

Wie viele Medikamente braucht mein Patient?

Mit dem Problem der Polypharmakotherapie bei multimorbiden Patienten beschäftigte sich die Fortbildungsveranstaltung „Fünf Medikamente – mehr braucht kein Patient!“ des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) kürzlich in Düsseldorf.

von Martina Levartz

Immer mehr Patienten leiden unter chronischen Mehrfacherkrankungen. Für den Arzt in Klinik und Praxis wird es zunehmend schwieriger, eine für den Patienten optimale Therapie sicherzustellen. Verordnet er entsprechend den Leitlinien die zugehörige Medikation, so kommt er gerade bei multimorbiden Chronikern schnell auf zehn und mehr Medikamente, wobei die möglichen Interaktionen kaum mehr kalkulierbar sind.

Eine Studie von Boyd et al. (JAMA 2005) zeigt, dass über 65 Jahre alte Patienten zu 48 Prozent mindestens 3 chronische Erkrankungen haben, in 21 Prozent der Fälle sogar mindestens 5 chronische Erkrankungen. Rechnet man damit, dass pro chronischer Erkrankung mindestens 2 Medikamente notwendig sind, wären in 48 Prozent der Fälle mindestens 6 Medikamente, in 21 Prozent mindestens 10 verschiedene Medikamente zu verabreichen.

Leitliniengerechte Therapie bei Multimorbidität?

Das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen steigt mit der Zahl der eingenommenen Medikamente in etwa exponentiell, so Dr. Christian Queckenbeck vom Institut für Pharmakologie der Universität zu Köln. Zu beachten sind aber nicht nur die Interaktionen zwischen den einzelnen verordneten Medikamenten. Auch durch Patienten-individuelle Faktoren wie reduzierte Eliminationskapazität von Leber und Niere zeigen sich eine geringere therapeutische Breite oder steilere Dosis-Wirkungskurven bei der Verabreichung vieler Medikamente.



*Studien zu Wechselwirkungen zwischen Medikamenten gibt es wenig, zu Polypharmazie bei Multimorbidität liegen fast keine Zahlen vor.
Foto: Photo Disc*

Nach einer schwedischen Studie, die auf der Analyse von Totenscheinen beruht (Wester et al., *Br J Clin Pharmacol.* 2008, April; 65 (4): 573-9), sind 3,1 Prozent aller Todesfälle auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen zurückzuführen. Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis stellt sich das Problem, dass evidenzbasierte Leitlinien nur für Mono-Morbidität gelten und die Probleme der Multimedikation beim Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen nicht berücksichtigen.

Studien zu Wechselwirkungen zwischen Medikamenten gibt es wenig, zu Polypharmazie bei Multimorbidität liegen fast keine Zahlen vor; Studien in diesem Bereich liegen nicht im unmittelbaren Interesse der Pharmaindustrie.

Oft nicht berücksichtigt werden zudem Verordnungen anderer ärztlicher Kollegen, die dem behandelnden Arzt nicht bekannt sind oder unzureichend dokumentiert wurden, sowie die Selbstmedikation des Patienten. Ärzte wissen also zu wenig über mögliche Wirkungen und Nebenwirkungen der verordneten Therapien.

Patienten-Compliance

Nicht nur Interaktionen machen die Verordnung unsicher, auch die Compliance des Patienten nimmt laut Studien mit zunehmender Anzahl der verordneten Medikamente ab. Wenn Polypharmakotherapie unvermeidlich ist, sollten Risikosubstanzen nach Möglichkeit vermieden werden. Es müssen engmaschige Kontrollen (Blutspie-

gel, Laborwerte, Befinden des Patienten) durchgeführt werden. „Immer ist die Gesamtmedikation zu erfragen und eine Nutzen-/Risikoabwägung im Sinne einer evidenzbasierten Medizin für jeden Wirkstoff eines Therapiekonzeptes sowohl separat als auch in Zusammenschau vorzunehmen“, so Christian Queckenbeck.

