

smarter medicine – eine Kampagne mit breiter Abstützung

Der Trägerverein smarter medicine ist gegründet worden, um der Kampagne in der Schweiz mehr Schub zu verleihen. Nebst medizinischen Fach- und Berufsorganisationen unterstützen auch Verbände, welche die Interessen der Patient/-innen und Konsument/-innen vertreten, die Stossrichtung. Sie möchten gemeinsam die Öffentlichkeit dafür sensibilisieren, dass bei gewissen Behandlungen manchmal weniger Medizin mehr Lebensqualität für die Betroffenen bedeuten kann.

Vor einigen Jahren wurden in den USA Stimmen laut, welche vor den Auswirkungen der medizinischen Überversorgung («Overuse») warnten. 2011 lancierten Ärztinnen und Ärzte die *Choosing Wisely*-Initiative. Ziel dieser Initiative ist es, nicht nur «kluge Entscheidungen» herbeizuführen, sondern auch die offene Diskussion zwischen Ärzteschaft, den Patienten und der Öffentlichkeit zu fördern.

Kernstück von *Choosing Wisely* sind sogenannte «Top-5-Listen» aus jeder klinischen Fachdisziplin. Diese Top-5-Listen enthalten je fünf medizinische Massnahmen, die in der Regel unnötig sind. Das heisst: Ärzte und Patienten sollten miteinander darüber reden, ob nicht besser auf eine Behandlung verzichtet werden kann, weil die damit verbundenen Risiken potentiell grösser sind als der Nutzen.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat die *Choosing Wisely*-Initiative in ihrer Roadmap «Nachhaltiges Gesundheitssystem» propagiert. Bei der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) stiess dieses Anliegen ebenfalls auf grosses Interesse. Eine Kommission machte sich in der Folge daran, eine eigene Top-5-Liste für den ambulanten Bereich in der Schweiz auszuarbeiten und stellte diese 2014 unter dem Namen *smarter medicine* der Öffentlichkeit vor. Zwei Jahre später erfolgte die Publikation einer Top-5-Liste für den stationären Bereich.

Trotzdem konnte die *smarter medicine*-Kampagne in der Schweiz – im Gegensatz zu anderen Ländern – noch nicht so recht Fuss fassen und wurde von anderen medizinischen Fachgesellschaften kaum mitgetragen.

Deshalb ergriffen SGAIM und SAMW die Initiative, um eine grössere Trägerschaft für die Kampagne in der Schweiz zu bilden.

Dabei sollten bewusst auch die Interessen der Patient/-innen und Konsument/-innen sowie die anderen Gesundheitsberufe eingebunden werden.

Der Trägerverein, der im Juni 2017 gegründet wurde, verfolgt folgende Ziele:

- Ausarbeitung und Publikation weiterer Top-5-Listen durch medizinische Fachgesellschaften etc. fördern;
- Die Verbindlichkeit der Empfehlungen erhöhen;
- Andere Gesundheitsberufe (interprofessioneller Ansatz) aktiv einbeziehen;
- Patient/-innen und Versicherte für das Anliegen sensibilisieren;
- Öffentliche Diskussion über Behandlungsqualität (Über- resp. Unterversorgung) anstossen;
- Thema Behandlungsqualität als Teil der medizinischen Weiter- und Fortbildung etablieren und verankern;
- Unterstützung der Kampagne durch Politik und Behörden erreichen.

Den Gründungsmitgliedern des Trägervereins ist es sehr wichtig, dass die Kampagne *smarter medicine* nicht von der Gesundheitsökonomie vereinnahmt wird. Es geht in erster Linie darum, die Behandlungsqualität nach dem Motto «Weniger Medizin kann mehr sein» zu verbessern.



Kontakt – Impressum

Trägerverein **smarter medicine**
c/o Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
Monbijoustrasse 43, Postfach
3001 Bern
Tel. 031 370 40 00
www.smartermedicine.ch
smartermedicine@sgaim.ch

Folgende Organisationen bilden den Trägerverein smarter medicine



Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
www.sgaim.ch



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
www.samw.ch



Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP)
www.patientenstelle.ch



Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG)
www.svbg-fsas.ch



Stiftung für Konsumentenschutz (SKS)
www.konsumentenschutz.ch



Fédération Romande des Consommateurs (FRC)
www.frc.ch



Associazione Consumatrici e Consumatori della Svizzera Italiana (acsi)
www.acsi.ch

Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte
Juni 2017

Wie kann smarter medicine in der Geriatrie umgesetzt werden?

