

Dr. Dr. med. Heinz-Peter Ebermann, MAS

Weniger ist mehr

Die Liste sinnlos verordneter

Medikamente am Lebensende ist lang.



Derzeitige Situation des Informationsflusses im Gesundheitswesen:

Herr K., 83 Jahre: Diagnose Lungenkrebs. Medikamente vier Tage vor seinem Tod: Bambec®, ThromboASS®, Alna® retard, Finasterid®, Kaliumchlorid, Nexium®, Nikotinell-Pflaster®. Polypharmazie, definiert als die Einnahme von mehr als drei bis fünf Medikamenten, ist am Lebensende keine Ausnahme. Die Verschreibung viel zu vieler Arzneien, die unnötig und/oder ineffektiv sind, ist bedenklich. Hausärztinnen und Hausärzte sind aufgerufen, sterbenskranken Menschen unnötige, belastende und oft auch durch Wechselwirkungen mehr Schaden als Nutzen bringende Arzneimittel zu ersparen. Letztlich treten auch Arzneimittelwechselwirkungen mit steigender Anzahl der Präparate praktisch immer auf. Nicht mechanisches Verordnen, sondern einfühlsames Fragen nach den Bedürfnissen des kranken Menschen ist daher nötig, um unnötige Belastungen zu vermeiden. Palliativteams können Ärzten, Patienten und deren Angehörige in der Entscheidungsfindung mit wertvollen Impulsen helfen.

Reduktion der Medikamente ist wünschenswert

Palliativpatientinnen und -patienten werden aus dem Krankenhaus entlassen und sind hausärztlich weiter zu betreuen. Die im Arztbrief enthaltene Therapieempfehlung umfasst immer wieder Medikamente, die nicht der Schmerztherapie und Symptomkontrolle dienen, sondern in ihrer Gesamtheit eine Belastung für die Betroffenen darstellen und von fragwürdigem Nutzen sind. Die hausärztliche Verordnung deckt sich zumeist in Folge mit dem Entlassungsbrief, sehr selten erfolgt eine Reduktion der Medikamente, eher noch werden Überlegungen angestellt, in welcher anderen Darreichungsform – zum Beispiel löslich – ein Arzneimittel zugeführt werden könnte, wenn etwa Schluckprobleme auftreten. Im mobilen Palliativteam erleben wir nahezu täglich, dass die Kranken nur mit größter Mühe „ihre“ Medikamente einnehmen, nicht selten zwingen

Autor: Dr. Dr. med. Heinz-Peter Ebermann, MAS

© Mai 2015 · NÖ PPA · Laut gedacht · Weniger ist mehr

Seite 1 von 4

sie sich dazu. Dabei leiden die meisten von ihnen ohnehin bereits unter Appetitlosigkeit, oftmals auch unter Übelkeit und Erbrechen und damit unter Symptomen, die durch die Vielzahl der einzunehmenden Medikamente noch verstärkt werden können. Die Patientinnen und Patienten äußern häufig selbst den Wunsch, weniger Tabletten nehmen zu wollen, aber schließlich *müssen* sie doch, weil es der Doktor so verschrieben habe ...