Überprüfung der Entlassungs-Medikation

Durch die frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus (DRG-Problematik) unterbleibe heute häufig die Überprüfung und Reduktion der Akutmedikation, die früher meist nach ein bis zwei Wochen in der Klinik stattgefunden habe, bzw. werde diese Aufgabe in die Hand des Hausarztes gegeben, sagte Professor Dr. Roland Gugler, Facharzt für Innere Medizin in Karlsruhe und Vorstandsmitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Wichtig sei es, in der Entlassungsmedikation anzugeben, wann und warum Medikamente angesetzt wurden und wie lange diese Medikation nach Entlassung beibehalten werden soll. So könne dem weiterbehandelnden Arzt die Medikamentenreduktion erleichtert werden.

Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus sollte der Krankenhausarzt die Medikationsliste überprüfen und den Patienten sowie den Hausarzt über die weitere empfohlene Medikation und Einnahmedauer informieren. Professor Gugler empfiehlt, Medikamente ohne strenge Indikation ab-

Möglichkeiten zur Vermeidung von Problemen durch Multimedikation

Reduktion der Medikamente vor Entlassung durch:

- Überprüfung der Medikationsliste vor Entlassung
- Vermeidung / Streichung von Medikamenten ohne strenge Indikation
- Verwendung von Kombinationspräparaten (z. B. Hochdruck; KHK)
- Information des nachbehandelnden Arztes über Behandlungsgrund und Behandlungsdauer
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Klinik und Hausarzt

Quelle: Vortrag Prof. Dr. R. Gugler, Veranstaltung IQN 14.01.09

zusetzen, die Einnahmezeiten auf zwei bis maximal drei Einnahmezeiten pro Tag zu reduzieren, und wenn möglich auf Kombinationspräparate zurückzugreifen.

Keine „Laborkosmetik“

Zu vermeiden sind Medikationen, die der Korrektur von erhöhten Laborparametern ohne manifeste Erkrankung dienen (wenn sie nicht notwendig für die Prävention einer Erkrankung sind), zum Beispiel die Gabe von Allopurinol bei Hyperurikämie ohne Gicht. Auch sind die Behandlung von Cholesterin und Blutzucker sowie Blutdruck bei älteren Patienten unter Abwägung von Nutzen und Risiko zu stellen. Manche Medikamente sind auch zunächst vermeidbar, zum Beispiel Statine zur Primärprävention, ohne dass vorher Diät und Bewegungstherapie getestet wurden. Zu überdenken sind beispielsweise auch die Gabe von Kalzium und Vitamin D oder Biphosphonaten bei verminderter Knochendichte ohne Zeichen einer Osteoporose, die Gabe von Protonenpumpeninhibitoren bei Multimedikation oder bei Einnahme nichtsteroidaler Antiphlogistika bei Nichtrisikopatienten.

Manchmal muss es mehr sein!

Angelika Haus, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, stellte an Beispielen aus der neurologischen Praxis dar, dass es Erkrankungen gibt, bei denen eine Polypharmakotherapie im Sinne des Patienten notwendig ist. Das erläuterte sie anhand der Parkinson-Therapie. Die medikamentöse Einstellung muss so erfolgen, dass sie dem Patienten ein möglichst optimales,

selbstbestimmtes Leben ermöglicht. Hier seien 5 Medikamente oft nicht genug. „Gerade die Behandlung älterer, multimorbider Patienten erfordert zumindest bei komplizierten Erkrankungen wie denen des ZNS eine fein abgestimmte, mehrzügige Medikation, mit Hilfe derer die häufigen Nebenwirkungen weniger, dann aber notwendigerweise hochdosierter Präparate abgedeckt werden“, so Haus.

