicht vom Arbeitgeber übernommen wird. Hier droht dem Pfleger eine Strafanzeige wegen willentlicher oder unwillentlicher Körperverletzung, Vergiftung oder fahrlässiger Tötung, da die Folgen einer falschen Verabreichung eines Medikamentes häufig einen körperlichen Schaden nach sich ziehen.

In der Praxis haben die Pfleger hier in Luxemburg jedoch derzeit keinen Grund zur Sorge. Die Rechtsprechung der letzten hundert Jahre hier zu Lande berichtet kaum über Streitfälle, bei denen die Verantwortung der Pfleger in Sachen Verabreichung von Medikamenten in Frage gestellt wurde. Dennoch sollte man die Problematik nicht unterschätzen. Anlässlich einer Konferenz über dieses Thema, bei der auch der Autor referierte, berichtete die Direktorin eines Krankenhauses aus Lyon, dass die offizielle Zahl der Todesfälle in Frankreich durch falsche Medikation bei 80.000 liegen würde. Die Dunkelziffer, die der Realität wohl näher käme, schätzte man auf das Doppelte.



**Viele ältere Menschen nehmen eine große Anzahl unterschiedlicher Medikamente zu sich: manchmal allerdings mehr, als sie sollten, und mehr, als gut für sie ist.**

Dass dies in Teilen auch in Luxemburg so ist, zeigt das vorliegende Begleitheft zum Thema „Polymedikation in Luxemburg“. In dem Heft werden zum ersten Mal aktuelle Studienergebnisse zur Polmedikation in Luxemburg vorgestellt. Des Weiteren diskutieren Experten aus unterschiedlichen professionellen Feldern mögliche Ursachen der Polymedikation ebenso wie mögliche Auswege aus einer Situation, die nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für seine Angehörigen und das Pflegepersonal belastend werden kann.

Das Heft umfasst sechs Beiträge, die das Thema aus medizinisch-geriatrischer, pflegerischer, rechtlicher, psychologischer und ethischer Perspektive beleuchten.



CENTER FIR  
ALTERSFROEN



UNIVERSITY OF LUXEMBOURG  
Integrative Research Unit on Social  
and Individual Development (INSIDE)

---