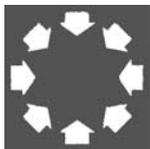


31. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“



Aktuelle diagnostische, therapeutische und versorgungspolitische Aspekte ausgewählter Erkrankungen und bei Menschen im höheren Lebensalter

Das 31. Interdisziplinäre Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“, ein jährlich im Januar stattfindender zentraler Fortbildungskongress der Bundesärztekammer, widmete sich in diesem Jahr in verschiedenen Beratungen den Themen Suchterkrankungen, Therapie der Adipositas, Andrologie in der täglichen Praxis und Versorgung betagter Patienten. Besondere Fragestellungen der Arzneitherapie und Arzneimittelsicherheit im Alter standen im Mittelpunkt des in den Kongress integrierten Symposiums der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ).

Suchterkrankungen

Nach Luxemburg, Ungarn, Irland und Tschechien belegt Deutschland mit 10,1 Liter (reiner Alkohol) Pro-Kopf-Verbrauch den fünften Platz beim Alkoholkonsum in Europa. Als risikoreich gelten der tägliche Konsum von mehr als 20 g reinen Alkohols bei Frauen und 30 g bei Männern. Ca. 10,4 Millionen Menschen in Deutschland werden als riskante Alkoholkonsumenten eingestuft. 3,5 Millionen der Bundesbürger gelten als alkoholabhängig oder betreiben Alkoholmissbrauch. Aktuelle Analysen zu alkoholbezogenen Gesundheitsstörungen und Todesfällen gehen von jährlich ca. 74.000 Todesfällen durch Alkoholkonsum allein oder durch den Konsum von Tabak und Alkohol bedingt aus. Die Kosten alkoholbedingter Erkrankungen werden jährlich auf 21 Milliarden EUR geschätzt, wobei der größte Teil für die Versorgung von Risikokonsumenten in Anspruch genommen wird. Da nur 15 Prozent der Betroffenen Hilfsangebote wahrnehmen, darf von einer drastischen Unterversorgung ausgegangen werden. Erschwert wird der

Zugang zur Therapie einschließlich der notwendigen Rehabilitation durch vielschichtige sozialrechtliche Regelungskompetenzen (Sozialgesetzbuch V, VI, IX und XII). Die Zahl der Arzneimittelabhängigen liegt bei ca. 1,4 Millionen, führend sind die Benzodiazepine und Analgetika. Dem Hausarzt und dem behandelnden Arzt im Krankenhaus kommen bei der Diagnostik und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen eine besondere Bedeutung zu. So können hier auch Kurzinterventionen erhebliche Veränderungen im Konsumverhalten bewirken. Wichtig ist, dass der Arzt das Vorliegen einer alkoholbedingten Störung abwägt. Die „Motivierende Gesprächsführung“ mit Schwerpunkten, die nach den Stadien der Änderungsabsicht definiert sind, ist für die Frühintervention in der medizinischen Versorgung gut geeignet. Das nach Miller und Rollnick entwickelte Konzept der „Motivierenden Gesprächsführung“ (Motivational Interviewing) dient der Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Wesentliche Grundlagen und Inhalte sind aktives Zuhören, Wertschätzung und Akzeptanz, die den Patienten in ihrem Selbstvertrauen unterstützen und zu einer Verhaltensänderung motivieren.

Näheres zur Diagnostik und Therapie von Suchterkrankungen sind der Homepage der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu entnehmen: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf>. Hier sind unter der Reg.-Nr. 076 die von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) entwickelten S2-Leitlinien unter anderem zu alkoholbezogenen Störungen und Medikamentenabhängigkeit nachzulesen.

Adipositas

Die aktuelle Gesundheitsberichterstattung in Deutschland belegt: immer noch zu viele Menschen rauchen, sind zu dick, bewegen sich zu wenig und trinken zu viel Alkohol (<http://www.gbe-bund.de>).

In Deutschland sind etwa jede zweite Frau und jeder zweite Mann übergewichtig, das heißt der Body Mass Index (BMI) liegt über 25 kg/m², adipös (BMI liegt über 30 kg/m²) sind etwa 20 Prozent der Bevölkerung. Als übergewichtig gelten Kinder, deren BMI höher liegt als der BMI von 90 Prozent der Kinder in der jeweils betrachteten Alters- und Geschlechtsgruppe der Vergleichsgruppe (90. Perzentil). Von Adipositas (Fettleibigkeit, extremes Übergewicht) geht man aus, wenn das 97. Perzentil überschritten wird. 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren sind übergewichtig oder adipös (knapp die Hälfte – 6,3 Prozent – davon leiden unter Adipositas). In absoluten Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass ca. 1,9 Millionen übergewichtige Kinder und Jugendliche in Deutschland leben, 800.000 davon sind adipös. Der Anteil der übergewichtigen Kinder ist damit um 50 Prozent gestiegen, der Anteil der adipösen Kinder und Jugendlichen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten verdoppelt. Als Risikogruppen gelten Kinder aus sozial benachteiligten Schichten, Kinder mit übergewichtigen Eltern und Kinder mit Migrationshintergrund. Adipositasassoziierte Krankheiten verursachen mit jährlich bis zu 20 Milliarden EUR sechs Prozent aller Krankheitskosten. In der Liste der Komorbiditäten stehen der Typ-2-Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und die Hypertonie an vorderster Stelle.

