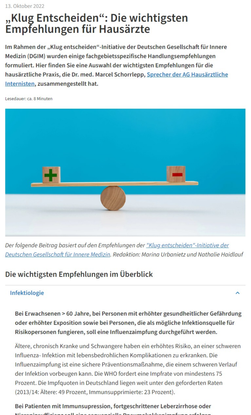
„Klug Entscheiden“: Die wichtigsten Empfehlungen für Hausärzte

Im Rahmen der „Klug entscheiden“-Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) wurden einige fachgebietsspezifische Handlungsempfehlungen formuliert. Hier finden Sie eine Auswahl der wichtigsten Empfehlungen für die hausärztliche Praxis, die Prof. dr. med. Marcel Schorlemer, Sprecher der AG Hausärztliche Internisten, zusammengestellt hat.

Lesedauer: ca. 6 Minuten



Der folgende Beitrag basiert auf den Empfehlungen der „Klug entscheiden“-Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Redaktion: Marina Urbaniet und Nathalie Haidlauf

Die wichtigsten Empfehlungen im Überblick

Infektiologie

Bei Erwachsenen > 60 Jahre, bei Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung oder erhöhter Exposition sowie bei Personen, die als mögliche Infektionsquelle für Risikopersonen fungieren, sollte eine Impfung durchgeführt werden.

Ältere, chronisch Kranke und Schwangere haben ein erhöhtes Risiko, an einer schweren Influenza-Infektion mit lebensbedrohlichen Komplikationen zu erkranken. Die Influenzaimpfung ist eine sichere Präventionsmaßnahme, die einem schweren Verlauf der Infektion vorbeugen kann. Die WHO fordert eine Impfrate von mindestens 75 Prozent. Die Impfquoten in Deutschland liegen weit unter den geforderten Raten (2013/14: Ältere: 49 Prozent, Immunsuppressive: 23 Prozent).

Bei Patienten mit Immunsuppression, fortgeschrittener Leberzirrhose oder Niereninsuffizienz sollte eine Pneumokokkenimpfung erfolgen.

Immunsuppressive Patienten haben in Abhängigkeit von der Art der Immunsuppression ein deutlich erhöhtes Risiko für schwere Pneumokokkeninfektionen, das höchste Risiko besteht bei Asplenie. Auch bestimmte mit Immunsuppression assoziierte Konstellationen (chronische Niere- oder Leberinsuffizienz) sowie anatomisch bedingte Risiken (Liquorfistel oder Cochleaimplantat) prädisponieren zu schweren Infektionen.

Für diese Patientengruppen empfiehlt die STIKO seit 2016 eine sequenzielle Pneumokokkenimpfung mit den 13-valenten Konjugatimpfstoff, gefolgt von 23-valenten Polysaccharidimpfstoff im Abstand von 6–12 Monaten. Sofern der Polysaccharidimpfstoff bereits appliziert wurde, soll eine weitere Impfung mit dem Konjugatimpfstoff im Abstand von mindestens einem Jahr erfolgen, um eine bessere Impfantwort zu erreichen. Für Stammzelltransplantierte gelten spezielle Impfschemata.

In Gegensatz zum Polysaccharidimpfstoff induziert der Konjugatimpfstoff Gedächtniszellen. Insbesondere für HIV-Infizierte konnte eine Wirksamkeit der Konjugatvakzine belegt werden, während für die Polysaccharidvakzine keine signifikante Schutzwirkung nachgewiesen werden konnte. Allerdings erfolgt 23-valenten Konjugatimpfstoff derzeit nur circa 30 % der Pneumokokkenimpfungen bei Erwachsenen, der 23-valente Polysaccharidimpfstoff circa 60–70 % (www.pneumosoles.de). Der spezielle Impfung mit beiden Impfstoffen vermittelt daher derzeit den besten Schutz gegen Pneumokokkeninfektionen.

Personen, die als mögliche Infektionsquelle für Risikopersonen fungieren, sollen im Sinne einer Umgebungsprophylaxe nach STIKO-Empfehlung geimpft werden.

Risikopersonen für Infektionskrankheiten sind vor allem Personen mit Immunsuppression. Dieser Anteil der Bevölkerung nimmt aufgrund der kontinuierlichen Therapieoptimierungen, zum Beispiel in der Rheumatologie, Gastroenterologie oder Hämato-Onkologie, stetig zu. Sie leiden häufig an Infektionskrankheiten, welche oft schwer verlaufen. Im Abhängigkeit von der Art der Immunsuppression ist es teilweise nicht möglich, den Patienten selbst durch Impfung vor Infektionen zu schützen.
Deswegen sollte in dieser Situation das Umfeld des Patienten, also Haushaltskontaktpersonen sowie andere Personen aus dem direkten Umfeld nach den Empfehlungen der STIKO möglichst lückenlos durchgeimpft werden. Dies betrifft sowohl Standardimpfungen als auch Indikationsimpfungen (Influenza, Varicellen).

