

Glossar



Multimedikation

Unter Multimedikation wird die gleichzeitige Anwendung bzw. Verordnung verschiedener Arzneimittel gegen mehrere Erkrankungen verstanden. Alternativ werden auch die Begriffe Polypharmazie und Polypharmakotherapie verwendet.

Personen über 65 Jahre nehmen durchschnittlich 6 verschiedene Wirkstoffe zu sich, Frauen etwas mehr als Männer. Jede dritte Person in Deutschland zwischen 75 und 85 Jahren erhält sogar mehr als acht Medikamente, bei bis zu 20% aller Personen über 60 Jahre kommen sogar 13 und mehr Wirkstoffe zum Einsatz.

Multimedikation findet sich vor allem bei älteren, geriatrischen Patienten mit Multimorbidität, d.h. Patienten mit mehreren behandlungsbedürftigen Erkrankungen. Durch die zunehmende Alterung der Bevölkerung wird Multimedikation zu einem immer größeren Problem.

Neben dem Alter und dem weiblichen Geschlecht zählen auch eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie die Umsetzung von einzelnen Leitlinien für jedes Krankheitsbild als Risikofaktoren für Multimedikation. So kann es passieren, dass eine 80-Jährige mit fünf chronischen Erkrankungen theoretisch zwölf verschiedene Substanzen pro Tag in 18 Einzeldosen einnehmen müsste.

Multimedikation verursacht erhöhte Behandlungskosten sowie eine längere Krankenhausverweildauer und führt zu einer erhöhten Rate an unerwünschten Arzneimittelwirkungen/-ereignissen sowie einer erhöhten Morbidität und auch Mortalität.

Um die Arzneimitteltherapie und -sicherheit gerade älterer Menschen zu verbessern, müssen verschiedene Lösungen und Behandlungsansätze gefunden und umgesetzt werden. Diese sollten rational und individuell auf den Patienten abgestimmt sein – unter besonderer Berücksichtigung des zu erwartenden Nutzens und möglicher Risiken (Stichwort „Priorisierung“ der Medikation).

Gleichzeitig bedarf es einer Erhöhung der Kompetenz aller am Versorgungsprozess beteiligten Akteure (Patienten, Angehörige, Ärzte, Pharmazeuten, Pflegekräfte), die mit dem Ausbau geriatrischer Expertise und Wissen um geriatricspezifische Probleme inkl. praxisnaher Fort- und Weiterbildungen erreicht werden kann. Bei zusätzlich verbesserter Kommunikation untereinander und Verbindung organisatorischer Schnittstellen, insbesondere zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, können Auswirkungen der Arzneimitteltherapie rechtzeitig erkannt, dokumentiert, weitergegeben und damit evtl. notwendige Anpassungen und Veränderungen in Gang gesetzt werden. Auch eine nachhaltige Organisationsstruktur sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen der Versorgungsabläufe mit Implementierung EDV-gestützter Verordnungssysteme können auf Dauer zu mehr Sicherheit, Qualität und Effizienz im Medikamentenmanagement beitragen. **SZM**

Dr. med. Rahel Eckardt

FÄ für Innere Medizin/Klinische Geriatrie

Leitende Oberärztin

Forschungsgruppe Geriatrie an der Charité - Universitätsmedizin Berlin

Lehrkoordinatorin Geriatrie

Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH

Reinickendorfer Straße 61 • 13347 Berlin

Tel: 030 4594-2024 • Fax: 030 4594-1938

E-Mail: rahel.eckardt@charite.de