

Stefan Neuner-Jehle

Mehr zu «Weniger ist mehr»

Liegen die Wahrscheinlichkeiten von Nutzen und Schaden durch eine medizinische Intervention nahe beieinander oder überwiegt der Schaden, dann ist Verzicht die bessere Option: Weniger (Intervention) ist dann mehr (wert), oder in angloamerikanischer Kürze: *Less is more*.

Die gleichnamige aus USA und England nach Mitteleuropa schwappende Bewegung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Selbst die Gesundheitsökonomien haben sie entdeckt: Fehlt der Nutzen, so wird das knappe Geld besser andernorts investiert.

Hier ein weiterer, konkreter Denkanstoss zum Thema:

Der Einsatz von Antihypertensiva verhindert bekanntlich kardiovaskuläre Ereignisse. Das gilt wohl unbestritten für Ausgangswerte von 170/100 mmHg.

Der Nutzen wird aber marginal, wenn es um «kosmetische» Veränderungen von zum Beispiel 145 auf 140 mmHg systolisch geht; dann steigt die NNT rasch auf mehrere Hundert. Wie neuere Arbeiten zeigen, gibt es sogar eine J-Kurve für die Sterblichkeit in Relation zum Blutdruck: Diesen allzu tief zu senken, kann lebensgefährlich sein oder umgekehrt: Weniger tief Senken ergibt mehr Überlebende. Eine kürzliche Analyse von Butt et al. [1] an einer grossen kanadischen Kohorte von gut 300 000 frisch antihypertensiv behandelten Senioren mit Durchschnittsalter 81 ergab, dass das Risiko einer Hüftfraktur (infolge von Stürzen) um die Hälfte erhöht war (Vertrauensintervall der OR 1,19 bis 1,72), wenn ACE-Hemmer oder Betablocker eingesetzt wurden. Nichts Neues? Immerhin: Das erhöhte Risiko betraf nur die ersten 45 Tage nach Therapiebeginn innerhalb einer Beobachtungsperiode von 450 Tagen. Netto erlitten



zwar «nur» 0,5% der Behandelten, also nur jeder Zweihundertste, dieses bedrohliche Ereignis – das entspricht aber immerhin rund 1500 Personen. Wieviele davon wären wohl mit zurückhaltender Indikationsstellung und weniger aggressiven Zielwerten vermeidbar gewesen?

Die Botschaft: Stellen wir bei Älteren die Indikation zum Behandlungsbeginn mit Antihypertensiva zurückhaltend, vor allem wenn sie orthostatisch dysregulieren und damit gefährdet sind, zu synkopieren und zu stürzen. Die Orthostaseneigung lässt sich in der Praxis einfach testen, indem man zwei, drei Messungen im Minutentakt nach dem Aufstehen vornimmt. Taucht eine Patientin, ein Patient mit dem systolischen Blutdruck dabei unter etwa 125 mmHg, ist sie/er ohne Blutdruckmedikation vermutlich besser dran, vor allem kurzfristig! Diese drei Minuten sind – nicht nur aus ökonomischer Sicht – ausgezeichnet investiert.

Literatur

- 1 Butt DA, Mamdani M, Austin PC, Tu K, Gomes T, Glazier RH. The risk of hip fracture after initiating antihypertensive drugs in the elderly. *Arch Intern Med* 2012;172(22):1739–44.

© Glenda Powers, Dreamstime.com

Korrespondenz:

Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH
 Institut für Hausarztmedizin
 Pestalozzistrasse 24
 8091 Zürich
 sneuner[at]bluewin.ch