Endokrinologie

Nach osteoporosetypischen Frakturen soll bei älteren Patienten in der Regel eine spezifische Therapieoptione eingeleitet werden.

Das Risiko für osteoporosebedingte Frakturen steigt mit dem Lebensalter kontinuierlich an. Bei Patienten mit osteoporosebedingten Frakturen besteht ein hohes Risiko für Folgefrakturen. Nach einem Wirbelkörperbruch steigt das Refrakturrisiko bei osteoporotischen Frakturen um das 5-fache, nach 10 Jahren der Therapie sinkt das Frakturrisiko stark. Eine spezifische medikamentöse Versorgung erfolgen jedoch nur 45–50 % der Patienten. Bei älteren Patienten mit osteoporosetypischen Frakturen soll deshalb ergänzend zu den Basisfunktionen eine medikamentöse Therapie begonnen werden, um neue Frakturen zu verhindern, auch wenn eine Knochendichtemessung nicht zur Verfügung steht.

Eine Dauertherapie mit Levothyroxin bei Struma nodosa soll nicht durchgeführt werden.

Therapieoptionen der Struma nodosa umfassen die Behandlung mit Jod, L-Thyroxin oder die Kombination aus Jod und Thyroxin. Die beste Evidenz für einen günstigen Therapieeffekt hat die Kombinationsbehandlung aus L-Thyroxin und Jod. Studienlage, die den Nutzen einer Therapie mit L-Thyroxin zeigen, existieren nicht. Die SHIP-Studie zeigte, dass 19,5 % der Patienten, die Thyroxinpräparate einnahmen, einen zu niedrigen TSH-Wert hatten. Bei suppriminertes TSH-Werten ist das Risiko für Vorhofflimmern deutlich erhöht und mit einer erhöhten kardiovaskulären Mortalität verknüpft. Bei jahrelanger TSH-Suppression besteht zudem die Gefahr der Osteoporose mit erhöhter Frakturgefahr.

Jede zufällig entdeckte Raumforderung der Nebenniere (Incidentalom) soll endokrinologisch abgeklärt werden.

Incidentalome der Nebenniere sind definiert als zufällig entdeckte Raumforderungen der Nebenniere, die mittels Bildgebung entdeckt wurden. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um ein benignes Nebennierenadenom. Radiologische und Autopsiestudien zeigen eine Prävalenz von klinisch unauffälligen Raumforderungen von etwa 3 % im 50. Lebensjahr bis zu 10 % bei älteren Menschen.

Durch den Einsatz von Ultraschall, Computertomografie und Magnetresonanztomografie werden diese Veränderungen zunehmend häufig diagnostiziert. In einem Teil der Fälle liegt ein solch nur hormonproduzierendes Adenom (Aldosteronom, Phäochromozytom, autonome Cortisolproduktion) handeln. Andere benigne und maligne Entitäten sind dagegen abzugrenzen. Insbesondere bei Patienten mit arterieller Hypertonie und unbekannter Ursache der Nebenniere sollte gezielt eine hormonelle Ursache ausgeschlossen werden.

Angiologie

Die Zeitdauer einer langfristigen medikamentösen Sekundärprophylaxe nach venöser Thromboembolie (VTE) soll jährlich bezüglich der VTE-Rezidiv- und Blutungsrisiken neu abgewogen werden.

Dem Nutzen einer weiterstehenden Verhinderung erneuter thromboembolischer Ereignisse steht das kumulative Blutungsrisiko unter Antikoagulationstherapie gegenüber. Eine Langzeitantikoagulation ist daher nie kategorisch indiziert, das individuelle Nutzen-Risiko-Verhältnis muss regelmäßig überprüft werden.

Bei aleinigem Nachweis eines heterozygoten Faktor-V-Leiden- oder Prothrombin-Polymorphismus soll eine dauerhafte medikamentöse Sekundärprophylaxe nach venöser Thromboembolie (VTE) nicht erfolgen.

Insbesondere die häufigen genetischen Varianten, der heterozygote Faktor-V-Leiden-Defekt oder die heterozygote Prothrombin-20210 Mutation, sind nicht oder nur mit geringer Assoziation mit einer erstmaligen venösen Thromboembolie assoziiert. Die Vorliegen beeinflusst daher nicht die Entscheidung über die Dauer der Antikoagulation in der Sekundärprophylaxe der VTE.

