

[Artikel drucken](#) | [Artikel senden](#) | [Artikel anhören](#)

Aus der aktuellen Ausgabe

WENIGER MEDIKAMENTE SIND MEHR

Würde die Therapie von Patienten mit verschiedenen Erkrankungen verbessert, könnten Kosten gespart werden

Von *Claudia Nierlitz*

Nennen wir unsere Patientin Pia Muster. Sie ist 79 Jahre alt und leidet wie viele ihrer Altersgenossen an mehreren Erkrankungen. Seit Jahrzehnten hat Frau Muster eine chronische Bronchitis. Ausserdem schmerzen ihre Knie, weshalb sie lieber zu Hause bleibt. Durch den Bewegungsmangel hat sie einige Kilos zugenommen. In der Folge stiegen ihre Zuckerspiegel und der Blutdruck. Zweimal ist sie schon hingefallen und hat sich das Handgelenk gebrochen. Die Röntgenbilder zeigen, dass ihre Knochen dünner werden.

Mehr als 60 Prozent der über 65-Jährigen haben zwei oder mehr chronische Erkrankungen, errechneten Forscher unlängst anhand deutscher Versicherungsdaten. Jeder zweite Senior hat sogar vier Langzeitleiden oder mehr. Über 95 Prozent der Gesundheitskosten fliessen in der westlichen Welt in die Behandlung von «multimorbiden Patienten». Dabei ist unklar, welche Therapien ihnen am besten helfen.

Geht Frau Muster zum Arzt, so werden ihre fünf Leiden nach den Richtlinien der zuständigen Fachgesellschaften behandelt. Der korrekte Therapieplan beinhaltet 14 verschiedene Medikamente, errechneten Forscher der Johns-Hopkins-Universität in Baltimore (USA) für diese Muster-Patientin. Die Pillen müsste die Seniorin jeden Tag in 19 Einzeldosen zu fünf verschiedenen Zeiten einnehmen. Neben der Pharmatherapie müsste sie 14 weitere Empfehlungen beachten: Dazu gehören Ernährungs- und Bewegungsregeln ebenso wie regelmässiges Blutdruckmessen und Schulungen.

Frau Muster müsste sich den ganzen Tag mit ihren Krankheiten beschäftigen. «Und dabei ist weitgehend unklar, ob die empfohlenen Therapien bei Patienten mit Vielfacherkrankungen den erwarteten Nutzen haben», sagt Vladimir Kaplan, Leitender Arzt für Innere Medizin am Universitätsspital Zürich. Denn die meisten Behandlungsleitlinien beruhen auf Studien, an denen jüngere Patienten mit einer einzigen Erkrankung teilgenommen hätten. «Dementsprechend ist es problematisch, die gewonnenen Erkenntnisse auf die multimorbiden Patienten anzuwenden», so der Internist. Zudem bleibt unklar, ob die jeweilige Behandlung gleichzeitig mit anderen Massnahmen überhaupt noch wirksam ist - oder diesen sogar zuwider läuft.

Während sich früher meist Hausärzte mit solchen Problemen konfrontiert sahen, stellen sich diese Fragen auch in Spitalern immer häufiger. So haben gemäss Krankenakten mehr als 85 Prozent der in der Notaufnahme des Zürcher Universitätsspitals behandelten Patienten zwei oder mehr chronische Erkrankungen.

Risiko von Wechselwirkungen steigt mit Anzahl der Arzneien

Patienten mit mehr als zehn Diagnosen sind heute keine Seltenheit. Doch schon für Frau Muster gilt es, zahlreiche Wechselwirkungen der fünf Therapien zu beachten. So kann etwa das gegen den Bluthochdruck eingenommene Entwässerungsmittel (Hydrochlorothiazid) die Zucker- und Cholesterinspiegel erhöhen. Die wegen der Kniearthrose verordneten Schmerzmittel (Naproxen) steigern den Blutdruck. Das Osteoporosemittel kann Magen und Nieren angreifen.

«Weniger ist mehr», empfahl kürzlich der israelische Geriater Doron Garfinkel beim Kongress für Allgemein- und Familienmedizin «Forum Medizin 21» in Salzburg. Das Risiko für Wechselwirkungen und die falsche Anwendung stiege mit der Zahl der verordneten Medikamente. Deshalb hat Garfinkel eine Methode entwickelt, mit der sich die Arzneien bei multimorbiden Patienten offenbar gefahrlos reduzieren lassen (siehe Kasten). Es entstehe, so Garfinkel eine «Win-win-Situation». Den Patienten gehe es mit weniger Tabletten oft besser, und gleichzeitig sinken die Kosten.

Von jedem achten Medikament haben die Ärzte nichts gewusst

In der Schweiz gibt es aus dem Praxisalltag bislang nur wenige Daten. In rund 85 Prozent der allgemeinmedizinischen Praxen werden die Krankenakten nicht digital erfasst. Genaue Erkenntnisse über multimorbide Patienten und deren Behandlung soll ein Projekt namens Fire liefern. Dafür werden Daten von mehr als 100 000 Patienten aus rund 60 Schweizer Praxen mit Computerprogrammen ausgewertet.

In anderen Ländern gibt es bereits Lösungsansätze: So testeten etwa 20 Hausärzte in Hamburg und Düsseldorf eine Multimorbiditätssprechstunde. Die Ergebnisse stellten sie bei dem Kongress in Salzburg vor. In vier halbstündigen Gesprächen hatten die Mediziner Ziele festgelegt, Medikamente überprüft und Fragen der Patienten besprochen.

Dabei präsentierten die 128 Studienteilnehmer 1305 Medikamente. Von der Einnahme jedes achten Mittels hatten die Ärzte nichts gewusst, jedes vierte war problematisch. In sechs Prozent der Fälle stellte sich heraus, dass die Patienten eine der verordneten Arzneien gar nicht einnahmen. Ähnliche Studien laufen auch in den Niederlanden und in Österreich.

Während Vladimir Kaplan Hausärzte und Grundversorger in die Pflicht nehmen will, bezweifelt Garfinkel, dass diese im Alltag den nötigen Aufwand betreiben können. Er schlägt daher die Einführung ärztlicher Case-Manager vor. Diese neue Sorte Mediziner hätte die Gesamtsituation von Patienten wie Frau Muster im Blick, bei denen vor lauter Therapien das Leben zu kurz kommt.

Weniger Spitalaufenthalte, tiefe Sterberate

Der israelische Altersmediziner Doron Garfinkel hat eine Methode entwickelt, mit der insbesondere der sogenannten Polypharmazie Einhalt geboten werden soll. Dabei diskutieren die Ärzte die Vor- und Nachteile jedes einzelnen Medikaments mit den Patienten und ihren Angehörigen. Anschliessend wird ein neuer Therapieplan mit möglichst wenigen Medikamenten erstellt.

Erste Studien zeigen, dass die abgesetzten Mittel kaum wieder verordnet werden mussten. Zudem gewannen die «weniger behandelten» Patienten: Im Gegensatz zu herkömmlich therapierten profitierten sie geistig, mussten seltener ins Spital, und während des Untersuchungszeitraums starben weniger von ihnen.

Publiziert am 04.12.2011

[Share / Save](#)