

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die Zahl alter Menschen in Deutschland – und damit auch in den Praxen – wird aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der verbesserten Therapiemöglichkeiten auch in den kommenden Jahren weiter zunehmen. Diagnostik und vor allem die Therapie bei diesen Patienten sind jedoch meist nicht so einfach wie bei jüngeren. Die medikamentöse Behandlung wird durch die im Alter veränderte Pharmakokinetik und -dynamik, die verminderte Nieren- und Leberfunktion und natürlich auch durch die Multimorbidität der Patienten erschwert. So nehmen alte Menschen wegen ihrer Erkrankungen im Durchschnitt pro Tag etwa sieben verschiedene Medikamente ein – hier ist die Gefahr von Interaktionen groß und muß bei der Wahl der Präparate bedacht werden.

Ein weiteres Problem der Medikation ist, daß Wirkungen, unerwünschte Wirkungen und Dosierungen der Substanzen in dieser Altersgruppe kaum in klinischen Studien untersucht worden sind. Die Wirksamkeitsnachweise beruhen in der Regel auf den Daten von jüngeren Patienten. Die Altersgrenze in Studien liegt meist zwischen 65 und 75 Jahren. „Daher trägt die Pharmakotherapie im Alter durchaus experimentellen Charakter“, wie Dr. Oliver Emrich in seinem Beitrag zur Schmerztherapie bei alten Patienten anmerkt.

Wie wichtig vor allem die frühe Diagnostik und Therapie bei alten Menschen ist, wird unter anderem am Beispiel der Demenz deutlich. Derzeit haben etwa eine Million der über 65jährigen in Deutschland eine Demenz. Ziel aller therapeutischen Maßnahmen bei diesen Patienten ist es, die Selbständigkeit und Lebensqualität so lange wie möglich zu erhalten. So wird ihnen die Gelegenheit gegeben, ihre Angelegenheiten noch bei guter kognitiver Leistungsfähigkeit zu regeln, wie Dr. Annette Richert in ihrem Beitrag betont.

Um auch Osteoporose-Patienten vor dauerhafter Invalidität und Pflegebedürftigkeit zu bewahren, wird in den neuen Leitlinien zur Osteoporose besonders Wert auf eine genaue Abschätzung des Frakturrisikos gelegt. Hierfür wird nicht nur die Knochenmineraldichte herangezogen, sondern auch Lebensalter, Geschlecht und bestimmte Risikofaktoren werden berücksichtigt. In Abhängigkeit vom ermittelten Risiko wird dann mit einer Osteoporose-spezifischen Therapie begonnen.

Ulrike Maronde



Aus dem Inhalt

Helmut W. Minne, Christian Hinz und Michael Pfeifer:

Tai Chi und Spaziergänge können Sturzrisiko senken **4**

Welche Patienten brauchen eine medikamentöse Frakturprophylaxe? **8**

Oliver Emrich:

Gute Schmerztherapie trotz Multimorbidität? **9**

Neues aus den Fachzeitschriften **12**

Richard Schmidmeier:

Soziale Isolation – ein großes Problem bei älteren Depressiven **14**

Annette Richert:

Ziel bei Demenz ist es, die Selbständigkeit lange zu erhalten **18**

Aktualisierte Schlaganfall-Leitlinie präzisiert Op-Indikation bei Karotisstenose **20**

Lutz Lachenmayer:

Alter ist nur ein Kriterium bei der Wahl der Parkinson-Mittel **22**

Service **27**