

Nutzen muss höher sein als die Risiken



Interventionen müssen gezielter gesteuert und Ressourcen effizienter eingesetzt werden. Das betrifft auch die Geriatrie.

Initiative Schweizer Internisten haben ärztliche Leistungen benannt, die sinnvoll bis wirkungslos oder gar schädlich sind. Die DGIM in Deutschland macht sich darüber ebenfalls Gedanken.

Unnötiges vermeiden und Notwendiges tun – das steckt hinter der „Choosing Wisley“-Initiative, die 2011 von der „American Board of Internal Medicine (ABIM)-Foundation“ gegründet wurde und europaweit Fahrt aufnimmt. Nach diesem Vorbild haben die Schweizer Internisten im letzten Jahr ärztliche Leistungen benannt, die für Patienten sinnvoll bis wirkungslos oder

Text:
Katrin Hertrampf.

sogar schädlich sind. Inzwischen prüft auch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM; Initiative „Klug entscheiden“) den Nutzen medizinischer Maßnahmen. Demnächst sollen für jeden internistischen Schwerpunkt 5 Positiv-Empfehlungen (mit Vorteil) und 5 Negativ-Empfehlungen (ohne Nutzen, mit Nachteil) formuliert sein. Interventionen müssen gezielter gesteuert und Ressourcen effizien-

ter eingesetzt werden. Das betrifft auch die Geriatrie. Die Debatte um Über- und Unterversorgung wird hier schon lange geführt. Kritisiert werden u. a. der voreilige Einsatz von Antibiotika, die laxen Verordnungspraxis mit Beruhigungsmitteln und das Fehlen adjustierter Ernährungstherapien. Etwa die Hälfte aller Patienten über 65 Jahre nimmt 5 oder mehr Medikamente ein.

Hohes Lebensalter in Leitlinien berücksichtigen

Ein Problem in der Versorgung hochbetagter Menschen ist der mangelnde Blick auf die Erkrankungskomplexität. Die monopa-

@ heinz@kirchheim-verlag.de

thologische Orientierung spiegelt sich in aktuellen Leitlinien wider. Bei strikter Einhaltung von Behandlungsempfehlungen für jedes einzelne Krankheitsbild wird der an Multimorbidität leidende, ältere Patient zwangsläufig mehrere Medikamente (parallel oder zeitversetzt) einnehmen. Der Status Polypharmazie (> 5 Medikamente täglich) ist schnell erreicht bei Diabetes, Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit oder Herzinsuffizienz, wenn die Erkrankungen gleichzeitig vorliegen. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) aufgrund von Interaktionen zwischen den Medikamenten (z. B. Wechselwirkung Gerinnungshemmer und Antirheumatika) können die Folge sein. Zu Nebenwirkungen (Sturz, Delir, Blutungen bis zu Nierenversagen oder Tod) führen auch inadäquate Dosierung und

© Peter Mazzen - Fotolia

falsche Intervalle bei der Einnahme oder Verabreichung der Medikation.

Alte bis sehr alte Menschen weisen eine veränderte Pharmakokinetik und -dynamik auf (Resorption, Metabolisierung, Muskelverlust: Sarkopenie, Fettanteil, Ausscheidung). Solche Besonderheiten, auch Mehrfacherkrankungen und Frailty (Gebrechlichkeit) werden in den Leitlinien nicht berücksichtigt. Leitlinien stützen sich im Regelfall auf Studiendaten zum Nutzen von Arzneimitteln bei Patienten mittleren Alters. Diese Erkenntnisse werden zumeist auf die Gruppe der Hochbetagten übertragen. Diagnostik, medizinische Prozeduren und Wechselwirkungen sind so gut wie gar nicht untersucht. Mehr (und bessere) Evidenz für die Behandlung von älteren Menschen muss gefordert werden.

