

KRITISCH GELESEN

Aktuelle Studien – referiert und kommentiert von Experten



Prof. Dr. med.
H. S. Füeßl
Privatpraxis für
Integrative
Innere Medizin,
München



Prof. Dr. med.
H.-C. Diener
Klinik für Neurologie,
Universitätsklinikum
Essen



Prof. Dr. med. Dr. phil.
S. Evers
Klinik für Neurologie,
Krankenhaus
Lindenbrunn



Prof. Dr. med.
H. J. Heppner
Geriatrische Klinik
und Tagesklinik,
Helios Klinikum
Schwelm



Prof. em. Dr. med.
Dr. h. c. D. Reinhardt
Kinderklinik und
Kinderpoliklinik im
Hauerschen Kinder-
spital, München

Unnötige und gefährliche Polypharmazie am Lebensende

Eine große Kohortenstudie zeigt, dass sich der Medikamentenkonsum alter Menschen bis zum Tod immer weiter steigert. Vieles davon dürfte nutzlos sein – gerade wenn es um Langzeitprävention geht.

— Gerade erst hat eine kanadische Studie gezeigt, dass Demenzpatienten kurz vor dem Tod noch zahlreiche Arzneimittel einnehmen – auch solche zur Langzeitprävention (MMW 12/2017, S. 32). Schwedische Forscher wollten nun wissen, wie es in der Gesamtbevölkerung

aussieht. Dafür entnahmen sie den schwedischen Sterberegistern der Jahre 2007–2013 alle 511.843 Todesfälle von Personen über 65 Jahren und verknüpften sie mit den Arzneimittelverordnungen in den letzten 12 Monaten vor dem Tod. Das mittlere Sterbealter betrug 84 Jahre. Jeder Dritte lebte in einem Heim.

Die Analyse zeigte, dass ein Jahr vor dem Tod 30,3% der Senioren zehn oder mehr Medikamente erhielten. Die Rate stieg bis zum Tod auf 47,2%. Die häufigsten verordneten Mittel im letzten Lebensjahr bzw. -monat waren Antithrombotika (52,5% bzw. 53,8%), Diuretika (47,1% bzw. 53,1%), Analgetika (40,2% bzw. 60,8%), Psycholeptika (39,5% bzw. 51,2%) und Betablocker (39,4% bzw. 41,1%). Häufig wurden auch ACE-Hemmer (21,6%), AT₁-Rezeptorblocker (10,8%), Kalziumantagonisten (17,8%) und Statine (18,2%) verordnet.

▪ Morin L et al. Choosing wisely? Measuring the burden of medications in older adults near the end of life: nationwide longitudinal cohort study. *Am J Med.* 2017;130:927–36

KOMMENTAR

Diese Polypharmazie am Lebensende birgt v. a. zwei Probleme. Zum einen behindern die altersbedingten renalen und hepatischen Funktionseinschränkungen Abbau und Ausscheidung der Medikamente, sodass die Gefahr von Überdosierungen, Nebenwirkungen und Interaktionen steigt. Zum anderen stellt sich die Frage, ob angesichts der begrenzten Lebenserwartung eine präventive Therapie überhaupt noch einen Nutzen bringen kann. Dies darf man bei Lipidsenkern und Antihypertensiva bezweifeln. Auch die Notwendigkeit und Wirksamkeit symptomatischer Therapien, z. B. mit Analgetika, Anxiolytika, Sedativa oder Diuretika sollte regelmäßig überprüft werden. Die Leitlinien sollten nicht nur zum Beginn, sondern auch zur Beendigung einer medikamentösen Therapie im Alter Aussagen machen.

Prof. Dr. med. H. Holzgreve



© Shutterstock / Getty Images / iStock

Muss er wirklich noch zehn Medikamente nehmen?