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die amerikanische Gesellschaft für Geriatrie hat vor einiger Zeit 10 Empfehlungen veröffentlicht im Rahmen ihrer *Choosing Wisely* Initiative. Wir möchten Ihnen die 5 ersten Empfehlungen vorstellen. Es geht letztlich darum, grundlegende Erkenntnisse in geriatrischer Medizin auch in jenen Institutionen umzusetzen, welche (noch) nicht direkten Zugang zu Geriatrischen Fachpersonen haben. Der Vorstand der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) hat die Empfehlungen im Rahmen einer Vorstandssitzung geprüft und ist dabei zum Schluss gekommen, dass diese auch für die Schweizer Verhältnisse zutreffend und relevant sind.

Die Ernährung Demenzkranker, die nicht mehr selbständig essen können, ist, insbesondere in Pflegezentren, ein häufiges Thema. Es herrscht in der Geriatrie ein breiter Konsens, dass man bei schwer demenzkranken Menschen eine perkutane Magensonde nicht legen, sondern vielmehr möglichst die orale Nahrungsauf-

nahme gewährleisten sollte. Dies braucht oft viel Zeit und Geduld sowie mitunter auch Kreativität. Gut geschultes Pflegepersonal ist in diesem Kontext absolut entscheidend, aber natürlich auch die Gewährleistung der entsprechenden pflegerischen Ressourcen durch die Institution. Die (auch nonverbal ausgedrückte) Verweigerung von dargebotenem Essen soll als verbindliche Willensäusserung akzeptiert werden.

«Gut geschultes Pflegepersonal ist in der Umsetzung der Empfehlungen absolut entscheidend, aber natürlich auch die Gewährleistung der entsprechenden pflegerischen Ressourcen durch die Institution.»

Verhaltensauffälligkeiten und psychische Symptome Demenzkranker sind für das Umfeld oft sehr belastend. Massgeschneiderte Therapien gibt es keine. Greifen milieutherapeutische Massnahmen nicht mehr, kann auf Psychopharmaka oder Antidementiva nicht immer verzichtet werden. Antipsychotika sollten aber nur verschrieben werden, wenn sich die Probleme nicht mit nebenwirkungsärmeren Medikamenten wie Antidepressiva oder Antidementiva verbessern lassen. Antipsychotika sind keine «first-line-drugs».

Oft braucht es Jahre, bis Komplikationen von chronischen Krankheiten auftreten oder bis medikamentöse Therapien einen Nutzen bringen. Viele unserer (hochaltrigen) Patienten werden diesen Zeitpunkt nicht mehr erleben. Am Beispiel der Behandlung des Diabetes mellitus wird gezeigt, dass eine weniger aggressive Blutzuckersenkung einerseits das Risiko medikamentöser Nebenwirkungen senkt (Hypoglykämien, Schwindel und Stürze), ohne andererseits die Gefahr potentieller Spätkomplikationen zu erhöhen.

Schlafstörungen haben im Alter eine hohe Prävalenz und beeinträchtigen die Lebensqualität oft sehr. Der Einsatz von Benzodiazepinen sollte sehr zurückhaltend erfolgen. Erste Wahl sind sedierende Antidepressiva.

Asymptomatische Bakteriurien sollten nicht antibiotisch behandelt werden. Spezifische Symptome eines Harnwegsinfekts sind bei hochaltrigen Menschen

aber nicht auf die Harnwege beschränkt (Stichwort akute Verwirrtheit) und bedürfen einer sauberen Klärung.

Die SFGG begrüsst die geriatricspezifischen *Choosing Wisely*-Empfehlungen der amerikanischen Geriatrie-Gesellschaft. Mögen diese auch in der Schweiz beachtet werden, in allen Institutionen, die Verantwortung tragen für die Betreuung hochaltriger Menschen.



