

Carole Rieben¹, Sven Streit¹, Nicolas Rodondi¹

Vermeidung unnötiger Untersuchungen und Behandlungen – eine Schlüsselrolle für die Hausärzte

Artikel basierend auf Beiträgen anlässlich der Swiss Family Docs Conference 2014

Weltweit steigen die Gesundheitskosten, so auch im Bereich der Grundversorgung. 30% der Gesundheitskosten fallen aber bei unnötigen medizinischen Behandlungen oder Untersuchungen an. Ein kritischer und kostenbewusster Blick auf den Einsatz vorhandener Untersuchungen und Therapien ist angebracht. An der SwissFamilyDocs Conference 2014 wurde zu diesem Thema referiert; die Hauptpunkte sind nachfolgend zusammengestellt.

In den USA machen unnötige medizinische Behandlungen oder Untersuchungen bis zu 30% der Gesundheitskosten bzw. 210 Milliarden US-Dollar pro Jahr aus [1, 2]. Um solche Kosten zu senken, verfolgen Initiativen wie «Choosing wisely» oder «Less is more» das Ziel, hochqualitative medizinische Versorgung unter Berücksichtigung der Kosten zu liefern [3]. Es geht aber nicht nur um Kosten, sondern auch um die Idee, eine Überversorgung und möglicherweise schädigende Überbehandlung zu reduzieren. Dies soll erreicht werden, indem Vor- und Nachteile, Folgeeffekte und -kosten solcher Untersuchungen evaluiert werden. Beispielsweise sollten diagnostische Tests vermieden werden, die keinen oder nur einen unwahrscheinlichen Nutzen haben, z.B. bei fehlender Behandelbarkeit.

Bei Tests ist die Vortestwahrscheinlichkeit zu beachten, um falsch positive Resultate zu vermeiden

Es stellt sich bei einem Test nicht nur die Frage nach der Sensitivität und Spezifität, sondern auch danach, wie hoch die Vortestwahrscheinlichkeit ist. Wenn ein noch so guter Test in einer Population eingesetzt wird, wo die gesuchte Krankheit kaum vorkommt, nimmt das Risiko eines falsch positiven Resultats zu, was zu negativen Auswirkungen für den Patienten und zu vermeidbaren Folgekosten führt. Ein Beispiel ist die Ergometrie: Würde ein asymptomatischer 45-jähriger Patient mit arterieller Hypertonie, Hypercholesterinämie und Diabetes eine Ergometrie erhalten, betrüge die Vortestwahrscheinlichkeit einer koronaren Herzkrankheit (KHK), die man von grossen Studien kennt, ca. 20%. Fällt bei diesem Patienten die Ergometrie abnormal aus, beträgt die Wahrscheinlichkeit, eine KHK zu haben, nur 35%. Anders gesagt, 65% der abnormalen Ergometrien bei Patienten mit diesen Voraussetzungen wären falsch positiv [4]. Deshalb ist die Ergometrie wertvoller bei Patienten mit Thoraxschmerzen und entsprechend intermediärer Vortestwahrscheinlichkeit als bei Patienten, bei denen diese tief ist.

Schweizer Listen von zu vermeidenden Untersuchungen und Therapien

In verschiedenen Ländern, so auch in der Schweiz durch die SGIM, wurden mittels Delphi-Verfahren solche zu vermeidende Untersuchungen ausgewählt [5]. Die SGIM erstellte schliesslich eine Liste mit

fünf Verfahren aus dem Gebiet der ambulanten allgemeinen inneren Medizin, die häufig mit geringem bis fehlendem Nutzen durchgeführt werden, Nebenwirkungen oder ungerechtfertigte Zusatzuntersuchungen zur Folge haben (Tabelle 1). Analog dazu hat die Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin am Inselspital in Bern eine Liste von 5 Interventionen für die stationäre Medizin definiert (Tabelle 2).

Tabelle 1

«Smarter Medicine» – SGIM: 5 zu vermeidende Untersuchungen und Therapien in der ambulanten allgemeinen Inneren Medizin [5].

Durchführen bildgebender Diagnostik in den ersten 6 Wochen bei Patienten mit unspezifischen Lumbalgien.

Messung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) zwecks Prostatakrebs-Screening ohne eine Diskussion von Risiko und Nutzen.

Verschreiben von Antibiotika gegen unkomplizierte Infekte der oberen Luftwege.

Durchführen eines präoperativen Thorax-Röntgenbildes, ausser bei Verdacht auf intrathorakale Pathologie.

Weiterführen einer Langzeit-Pharmakotherapie mit Protonen-Pumpenblockern bei gastrointestinalen Symptomen ohne Reduktion auf die tiefste wirksame Dosis.

