



## Die Qual der weisen Wahl in der Geriatrie

Medical Tribune  
Ausgabe 18/2015 / Seite 18 / 29. April 2015 / Auflage: 16008

DigiClip für Boltzmann

# Die Qual der weisen Wahl in der Geriatrie

**KONGRESS** ■ Was will die Initiative „Choosing Wisely“, wo liegen ihre Schwächen, wo die Stärken und was bedeutet das Konzept für die Praxis? Dieser Fragen nahmen sich Experten im Rahmen des Geriatriekongresses in Wien an. Ein Umdenken hat jedenfalls bereits stattgefunden.

MAG. PETRA VOCK /  
DR. LUITGARD GROSSBERGER

„Choosing Wisely“ will erreichen, dass Ärzte gemeinsam mit Patienten bessere, smartere, klügere Entscheidungen fällen, um bestimmte Formen von Überversorgung zu unterlassen“, erklärte Dr. Manfred Gogol, Facharzt für Innere Medizin und Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Lindenbrunn in Coppenbrügge (Deutschland), das Konzept von „Choosing Wisely“. Was 2011 in den USA als Initiative des American Board of Internal Medicine (ABIM) begann, zieht auch in Europa immer weitere Kreise: So hat inzwischen auch die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) nach dem amerikanischen Vorbild eine Kampagne „Klug entscheiden“ gestartet.

„Choosing Wisely“ heißt für mich, eine regelmäßige Risiko-Nutzen-Abwägung gemäß der Prognose durchzuführen.“

Prim. Dr. Peter Dovjak

In den USA haben inzwischen bereits mehr als 50 Fachgesellschaften, darunter auch die American Geriatric Society (AGS), Listen erstellt, die „Five Things Physicians and Patients Should Question“ zum Inhalt haben (siehe rechts unten). Dabei gehe es um medizinische Maßnahmen, die hinterfragt werden sollten, weil sie entweder nicht auf Evidenz beruhen, dem Pati-

enten schaden oder schaden können, weil sie medizinisch nicht indiziert sind oder Doppeluntersuchungen verursachen. Der Faktor Kosten spiele dabei keine Rolle, betonte Gogol.

Wo liegen die Schwachpunkte von „Choosing Wisely“? Einen Mangel sieht Gogol darin, dass die amerikanischen Listen ausschließlich expertenbasiert sind und nicht auf einer systematischen Evidenzerarbeitung beruhen. Der Clearing-Prozess für widersprüchliche Empfehlungen sei weder klar noch nachvollziehbar. Zudem lasse der Fokus auf Überversorgung unberücksichtigt, dass es auch Unter- und Fehlversorgung gebe. Die DGIM strebt deshalb auch eine „Positiv-Liste“ an, welche sich auf Bereiche der Unterversorgung konzentrieren soll.

„Können wir Outcome-Variablen ändern?“, nannte er einen weiteren problematischen Punkt: „Wir reden als Geriater oftmals von Lebensqualität. Die FDA akzeptiert das nicht als einen validen Endpunkt klinischer Studien.“

Und schließlich geht es auch um die Frage: Haben wir die notwendigen Ressourcen? Wenn die AGS etwa bei fortgeschrittener Demenz von PEGs abrate und stattdessen die assistierte orale Nahrungsaufnahme empfehle, so sei dazu mehr Personal nötig und das werfe wiederum die Frage auf: „Bekommen wir das?“, so Gogol.

### Ist weniger mehr?

Einen Paradigmenwechsel in der Medizin durch die „Choosing Wisely“-Kampagne verortet indessen Priv.-Doz. Dr. Claudia Wild, Leiterin des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment: „Das Zweifeln, ob all das, was als Nutzen verkauft wird,

auch tatsächlich Nutzen bringt oder sein Geld wert ist, war lange Zeit die Domäne von HTA und der Evidenzbasierten Medizin, der Cochrane Collaboration. Und plötzlich beginnen andere dieses Zweifeln zu übernehmen.“ Als Beispiele nannte sie neben der US-amerikanischen „Choosing Wisely“-Initiative die „Slow Medicine“-Bewegung aus Italien, die „Too Much Medicine“-Kampagne des BMJ, das „Join the Right Care Movement“ des Lown Institute, die „Choosing Wisely“-Initiative in Kanada, „Smarter Medicine“ in der Schweiz und die jüngsten Aktivitäten der DGIM in Deutschland. Außerdem verwies sie auf die seit drei Jahren stattfindende jährliche Konferenz „Preventing Overdiagnosis“, bei der systematisch Evidenz zum Thema Überdiagnostik gesammelt wird.

An einen Paradigmenwechsel glaubt Wild deshalb, weil „die Mediziner, die Kliniker selbst beginnen umzudenken“. Als Beispiel führte sie die Amerikanische Gesellschaft für klinische Onkologie (ASCO) an, die im Vorjahr erklärte, dass bei neuen Onkologika nur ein marginaler Nutzen gegeben sei, wenn sie nicht eine Lebensverlängerung von mindestens drei bis fünf Monaten bewirken oder die Lebensqualität verbessern.