Geriatrisches Assessment flächendeckend einführen

Bei den Therapiezielen sind Lebenswirklichkeit und Erhalt der Alltagsfunktionen entscheidend. Der Stellenwert von Gesundheit und Lebensqualität ändert sich im Alter. Mortalität, Prognose und Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit mag bei jüngeren Patienten im Vordergrund stehen. Für Hochbetagte ist wichtig, die Selbstständigkeit zu erhalten, Symptome zu lindern und künftige Einschränkungen zu vermeiden (keine Akutkomplikation, keine Pflegebedürftigkeit). Ziel ist es, trotz Beschwerden eine aktive Teilhabe am Leben zu ermöglichen. Das steckt auch in dem vielfach zitierten Satz: „Nicht dem Leben mehr Jahre, sondern den Jahren mehr Leben geben“.



06131/96070-35

Schon bei Aufnahme in ein Krankenhaus sollte das geriatrische Assessment (CGA: Comprehensive Geriatric Assessment) zur Erfassung der Alltags-Funktionsfähigkeit erfolgen, mahnen die Geriater. Das CGA sollten zumindest in den ersten 72 Stunden abgeschlossen sein. Bean-

standet wird auch, dass Einführung in der Fläche fehlt. Obwohl lange bekannt ist, dass Patienten älter werden bis sehr alt sind. Viele Kliniken beginnen erst jetzt im Zuge von Bedarfsplanung und gesetzli-



© Gundolf Renze - Fotolia

chen Vorgaben mit Überlegungen, wie eine Implementierung vorangebracht werden kann. Fehlende Steuerung und unzureichende Expertise können Gründe sein, dass Therapieziele nicht erreicht werden und die Behandlung an den Bedürfnissen der Patienten vorbeigeht.

Arzneimitteltherapie sicherer gestalten

Eine große Aufgabe ist die Arzneimitteltherapie im Alter. Sie sollte angemessen sein und den Patienten nicht überfordern und gefährden. Die Sicherheit mit Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) hat Priorität. 2007 erschien die Beers-Liste zur Einstufung potentiell gefährlicher Medikamente (PIM: Potentially Inappropriate Medication), ein Jahr später wurden die START/STOPP-Kriterien zur Unter- und Überversorgung vorgestellt. Inzwischen gibt es die PRISCUS (Potentially Inappropriate Medication in the Elderly)-Liste und das FORTA (Fit fOR Aged)-Prinzip. PRISCUS und FORTA sollen die Einschätzung potentiell unangemessener Medikamente erleichtern. Bei FORTA wer-

den ergänzend Angaben auch zur geeigneten Therapie im Alter gemacht. Listen zur Vermeidung von UAW können den Nachteil haben, dass nur Daten zur Überlebenszeit berücksichtigt sind. Dazu kommt

das Risiko, dass wichtige Medikamente (z. B. Therapie bei Demenz, Mangelernährung, Hypertonie) vor-enthalten werden. Derzeit existiert die Forderung nach einem „Geriatric Safety and Investigation Plan“ für alle relevanten Wirkstoffe, die bei älteren Menschen eingesetzt werden.

Für die Wahl der Therapie kann es nützlich sein, die Relevanz der Diagnosen zu sortieren. Bei Patienten mit Multimorbidität und Frailty sollte vorab geklärt werden, ob Indikation, Dosis und Therapiedauer

stimmen, essentielle Medikamente fehlen und Risikokonstellationen vermeidbar sind.

Nutzen höher bewerten

Bei diesen Patienten muss die Frage nach der Wirksamkeit einer Therapie erst recht gestellt werden. Wichtig ist grundsätzlich, dass der Nutzen einer Behandlung höher bewertet wird als die Risiken. Die Therapieziele sollten realistisch gewählt sein, die Bedürfnisse des alten Menschen berücksichtigt und Angehörige (und/oder Betreuungspersonen) mit einbezogen werden.

Literaturliste bei der Autorin

Eine große Aufgabe ist die Arzneimitteltherapie im Alter.

„Schon bei Aufnahme in ein Krankenhaus sollte das geriatrische Assessment erfolgen.“



i Autor

Katrin Hertrampf
Pressestelle Stiftung
DHD
Georgstr. 11, 32545
Bad Oeynhausen
info@stiftung-dhd.de, www.stiftung-dhd.de