Mehr Mut zur Lücke

So manche Untersuchungen und Therapien können Sie sich sparen

MAINZ – „Beste Behandlung" ist keineswegs gleichzusetzen mit „viel Behandlung" – im Gegenteil, meinen zwei Internisten. Sie halten einige der Maßnahmen, die in der hausärztlichen Praxis routinemäßig angewendet werden, für überflüssig bis schädlich.

Levothyroxin: kein Nutzen bei subklinischer Hypothyreose

Schilddrüsenmedikamente gehören zu den Top 10 der am häufigsten verordneten Arzneimittel. Etwa ein Fünftel aller Rezepte dafür bekommen Patienten ausgehändigt, die älter als 80 Jahre sind. Sehr häufig handelt es sich um Levothyroxin-Verordnungen wegen einer subklinischen Hypothyreose. Aber profitieren ältere Menschen überhaupt von den Medikamenten?, fragten sich **Dr. Marcel Schorrlepp**, Gesundheitszentrum am Juxplatz, und **Dr. Dieter Burchert**, Diabetologische Schwerpunktpraxis, beide in Mainz.

Eine Antwort fanden sie unter anderem in den Daten der europaweit durchgeführten multizentrischen TRUST-Studie[1], in der 737 Patienten untersucht worden waren. Sämtliche Teilnehmer waren älter als 65 Jahre. Bei allen waren wiederholt Werte für das thyreoideastimulierende Hormon (TSH) zwischen 4,6 und 19,99 mIU/l gemessen worden, während die Serumspiegel der freien Schilddrüsenhormone normal waren. Um das TSH in den Bereich zwischen 0,4 und 4,59 mIU/l zu bringen, bekamen die Studienteilnehmer 50 µg Levothyroxin oder – bei koronarer Herzkrankheit oder einem Körpergewicht unterhalb von 50 kg – 25 µg des Schilddrüsenhormons. Die Kontrollgruppe erhielt Placebo.

Kein Einfluss auf die Symptome

Die Dosisanpassung erfolgte computergesteuert. Die Ergebnisse der TSH-Kontrollen waren weder den Studienteilnehmern bekannt noch den behandelnden Ärzten. Die Symptomatik wurde zu Studienbeginn und nach zwölf Monaten per Fragebogen ermittelt.

Nach einem Jahr lag die mittlere Levothyroxindosis bei 50 µg. In der Verumgruppe war der mittlere TSH-Wert auf 3,63 mIU/l gesunken, unter Placebo auf 5,48 mIU/l. Doch hinsichtlich der schilddrüsenspezifischen Symptome und der Müdigkeit zeigte sich kein nennenswerter Unterschied zwischen den beiden Gruppen, ebenso wenig bei Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz, Osteoporose und Frakturen.

Einen Therapieversuch mit Levothyroxin nach sechs bis acht Wochen einer kritischen Prüfung unterziehen

Bestehende Medikation regelmäßig hinterfragen

Von den zunächst gescreenten 2.674 Personen hatten 1.645 von der Studie ausgeschlossen werden müssen, merken Dr. Schorrlepp und Dr. Burchert an, da sich ihre TSH-Werte bei der Laborkontrolle spontan normalisiert hatten. Man könne also durchaus davon ausgehen, das ein einmalig erhöhter TSH-Spiegel bei mehr als der Hälfte der älteren Patienten von alleine zurückgeht.

Im Mittel war die Symptomlast der TRUST-Teilnehmer schon initial niedrig gewesen. Eine gepoolte Analyse der TRUST-Daten und von Ergebnissen einer weiteren Untersuchung zeigte jedoch, dass auch Ältere mit hoher Symptomlast keinen signifikanten Vorteil aus dem Levothyroxin zogen.

