DER ARZNEIMITTELBRIEF

Jg. 46, S. 31; Ausgabe 04 / 2012

Therapeutische Entscheidungen bei älteren Patienten: Die Lebenserwartung abschätzen und mitberücksichtigen

Dass therapeutische Leitlinien, die auf randomisierten Studien beruhen, nicht immer zu realisieren sind, wird besonders klar bei der Therapie älterer Menschen mit Komorbiditäten. Ein formales Festhalten an so genannten Standards führt zu einer therapeutischen Polypragmasie. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis müsste aber für jeden individuellen Patienten stets neu bewertet werden und ist nicht einfach zu quantifizieren. Dass weniger sehr oft mehr ist, trifft besonders auf die Arzneimitteltherapie zu (1), aber auch auf andere therapeutische und viele diagnostische Maßnahmen. Ein wesentlicher Parameter zur „Priorisierung" in solchen klinischen Entscheidungsprozessen bei älteren Menschen ist die Lebenserwartung. Sie wird auch in manchen Leitlinien berücksichtigt.

Ein aktuelles Review im JAMA (2) untersucht systematisch und kritisch verschiedene Indizes zur Abschätzung der Wahrscheinlichkeit bei älteren Menschen, innerhalb eines bestimmten Zeitraums zu sterben, z.B. die Fünf-Jahres-Mortalität. Dabei entspricht die mittlere Lebenserwartung dem Zeitraum, in dem 50% einer Gruppe sterben. Liegt z.B. die Fünf-Jahres-Mortalität 50%, so ist die mittlere Lebenserwartung entsprechend länger als fünf Jahre und vice versa. Als Beispiele klinischer Entscheidungen, bei denen die Lebenserwartung des Patienten kritisch einbezogen werden sollte, führen die Autoren in der Einleitung ihres Artikels an: Therapie mit Statinen (bei Lebenserwartung 6 Monate); Senkung des Blutdrucks auf 140/80 mm Hg (bei Lebenserwartung 2-3 Jahre); Einstellung des Blutzuckers bei Diabetes mellitus auf HbA1c-Werte 8%, Screening auf Mamma- oder Kolon-Karzinom (bei Lebenserwartung 5 Jahre), Screening auf Prostata-Karzinom (bei Lebenserwartung 15 Jahre). Die Neuimplantation eines Defibrillators sollte nach aktuellen Leitlinien bei einer Lebenserwartung von unter zwei Jahren nicht mehr erfolgen.

Die Autoren suchten in gängigen Datenbanken (MEDLINE, EMBASE, Cochrane und Google Scholar bis November 2011) nach *krankheitsunspezifischen Indizes*, die eine absolute Gesamt-Mortalität älterer Patienten prognostizieren. Indizes aus dem intensivmedizinischen Bereich zur Berechnung der Mortalität im Krankenhaus sowie krankheitsspezifische Indizes waren ausgeschlossen. Aus 21.593 Titeln wurden schließlich 16 validierte Indizes identifiziert, die für die Zeiträume zwischen sechs Monaten und fünf Jahren die Mortalität älterer Patienten (> 60 Jahre) in unterschiedlichen Situationen prognostizieren: stationäre Patienten (acht Indizes), ambulante Patienten (sechs Indizes) und Patienten im Pflegeheim (zwei Indizes). Diese Indizes wurden systematisch auf potenziellen „Bias", Genauigkeit und Generalisierbarkeit getestet.

Nach den Resultaten dieser Arbeit ist erwartungsgemäß keiner der 16 gefundenen Indizes gänzlich frei von potenziellem Bias. So waren nur zwei der Indizes von unabhängigen Experten validiert, d.h.

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

Experten, die selbst nicht involviert waren in die Entwicklung des Index. Die Genauigkeit dieser Indices entspricht etwa der anderer prädiktiver Scores, z.B. $CHADS_2$ (3) oder TIMI Risk Score, auch wenn sie keine optimalen Werte erreichen. Es fehlen naturgemäß kontrollierte randomisierte Studien über den tatsächlichen Einfluss solcher Scores auf klinische Entscheidungen und das weitere Schicksal der Patienten. Auch für die Frage der Übertragbarkeit auf andere Patientengruppen gibt es nur begrenzt Daten. Die Scores sind für heterogene Patientengruppen validiert.

Bemerkenswert ist, dass die Resultate dieser Arbeit auf einer eigenen, öffentlich zugänglichen und kostenfreien Website präsentiert werden (4). Der Nutzer kann sich anhand einer „Bubble"-Grafik einen differenzierten und kritischen Überblick über die Indizes verschaffen. Er kann sich für einen geeigneten entscheiden und wird nach einem Mausklick direkt auf den entsprechenden Online-Kalkulator weitergeleitet. Die Autoren appellieren an die Nutzer, bei der Anwendung der Indizes auf einen konkreten Patienten stets Augenmaß zu bewahren und sich zu fragen, ob etwaige relevante Komorbiditäten auch tatsächlich im Resultat abgebildet werden. Die Website beinhaltet eine ausführliche Erläuterung zur Anwendung und Interpretation der Scores.

Fazit: Je komplexer medizinische Probleme werden, desto größer wird das ärztliche Bedürfnis, sich bei klinischen Entscheidungen durch scheinbar exakte und fehlerfreie Resultate rechnerbasierter Expertensysteme helfen zu lassen. Solche Systeme können die Wirklichkeit aber nie exakt abbilden und in ihren Ergebnissen berücksichtigen. US-amerikanische Autoren haben versucht, mit 16 verschiedenen Indizes die Gesamt-Mortalität und Lebenserwartung älterer Patienten abzuschätzen und diesen Faktor eventuell in therapeutische Entscheidungen einfließen zu lassen. Auf einer eigenen Website präsentieren sie ein Programm, in dem man für einen eigenen konkreten Patienten einen solchen möglichst situationsgerechten Score auswählen und beurteilen kann.

Literatur

1. Garfinkel,D., und Mangin, D.: Arch. Intern. Med. 2010, **170**, 1648. Link zur Quelle AMB2010, **44**, 95. Link zur Quelle
2. Yourman,L.C., et al.: JAMA 2012, **307**, 182. Link zur Quelle
3. AMB2011, **45**, 73. Link zur Quelle
4. www.ePrognosis.orgLink zur Quelle

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.