Rheumatologie

Nach Gichtanfall soll eine harnsäuresenkende Therapie nicht ohne niedrig-dosierten Colchicin-Schutz begonnen werden.

Die Schutztherapie mit Colchicin (2 × 0,5 mg) soll neue Gichtattacken als Folge initialer Harnsäure-Mobilisierung unter Harnsäure-Senkern verhindern. Sie sollte circa sechs Monate lang erfolgen. Bei Kontraindikationen gegen Colchicin oder Unverträglichkeit kann die Anfallsprophylaxe mit niedrigdosierten nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) oder Glucocorticoiden gegeben.

Ohne typische Anamnese und Klinik soll eine Borreliosen-Serologie nicht bestimmt werden.

Die Lyme-Borreliose manifestiert sich am Bewegungsapparat als eine oft rekurrierende Mon- oder Oligoarthritis großer Gelenke mit bevorzugtem Befall der Kniegelenke. Ein vorangegangenes Erythema migrans ist mit einer Inzidenz von annähernder Hälfte, bis zwei Monate lang erfolgen. Bei Kontraindikationen gegen Colchicin oder Unverträglichkeit kann die Anfallsprophylaxe mit niedrigdosierten nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) oder Glucocorticoiden gegeben.

Ohne typische Anamnese und Klinik soll eine Borreliosen-Serologie nicht bestimmt werden.

Die Lyme-Borreliose manifestiert sich am Bewegungsapparat als eine oft rekurrierende Mon- oder Oligoarthritis großer Gelenke mit bevorzugtem Befall der Kniegelenke. Ein vorangegangenes Erythema migrans ist mit einer Inzidenz von annähernder Hälfte, bis zwei Monate lang erfolgen. Bei Kontraindikationen gegen Colchicin oder Unverträglichkeit kann die Anfallsprophylaxe mit niedrigdosierten nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) oder Glucocorticoiden gegeben.

Bei absehbar längerfristiger Glukokorticoidtherapie (mehr als 3 Monate) sollte jeder Patient eine initiale Knochendichtemessung (DXA), eine Vitamin-D-Prophylaxe und eine ausreichende Kalziumzufuhr, ein moderates Muskeltraining und gegebenenfalls eine spezifische Osteoporosetherapie erhalten.

Bereits eine orale Glukokorticoidtherapie mit mehr als 5 mg Prednison-Äquivalent täglich führt zu einer Reduktion des Knochenmineralgehalts und einem rascher Anstieg des Frakturrisikos, beginnend 3–6 Monate nach Therapiebeginn und anhaltend für die Dauer der Therapie. Zur Basisdiagnostik wird neben Anamnese und klinischem Befund als Standardmethode eine Knochendichtemessung (DXA), Laboratoriumsdiagnostik (Vitamin-D-Status, Kalziumspiegel) sollte der DVO-Risiko - score verwendet werden.

Wichtig ist als „Basistherapie“ (Prophylaxe) die Sicherstellung von 1 000 mg Kalzium-Gesamtzufuhr täglich und eine Vitamin-D-Zufuhr von 800 IE. Eine Kalzium-Supplementation ist nur notwendig, wenn die Nahrungskalziumzufuhr zu gering ist. Eine generelle Indikation für eine medikamentöse Osteoporosetherapie ist gegeben bei bestehender oder geplanter Therapie mit oraler Glukokorticoidtherapie > 7,5 mg Prednisolon-Äquivalent täglich für > 3 Monate, wenn der T-Score ≤ – 1,5 an der LWS1 oder dem Schenkelhals oder dem Gesamtfemur bestätigt (individuell auch bei T-Score > – 1,5) oder bei niedrigtraumatischen Wirbelkörperfrakturen oder multiplen peripheren Frakturen.

Klug entscheiden
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) verfolgt mit ihrer Initiative „Klug entscheiden“ das Ziel, diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu überdenken, die häufig nicht fachgerecht erbracht werden.

Gastroenterologie

Bei Personen, die an der Koloskopie-Vorsorge/Früherkennung entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-R) teilnehmen, soll keine zusätzliche Untersuchung auf okkulte Blut (FOBT) erfolgen.