Ziele und Prioritäten setzen

Die meisten nationalen und internationalen Leitlinien berücksichtigen die Problematik der Multimorbidität nicht, so Dr. Ulrich Thiem, Oberarzt der Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Marienhospital Herne, Ruhr-Universität Bochum. Er plädiert dafür, bei multimorbiden Patienten „Mut zur Lücke“ zu zeigen, Behandlungsprioritäten anhand der klinischen Situation und Symptomatik zu setzen und sich dem Therapiebedürfnis der Patienten zu stellen. Die Entscheidung über Art und Anzahl der Medikamente soll dabei auf einer individuellen Beurteilung sowohl der klinischen als auch der pharmakologischen Gesamtsituation des Patienten beruhen.

Oft bestehe eine Diskrepanz zwischen Patienten- und Behandler Sicht bezüglich der Therapieziele. Die klinischen Entscheidungen zur Medikation müssen laut Thiem die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen des Patienten und nicht primär nur die zugrunde liegenden Erkrankungen berücksichtigen. Dabei sei die Lebensdauer und Überlebenszeit nur eine von vielen konkurrierenden Zielvariablen.

Für den behandelnden Arzt bedeutet dies, die Priorisierung der Therapieziele im Dialog mit dem betroffenen Patienten durchzuführen. Dies beinhaltet die Einbeziehung des Patienten bei der Entscheidung über prioritäre Therapieziele und

Besonders zu überprüfende Medikation vor Entlassung aus dem Krankenhaus

Beispiele:

- Psychopharmaka
- Benzodiazepine
- Schlafmittel
- Laxanzien
- Protonenpumpeninhibitoren

Quelle: Vortrag Prof. Dr. R. Gugler, Veranstaltung IQN 14.01.09

Vorgehen bei der Medikation im Alter in der Hausarztpraxis

- Medikamente im Alter immer nach Wirkung individuell und niedrig dosieren, keine schematische Therapie anwenden – „Start slow, go slow“
- Absetzen der Medikation, wenn sie nicht mehr nötig ist – keine gewohnheitsmäßige Dauermedikation
- Adhärenz (Compliance) des Patienten, seine geistigen und körperlichen Möglichkeiten sowie seine Lebensumstände überprüfen/berücksichtigen
- Einfache Einnahmepläne erstellen, einfaches Therapieregime

Quelle: Vortrag Dr. Oliver Funken, Veranstaltung IQN 14.01.09

auch die Akzeptanz negativer Gesundheitsfolgen durch diese Priorisierung. „Eine patienten-orientierte, die Behinderung im Alltag fokussierende Sicht weist möglicherweise den Weg in ein verbessertes Management von Multimorbidität“, so Thiem.

Die Kommunikation muss stimmen

Die Bedeutung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient betonte Tim Peters, Sprachwissenschaftler von der Ruhr-Universität Bochum: „Es ist wichtig, den Patienten da abzuholen, wo er steht.“ Bei seiner Formulierung muss der Arzt sich oft entscheiden zwischen Exaktheit und Verständlichkeit. Je mehr Fachbegriffe er benutzt, desto eher führt dies zu einer Unzufriedenheit beim Patienten durch schlechte Verständlichkeit. Andererseits erwartet der Patient Fachsprache als Zeichen der Kompetenz. Hier muss sich der Arzt – je nach Situation und Gesprächspartner – auf das nötige und angemessene Fachvokabular einstellen. Wichtig sei, dass der Arzt den Patienten ausreden lässt, Gesprächspausen setzt, zum Weiterreden ermutigt und das vom Patienten Gesagte kurz zusammenfasst.

Dies ist im Praxisalltag leider aus Zeitmangel häufig nicht möglich und wird zudem nicht vergütet. Es ist ein Kompromiss zwischen schnellem Informationsgehalt und offener Gesprächsführung zu finden. Wichtig sei zudem eine zugewandte und offene Körperhaltung, Blickkontakt und Vermeidung von parallelen Arbeiten, so Peters.

Dr. med. Martina Levartz, MPH ist Geschäftsführerin des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein.