

«Smarter Medicine in the Hospital»

Für eine effizientere Innere Medizin im stationären Bereich

Sabine Bavamian^a, Luca Gabutti^b, Omar Kherad^{a,c}, Nicolas Rodondi^{d,h}, Jonas Rutishauser^e, Gérard Waeber^f, Christoph A. Meier^g

^a Hôpitaux universitaires de Genève; ^b Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Bellinzona; ^c Hôpital de La Tour, Genf; ^d Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern; ^e Kantonsspital Baselland; ^f Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne; ^g Universitätsspital Basel;

^h Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern

Zwei Jahre nach der Veröffentlichung einer Liste der fünf Interventionen, die in der ambulanten Inneren Medizin vermieden werden sollten, hat die SGAIM im Rahmen ihrer Frühjahrsversammlung 2016 eine zweite «Top-5»-Liste vorgelegt, in deren Mittelpunkt die Interventionen im stationären Bereich stehen.

Einleitung

In den letzten fünf Jahren wurden weltweit zahlreiche Projekte gestartet, die sich mit Überdiagnostik und Überversorgung in der Medizin beschäftigen. Ziel dieser Kampagnen ist eine effizientere und rationellere Medizin, in deren Zentrum das Patientenwohl steht. Zu diesem Zweck wurde 2011 in den Vereinigten Staaten die Initiative «Choosing Wisely» ins Leben gerufen [1]. Dadurch sollte eine offene Diskussion zwischen dem Gesundheitspersonal, den Patienten und der Öffentlichkeit zum Thema «Überversorgung» angestossen werden. Jede Fachgesellschaft wurde angehalten, eine «Top-5»-Liste jener Interventionen, die als ineffizient angesehen werden und die es somit zu vermeiden gilt, auszuarbeiten. Diese Listen bilden zusammen den Eckpfeiler der Kampagne und umfassen fünf häufig verwendete medizinische Massnahmen, die den Patienten keinen Nutzen bringen, aber unerwünschte Nebenwirkungen haben können. Infolge der Kampagne wurden in zahlreichen Ländern – etwa in Kanada, Australien, Grossbritannien, Italien und den Niederlanden – Listen jener Behandlungen und Untersuchungen veröffentlicht, die überflüssig und zu vermeiden sind.

In der Schweiz hat die *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)* im 2012 veröffentlichten Positionspapier «Ein nachhaltiges Gesundheitssystem für die Schweiz» den Fachgesellschaften empfohlen, sich der Bewegung anzuschliessen [2]. Als erste Fachgesellschaft des Landes hat im Mai 2014 die *Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM)* ihre Liste veröffentlicht. Diese führt fünf Interventionen der ambulanten Inneren Medizin auf, auf die verzichtet werden sollte [3].

Die SGAIM veröffentlicht ihre zweite Liste

Zwei Jahre nach der Veröffentlichung dieser ersten Liste hat die SGIM, die nach der Fusion mit der *Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Medizin* inzwischen zur SGAIM (*Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin*) geworden ist, im Rahmen ihrer Frühjahrsversammlung 2016 eine zweite «Top-5»-Liste vorgelegt, in deren Mittelpunkt die Interventionen im stationären Bereich stehen. Die neue Liste wurde unter der Leitung von Prof. Christoph A. Meier und in Zusammenarbeit mit fünf Experten der Allgemeinen Inneren Medizin im stationären Bereich sowie 22 Chefarzten aus der ganzen Schweiz erstellt. Laut Prof. Nicolas Rodondi, einem Mitglied dieser Kommission, kommt dieser Liste grosse Bedeutung zu, da 46% der Kosten für das Gesundheitssystem im Spital entstehen. Da Internistinnen und Internisten häufig schwer kranke und polymorbide Patienten behandeln, richten sich die Empfehlungen vor allem an sie. Die Frage nach der Überversorgung und der Beeinträchtigung der Lebensqualität stellt sich bei der Behandlung dieser Patienten sehr deutlich. Zudem komme dem Thema aufgrund der langen Lebenserwartung in der Schweiz nicht nur eine medizinische, sondern auch eine gesellschaftspolitische Bedeutung zu, unterstreicht Prof. Jean-Michel Gaspoz, Co-Präsident der SGAIM.

«Top-5»-Liste der zu vermeidenden Interventionen im stationären Bereich

Aufbauend auf der Kampagne «Choosing Wisely» hat die Expertengruppe mehr als 400 der von den verschiedenen amerikanischen Fachgesellschaften veröffentlichten Empfehlungen geprüft [4]. Nach Streichung

der mehrfach vorhandenen Empfehlungen und auf Basis der Relevanz für die Spitalpraxis wurden 37 Empfehlungen vorausgewählt. Diese wurden anschliessend nach ihrem klinischen Interesse für die Schweiz gereiht. Dabei wurden vor allem folgende Kriterien berücksichtigt: Häufigkeit der Intervention, wissenschaftliche Belege für diese Empfehlung, Nutzen-Risiko-Verhältnis für den Patienten und möglicher Einfluss auf das praktische Vorgehen. Die zehn am höchsten gereihten Empfehlungen wurden danach von 22 Chefärzten für Innere Medizin nach denselben Kriterien klassifiziert. Schliesslich erstellte die Arbeitsgruppe auf Konsensbasis die zweite offizielle Liste von Empfehlungen (Abb. 1).