„Diese Medikamente kosten zwischen 50.000 und 70.000 Euro, das entspricht etwa der Größenordnung eines eher billigen Spitalspersonals. Es geht also sehr wohl um die Frage Medikamente versus Humankapazitäten in der Medizin“, sagte Wild und plädierte für eine Neubewertung des Begriffes „Fortschritt“, etwa im Sinne einer humanressourcenintensiveren Medizin. In der Tat gebe es neben der



Im besten Fall sollen Über- und Unterversorgung verhindert werden.

Überversorgung auch Unterversorgung, so Wild. Genau deshalb müsse man über die Nachhaltigkeit der Ressourcen nachdenken.

### Risiko-Nutzen-Abwägung

„Choosing Wisely“ heißt für mich, eine regelmäßige Risiko-Nutzen-Abwägung gemäß der Prognose durchzuführen“, sagte Prim. Dr. Peter Dovjak vom Salzkammergut-Klinikum Gmunden, der das Thema anhand konkreter Beispiele aus der klinischen Praxis beleuchtete. Bei den Überlegungen zur Therapie und zu den Zielwerten müssen daher immer auch die Lebenserwartung und die Funktionalität mit einbezogen werden.

Gründe, auch noch bei hochbetagten Patienten einen zu hohen Blutdruck zu senken, sind in erster Linie die Verhinderung von Insult und zerebralen Blutungen. Die Hypertonie korreliert aber auch mit kognitivem Abbau (T.O. Obisesan, JAGS 2008) und Frailty (C. Rosano, JAGS 2011). Bei der Einstellung zu berücksichtigen sind etwa ein erhöhtes Sturzrisiko oder eine orthostatische Hypotonie.

Voraussetzung für eine gute Therapie ist die Diagnostik, die beim älteren Patienten alles andere als simpel ist. In diesem Zusammenhang erwähnt Dovjak die Pseudohypertonie, die sich mithilfe des Osler-Manövers enttarnen lässt: Ist die Arteria radialis nach Aufblasen der Blutdruckmanschette über den systolischen Blutdruck palpabel, kann man davon ausgehen, dass der Blutdruck mit 10 bis 54 mmHg zu hoch gemessen ist. Um nicht eine orthostatische Hypotonie zu übersehen, sollte die Blutdruckmessung beim älteren Menschen im Stehen erfolgen.

Und wie sieht es mit den Blutdruckzielen aus? Eine Studie (D. Oates, JAGS 2007) hat gezeigt, dass das Überleben bei betagten Patienten (Durchschnittsalter 82 Jahre) umso besser ist, je höher ihr Blutdruck ist. Dieses Faktum findet zum Beispiel in den amerikanischen Leitlinien (ACC/AHA) Niederschlag: Allgemeines Blutdruckziel ist ein Blutdruck < 140/90 mmHg, über 80-Jährige sollen auf einen Blutdruck von 145 mmHg eingestellt werden – sofern sie es tolerieren.

Ein weiterer Baustein des Prinzips „Choosing Wisely“ ist die Auswahl des geeigneten Antihypertensivums. Diuretika können bei älteren Patienten den Elektrolythaushalt verändern und den Baroreflex beeinträchtigen, warnte Dovjak. Als günstig hätten sich RAAS-Hemmer erwiesen. Bei der Auswahl müssen aber auch Begleiterkrankungen wie Niereninsuffizienz, KHK, Myokardinfarkt und Osteoporose berücksichtigt werden.

Ähnliches wie für die Hypertonie gilt auch für den Diabetes: Der HbA<sub>1c</sub>-Zielwert sollte abhängig von Diabetesdauer, Komorbiditäten und Funktionalität des Patienten festgesetzt werden. Bei der Wahl des Antidiabetikums sind geriatrische Syndrome ebenso zu beachten wie andere Begleiterkrankungen.

Von einer Lipidsenkung profitieren prinzipiell auch ältere Patienten mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko, allerdings dauert es ein bis zwei Jahre, bis sich der Benefit etabliert, so Dovjak. Insofern spielt hier die Lebenserwartung die entscheidende Rolle.

10. Gemeinsamer Österreichisch-Deutscher Geriatriekongress; Wien, März 2015

### Top-5-Empfehlungen der AGS:

- 1 Keine PEG-Sonde bei fortgeschrittener Demenz, stattdessen assistierte orale Nahrungsaufnahme.
- 2 Antipsychotika nicht erste Wahl bei Verhaltensstörungen bei Demenz (BPSD).
- 3 Moderate glykämische Kontrolle besser als strikte (HbA<sub>1c</sub> < 7,5 %) bei den meisten Menschen über 65 Jahre.
- 4 Benzodiazepine oder andere sedierende Schlafmittel nicht erste Wahl bei älteren Patienten mit Schlafstörungen, Agitation oder Delir.
- 5 Keine Antibiotika zur Behandlung einer Bakteriurie ohne spezifische Symptome eines Harnwegsinfekts.

Top-5-Listen verschiedener amerikanischer Fachgesellschaften:  
<http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists>