

Partizipative Entscheidungsfindung – auch zwischen Autoren und Lesern

Kommentar zum Artikel von Adarkwah C et al.: Kardiovaskuläre Risikoberatung bei jüngeren Patienten

Shared Decision Making – Also Between Authors and Readers

Commentary to the Article Adarkwah C et al.: Cardiovascular Risk Assessment in Younger Patients

Uwe Kurzke

arriba ist ein in der hausärztlichen Praxis etablierter, kardiovaskulärer Risikorechner. In der herkömmlichen Version wird dem Patienten sein absolutes Risiko innerhalb eines 10-Jahreszeitraums demonstriert. Die Darstellung dieses absoluten Risikos kann sowohl in Form von Smileys als auch in prozentualen Angaben im Vergleich zur Altersgruppe des Patienten erfolgen.

Ausgehend von der naheliegenden Überlegung, dass Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen bereits in jüngeren Jahren entstehen, greifen die Autoren die Frage auf, ob der für die Abschätzung des kardiovaskulären Risikos gängige Zeitraum von zehn Jahren ausreichend ist oder ob gerade bei jüngeren Patienten längere Zeiträume betrachtet werden sollten.

Mithilfe eines mathematischen Modells (Markov-Modell) wird in der modifizierten Form von *arriba* eine erkrankungsfreie Lebenszeit kalkuliert. Auf dieser Grundlage stellen die Verfasser das Risiko des Patienten, seine Einflussmöglichkeiten durch Änderungen des Lebensstils oder auch medikamentöse Maßnahmen dar. Neben der Prognose für eine erkrankungsfreie Lebenszeit werden die Ergebnisse einer Pilotstudie bei jüngeren Patienten berichtet.

Soweit sich Interventionen lediglich auf Änderungen im Lebensstil (Rauchen, Sport, Ernährung) beziehen, dürfte es wahrscheinlich keine zwei Meinungen geben. Interessant wird es, wenn es um die Frage einer medikamentösen Intervention zur Risikoreduktion geht. Die

Diskussion, zu welchem Zeitpunkt solche Interventionen ergriffen werden sollten, wird bereits seit langer Zeit geführt. Die Autoren verweisen u.a. auf einen bereits 17 Jahre alten Beitrag von Ulrich et al [1], der versuchte das optimale Alter für den Beginn einer lipidsenkenden Behandlung zu bestimmen. Schon damals gab es als Reaktion auf den Beitrag eine intensive Diskussion über den Sinn einer sehr frühzeitigen Intervention. So wies u.a. Marshall [2] in seiner Antwort auf den Beitrag von Ulrich darauf hin, dass bei Annahme einer relativen Risikoreduktion von 30 % vor allem ältere Patienten von einer solchen Therapie profitieren (Tab. 1).

Grundsätzlich stellt sich also zunächst einmal nicht die Frage, ob innerhalb einer Dekade ein für junge Menschen relativ geringes Risiko durch die Darstellung der erkrankungsfreien Lebenszeit besser verdeutlicht werden kann (wie es die vorliegende Studie untersucht). Es geht vielmehr um die Frage, ob eine frühzeitige Intervention überhaupt Sinn macht. Würde eine solche Behandlung (abgesehen von Änderungen des Lebensstils) Sinn machen, wären wir rasch bei der Polypill, mit der sich Borgers bereits 2014 kritisch in der ZFA auseinandersetzte [3].

Vorhersagen der Lebenszeit

Im Beitrag stellen die Autoren einen 40-jährigen Patienten mit Diabetes und Hypertonie vor, für den sich eine ereig-

nisfreie Lebenszeit von 63 Jahren ergibt. Ändert er seine Ernährungsgewohnheiten (bei einem aktuellen HbA1c von 6,5) gewinnt er zwei Lebensjahre. Dies soll nach Einschätzung der Autoren den Patienten in seiner Entscheidungsfindung besser unterstützen als die gewohnte *arriba*-Darstellung.

