

Unsere Experten beraten Sie bei kniffligen medizinischen Fragestellungen aus Ihrer Praxis.

Hier erhalten Sie Rat binnen 48 Stunden:
www.springermedizin.de/mmw-sprechstunde

Prof. Dr. med. Hermann S. Fießl
 Internist, München



Dr. med. Peter Stiefelhagen
 Internist, Hachenburg



Hochbetagte Patientin

Ist das nicht eindeutig Übertherapie?

? Frage von Dr. S. S.: Nach einem Klinikaufenthalt wegen eines Perikardergusses stellte sich eine über 90-jährige, selbstständig lebende Patientin erstmals bei mir vor (siehe MMW 12/2017, S. 22). Ich würde ihre beachtliche Medikation (siehe Kasten) gern etwas reduzieren.

Aus der Vorgeschichte sind drei Myokardinfarkte ab 2001, eine Blutung aus einem Magenlipom sowie ein klarzelliges Nierenzellkarzinom bekannt. Blutdruckmessungen ergaben 138/64 und 135/75 mmHg.

! MMW-Experte Stiefelhagen: Allopurinol kann man weglassen. Das Statin würde ich in diesem Alter nicht mehr geben. Auch ist die Diuretika-Therapie sehr intensiv – vielleicht wegen des Perikardergusses, der aber wohl nicht Ausdruck einer kardialen Dekompensation sein dürfte. Hier sollte man schrittweise das Torasemid reduzieren. Isosorbiddinitrat und Molsidomin sind nur dann sinnvoll, wenn die Patientin über Stenokardien klagt. Auch Omeprazol kann man weglassen.

! MMW-Experte Fießl: Da nur manche klinischen Daten bekannt sind, ist es schwer, hier Empfehlungen zu ge-



© Vipefak / Getty Images / iStock.com

Medikation bei Krankenhaus-Entlassung

Lercanidipin 10 mg	1-0-1	L-Thyroxin 100 µg	1-0-0
Metoprolol 95 mg	1-0-1	Omeprazol 40 mg	1-0-0
Ramipril 5 mg	0-0-1	Kalium	pausiert
Isosorbiddinitrat 120 mg	1-0-0	Xipamid 10 mg	1-0-0
Molsidomin 8 mg	0-0-1	Kalziumacetat 475 mg	1-1-1
Torasemid 10 mg	2-1-0	Macrogol-Beutel	1-0-0
Simvastatin 40 mg	0-0-1		
Allopurinol	pausiert	Insulin basal 14 IE	abends
ASS 100 mg	1-0-0	Insulin glulisin	nach BZ-Wert

ben. Es gibt aber Anhaltspunkte für eine Reduktion der Medikation.

Lercanidipin / Metoprolol / Ramipril: Bei den genannten Blutdruckwerten erscheint es mir vertretbar, den Betablocker ausschleichend abzusetzen.

Xipamid / Torasemid: Wahrscheinlich liegt eine Niereninsuffizienz vor. Die Therapie wurde eventuell vor Jahren im Krankenhaus wegen einer Linksherzinsuffizienz im Rahmen der Myokardinfarkte eingeleitet. Falls sich die

Pumpfunktion gebessert hat, könnte man eine Dosisreduktion riskieren.

Isosorbiddinitrat / Molsidomin: Hat oder hatte die Patientin Angina pectoris?

Simvastatin: Indikation grundsätzlich gegeben, allerdings gibt es keine gute Evidenz über die Sinnhaftigkeit bei Patienten, die den Myokardinfarkt um 20 Jahre überlebt haben.

Allopurinol: Wahrscheinlich wegen sekundärer Hyperurikämie bei Niereninsuffizienz. Keine Indikation.

Omeprazol: Das für die Magenblutung ursächliche Magenlipom ist offensichtlich beseitigt. Keine Indikation für eine Dauertherapie erkennbar.

Insulin basal / Insulin glulisin: Ob dieses relativ komplexe Regime bei einer 90-jährigen Patientin tatsächlich

erforderlich ist, hängt von den Blutzuckerwerten ab. Möglicherweise käme man auch mit einer ganz konventionellen Therapie mit zweimaliger Gabe eines Verzögerungsinsulin zurecht.

Insgesamt vermittelt das therapeutische Regime den Eindruck, als ob hier eine Entlassungsmedikation aus dem Krankenhaus perpetuiert worden sei, ohne dass die Indikation anhand von fortlaufenden Evaluationen des klinischen Zustands überprüft wurde. ■