Tabelle 2

Liste für die stationäre Medizin, Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern.

Keine Antibiotika zur Behandlung einer Bakteriurie und keine Urinkultur bei asymptomatischen Patienten.

Keine Medikamente zur Senkung des HbA1c <7,5% bei über 65-Jährigen.

Keinen Blasenkatheter wegen Urininkontinenz, der pflegerischen Einfachheit halber oder zur Überwachung der Diurese.

Keine Benzodiazepine oder andere sedierende Hypnotika als erste Wahl bei Agitation, Delir oder Insomnie.

Keine Transfusion zur Erreichung eines arbiträren Hämoglobinwerts, wenn Symptome einer symptomatischen koronaren Herzkrankheit, einer Herzinsuffizienz oder eines Hirnschlags fehlen.

Medikamente kritisch hinterfragen, stoppen oder im Gegenteil beginnen

Neben unnötigen Untersuchungen ist auch bei den Medikamenten genau hinzusehen. Es gilt, bei unzureichender oder fehlender Indikation, Nebenwirkungen oder zur Vermeidung zu langer Einnahme Medikamente zu stoppen (quartäre Prävention). O'Mahony et al. definierten 65 STOPP-Kriterien [6]: STOPP steht für «**S**creening **T**ool of **O**lder **P**ersons' potentially inappropriate **P**rescriptions» und soll helfen, unnötige Verordnungen oder die zu lange Einnahme von Medi-

¹ Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Bern.

kamenten zu vermeiden. Zu den am häufigsten inadäquat verschriebenen Medikamenten gehören zu lange verschriebene Protonenpumpen-Hemmer, NSAR oder Benzodiazepine wie auch die gleichzeitige Verschreibung von Medikamenten derselben Klasse (z.B. ACE-Hemmer plus Sartane). Im stationären Bereich gilt es, Benzodiazepine, andere Psychopharmaka oder Opiate zu vermeiden, die zu Stürzen mit möglichen Verletzungen führen können. Ebenfalls sollten, besonders bei älteren Patienten, keine zu strengen Blutdruckeinstellungen vorgenommen werden, um Orthostasereaktionen zu vermeiden. Die STOPP-Kriterien wurden mit 22 START-Kriterien ergänzt (START = «Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment» [6]), um wichtige Medikamente nicht zu verpassen, welche die Prognose von Patienten verbessern.

Falsch oder zu wenig eingesetzte Medikamente kommen häufig vor (Tabelle 3). In der Hausarztmedizin ist jedes 5. Medikament nicht indiziert, im Spital jedes 3. und im Altersheim sogar mehr als jedes 2. Medikament (!). Dasselbe Phänomen zeigt sich bei den eigentlich nützlichen Medikamenten: Sie werden v.a. im Altersheim in über der Hälfte der Fälle nicht eingesetzt.

Tabelle 3

Prävalenz ungeeigneter Verordnungen (STOPP/START-Kriterien) [7–9].

Hausarzt:

Möglicherweise unzuweckmässiges Arzneimittel (STOPP): 21%
Möglicherweise unterlassene Verordnung (START): 23%

Spital:

Möglicherweise unzuweckmässiges Arzneimittel (STOPP): 35%
Möglicherweise unterlassene Verordnung (START): 58%

Pflegeheim:

Möglicherweise unzuweckmässiges Arzneimittel (STOPP): 57%
Möglicherweise unterlassene Verordnung (START): 58%

Geeignete Massnahmen können nachhaltig eine Verbesserung bringen

Viele Medikamente werden also ohne Nutzen eingesetzt oder, im Gegenteil, trotz einer Notwendigkeit nicht verabreicht. Können Massnahmen an diesem Umstand etwas ändern? Schliesslich geht es nicht einzig um die Patientensicherheit, sondern auch um steigende Gesundheitskosten. Gallagher et al. haben die Wirkung der STOPP/START-Kriterien untersucht [10]: 400 hospitalisierte Patienten (65-jährig oder älter) wurden in eine Interventionsgruppe zur Überprüfung ihrer Medikamente gemäss START/STOPP-Kriterien oder in eine Kontrollgruppe eingeteilt. In der Interventionsgruppe wurden unter Anwendung der STOPP-Kriterien die Polypharmazie reduziert und Medikamentendosierungen angepasst. Dies führte dazu, dass potentielle Medikamenteninteraktionen und -nebenwirkungen zum Zeitpunkt der Spitalentlassung und sechs Monate danach signifikant tiefer waren als bei der Kontrollgruppe. Die Anzahl Patienten, die gescreent werden muss, um eine Verbesserung zu erlangen, betrug 2,8 (KI 95% 2,2–3,8). In derselben Studie wurden die Medikamente der START-Liste in der Interventionsgruppe eingesetzt, was zu einer signifikanten Reduktion der nicht verabreichten, aber nützlichen Medikamente bei Spitalentlassung und sechs Monate danach führte. Die Anzahl Patienten, die gescreent werden muss, um eine Verbesserung zu erlangen, war 4,7 (KI 95% 3,4–7,5).