Lebensqualität und Polypharmazie

Warum werden aber trotz der unwiderlegbaren Nachteile sterbende Menschen mit sinnlosen Medikamenten überschüttet? Die Ursachen für eine fehlende Therapiebegrenzung sind zumeist bei Ärzten zu suchen. Bedingt durch Informationsdefizite, eigene Ängste und Unsicherheit sowie überhöhten Ehrgeiz wird lieber zu viel als zu wenig und eher zu lange als zu kurz behandelt. Es wird in der Praxis aber übersehen, dass weder eine Verbesserung des Zustandes noch ein Gewinn an Lebensqualität erzielt wird und somit die Medikation sinnlos ist. Auf der anderen Seite gibt es aber auch Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige, die das Unmögliche verlangen und auf Biegen und Brechen therapeutische Maßnahmen einfordern. Dabei wird übersehen, dass es kein Recht auf eine fragwürdige Therapie oder eine Maßnahme gibt, die keine Hilfe mehr bringen kann. Es gibt Medikamentengruppen, die in der sogenannten Terminalphase einen sehr fragwürdigen Nutzen haben. Es ist zum Beispiel sinnlos, ein Medikament wie Bisphosphonat zu verabreichen, dessen Wirkung sich erst nach monatelanger Gabe entfaltet oder Antihypertonika zum Senken des Blutdrucks zu geben, da Menschen in ihren letzten Lebenswochen erfahrungsgemäß einen niedrigen Blutdruck haben. Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Schwäche werden durch Blutdrucksenker nur weiter verstärkt. Das Für und Wider einer Arzneimittelgabe am Lebensende wird bei den blutverdünnenden Substanzen (Antikoagulantien) am häufigsten diskutiert. Und dies gilt zugleich auch als paradigmatisch für die abwägende Haltung in der Palliativmedizin schlechthin: Das Bestreben, ärztliche Therapie auf ein Minimum zu begrenzen, um Lebensqualität zu erhalten.

Was können Hausärztinnen und -ärzte tun?

Das objektive Kriterium der Indikation ist gegen das subjektive Kriterium der Lebensqualität für eine bestimmte Person abzuwägen. Dieses Paradigma sollte sich auch die hausärztliche Betreuung zu Herzen nehmen. Hausärztinnen und -ärzte sind Vertrauenspersonen, deren Wort und Entscheidungen Gewicht haben.

Autor: Dr. Dr. med. Heinz-Peter Ebermann, MAS

© Mai 2015 · NÖ PPA · Laut gedacht · Weniger ist mehr

Seite 2 von 4

Die Entscheidungsfindung für oder gegen ein Arzneimittel am Lebensende muss stets individuell erfolgen und unter Einbeziehung aller Beteiligten. Dabei werden bei allen Betroffenen – Kranken und Angehörigen – Wünsche, Hoffnungen, Ängste und Missverständnisse berücksichtigt. Jede Ärztin und jeder Arzt muss letztendlich in eigener Verantwortung entscheiden. Neben- und Wechselwirkungen sowie die Sinn- und Nutzlosigkeit vieler Medikamente am Lebensende sollten ihnen bekannt sein.

Zudem muss deutlich werden, dass Bedürfnisse sterbenskranker Menschen und deren Angehörigen stets individuell sind, weshalb Standardempfehlungen in Entlassungsbriefen ihnen niemals gerecht werden können. Nicht Therapieabbruch, sondern Therapiezieländerung ist gefordert! Palliativteams können Hausärztinnen und -ärzte unterstützen, ihnen aus eigener Erfahrung wertvolle Impulse liefern und Entscheidungen mittragen. So kann es gelingen, dass nicht mehr kritiklos Medikamente in Sterbende „gegossen“ werden (Voltaire), sondern dass wir uns durch eine individuelle, sinnvolle Oligopharmazie wieder auf die Ziele und Aufgaben von Palliative Care besinnen.

„Ärzte gießen Medikamente, über die sie wenig wissen, gegen Krankheiten, über die sie noch weniger wissen, in Patienten, über die sie gar nichts wissen.“

Voltaire (1694-1778)

Über den Autor:

Dr. Dr. med. Heinz-Peter Ebermann, MAS

Jahrgang 1951, Arzt und Tierarzt, Palliativmediziner, Ausbildung in Psychosozialer Medizin, tätig im stationären Hospiz und Mobilem Palliativteam Tulln, im Mobilem Kinderhospiz Netz Wien sowie in eigener Praxis in Klosterneuburg.

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Expertinnen und Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf www.patientenanwalt.com zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Autor: Dr. Dr. med. Heinz-Peter Ebermann, MAS

© Mai 2015 · NÖ PPA · Laut gedacht · Weniger ist mehr

Seite 4 von 4