



#48 Pharmakotherapie im Alter

mit Prof. Dr. Thomas Frühwald

Transkript

ET: 28.8.2026

Intro

00:00:04

Strieder: Dieser Podcast wird Ihnen von der Österreichischen Ärzte- und Apothekerbank gewidmet. Gründen, finanzieren, digitalisieren – die Standesbank ist an Ihrer Seite. Mit dem Alter verändert sich der Körper, die Bedürfnisse – und oft auch die gesundheitlichen Herausforderungen. Besonders die Arzneimitteltherapie wird dabei zu einer komplexen Aufgabe. In dieser Folge von ÖAZ im Ohr spricht Dr. Angelika Chlud mit Prof. Dr. Thomas Frühwald, Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, über Chancen, Herausforderungen und Risiken der Pharmakotherapie im Alter.

Begrüßung und Vorstellung

00:01:04

Chlud: Herzlich willkommen zu einer neuen Folge von ÖAZ im Ohr. Heute widmen wir uns einem Thema, das uns in der Apotheke täglich begegnet – das aber oft unterschätzt wird und im schlimmsten Fall über Selbstständigkeit und Lebensqualität entscheiden kann: die Geriatrie in der Apotheke. Geriatriische Patient:innen haben wir viele – aber erkennen wir sie rechtzeitig, und handeln wir entsprechend? Zu diesem Thema habe ich mir Herrn Prof. Dr. Thomas Frühwald eingeladen. Er ist Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie und war als leitender Oberarzt an der Abteilung für Akutgeriatrie im Krankenhaus Hietzing tätig. Er ist Mitautor einer aktuellen S3-Leitlinie zur klinischen Ernährung und Hydratierung im Alter, Teil eines internationalen Expertengremiums zur Leitlinie Ernährung und Demenz und publiziert regelmäßig zu ethischen Fragen rund um das Lebensende, zur palliativen Geriatrie und zu vielen weiteren Themen. Schön, dass Sie da sind, Herr Prof. Frühwald.

Prof. Frühwald: Vielen herzlichen Dank für die Einladung.

Wann ist eine Patient:in geriatrisch?

00:02:34

Chlud: Ich möchte gleich mit einer scheinbar einfachen Frage beginnen: Wann ist eine Patient:in eigentlich geriatrisch? Viele würden spontan sagen „im hohen Alter“, vielleicht ab 80 – aber ist das aus medizinischer Sicht so einfach?

Frühwald: Nein, so einfach ist es nicht. Wir müssen verschiedene Kriterien unterscheiden, die definieren, wer überhaupt eine geriatrische Patient:in ist. Es gibt einerseits chronologische Kriterien – man könnte sagen, ab dem Pensionierungsalter, also ab 60 oder 65, sei man geriatrisch. Das würde der Realität jedoch stark widersprechen. In der Geriatrie unterscheiden wir nicht nur das chronologische, sondern auch das biologische Alter. Dieses ergibt sich aus

verschiedenen Faktoren: eingeschränkte Organfunktionen, ein erhöhtes Krankheitsrisiko, das Zusammentreffen von akuten und chronischen Erkrankungen – mit atypischer Symptomatologie, atypischem Krankheitsverlauf und einem erhöhten Risiko für Arzneimittelwechselwirkungen und Nebenwirkungen. Insgesamt ergibt sich daraus eine erhöhte Vulnerabilität für negative Outcomes.

Das dominierendste Kriterium in der Geriatrie ist die Gebrechlichkeit – die sogenannte Frailty. Es gibt Menschen, die im hohen Alter nicht gebrechlich sind. Und wann ist man überhaupt hochaltrig? Das unterscheidet sich je nach Region: Als Faustregel gilt, dass man als hochaltrig gilt, wenn man die durchschnittliche Lebenserwartung in der Region, in der man lebt, deutlich überschreitet. In Österreich sind das bei Frauen rund 82 bis 83 Jahre, bei Männern etwas weniger – der Unterschied beträgt durchschnittlich vier bis fünf Jahre.

