

«Geriatrische Guidelines» oder sinnvolle Medikamentenverordnungen ...

Gérard Waeber



Anscheinend sind in den USA pro Jahr ca. 166 000 Konsultationen von über 65-jährigen Patienten auf den Notfallstationen auf Medikamentenzwischenfälle zurückzuführen.

Daniel S. Budnitz et al. [1] haben diesbezüglich einige schwindelerregende Zahlen veröffentlicht. Demnach mussten in den USA etwa zwei Drittel der über 65-jährigen Patienten nach einer Vorstellung in der Notaufnahme aufgrund von Medikamentenzwischenfällen stationär aufgenommen werden. Somit erfolgten 65% der 99 000 stationären Aufnahmen pro Jahr aufgrund einer Medikamentenüberdosierung, 27% aufgrund einer unerwünschten Arzneimittelwirkung und 5% aufgrund einer allergischen Reaktion. Die Hälfte der stationär aufgenommenen Patienten war über 80 Jahre alt, und 40% nahmen 5–9 verschiedene Medikamente ein. 14% der Patienten hatten bei ihrer Aufnahme sogar über zehn Medikamente! Am beeindruckendsten ist, dass vier Medikamentenklassen für 67% der stationären Aufnahmen verantwortlich sind: orale Antikoagulantien, NSAR, Insulin und orale Antidiabetika.

Zu einer Zeit, in der unser Gesundheitssystem wirtschaftlich auf äusserst wackligem Fundament steht und alle Notfallstationen der Spitäler überlaufen sind, sollten wir aus einer solchen Studie unsere Lehren ziehen. Während die Wichtigkeit der Antikoagulation bei der Behandlung venöser Thromboembolien oder diejenige von Insulin bei Diabetes mellitus ausser Frage steht, so ist bei der Behandlung mit diesen Medikamenten dennoch eine Nutzen-Risiko-Analyse erforderlich. Die Anwendung klinischer Ratings wie des CHADS-Score zur Beurteilung des Thromboembolierisikos bei Vorhofflimmern oder des HAS-BLED-Scores zur Einschätzung des Blutungsrisikos sollte demzufolge unterstützt werden. Überdies ist es nicht sicher, ob das Hämorrhagierisiko mit der Einführung neuer oraler Antikoagulantien in den kommenden Jahren signifikant abnimmt.

In den USA kommt es jedes Jahr bei ca. 23 000 der mit oralen Antidiabetika oder Insulin behandelten Patienten

zu Hypoglykämien [1]. Vor einigen Jahren wurde mit den internationalen Empfehlungen eines Glykohämoglobinwerts (HbA1c) von 6,5% ein ehrgeiziges therapeutisches Ziel in der Diabetesbehandlung gesteckt. Die meisten Diabetes-Fachgesellschaften visieren heute mit einem HbA1c-Wert von ungefähr 7% ein vernünftigeres Ziel an; die Empfehlungen für die klinische Praxis bei älteren Menschen sind jedoch weniger eindeutig. Die Vorteile einer strengen Blutzuckerkontrolle bei älteren Menschen wurden u.a. von Elbert S. Huang et al. [2] untersucht. So führt eine Behandlung mit Antidiabetika und einem therapeutischen Ziel, das eher bei einem HbA1c-Wert von 7 als von 7,9% angesiedelt ist, zu einer theoretischen Erhöhung der Lebenserwartung um 82 Tage, wenn der Diabetes im Alter von 65 Jahren diagnostiziert wurde und der Patient keine Komorbiditäten aufweist. Bei einem 75-jährigen Patienten, der seit zehn Jahren mit Antidiabetika behandelt wurde, würde sich die Lebenserwartung bei strenger Blutzuckerkontrolle theoretisch um 51 Tage erhöhen [2]. Zweifelsohne ist jeder Lebensstag kostbar, doch zu welchem Preis? Angesichts der zahlreichen stationären Aufnahmen, die hauptsächlich aufgrund unerwünschter Wirkungen nach der Behandlung mit oralen Antidiabetika, Insulin, Antikoagulantien und NSAR erfolgen, sollten wir gut darüber nachdenken, welche Medikamentenverordnungen für ältere Menschen sinnvoll sind. Was auf jeden Fall fehlt, sind gute «geriatrische Guidelines» für sinnvolle Medikamentenverordnungen, um iatrogene Schäden zu minimieren.

Literatur

- 1 Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older americans. *N Engl J Med.* 2011;365(21):2002–12.
- 2 Huang ES, Zhang Q, Gandra N, Chin MH, Meltzer DO. The effect of comorbid illness and functional status on the expected benefits of intensive glucose control in older patients with type 2 diabetes: a decision analysis. *Ann Intern Med.* 2008;149(1):11–9.