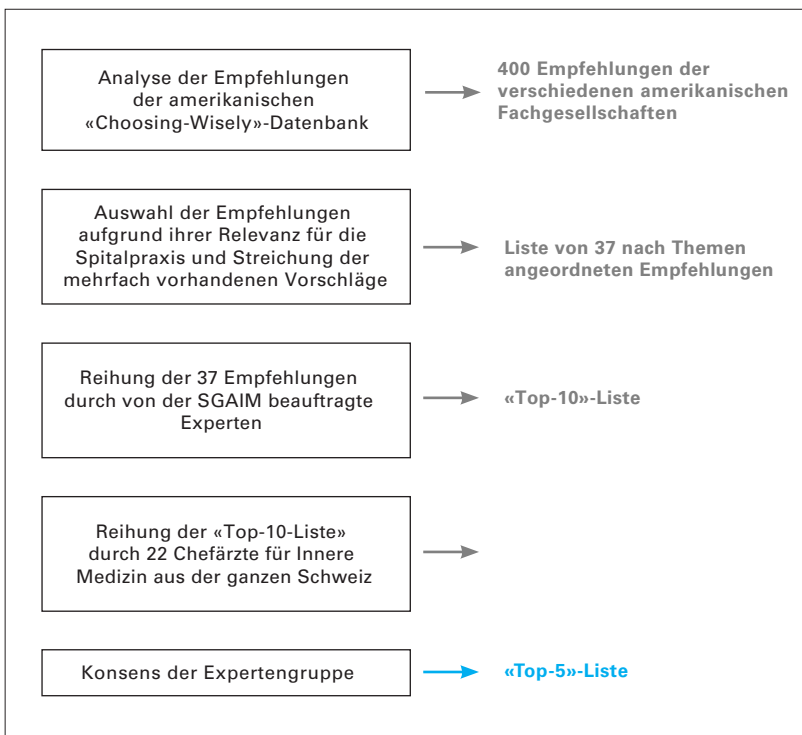


Abbildung 1: Verfahren zur Auswahl der «Top-5»-Liste für den stationären Bereich.

Fünf Empfehlungen für eine rationellere Medizin (Abb. 2)

Zu den Untersuchungen und Verschreibungen, von denen im stationären Bereich abgeraten wird, zählen umfangreiche Blutentnahmen ohne spezifische Fragestellung, das Legen eines Dauerkatheters, wenn dies nur dem Komfort bei nicht kritisch kranken Patienten dient, übermässige Bluttransfusionen, das lange Liegenlassen älterer Patienten im Bett sowie die vor-schnelle Verabreichung von Beruhigungs- oder Schlafmitteln gegen Schlaflosigkeit und Unruhe bei älteren Spitalpatienten.

Empfehlung 1: Keine umfangreichen Blut- oder Röntgenuntersuchungen in regelmässigen Abständen (z.B. täglich) ohne klinisch spezifische Fragestellung verordnen.

Bei vielen Spitalpatienten wird regelmässig, manchmal täglich, eine Blutentnahme verordnet, obwohl diese nicht der Beantwortung spezifischer Fragen dient. Solche Untersuchungen (darunter auch radiologische) sollten nur dann durchgeführt werden, wenn ihr Ergebnis die Behandlung beeinflussen kann. Wiederholte Blutentnahmen können zudem das Risiko einer Anämie bergen, die ihrerseits Bluttransfusionen erfordert [5].

Empfehlung 2: Keine Dauerkatheter bei Inkontinenz legen oder liegen lassen, wenn dies nur dem Komfort oder zur Überwachung des Urinvolumens bei nicht kritisch kranken Patienten dient.

Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen sind die am häufigsten auftretenden im Spital erworbenen Infektionen. Die Verwendung von Blasenkathetern bei Inkontinenz oder aus Bequemlichkeit ohne konkrete Indikation und Angabe der Dauer ist weit verbreitet und erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Infektion [6, 7].

Empfehlung 3: Keine Transfusion von mehr als der minimal benötigten Menge Erythrozyten-Konzentrate verordnen, um Anämiesymptome zu lindern oder einen sicheren Hämoglobinwert zu erreichen (7 g/dl für stabile Nicht-Herzpatienten; 8 g/dl bei stabilen Patienten mit vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankungen).

Durch zu liberale Transfusionsstrategien mit höheren Grenzwerten lassen sich laut Studien Symptome, die mit einer Anämie in Verbindung gebracht werden, nicht besser behandeln. Dieser Ansatz erzeugt zudem unnötige Kosten und geht mit dem Risiko unerwünschter Nebenwirkungen einher (Infektionen, Hämolyse, verlängerter Spitalaufenthalt, erhöhte Mortalität usw.) [8, 9].