Mit dem Hochaltrigenalter steigt das Risiko für geriatrische Syndrome: an erster Stelle die Frailty, dann Instabilität und Sturz, kognitive Beeinträchtigung – ich meide bewusst das Wort „Demenz“, weil es wörtlich „geistlos“ bedeutet und dem Spektrum der Erkrankungen nicht gerecht wird; in führenden wissenschaftlichen Journals wird es seit einigen Jahren konsequent vermieden –, dann Delir, Inkontinenz, chronische Schmerzen und Polypharmazie, die mittlerweile selbst als geriatrisches Syndrom gilt. Erwähnenswert ist auch die sogenannte hospitalization-associated disability: Ältere Menschen, die ins Spital kommen und bei der Entlassung in ihren Funktionen und ihrer Selbstständigkeit deutlich schlechter dastehen als zuvor – ein Phänomen, das mit Immobilität und dem unförderlichen Krankenhausambiente zusammenhängt.

Wichtig zu verstehen ist auch der Unterschied zwischen dem klassischen Syndrombegriff und dem geriatrischen Syndrom: Beim klassischen Syndrom führt ein spezifischer Krankheitsprozess zu multiplen Erscheinungen. Beim geriatrischen Syndrom ist es umgekehrt – mehrere Krankheitsprozesse führen zu einem spezifischen Erscheinungsbild. Das Delir ist das beste Beispiel: Es hat multiple Ursachen, die man erkennen und oft gleichzeitig behandeln muss.

Delir: Erkennung, Unterscheidung und Medikamente als Auslöser

00:09:00

Chlud: Das Delir haben Sie gerade angesprochen – das ist ein Thema, das mich besonders interessiert. Wie kann man in der Praxis unterscheiden, was ein Delir ist und was eine kognitive Beeinträchtigung? Und welche Medikamente oder OTC-Produkte können ein Delir auslösen?

Frühwald: Das Delir hat verschiedenste Ursachen – und ein zentrales Charakteristikum ist, dass die Symptome akut auftreten: nicht langsam, sondern von einem Tag auf den anderen. Dazu kommt, dass sie fluktuieren – sie kommen und gehen. Das macht die Diagnose so schwierig: Man visitiert eine Patient:in, die als verwirrt geschildert wurde, und findet eine unauffällige ältere Dame vor. Kaum ist man aus dem Zimmer, fällt sie wieder ins Delir zurück. Ein Kernsymptom ist die Vigilanzstörung: Die Aufmerksamkeit kann nicht aufrechterhalten werden, die Person schläft mitten im Gespräch weg – und ist dann wieder frisch und munter. Diese Unruhe, diese Agitation, dieses Kommen und Gehen – das ist das Delir.

Wichtig: Delir ist nicht gleich kognitive Beeinträchtigung. Eine bestehende kognitive Beeinträchtigung erhöht zwar das Delirrisiko, aber es sind zwei verschiedene Zustände. Delir kann in allen Altersgruppen auftreten – die Hochrisikogruppe ist jedoch eindeutig das hohe Alter.

In der Praxis sieht man häufig das klassische Szenario: Eine Patient:in wird nachts unruhiger und desorientierter, zeigt Weglauftendenzen, manchmal auch Aggressivität. Das Pflegepersonal ist

belastet, ruft den Diensthabenden an und fragt: Was soll ich geben? Die Antwort ist häufig ein Tranquilizer oder ein Benzodiazepin – und hier fehlt oft das Wissen, dass diese Substanzen das Delir nicht nur nicht beheben, sondern es verstärken und verlängern können. Man erkaufte sich punktuell Ruhe – am nächsten Morgen ist die Patient:in kognitiv aber schlechter dran als zuvor. Wenn überhaupt eine medikamentöse Maßnahme notwendig ist, dann bitte nicht Diazepam: Die Halbwertszeit von Diazepam steigt mit dem Alter auf über 100 Stunden, es wird zu aktiven, psychoaktiven Metaboliten umgebaut – und die nächste Dosis folgt schon, bevor die erste abgebaut ist. Wenn es sein muss, dann kürzerwirksame Substanzen wie Lorazepam.

