

Viel hilft viel



„Viel hilft viel“ ist eine alte Binsenweisheit in der Medizin. In diesem Heft der Zeitschrift für Allgemeinmedizin beschäftigen sich gleich mehrere Beiträge mit dieser Thematik und machen deutlich, dass „viel“ in der Medizin durchaus auch „viel schaden“ kann. So fragen wir uns in der täglichen Praxis nicht selten, ob der 88-jährige Patient, der gerade mit einer Vierfachkombination an Antihypertensiva aus dem Krankenhaus

entlassen wurde und der über permanenten Schwindel klagt, mit dieser Medikation wirklich gut versorgt ist. Der EbM-Service möchte uns Mut machen, hier durchaus auch einmal den Rotstift anzusetzen und selbst so wichtig Medikamente wie Antihypertensiva sukzessive abzusetzen.

Auch „viele“ Vitamine können zwar den Homocysteinwert im Plasma senken, aber sie ändern nichts an der Prognose für die Betroffenen, obwohl der Homocysteinspiegel nachweislich mit dem kardiovaskulären Risiko in Verbindung zu bringen ist – also ein typischer Fall von „Laborkosmetik“. Und gleich noch ein ähnlich gelagerter Fall: „Viel“ Simvastatin hilft leider auch nicht viel – im Gegenteil: Die Nebenwirkungen nehmen mit steigender Dosis zu. Das LDL-Cholesterin nimmt zwar unter 80 mg Simvastatin deutlich stärker ab als unter 20 mg, aber kardiovaskuläre Ereignisrate und Mortalität bleiben unbeeinflusst. Und wenn 80 mg nicht besser sind als 20 mg, dann sind auch 40 mg kaum besser als 20 mg. Wir tun also vielleicht gut daran bei einer Standarddosierung von 20 mg zu bleiben, und wir können uns das Cholesterin-Monitoring sparen.

Von verschiedensten Seiten mehren sich die Stimmen, die der Polypharmakotherapie vor allem bei alten und multimorbiden Patienten kritisch gegenüberstehen. Diese Problematik stellte denn auch das zentrale Thema auf dem diesjährigen Jahreskongress der DEGAM dar, über den ausführlich berichtet wird.

Einer der Keynote-Speaker auf der DEGAM-Tagung, die in diesem Jahr in Zusammenarbeit mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Paracelsus Universität Salzburg, der Österreichischen und der Südtiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin in Salzburg ausgerichtet wurde, war Doron Garfinkel, ein Geriater aus Tel Aviv, Israel, der als erster den Mut hatte, seinen geriatrischen Patienten radikal die Medikamente zu reduzieren – nach einem von ihm entwickelten Algorithmus, der sehr strenge Kriterien hinsichtlich der Evidenz anlegt und fordert, dass (vermeintlich) prognoseverbessernde Medikamente bei alten Menschen nur eingesetzt werden sollen, wenn es tatsächlich an geriatrischen Patienten gewonnene Studienevidenz für den Nutzen dieser Medikamente gibt. Das ist aber in den seltensten Fällen gegeben! Die gängige Vorgehensweise stützt sich in der Regel auf verallgemeinernde Leitlinien, die wiederum auf Studien fußen, die fast ausschließlich an jüngeren und monomorbiden Patienten mit strengen Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt wurden.

Ein weiterer wichtiger Keynote-Speaker war Aneez Esmail, Professor für Allgemeinmedizin aus Manchester, UK, der das europäische Projekt „LINNEAUS-PC“ leitet (Learning from international networks about errors and understanding safety in primary care). Mit diesem Projekt ist auch die Frankfurter Patientensicherheitsmatrix eng verbunden, die in diesem Heft vorgestellt wird, und die sich der kritischen Evaluation der eigenen Sicherheitskultur annimmt.

In all diesen Beiträgen kommt zum Ausdruck, dass die Allgemeinmedizin in zunehmendem Maße die Aufgabe wahrnehmen muss, unsere Patienten vor einem „zu viel“ an Medizin zu schützen. Das hippokratische „primum nihil nocere“ rückt so wieder ganz in den Vordergrund hausärztlichen Handelns und wir Allgemeinmediziner werden zu Anwälten unserer Patienten in einem spezialistisch orientierten Gesundheitssystem, das überwiegend dem Grundsatz „viel hilft viel“ folgt, sei das „viel“ nun die überbordende Medizintechnik oder die Polypharmazie.

Es grüßt Sie sehr herzlich

Ihr Andreas Sönnichsen