Die Koloskopie ist die effektivste Maßnahme zur Vorsorge/Früherkennung des kolorektalen Karzinoms mit einer sehr geringen Komplikationsrate. Tandemuntersuchungen haben gezeigt, dass größere Adenome nur selten (9–6 %) übersehen werden. Bei einer unauffälligen Koloskopie fanden sich nach 5,5 Jahren keine Karzinome und weniger als 1 % fortgeschrittene Neoplasien. Fallkontrollstudien legen nahe, dass das Risiko auch noch mehr als 10 Jahren nach einer unauffälligen Koloskopie sehr niedrig ist. Von entschiedener Bedeutung ist, dass die Koloskopie mit höchstmöglicher Qualität durchgeführt wird. Es wird davon ausgegangen, dass eine unauffällige Koloskopie nach 10 Jahren wiederholt werden sollte, bei Nachweis von Adenomen gelten kürzere Kontrollintervalle. Aufgrund dieser Daten sollte bei Teilnehmern an der Vorsorgekoloskopie auf Stuhltests auf okkultes Blut verzichtet werden, zumal angesichts der beträchtlichen Rate falsch-positiver Befunde bei den Stuhltests unnötig zusätzliche endoskopische Untersuchungen veranlasst werden könnten.

Nephrologie

Hohe orale Flüssigkeitsmengen sollen nicht eingesetzt werden, um die Nierenfunktion zu bessern oder „Nieren zu spülen“.

Zahlreiche Studien belegen, dass eine Hemmung beziehungsweise Flüssigkeitszufuhr über zwei Liter pro Tag weder renale Endpunkte noch die Mortalität in der Allgemeinbevölkerung, bei CKD-Patienten oder bei akuten Nierenversagen beeinflusst.

Palliativmedizin

Laxanzien zur Behandlung oder Vorbeugung von opioidbedingter Obstipation sollen routinemäßig verordnet werden.

Eine prophylaktische Laxanzienbehandlung stellt eine häufige und wichtige flankierende Maßnahme bei Patienten mit langandauernder Opioid-Therapie dar. In den systematischen Cochrane-Analyse von Candy et al. wurden sieben RCTs mit 616 teilnehmenden Patienten ausgewertet. Hier zeigte sich zudem keine Evidenz, nach der ein Laxans gegenüber einem anderen zu bevorzugen sei. Der Nutzen der Gabe von Laxanzien zur Behandlung oder Vorbeugung von opioidbedingter Obstipation ist als Empfehlung 6,25 und auch als Qualitätsindikator Q1 3 Bestandteil der S3-Leitlinie Palliativmedizin.

Pneumologie

Orale Cephalosporine sollen nicht zur Initialtherapie bei ambulant erworbener Pneumonie (CAP) verwendet werden.

Die in der oralen Applikation maximal möglichen Dosierungen von Cephalosporinen stellen regelfall eine deutliche Unterdosierung dar. Therapie klinisch relevanter Infektionen das Erregerspektrum betreffend. Es gibt keine Cephalosporinen bei CAP signifikant mit einem Therapieversagen und nachfolgender Hospitalisierung assoziiert. Ferner ist die Gabe oraler Cephalosporine ein Risikofaktor für die Ausbreitung resistenter gramnegativer Erreger (ESBL) auch im ambulanten Bereich und begünstigt die Selektion von Clostridioides difficile. Primär empfohlene Antibiotika bei ambulanter oraler Therapie einer leichten CAP sind Aminocillin bei Patienten ohne relevante Begleiterkrankungen und Pneumocillin/Clavulansäure bei Patienten mit relevanten Komorbiditäten (chronische Herzinsuffizienz NYHA III/IV, ZNS-Erkrankungen mit Schluckstörungen, COPD, Bronchiektasen, Bettlägerigkeit, PEG). Parenteral applizierte Cephalosporine sind grundsätzlich geeignet zur stationären Therapie der Pneumonie, da deutlich höhere Dosierungen appliziert werden können.

Bei einer akuten COPD-Exacerbation soll keine langandauernde Steroidtherapie, sondern ein Prednisolonstoß für fünf Tage durchgeführt werden.

Die Definition einer akuten Exazerbation bei COPD ist erfüllt, wenn es zu einer akuten, über mindestens zwei Tage anhaltenden Verschlechterung der respiratorischen Symptome mit der Notwendigkeit einer Intensivierung der Therapie kommt. Zwar verkürzen systemische Steroide die Exacerbationszeit sowie die Krankenhausverweildauer und führen zu Verbesserungen der Lungenfunktion sowie der Oxygenierung, werden aber im klinischen Alltag häufig überdosiert und zu lange appliziert. Nach Leitlinienempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP) sowie der Kollegen aus der Schweiz (2013) sollten die Steroide nicht länger als drei klinisch schweren Exacerbation über fünf Tage und nicht höher dosiert als 50 mg Prednison (Äquivalenz) pro Tag eingesetzt werden. Kontroversen ist die Diskussion über die Dauer der Gabe, die nur bei klinischen Hinweisen auf eine bakterielle Infektion eingesetzt werden sollten.