PRISCUS-Liste, FORTA-Liste und anticholinerge Last

00:13:50

Chlud: Helfen uns dabei die Werkzeuge, die wir als Apotheker:innen zur Verfügung haben – zum Beispiel die PRISCUS-Liste oder die FORTA-Liste?

Frühwald: Unbedingt – diese Listen sind anzuwenden. In sie fließt ja genau das ein, was wir gerade besprochen haben: welche pharmakologischen Wirkungen Medikamente beim älteren Menschen haben. Anticholinerg wirksame Substanzen sind bekannt als Delirauslöser – und wenn man den Austria Codex durchsieht, hat ein erstaunlich großer Teil der Präparate eine anticholinerge Komponente. Das ist an sich kein Problem – aber wenn ich bei gleicher Indikation die Wahl zwischen zwei oder drei Substanzen habe, muss ich wissen, welche davon am wenigsten anticholinerg wirkt. Denn das Entscheidende ist der Summeneffekt: Bei Multimorbidität und Polypharmazie werden häufig mehrere anticholinerg wirksame Medikamente gleichzeitig verordnet – und die Summe macht es dann aus.

Typische übersehene Wirkstoffe mit anticholinerg Wirkung

00:15:08

Chlud: Können Sie typische Wirkstoffe nennen, an die man vielleicht nicht sofort denkt, wenn von anticholinerg Last die Rede ist?

Frühwald: Ein klassisches Beispiel sind Inkontinenzmedikamente – ausgeprägt anticholinerg, und trotzdem verordnet. Ein anderes ist Tramadol: Es wird häufig und gerne gegeben – zum Beispiel nach einem zahnärztlichen Eingriff, wo man großzügig Tramadol-Tropfen verschreibt. Tramadol ist aber eine psychoaktiv wirksame Substanz und kann zum Delir beitragen.

Chlud: Ja, das stimmt – Tramadol wird wirklich sehr häufig eingesetzt.

Frühwald: Eben – und das ist ein Problem. Gerade dann, wenn man nicht an die anticholinerge Last des Gesamtregimes denkt.

Hitze, ältere Menschen und riskante Medikamente

00:15:59

Chlud: Ich möchte ein weiteres Thema ansprechen, das in den letzten Jahren massiv an Bedeutung gewonnen hat: Hitze und akute Erkrankungen. Warum sind ältere Menschen bei Hitze besonders gefährdet – und welche Medikamente erhöhen das Risiko?

Frühwald: Die erhöhte Gefährdung ergibt sich aus einem gealterten Thermoregulationssystem. Die üblichen Schutzreaktionen, die ein jüngerer Mensch automatisch zeigt – Vorhänge

schließen, Zimmer abdunkeln, aufstehen und lüften – sind für viele hochaltrige Menschen nicht mehr möglich. Dazu kommt die Wohnsituation, gerade in der Großstadt: Altbauwohnungen, die sich stark aufheizen und schlecht lüften lassen. Maßnahmen wie richtig aufgestellte Ventilatoren und gezieltes Durchlüften in den kühleren Nachtstunden können aber durchaus dazu beitragen, die hitzeassoziierte Übersterblichkeit in dieser vulnerablen Gruppe zu reduzieren.

Chlud: Und welche Medikamente sind besonders risikobehaftet?

Frühwald: An erster Stelle die Diuretika – vor allem Furosemid, das nach wie vor häufig und manchmal auch fehlverordnet eingesetzt wird. Dann Betablocker, die die normale Thermoregulation stören, indem sie die kompensatorische Tachykardie bei Hitze blockieren. Und dann – immer noch anzutreffen, obwohl längst überholt – Digitalis-Präparate: Digoxin hat ebenfalls einen delirogenen und anticholinergen Effekt, den man nicht unterschätzen sollte. Viele Patient:innen nehmen es seit Jahrzehnten, ohne dass die Verordnung je hinterfragt wurde.