Ob man ältere Menschen bei subklinischer Hypothyreose mit Levothyroxin behandelt, müsse man also sorgsam abwägen, meinen die beiden Autoren. Sie raten, einen Therapieversuch nach sechs bis acht Wochen einer kritischen Prüfung zu unterziehen und auch eine bestehende Medikation regelmäßig zu hinterfragen.

Allopurinol: Organschutz bei Hyperurikämie?

Auch die gängige medikamentöse Harnsäuresenkung mit Allopurinol bei Hyperurikämie halten die Mainzer Internisten in vielen Fällen für überflüssig. Zwar würden erhöhte Harnsäurewerte immer wieder mit verschiedenen kardiovaskulären, metabolischen, renalen oder neurologischen Endpunkten in Verbindung gebracht, schreiben sie. Eine Metaanalyse von 101 Publikationen zu dieser Frage indes hätte weder einen überzeugenden Zusammenhang mit renalen Erkrankungen noch mit Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz oder erhöhter Sterblichkeit infolge koronarer Herzkrankheit herstellen können. Lediglich für die Gichtarthritis und die Nephrolithiasis hätte sich bislang eine klare Assoziation mit dem Harnsäurespiegel ergeben.[2]

Harnsäuresenkung hat sich lediglich bei Gichtarthritis und Nephrolithiasis als sinnvoll erwiesen

Die Nierenfunktion bessert sich nicht

Eine Therapie mit Allopurinol bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz in den Stadien 3 und 4 vermochte Studiendaten zufolge zwar den Harnsäurespiegel zu senken. Einen Einfluss auf die Nierenfunktion hatte das aber nicht.[3] Die sekundär präventive Therapie der Hyperurikämie sollte sich also auf die Indikationen Gicht und Nephrolithiasis beschränken, so das Fazit der beiden Internisten in dieser Sache.

Routine-EKG: routinemäßig fehl am Platz

Auch das Routine-EKG im Rahmen eines Check-ups müsse hinterfragt werden. Eine kanadische Auswertung von Versichertendaten ergab, dass bei gut einem Fünftel der kardial nicht vorbelasteten Patienten im Zuge der jährlichen Gesundheitsuntersuchung beim Hausarzt ein Ruhe-EKG durchgeführt worden war. Bei diesen Personen kam es signifikant häufiger zu Folgeuntersuchungen wie Stresstests oder Echokardiographie als bei Patienten ohne EKG.

Doch die Mortalitäts- und Hospitalisierungsraten sowie die Häufigkeit von Koronarinterventionen lagen in beiden Gruppen niedrig und unterschieden sich kaum voneinander.[4]

Mehr Folgeuntersuchungen nach routinemäßigem Ruhe-EKG, aber gleiche Mortalitäts- und Hospitalisierungsraten wie ohne Ruhe-EKG

In Deutschland seien derartige Routine-EKG-Untersuchungen aus den Abrechnungsdaten heraus nicht zu erfassen, da es sich dabei nicht um eine Einzelleistung handelt, merken die Autoren an. Dennoch werde auch dort nicht selten ohne klinische Indikation ein EKG erstellt, manchmal eben auch nur aus Gefälligkeit dem Patienten gegenüber.

NT-proBNP: kardialer Marker ohne Mehrwert

Vielfach verzichtbar ist ihrer Ansicht nach auch die Analyse des NT-proBNP* zur Therapiesteuerung bei Herzinsuffizienz. Der Marker habe über die klinische Verlaufskontrolle hinaus keinerlei weiteren Vorteil gebracht, schreiben Dr. Schorrlepp und Dr. Burchert, wobei sie sich auf die Ergebnisse einer randomisierten klinischen Studie[5] beziehen.

Rein klinische Kriterien reichen wohl aus

In der Untersuchung war die Therapie von Patienten (Durchschnittsalter: 60 Jahre) mit manifester Herzinsuffizienz und reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF, EF < 40 %) nur mittels NT-proBNP-Kontrollen geführt worden; das Behandlungsziel war eine Titration des NT-proBNP unter 1.000 pg/ml. Die Kontrollgruppe hatte eine leitliniengemäße Therapie nach rein klinischen Kriterien erhalten.

