



Prof. Dr. med. Hermann S. Füeßl
Geschäftsführender Schriftleiter MMW-
Fortschritte der Medizin, Leiter Somatischer
Querschnittsbereich Isar-Amper-Klinikum
Klinikum München-Ost, Haar

Polypharmakotherapie

- 31_ Klinikempfehlung kritisch überprüfen
- 33_ Wo Leitlinien an ihre Grenzen stoßen
- 35_ Besonders gefährdet: alte, multimorbide Patienten

Die Medikation muss sich an der gesamten Lebenssituation orientieren

Wir behandeln nicht Krankheiten, sondern Patienten



©Klaus Rose

— Als vor etwa 20 Jahren das Zeitalter der evidenzbasierten Medizin (EMB) eingeläutet wurde, glaubten viele an eine endgültige Abkehr der Medizin von subjektiver Erfahrung, Willkür und Aberglauben und begrüßten die Hinwendung zur Wissenschaft. Was zunächst so logisch erschien, entwickelte sich angesichts einer gewandelten Epidemiologie allerdings zum Problem. Entsprechend der demografischen Entwicklung ist die Medizin heute schon überwiegend Geriatrie und wird es in Zukunft noch viel mehr sein. Eines der wichtigsten Kennzeichen der Altersmedizin ist die Multimorbidität. Wie die Studie von Boyd et al. (JAMA 2005) zeigte, haben 48% der über 65-jährigen Patienten mindestens drei, 21% sogar mindestens fünf chronische Erkrankungen. Für die Therapie jeder dieser Erkrankungen existieren Leitlinien, die allerdings gravierende Nachteile haben: Die Studienergebnisse, auf denen die Empfehlungen basieren, wurden i.d.R. an deutlich jüngeren Patientengruppen gewonnen und es wurden nur die Therapieeffekte auf jeweils eine behandelte Erkrankung untersucht. Ob es jedoch für ältere multimorbide Patienten hinsichtlich der Lebenserwartung und v.a. Lebensqualität das Beste ist, die Therapie sämtlicher Erkrankungen einfach zu addieren, darf durchaus bezweifelt werden.

Über 3% der Menschen versterben an unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Es gibt nur wenige Studien zu Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und praktisch keine Daten zu den äußerst vielschichtigen Problemen der Polypharmakotherapie. Dabei sind Entlassungsmedikationen aus dem Krankenhaus mit 12–15 verschiedenen Substanzen und drei Einnahmezeitpunkten heute durchaus die Regel – und dies bei Patienten mit individuell reduzierter Eliminationskapazität von Leber und Nieren, eingeschränkter therapeutischer Breite und häufigen kognitiven Beeinträchtigungen. Nach einer schwedischen Studie auf der Basis der Analyse von Totenscheinen aus dem Jahr 2008 sind mehr als 3% der Todesfälle auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen zurückzuführen. Wie viele Stürze alter Menschen mit oft gravierenden Folgen durch das Symptom „Schwindel“ als UAW von Sedativa, Antihypertensiva, Antiarrhythmika, Diuretika, Antidepressiva und Antidiabetika bedingt sind, kann nur geschätzt werden.

Haben Sie Mut zur Lücke auf dem Rezept!

Die multiplen und multifaktoriellen Folgen einer Polypharmakotherapie sind kaum in klinischen Studien zu klären. Sie bedürfen der individuellen Beobachtung durch einen Arzt, der die gesamte Lebenssituation des Patienten kennt. Früher konnten Therapien im Krankenhaus länger beobachtet werden; bei einer DRG-bedingten durchschnittlichen Liegedauer in der inneren Medizin von sechs bis sieben Tagen ist hierfür heute jedoch keine Zeit mehr. Umso mehr sollte sich der Hausarzt immer wieder fragen, ob die von verschiedenen Spezialisten aus ihrem verengten Blickwinkel verordneten Therapien dem betagten Patienten in seiner Lebensqualität und seinen individuellen Bedürfnissen tatsächlich nützen. Das Prinzip „Mut zur Lücke“ kann dabei durchaus segensreich sein. Oft ist es ebenso wichtig, eine Behandlung zu beenden, wie sie zu beginnen. Wie Sie dabei am besten vorgehen, zeigt unser Schwerpunkt zur Polypharmakotherapie.