Sick-Day-Regeln: Welche Medikamente bei Infekt pausieren?

00:18:44

Chlud: Damit sind wir schon beim nächsten Thema: den Sick-Day-Regeln. Bei Infekten oder Hitzeperioden sollen bestimmte Medikamente pausiert werden – Diuretika, Metformin, ACE-Hemmer, Sartane. Sollen wir das an der Tara aktiv ansprechen?

Frühwald: Ja – und da ist auch das viel diskutierte Phänomen des „Doctor Hopping“ relevant: Man geht zum Orthopäd:in, zum Urolog:in, zum Internist:in – und jede:r verschreibt etwas, ohne zu wissen, was die anderen verschrieben haben. Das sollte lösbar sein, ist es aber noch nicht. Es fehlt eine koordinierte Plattform, auf der alle Verordnungen zusammenlaufen. Das wäre eigentlich Aufgabe der Allgemeinmedizin – aber dafür braucht es auch die entsprechenden Rahmenbedingungen.

Fallbeispiel: Polymedizierte Patient:in mit Infekt an der Tara

00:19:45

Chlud: Darf ich ein Fallbeispiel vorstellen, an dem wir die Problematik konkret durchspielen können? Eine ältere Patient:in kommt in die Apotheke – sie hat einen Infekt, wirkt etwas verwirrt und sagt: „Ich bin seit ein paar Tagen so schwach.“ Ihre Medikation umfasst Furosemid, Ramipril, Metformin, Amitriptylin und Zolpidem. Was sehen Sie hier konkret für Problematik – und was können wir an der Tara tun?

Frühwald: Zunächst zu den blutdruckbeeinflussenden Medikamenten: Furosemid und Ramipril können gemeinsam den Blutdruck deutlich senken – gerade bei einer akuten Erkrankung, bei Flüssigkeitsmangel und bei Hitze. Hier wäre es wichtig, den Blutdruck zu kontrollieren und zu fragen, ob das Furosemid in dieser Situation noch nötig ist. Dazu ist zu wissen: Im Alter setzt man Blutdruckzielwerte etwas höher an, weil das gealterte arterielle Gefäßsystem weniger gut auf Lagewechsel reagieren kann – und eine zu starke Blutdrucksenkung erhöht das Sturzrisiko erheblich.

Chlud: Sollen wir empfehlen, dass Kund:innen den Blutdruck regelmäßig zu Hause messen?

Frühwald: Unbedingt. Heutzutage gibt es viele Möglichkeiten – Smartwatches, automatische Blutdruckmessgeräte. Diese Technologien sollten genutzt werden, die Werte aufgezeichnet und

dem Arzt oder der Ärztin vorgelegt werden. Ähnliches gilt für den Blutzucker: Metformin steht auf der PRISCUS-Liste und ist bei akutem Infekt zu pausieren. Zudem sind die Zielwerte bei älteren Typ-2-Diabetiker:innen bewusst weniger streng anzusetzen als bei jüngeren insulinpflichtigen Typ-1-Diabetiker:innen. Hier wäre es sinnvoll, beim nächsten Arzttermin auch den HbA1c kontrollieren zu lassen.

Dann Amitriptylin: Das ist ein trizyklisches Antidepressivum mit ausgeprägter anticholinerger Wirkung – bei dieser Patient:in, in dieser Situation, kombiniert mit dem Infekt, dem möglichen Flüssigkeitsmangel und Zolpidem, ist das eine gefährliche Kombination. Zolpidem selbst verlängert bei älteren Menschen die Sturzgefahr und steht ebenfalls auf der PRISCUS-Liste. An der Tara sollte man hier aktiv fragen: Hat sich in letzter Zeit etwas verändert? Gibt es neue Medikamente? Und man sollte einen Medikationscheck anbieten.

Trinken im Alter: Wie viel ist genügend?