Dr. med. Jan Kuchynka
Präsident SFGG



Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG ist die Berufsorganisation (Standesorganisation) der Ärztinnen und Ärzte mit dem Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin mit abgeschlossener oder laufender Schwerpunktweiterbildung in Geriatrie (Altersmedizin) und weiterer geriatrisch interessierter Ärzte.

Weitere Informationen finden Sie unter www.sfgg.ch



Top-5-Liste

Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie empfiehlt, folgende fünf Interventionen in der Geriatrie zu vermeiden:



1 Empfehlen Sie keine perkutane Magensonde bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz; bieten Sie stattdessen eine assistierte orale Ernährung an.

Wenn Patienten mit schwerer Demenz vorsichtig von einer Pflegeperson bei der Nahrungseingabe unterstützt werden, ist dies im Hinblick auf das Sterblichkeitsrisiko, das Risiko einer Aspirationspneumonie, den funktionellen Status und den Patientenkomfort mindestens ebenso gut wie eine Sondenernährung. Die Nährstoffzufuhr erfolgt bevorzugt über normale Nahrung. Sondenernährung geht mit Unruhezuständen, dem vermehrten Einsatz von Fixierungen und medikamentöser Ruhigstellung sowie sich verschlechternden Druckgeschwüren einher.

2 Verwenden Sie Antipsychotika nicht als Mittel der ersten Wahl bei der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen bei Demenz.

Demente Patienten zeigen oft ein aggressives Verhalten, leisten gegenüber dem Pflegepersonal Widerstand oder legen andere schwierige oder störende Verhaltensweisen an den Tag. In solchen Fällen werden häufig antipsychotische Substanzen verschrieben. Diese haben jedoch nur eine begrenzte und keine verlässliche Wirksamkeit. Gleichzeitig bergen sie das Risiko einer Übersiedierung, eines kognitiven Abbaus und führen zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Stürzen, Schlaganfällen und zu einer erhöhten Mortalität. Die medikamentöse Behandlung von Demenzpatienten sollte sich auf Fälle beschränken, in denen nicht medikamentöse Therapien keine Wirkung zeigen oder die Patienten eine unmittelbare Gefahr für sich selbst oder andere darstellen. Werden die Ursachen für die Verhaltensänderungen ermittelt und angegangen, kann dies die medikamentöse Behandlung ersetzen.

3 Vermeiden Sie bei den meisten älteren Erwachsenen die Gabe anderer Medikamente als Metformin, um einen Hämoglobin-A1c-Wert (HbA1c) von unter 7,5 % zu erreichen; eine moderate Blutzuckerkontrolle ist im Allgemeinen besser.

Es gibt keine Hinweise, dass der Einsatz von Medikamenten zum Erreichen einer straffen Blutzuckerkontrolle bei den meisten älteren Patienten mit Typ-2-Diabetes einen positiven Effekt hat. Bei nicht älteren Patienten wird die medikamentöse Behandlung zur Erreichung eines glykosilierten Hämoglobinspiegels von unter 7,0 % mit Schädigungen, einschliesslich höherer Mortalitätsraten, in Verbindung gebracht. Eine Ausnahme bildet die langfristige Senkung der Gefahr eines Herzinfarkts und der Sterblichkeit durch die Gabe von Metformin. Es hat sich immer wieder gezeigt, dass eine strenge Kontrolle des HbA1c-Spiegels bei älteren Menschen vermehrt zu einer Unterzuckerung führt. Bedenkt man zudem die lange Zeitspanne, die notwendig ist, um mit einer strikten Blutzuckerkontrolle mögliche theoretische mikrovaskuläre Vorteile zu erzielen, sollten bei der Blutzuckereinstellung die Patientenziele, der Gesundheitszustand sowie die Lebenserwartung berücksichtigt werden. Empfohlen werden folgende HbA1c-Werte: 7,0 bis 7,5 % bei gesunden älteren Patienten mit langer Lebenserwartung; 7,5 bis 8,0 % bei Patienten mit moderater Anzahl Begleiterkrankungen und einer Lebenserwartung von < 10 Jahren; 8,0 bis 9,0 % bei Patienten mit Mehrfacherkrankungen und kürzerer Lebenserwartung.