Wie weiter in der Zukunft?

Um für dieses Problem Verbesserungen zu erzielen, sind es verschiedene Massnahmen nötig. Zuerst braucht es mehr Unterstützung für

die klinische Forschung. Besonders wichtig ist es, dass ein repräsentatives Patientengut untersucht wird, so wie wir es in der Praxis antreffen. Patienten mit Multimorbidität dürfen nicht weiter ausgeschlossen werden, wie es in den letzten 15 Jahren üblich war. Ein Beispiel dafür ist die TRUST-Studie [11], die mit Hilfe von Primärversorgern aus mehreren Ländern Europas (Niederlande, Schottland, Irland, Schweiz) untersucht, ob auch multimorbide Patienten bei subklinischer Hypothyreose von einer Substitution profitieren.

Den Hausärzten kommt dabei eine essentielle Rolle zu. Sie erleben tagtäglich, wie schwierig die Arbeit im Spannungsfeld von Erfahrung, Patientenvorstellungen und der sich immer wieder ändernden Evidenz sein kann. Es lohnt sich aber immer, kritisch und von neuem diese zu hinterfragen. Die Hausärzte haben eine sehr wichtige Rolle, um mit den Patienten zu diskutieren, ob ein Test oder ein Medikament sinnvoll ist und welche Konsequenzen daraus entstehen. Ausserdem kennen sie die Präferenzen und Bedürfnisse ihrer chronisch kranken Patienten meist sehr gut, was für das gemeinsame Setzen von Prioritäten und Behandlungszielen entscheidend wichtig ist.

Zusammenfassung

Die Angst, Diagnosen zu verpassen, und das Fehlen geeigneter Forschung, um wirklich nützliche Massnahmen und Medikamente von Unnötigen zu trennen, führt zu medizinischer Überversorgung. Nicht alles was machbar ist, ist automatisch gesund, von den direkten Kosten und Folgekosten von Überdiagnosen und nicht indizierten Medikamenten ganz zu schweigen. Mehrere Kampagnen versuchen die Ärzteschaft für dieses Thema zu sensibilisieren. Den Hausärzten kommt dabei eine Schlüsselrolle zu, um in der Diskussion um solche Tests und Behandlungen wichtige Einwände und Informationen zu liefern. Eine Zusammenarbeit von Hausärzten mit forschenden Generalisten ist deshalb dringend nötig zur Klärung von Wirksamkeit der Untersuchungen und Behandlungen bei Patienten mit Multimorbidität. Nur gemeinsame Anstrengungen von uns Generalisten in der Praxis und im Spital werden ermöglichen, dem negativen Trend von immer mehr und mehr Einhalt zu bieten – dies auf eine sensible Art und Weise, damit unsere Patienten nicht von mehr Medizin, sondern besserer Medizin profitieren.

Literatur

- Hood VL. High value, cost-conscious care: an international imperative. *Eur J Intern Med.* 2012;23(6):495–8.
- Berwick DM. Eliminating waste in US health care. *JAMA.* 2012;307(14):1513–6.
- Rodondi N. «Less is more» oder können wir unseren Patienten Untersuchungen oder Behandlungen ersparen? *Schweiz Med Forum.* 2013;13(10):196.
- Rifkin RD. Bayesian analysis of electrocardiographic exercise stress testing. *N Engl J Med.* 1977;297(13):681–6.
- Selby K et al. «Smarter Medicine»: 5 Interventionen, die in der ambulanten allgemeinen inneren Medizin vermieden werden sollten. *Schweiz Ärztezeitung.* 2014;95:20.
- O'Mahony D et al. STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. *European Geriatric Medicine.* 2010;1(1):45–51.
- Ryan C et al. Potentially inappropriate prescribing in an Irish elderly population in primary care. *Br J Clin Pharmacol.* 2009;68(6):936–47.
- Gallagher P et al. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing.* 2008;37(6):673–9.
- Barry PJ et al. START (screening tool to alert doctors to the right treatment) – an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing.* 2007;36(6):632–8.
- PF Gallagher et al. Prevention of potentially inappropriate prescribing for elderly patients: a randomized controlled trial using STOPP/START criteria. *Clin Pharmacol Ther.* 2011;89:(6).
- Rodondi N. Behandlung bei subklinischer Hypothyreose? *Schweiz Med Forum.* 2013;13(39):766.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi, Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, 3000 Bern, nicolas.rodondi[at]insel.ch