00:23:17

Chlud: Sollen wir auch aktiv nach der Flüssigkeitszufuhr fragen? Das Zu-wenig-Trinken ist ja im Alter ein häufiges Problem.

Frühwald: Ja, absolut. Die Flüssigkeitszufuhr ist gerade bei Hitze und akuter Erkrankung entscheidend. Man ist bei älteren Menschen in der Regel großzügig – außer bei bestehender Herzinsuffizienz, wo man entsprechend individuell abwägt. Ausreichendes Trinken kann Hypertonie und Stürzen entgegenwirken. Ebenso wichtig ist regelmäßige Nahrungsaufnahme. Heutzutage gibt es dafür sogar technische Unterstützung: In Amerika wurden kühlschrankmonitorende Systeme entwickelt, mit denen Angehörige aus der Ferne überprüfen können, ob die ältere Person den Kühlschrank heute geöffnet hat.

Chlud: Das ist ja ein sehr interessanter Ansatz.

Frühwald: Ja – und er zeigt, in welche Richtung technische Lösungen gehen können. Das Thema KI und digitale Unterstützung im Bereich der Geriatrie wird in den nächsten Jahren noch viel größer werden.

Mangelernährung im Alter: Zeichen und Unterstützungsmöglichkeiten

00:25:16

Chlud: Kommen wir zum Thema Mangelernährung – sie tritt im Alter so häufig, aber so unsichtbar auf. Was sind die frühesten Zeichen?

Frühwald: Gewichtsabnahme ist das offensichtlichste Zeichen. Beim Body-Mass-Index gilt im Alter: großzügiger sein. Epidemiologische Daten zeigen, dass ein höherer BMI bei schwer erkrankten Älteren sogar mit höherer Überlebenswahrscheinlichkeit assoziiert ist – die Reserven zählen. Weitere Zeichen sind krankheitsassoziierte Anorexie und Appetitlosigkeit, die auch durch Medikamente verursacht werden kann.

Im Krankenhaus braucht es dazu ein multiprofessionelles Team: Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen – und Logopäd:innen, die Schluckstörungen analysieren und die richtigen Ernährungskonsistenzen festlegen können. Angereicherte, protein- und kalorienreiche Ernährungssupp-lemente haben in bestimmten Indikationen – zum Beispiel bei Sarkopenie, also

dem alterstypischen Muskelmassenverlust, der ein Kernelement der Frailty ist – eine klar belegte Wirkung. Sie müssen aber auch tatsächlich konsumiert werden: Die richtige Temperatur, die richtige Geschmacksrichtung, die Unterstützung beim Trinken – das alles macht den Unterschied. Essen eingeben – nicht „füttern“, das ist ein Begriff aus der Pädiatrie –, also Hilfe bei der Nahrungsaufnahme ist eine wichtige pflegerische Aufgabe, die oft unterschätzt wird.

Bioethik und Lebensqualität am Lebensende

00:30:22

Chlud: Ich möchte Sie noch kurz zu bioethischen Fragestellungen befragen. Sie sind Mitglied der Bioethikkommission und auch beratend in der Politik tätig. Symptomkontrolle versus Krankheitskontrolle am Lebensende – wie sehen Sie das?

Frühwald: Im hohen Lebensalter, wo die Lebenserwartung bereits begrenzt ist, muss man sich fragen: Was macht noch Sinn? Sollte das Kurative im Vordergrund stehen – oder sollte man rechtzeitig in ein palliatives Paradigma wechseln, wo es um Symptomkontrolle und Lebensqualität geht? Die Palliativmedizin – oder umfassender: Palliative Care – ist ein eigenes Fachgebiet geworden, mit entsprechender Ausbildung und Expertise. Das Ziel: Lebensqualität bis zum letzten Tag – und das ist machbar, dort wo diese Qualifikation vorhanden ist.