Die Ernährungsumstellung (faserhaltige Ballaststoffe, maximal 30 Prozent Fett und maximal 10 Prozent gesättigte Fettsäuren bezogen auf die Gesamtenergieaufnahme), eine Erhöhung der körperlichen Aktivität (ca. 150 Minuten pro Woche sportliche Betätigung) und eine grundlegende Verhaltensmodifikation sollten sinnvoll kombiniert werden. Erstgenannte dürfen als wichtigste und effektivste, aber auch am schwersten realisierbare Maßnahmen eingestuft werden. Bei der Behandlung der Adipositas und ihrer Begleiterkrankungen sind die Therapieziele individuell festzulegen (Risikostratifizierung).

Das persönliche Risiko des Patienten bestimmt auch die Intensität der Therapie. Pharmakotherapeutisch stehen derzeit neuere Wirkstoffe zur Verfügung, die diese Basistherapie wirksam unterstützen können.

Verschiedene operative Verfahren werden bei Patienten mit morbidem Adipositas (BMI > 40 kg/m²) eingesetzt. Detaillierte Informationen zur Prävention und Therapie der Adipositas sind der in Zusammenarbeit von medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften entwickelten Adipositas-Leitlinie zu entnehmen.

Bei Kindern und Jugendlichen sind präventive Maßnahmen sinnvoll und erforderlich, um bereits frühzeitig Begleit- und Folgeerkrankungen zu verhindern. Dabei ist die Zusammenarbeit verschiedener Akteure aus Medizin, Wissenschaft und Politik notwendig.

Arzneitherapie im höheren Lebensalter und Versorgung betagter Menschen

Der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt in den Industriestaaten durch die steigende Lebenserwartung stetig zu.

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung verordnete Medikamente werden zum großen Teil für die Behandlung betagter und hochbetagter (älter als 80 Jahre) Menschen eingesetzt. Betrachtet man den altersabhängigen Arzneiverbrauch, so werden mit jährlichen DDD-Kosten (DDD-defined daily dose, definierte Tagesdosis) in Höhe von 14,2 Milliarden EUR 50 Prozent durch die 60- bis 80-Jährigen in Anspruch genommen. Weitere 3,9

Milliarden EUR werden für über 80-Jährige ausgegeben; 8,1 Milliarden EUR für Erwachsene (20 bis 59 Jahre) und 2,1 Milliarden EUR für Kinder und Jugendliche (0 bis 19 Jahre). Im Vergleich zu den Vorjahren ist die Verordnung der Sedativa/Hypnotika stark rückläufig, wohingegen die Verordnungshäufigkeit von Antidepressiva angestiegen ist (Indikationserweiterung!). Bei der Pharmakotherapie im höheren Lebensalter sind die Veränderungen pharmakokinetischer Parameter im Vergleich zum mittleren Lebensalter dringend zu beachten. Nicht nur die Veränderung des Körperfett-Anteils (Zunahme um ein Drittel) und die Abnahme des Körperwassers (um 10 bis 15 Prozent) sind zu beachten, sondern insbesondere die Änderungen der Nierenfunktion. Hier ist die Bestimmung des Serum-Creatinins nicht ausreichend, alters- und geschlechtsspezifische Faktoren sollten berücksichtigt werden. Neben einer quantitativen Veränderung der Empfindlichkeit zeigen Menschen im höheren Lebensalter auch qualitativ veränderte Reaktionen nach Medikamentengabe. So sind die Häufigkeit psychomotorischer Störungen um das 2,6-fache, das Auftreten von Tagesmüdigkeit um das 3,8-fache und die Häufigkeit zerebraler Dysfunktionen um das 4,8-fache nach Benzodiazepin-Gabe bei älteren Menschen im Vergleich zu 20- bis 59-Jährigen erhöht.

Bereits heute leiden 48 Prozent aller Patienten über 65 Jahre an mindestens drei chronischen Erkrankungen, 21 Prozent haben fünf Erkrankungen und mehr. Daten der Gesetzlichen Krankenversicherungen ergaben im Durchschnitt, dass jeder über 60-Jährige täglich mit 2,6 Arzneimitteln

behandelt wird. Versicherte zwischen dem 80. und 84. Lebensjahr sogar mit täglich 3,3 Wirkstoffen.

Eine Studie der German Pharmacovigilance Study Group hat ergeben, dass ca. 70 Prozent der registrierten unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei Patienten über 70 Jahre auftraten. Bei der Verordnung von Medikamenten an Patienten im höheren Lebensalter sind verschiedene Grundsätze zu besonders zu beachten: zum Beispiel eine verständliche patientenorientierte Aufklärung, eine kontinuierliche Überprüfung der Dauertherapie sowie eine Pflege der Einnahmepläne (unter Berücksichtigung der haus- und fachärztlichen Verordnungen und der Selbstmedikation).

Bestimmte Arzneimittel sollten bei älteren Patienten nicht zur Anwendung kommen, da sie den Patienten mehr schaden als nützen. Da Leitlinien gegenwärtig keine gesonderten Empfehlungen für den älteren Menschen enthalten, will die AkdÄ solche erstellen. Zu Arzneimitteln mit einem ungünstigeren Nutzen-Risiko-Verhältnis bei über 60-Jährigen gehören Benzodiazepine mit langer Halbwertszeit, Antihistaminika der ersten Generation, trizyklische Antidepressiva, ausgewählte NSAR, atypische Neuroleptika (insbes. zur Behandlung von Verhaltensstörungen), hingewiesen wurde auch auf ungünstige „Drug-Disease“-Kombinationen.

Nähere Informationen zur AkdÄ und Therapieempfehlungen können über die Homepage <http://www.akdae.de> abgerufen werden.

Dr. med. Katrin Bräutigam
Ärztliche Geschäftsführerin
E-Mail: aegf@slaek.de