4 Verwenden Sie bei älteren Erwachsenen keine Benzodiazepine oder andere sedativ-hypnotische Arzneien als Mittel der ersten Wahl gegen Schlaflosigkeit, Unruhezustände oder Verwirrtheit.

Grosse Studien zeigen immer wieder, dass sich das Risiko für Verkehrsunfälle, Stürze und Hüftfrakturen sowie für Hospitalisierungen oder Tod bei älteren Menschen mehr als verdoppeln kann, wenn Benzodiazepine oder andere Beruhigungs- oder Schlafmittel verordnet werden. Ältere Patienten und das Gesundheitspersonal sollten die potenziellen Gefahren der verschiedenen Behandlungsstrategien für Schlaflosigkeit, Unruhezustände oder Verwirrtheit kennen. Die Anwendung von Benzodiazepinen sollte auf Alkoholentzugerscheinungen/Delirium tremens oder schwere generalisierte Angststörungen, die nicht auf andere Therapien ansprechen, beschränkt sein.

5 Verwenden Sie keine Antibiotika gegen Bakteriurie bei älteren Erwachsenen, ausser es liegen spezifische Harnwegssymptome vor.

Kohortenstudien haben keine negativen Auswirkungen einer asymptomatischen Bakteriurie bei älteren Frauen und Männern nachweisen können. Und während die antimikrobielle Behandlung selbst keine Vorteile mit sich bringt, nehmen die unerwünschten Nebenwirkungen einer solchen Behandlung bei älteren Menschen zu. Es wurden Konsenskriterien erarbeitet, anhand derer sich die spezifischen Symptome erkennen lassen, die in Verbindung mit einer Bakteriurie für einen Harnwegsinfekt sprechen. Im Vorfeld urologischer Eingriffe, bei denen mit Schleimhautblutungen gerechnet wird, empfiehlt sich eine Untersuchung auf asymptomatische Bakteriurie und deren Behandlung.

Diese Punkte dienen ausschliesslich zu Informationszwecken und sind nicht als Ersatz für die Konsultation einer medizinischen Fachperson gedacht. Patienten mit spezifischen Fragen zu den einzelnen Punkten auf dieser Liste oder ihrer eigenen Situation sollten ihren Arzt konsultieren.

Referenzen

Eine ausführliche Literaturliste ist unter www.smartermedicine.ch online abrufbar.



Empfehlungen weiterer Fachgesellschaften

Im Moment liegen unter dem Dach von smarter medicine die Empfehlungen folgender Fachgesellschaften vor:

- Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (Mai 2014 und Mai 2016)

- Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (Juni 2017)
- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (Juni 2017)
- Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie (September 2017)



Zur Entstehung dieser Liste

Die American Geriatrics Society (AGS) hat eine Arbeitsgruppe unter der Leitung des stellvertretenden Vorsitzenden des Clinical Practice and Models of Care Committee (CPMC) ins Leben gerufen. Die Arbeitsgruppe setzte sich aus Mitgliedern dieses Ausschusses sowie des Ethik- und Ethnogeriatricsausschusses und des Quality and Performance Measurement Committee (QPMC) zusammen. Mitglieder der AGS wurden via elektronische Umfrage gebeten, Feedback und Empfehlungen darüber abzugeben, welche Punkte in die Liste aufgenommen werden sollten. In einem ersten Schritt kürzte die Arbeitsgruppe die Liste auf die zehn wichtigsten potenziellen Tests oder Verfahren. Dann überprüfte sie die jeweiligen Erkenntnisse, zog Sachverständige zurate, um die Liste auf

fünf Empfehlungen weiter zu verdichten. Diese wurden schliesslich vom AGS Executive Committee und den Vorsitzenden/stellvertretenden Vorsitzenden des CPMC, des Ethikausschusses und des QPMC geprüft und genehmigt.

Der Vorstand der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) hat die Empfehlungen der amerikanischen Gesellschaft für Geriatrie im Rahmen einer Vorstandssitzung geprüft und ist dabei zum Schluss gekommen, dass diese auch für die Schweizer Verhältnisse zutreffend und relevant sind.