DER ARZNEIMITTELBRIEF

Jg. 47, S. 8DB01; Ausgabe 01 / 2013

Leserbrief: Unerwünschte Arzneimittelereignisse kurz nach Entlassung aus dem Krankenhaus

Dr. M.S. aus Murr schreibt zu unserem Artikel (1): >> Erlauben Sie mir bitte eine grundsätzliche Kritik daran, dass Ergebnisse klinischer Studien auf die Praxis übertragen werden.

1. Studien aus anderen Ländern, wie aus den USA oder aus England, können wegen der Verschiedenheit der Gesundheitssysteme nicht ohne weiteres mit den deutschen Verhältnissen, insbesondere dem deutschen Hausarzt-System verglichen werden.
2. Kein Kliniker weiß, wie es dem Patienten nach der Krankenhausentlassung geht und wie seine Empfehlungen sich auswirken. Im Krankenhaus ist der Patient in der Regel bettlägerig und wird vom Arzt nur kurz gesehen. Medikamente können in dieser Situation reduziert werden. Nach Entlassung kommt es aber immer wieder unter der häuslichen Belastung zur Dekompensation, so dass eine Neueinstellung erforderlich wird, von der der Kliniker natürlich nichts erfährt.
3. Die Multimorbidität vieler Patienten erfordert schon aufgrund der vielen Leitlinien eine große Anzahl von Medikamenten, deren vielfältige Wechselwirkungen trotz entsprechender EDV-Programme nicht überschaubar sind. So ist es „ärztliche Kunst“, die Medikation an den Patienten individuell anzupassen. Deshalb wird jeder Patient aus der Sprechstunde grundsätzlich mit zwei Sätzen entlassen: 1. Wenn es Ihnen schlechter geht, kommen Sie bitte sofort wieder! 2. Wenn es bis dann und dann nicht besser wird, kommen Sie bitte auch wieder. Dieses Vorgehen ist allerdings nur in einem funktionierenden Hausarzt-System möglich.
4. Kommt es zu zusätzlichen Belastungen wie fieberhaften Infekten etc., kann das kunstvolle „Gebäude“ der individuellen Medikation in sich zusammenstürzen. Entsprechend vorsichtig sollte daher das Urteil über medikamentös bedingte UAW gefällt werden. Hier wäre zur Beurteilung der Relevanz ein Informationsfluss aus der Praxis in die Klinik dringend erforderlich.
5. Als Medikationsfehler wurde in der o.a. Arbeit die Gabe von Betablockern bei Asthma bronchiale angeführt. Erst kürzlich erschien aber im AMB gerade hierzu ein Artikel: Betarezeptoren-Blocker bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung doch indiziert? (2)

Antwort: >> Die Zeit nach der Krankenhausentlassung ist risikoreich. In den USA werden 20% der älteren Patienten innerhalb der ersten 30 Tage erneut aufgenommen, nicht nur wegen Verschlechterung der Grundkrankheit oder Unverträglichkeit der neu verordneten Medikamente (3). Für viele ältere Menschen ist der Krankenhausaufenthalt an sich schon belastend wegen Schmerzen und Angst, Unruhe tags und nachts, Schlafmangel, Umstellung der Ernährung, der langen Bettruhe mit konsekutiven Kreislauf- und Ernährungsstörungen. Das kann sich schädigend auf Gesamtsituation

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

und Komorbiditäten auswirken. In einem aktuellen Artikel zu diesem Thema im N. Engl. J. Med. wird sogar von einem „Entlassungssyndrom“ gesprochen (4). Zu diesem Zeitpunkt sind Medikationsfehler besonders gefährlich, und es bedarf großer Aufmerksamkeit, praktischer Erfahrung und umfassenden Wissens, um Komplikationen zu vermeiden. Wir sind für Ihren Brief sehr dankbar, da er diese Gefahrenquelle erneut benennt. Sie wird im Zeitalter vieler technischer Möglichkeiten und ökonomischer Zwänge oft zu wenig beachtet.

In den von uns referierten Arbeiten (1) war es darum gegangen, die Möglichkeiten aufzuzeigen, spezielle Medikationsfehler zu vermeiden. Eine klare Empfehlung konnte weder für die elektronische noch für die klinisch-pharmazeutische Qualitätssicherung abgeleitet werden. In diesen Studien wird gefordert, die Patientinnen und Patienten speziell zu informieren und – so weit wie möglich – auch zur Eigeninitiative anzuregen. Das ist sicher ein Kernstück der Qualitätskontrolle. Indikationen und Kontraindikationen können wechseln.

In dem von Ihnen zitierten Artikel „Betarezeptoren-Blocker bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung doch indiziert?“; 2) hieß es allerdings im Fazit: “Not yet!“

Literatur

1. AMB2012, **46**, 86.
2. AMB2011, **45**, 59.
3. Jenks, S.F., etal.: N. Engl. J. Med. 2009, **360**, 1418. Erratum: N. Engl. J. Med. 2011, **364**,1582.
4. Krumholz, H.M.:N. Engl. J. Med. 2013, **368**, 100.

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.