Palliative Care ist auch eine Antwort auf die Frage des selbstbestimmten Lebensendes. In Österreich gibt es mittlerweile rechtliche Rahmenbedingungen für den assistierten Suizid – und das Gesetz verlangt ausdrücklich, dass alternative Möglichkeiten ausgeschöpft sein sollen, darunter Palliativstrukturen. Gleichzeitig wurde beim Schaffen dieses Gesetzes der flächendeckende Ausbau von Palliativstrukturen gefordert – und da sind wir noch nicht so weit.

In der Betreuung hochaltriger Patient:innen begegnet einem die Frage regelmäßig: „Herr Doktor, warum lebe ich eigentlich noch?“ Das ist eine legitime Frage – auf die man eine Antwort haben muss. Das braucht Haltung, Ausbildung und Fachlichkeit.

Ich erinnere mich an eine ältere Patient:in, die bis kurz vor der Aufnahme noch weitgehend selbstständig zu Hause gelebt hatte. Sie kam in einem schlechten Allgemeinzustand mit einer Pneumonie auf unsere Akutgeriatriestation – mit einem Breitspektrum-Antibiotikum, das noch nicht gewirkt hatte. Wir wechselten auf ein anderes Antibiotikum – und sie wurde besser. Nach etwa zwei Wochen wartete sie bereits angezogen im Aufenthaltsraum auf den Heimtransport. In diesem Moment kam ihre Enkelin zu Besuch – mit dem frisch geborenen Urenkel. Ich habe es erlaubt, obwohl Kleinkinder im Spital eigentlich nicht erwünscht sind – aber sie war quasi schon entlassen. Ich beobachtete, wie die Uroma das Baby in die Arme nahm, mit ihm sprach, schmätzte – und das Baby reagierte. Und dann drehte sie sich zu mir: „Gell, Herr Doktor, es zahlt sich allweil aus, so alt zu werden.“ Niemand hätte etwas gesagt, wäre sie ein paar Tage früher an dieser Pneumonie gestorben – der häufigsten Todesursache im Hochaltrigenalter. Aber es zahlt sich aus.

Zusammenfassung und Verabschiedung

00:39:00

Chlud: Das ist ein wunderschöner und sehr positiver Abschluss. Lassen Sie mich kurz zusammenfassen: Geriatrie ist kein Spezialthema – sie ist Alltag, auch in der Apotheke. Und oft entscheidet nicht nur die Diagnose, sondern die richtige Einschätzung im richtigen Moment. Was können wir konkret in der Offizin mitnehmen? Fragen wie: Hat sich etwas plötzlich

verändert? Gibt es neue Medikamente? Könnte Flüssigkeitsmangel vorliegen? Und ganz wichtig: einen Medikationscheck aktiv anzubieten. Herr Prof. Frühwald, ich danke Ihnen herzlich für dieses Gespräch.

Frühwald: Dankeschön.

Outro

00:40:10

Strieder: Das war Podcast Folge 48 von ÖAZ im Ohr mit Prof. Dr. Thomas Frühwald, Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, und Dr. Angelika Chlud. Am Montag erscheint die neueste Ausgabe der ÖAZ mit vielen lesenswerten Beiträgen, wertvollen Informationen und praktischen Tipps für Ihren Beratungsalltag an der Tara. Falls Sie Themenvorschläge oder Ideen haben, schreiben Sie uns gerne eine E-Mail an redaktion@oeaz.at. Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen und Podcast-Hören. Vielen Dank, dass Sie bis zum Schluss dabei waren – und bis in zwei Wochen mit einer neuen Ausgabe von ÖAZ im Ohr. Bleiben Sie neugierig, gut informiert – und denken Sie: Ihr Wissen ist die beste Medizin.

Hinweis: Dieser Podcast richtet sich an Fachkreise und dient der Vermittlung von allgemeinem Wissen über pharmazeutische und medizinische Themen. Es werden keine konkreten Therapieempfehlungen oder individuelle Ratschläge für Laien gegeben. Die Inhalte ersetzen keinesfalls den Besuch bei einer Ärzt:in oder Apotheker:in.