Im primären Endpunkt Mortalität oder Hospitalisierung wegen Dekompensation gab es nach 15 Monaten keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen. Auch in sämtlichen sekundären Studienendpunkten – u.a. Tod jedweder Ursache, Krankenhausaufnahme wegen Herzinsuffizienz, Verhinderung von Klinikeinweisungen – fanden sich keine wesentlichen Unterschiede.

Dr. Angelika Bischoff

* N-terminal prohormone of brain natriuretic peptide

1. Stott DJ, NEJM 2017; 376:2534–2544, doi: 10.1056/NEJMoa1603825
2. Li X et al. BMJ 2017; 357:j2376, doi: 10.1136/bmj.j2376
3. Badve SV et al, NEJM 2020; 382:2504–2513 DOI: 10.1056/NEJMoa1915833
4. Bhatia RS et al., JAMA Intern Med 2017; 177(9):1326–1333, doi:10.1001/jamainternmed.2017.2649
5. Felker GM et al. JAMA 2017; 318(8):713–720, doi:10.1001/jama.2017.10565

Schorlepp M, Burchert D.
Internist (Berl) 2021; 62:354–362;
doi: 10.1007/s00108-021-00956-8

Die praktische Frage

Was bringen Patientenbefragungen?

Mag. Iris Kraft-Kinz
MEDplan, 1120 Wien,
Tel. 01/817 53 50-260

Foto: die Abbilderei

Wir haben an dieser Stelle immer wieder über den Zweck von Patientenbefragungen berichtet. Dennoch waren derartige Qualitätsssicherungsmaßnahmen bei unseren Ordinationsanalysen eher selten anzutreffen. Denn viele Ärzte und MFA sehen darin eine lästige Pflichtübung. Jetzt hat der „Qualitätsbericht 2020" der deutschen Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine statistische Bestätigung geliefert. Ich halte die Ergebnisse auch für heimische Verhältnisse zutreffend: Nur jede zweite Ordination führt regelmäßige Patientenbefragungen durch.

Dabei erlauben derartige Befragungen einen transparenten Blick auf die Fremdsicht, die die eigene Ordination auslöst. Sind meine Ordinationsschilder gut platziert? Wie klappt das digitale Terminmanagement? Sind meine Patienten mit der Freundlichkeit des Personals zufrieden? Denn eines ist sicher: Jedes Ordinationsteam kann sich in Details immer verbessern. Manche Ordinationen neigen dazu, ihre Performance zu überschätzen. Patientenbefragungen liefern dabei ein willkommenes Korrektiv.

«Jedes Ordinationsteam kann sich in Details immer verbessern.»

Die Ausgestaltung der Fragebögen ist Angelegenheit der Ordinationsteams. Mit Vergabe von Schulnoten, Sternen oder Smileys und Kommentaren geben die Patienten ihre Meinung ab. Verbesserungsvorschläge werden als willkommen betrachtet. In der Regel werden Wartekomfort, die Freundlichkeit des Praxispersonals und verschiedene Service-Leistungen abgefragt. Dazu gehören auch digitale Angebote wie die Möglichkeit zur Online-Terminbuchung oder WLAN im Wartebereich. Um eine repräsentative Meinung zu eruieren, sollte ein Rücklauf von 100 bis 150 Antworten angestrebt werden.

Wer noch nie eine Patientenbefragung organisiert hat, ist gut damit beraten, das Projekt an eine professionelle Ärzteberatung zu übergeben. Dies kostet zwar Geld, zeigt aber, mit welchen Themen und mit welchem Format und Aufwand eine Befragung umgesetzt werden kann. Und die Auswertung wird von Profis durchgeführt, die Erfahrung mit anderen Ordinationen haben. Das verspricht Vorteile in der Interpretation der Ergebnisse.