Kluft zwischen Theorie und Praxis

„Klug entscheiden“ fällt auch klugen Ärzten oft schwer

Empfehlungen der Initiative „Klug entscheiden“ mögen einleuchtend sein – sie in der Hausarztpraxis umzusetzen, ist nicht leicht. Mancher Grund dafür ist sogar nachvollziehbar.

— Seit einigen Jahren macht in den USA eine Kampagne von sich reden, die unter dem Motto „Choosing Wisely“ mit Empfehlungen von Fachgesellschaften gegen eine diagnostische und therapeutische Überversorgung vorzugehen versucht. Auch in Deutschland haben sich Gleichgesinnte, etwa bei der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, zur Initiative „Klug entscheiden“ zusammengefunden.

Zwölf Ratschläge für Hausärzte

Oft freilich sind die Ratschläge fürs kluge Vorgehen leichter zu formulieren als zu befolgen. Eine Arbeitsgruppe um Brian Zikmund-Fisher von der University of Michigan in Ann Arbor befragte mehr als 600 Allgemeinärzte und über 1.000 andere ambulante Versorger. Dabei ging es um die Akzeptanz von zwölf Ratschlägen.

Leicht umsetzbar

Leicht umzusetzten und akzeptabel für die Patienten fanden die Befragten vier:

- Mindestens fünf Jahre lang keine weitere Koloskopie für Patienten mit einem oder zwei adenomatösen Polypen ohne höhergradige Dysplasie, die bei einer hochqualitativen Koloskopie vollständig entfernt wurden.
- Kein weiteres Darmkrebsscreening für zehn Jahre nach negativer Koloskopie bei durchschnittlichem Risiko.
- Vermeidung eines kardiovaskulären Checks von Patienten vor einer Operation mit niedrigem Risiko.
- Kein Screening auf Karotisstenosen bei symptomfreien Erwachsenen.

Mäßig problematisch

Drei Empfehlungen stuften die Befragten als mäßig problematisch ein:

- Keine Bildgebung bei V. a. Lungenembolie ohne mindestens mäßig hohe Prätest-Wahrscheinlichkeit.
- Vermeidung von medikamentöser Therapie zur Erreichung eines $HbA_{1c} < 7,5\%$ für die meisten Erwachsenen im Alter von 65 Jahren und darüber.
- Keine Dual-Röntgen-Absorptiometrie zum Osteoporosescreening für Frauen unter 65 und Männer unter 70 ohne Risikofaktoren.

Schwer umsetzbar

Als schwer zu befolgen und für die Patienten schwer einzusehen galten weitere fünf „kluge Entscheidungen“:

- Keine Routinegabe von Antibiotika für Patienten mit leichter bis mäßiger akuter Sinusitis, wenn die Symptome nicht mindestens seit sieben Tagen bestehen oder sich nach anfänglicher Besserung wieder verschlechtern.

- Keine Bildgebung bei Kreuzschmerzen in den ersten sechs Wochen, sofern keine Warnsymptome bestehen.
- Keine Benzodiazepine oder andere sedierende Hypnotika als Mittel erster Wahl für Ältere mit Schlaflosigkeit, Agitiertheit oder Delir.
- Keine kraniale Bildgebung (MRT, CT) bei einer einfachen Synkope mit normalem neurologischem Befund.
- Keine Antibiotika gegen Bakteriurie bei Älteren ohne spezifische urogenitale Symptome.

Besonders schwierig: nichts zu tun bei symptomatischen Patienten

Schwierigkeiten, die Empfehlungen von „Choosing Wisely“ zu befolgen, gibt es laut Zikmund-Fisher vor allem dort, wo die Ratschläge sich auf den Umgang mit Patienten beziehen, die Beschwerden haben. Nichts zu unternehmen scheint hier problematischer als nichts zu tun bei symptomfreien Patienten. Um diese Barriere zu überwinden, halten die Forscher zusätzliche Anstrengungen jenseits der üblichen ärztlichen Fortbildung für nötig.

Angst, verklagt zu werden

Das Haupthindernis dafür, Empfehlungen zur Eindämmung von Überversorgung umzusetzen, sahen die Behandler in der Gefahr, wegen eines Behandlungsfehlers verklagt zu werden. Dahinter rangierte die Angabe, Patienten würden Tests und Therapien selbst einfordern. Auch die Empfehlungen von Fachärzten, bestimmte Maßnahmen einzuleiten, wurden genannt, ebenso Zeitmangel für eine sorgfältigere Planung.

Dr. Robert Bublak

• Zikmund-Fisher BJ et al. J Gen Intern Med 2016, online 6. September; doi: 10.1007/s11606-016-3853-5