Empfehlung 4: Ältere Menschen während des Spitalaufenthalts nicht zu lange im Bett liegen lassen. Individuelle therapeutische Ziele sollten sich an den Werten und Präferenzen der Patienten orientieren.

Bis zu 65% der älteren Menschen, deren Gehfähigkeit zu Beginn der Hospitalisation nicht eingeschränkt war, verlieren diese zunehmend während eines Spitalaufenthalts, da sie zu lange im Bett liegen [10]. Besonders bei älteren Patienten muss deshalb diese Gefahr unbedingt beachtet und die frühzeitige Mobilisation in die Betreuung der stationär behandelten Patienten integriert werden.

Top-5-Liste

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin empfiehlt, folgende fünf Interventionen im stationären Bereich zu vermeiden:



1 Keine umfangreichen Blut- oder Röntgenuntersuchungen in regelmässigen Abständen (z.B. täglich) ohne klinisch spezifische Fragestellung verordnen.

2 Keine Dauerkatheter bei Inkontinenz legen oder liegen lassen, wenn dies nur dem Komfort oder zur Überwachung des Urinvolumens bei nicht-kritisch kranken Patienten dient.

3 Keine Transfusion von mehr als der minimal benötigten Menge Erythrozyten-Konzentrate verordnen, um Anämiesymptome zu lindern oder einen sicheren Hämoglobinwert zu erreichen.

(7 g/dl für stabile Nicht-Herzpatienten; 8 g/dl bei stabilen Patienten mit vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankungen)

4 Ältere Menschen während des Krankenhausaufenthalts nicht zu lange im Bett liegen lassen. Individuelle therapeutische Ziele sollten sich an den Werten und Präferenzen der Patienten orientieren.

5 Älteren Menschen als erste Wahl keine Benzodiazepine, anderen Beruhigungsmittel oder Hypnotika gegen Schlaflosigkeit, Unruhe oder Delirium verabreichen und das Rezeptieren solcher Medikamente bei Spitalaustritt vermeiden.

smarter medicine

Abbildung 2: «Top-5»-Liste der Empfehlungen für den stationären Bereich.

Empfehlung 5: Älteren Menschen als erste Wahl keine Benzodiazepine, anderen Beruhigungsmittel oder Hypnotika gegen Schlaflosigkeit, Unruhe oder Delirium verabreichen und das Rezeptieren solcher Medikamente bei Spitalaustritt vermeiden.

Ungeachtet des erhöhten Risikos für Stürze, Frakturen und Verkehrsunfälle werden älteren Menschen im stationären Bereich und bei der Entlassung aus dem Spital häufig Benzodiazepine verschrieben (etwa 9%) [11, 12]. Die Anwendung von Benzodiazepinen sollte auf Alkoholentzugerscheinungen, Delirium tremens oder schwere generalisierte Angststörungen, die nicht auf andere Therapien ansprechen, beschränkt sein.

Fazit

Die vorgängig genannten fünf Empfehlungen beschreiben einen Spielraum für wichtige Verbesserungen im Rahmen ihrer Anwendung. Die zweite Phase der «Smarter Medicine»-Kampagne, die auf dem Grundsatz «Weniger ist mehr» basiert, sollte also die Fortsetzung der Reflexionen über die Überversorgung in der Allgemeinen Inneren Medizin ermöglichen. Dies erfordert umfangreiche Informationen und eine Abstimmung mit den Patienten.

Literatur

- 1 Choosing Wisely. 2013. at <http://www.choosingwisely.org/>.
- 2 Académie Suisse des Sciences Médicales. Médecine durable. Bâle: Académie suisse des sciences médicales. 2012:1–32.
- 3 Selby K, et al. Creating a list of low-value health care activities in Swiss primary care. JAMA Intern Med. 2015;175(4):640–2.
- 4 <http://choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/01/choosing-wisely-recommendations.pdf>
- 5 Alonso-Cerezo MC, Martín JS, Garcia Montes MA, de la Iglesia VM. Appropriate utilization of clinical laboratory tests. Clin Chem Lab Med. 2009;47(12):1461–5.
- 6 Chenoweth CE, Gould CV, Saint S. Diagnosis, management, and prevention of catheter-associated urinary tract infections. Infect Dis Clin North Am. 2014;28(1):105–19.
- 7 Hooton TM, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2010;50(5):625–63.
- 8 Retter A, et al. Guidelines on the management of anaemia and red cell transfusion in adult critically ill patients. Br J Haematol. 2013;160(4):445–64.
- 9 Carson JL, Carless PA, Hebert PC. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 4:CD002042.
- 10 Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. J Am Geriatr Soc. 1990; 38(12):1296–303.
- 11 American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2015; 63(11):2227–46.
- 12 Olfson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine use in the United States. JAMA Psychiatry. 2015;72(2):136–42.

Korrespondenz:
Sabine Bavamian
Hôpitaux universitaires
de Genève
CH-1205 Genève 14
sabine.bavamian[at]
gmail.com