Nun ist *arriba* in der hausärztlichen Praxis nicht nur ein Instrument, um ein kardiovaskuläres Risiko aufzuzeigen und damit den Patienten in seiner bzw. einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zu unterstützen. *arriba* stellt in der Beratungssituation auch ein hervorragendes Instrument zur Motivation des Patienten dar. Auch wenn das absolute Risiko nach *arriba*-classic nicht extrem hoch erscheint, würde bei der von den Autoren gewählten Konstellation das absolute Risiko (vor allem im Vergleich zur Altersgruppe) nahezu halbiert. Ob die Perspektive für den Patienten, zwei erkrankungsfreie Lebensjahre zu gewinnen, ihn stärker motiviert als die Chance, sein absolutes Risiko zu halbieren, darf nach langjähriger hausärztlicher Tätigkeit bezweifelt werden.

Unabhängig davon bleibt die Frage, ob es in der Beratungssituation der Praxis legitim ist, dem Patienten mithilfe eines mathematischen Modells eine erkrankungsfreie Lebenszeit vorherzusagen. Wir werden nicht selten bei schweren Erkrankungen von Patienten gefragt: „Wie lange habe ich noch?“. Kaum jemand von uns würde es wagen, hier eine klare Antwort zu geben und sich z.B. auf einen Monat, ein halbes

Age	Event free life years expected	Life expectancy (years)	Case fatality rate* (%)	Life years lost after cardiovascular event	Life years gained by treatment**	Life years gained per years of treatment
20	38.4	55.5	23	12.8	3.8	0.06
30	28.7	45.9	23	10.6	3.2	0.06
40	19.5	36.5	23	8.4	2.5	0.06
50	11.6	27.1	29	7.9	2.4	0.08
60	5.5	18.7	46	8.6	2.6	0.12
70	1.8	11.7	56	6.6	2.0	0.14
80	0.3	6.7	56	3.8	1.1	0.14

* Mortality after myocardial infarction is used as a proxy for mortality after a cardiovascular event.
** Relative risk reduction adjusted to 30% at all ages.

Tabelle 1 Efficiency of starting treatment with statin at different ages in men [2]

Jahr oder gar 25 Jahre festzulegen. Die Autoren trauen sich bzw. ihrem mathematischen Modell genau dieses zu. Einen erkrankungsfreien Lebenszeitraum exakt mit Jahreszahl zu benennen (unter gleichzeitig kleingedruckter Angabe der prozentual Betroffenen) ist etwas anderes als die prozentuale Angabe einer Wahrscheinlichkeit. Welche Botschaft wird der Patient wohl nach Hause tragen? Fast fühlt man sich bei diesem Gedanken an das Drama von Elias Canetti „Die Befristeten“ [4] erinnert, wenn auch mit etwas vertauschten Vorzeichen. Ohnehin ist man geneigt zu fragen, ob der Patient eine dermaßen exakte Vorhersage ggf. auch einklagen könnte. Hier wie auch im Folgenden bei der Beschreibung der Methoden zeigt sich aus meiner Sicht eine erstaunliche Praxisferne der Autoren.

Komplexität von statistischen Zusammenhängen

Die Darstellung der Methode (Markov-Modell) sowie der statistischen Analysen dürfte für die breite Leserschaft der

ZFA, die universitären Vertreter vielleicht ausgenommen, ziemlich unverständlich sein. Weder dürften die meisten Leser der ZFA statistisch besonders geschult noch mathematisch so erfahren sein, dass sie verstehen könnten, worum es eigentlich geht. Und bevor man sich als Leser gezwungen sieht, eine statistische Zusatzausbildung zu absolvieren oder Begriffe in eine Suchmaschine einzugeben, wird man den Beitrag vielleicht allenfalls überfliegen oder ... gleich zum nächsten Artikel blättern.

Die ZFA als wissenschaftliches Organ der DEGAM richtet sich in der überwiegenden Zahl an praktizierende Hausärztinnen und -ärzte. Es ist für hauptsächlich wissenschaftlich tätige Autoren sicherlich nicht einfach, ihre Erkenntnisse einer breiteren Öffentlichkeit in verständlicher Form zu unterbreiten. Dennoch darf der Leser erwarten, dass auch komplexe statistische Zusammenhänge gut verständlich vermittelt werden.

In der täglichen Praxis ist es unsere ständige Aufgabe, unsere Patienten auch über komplexe Zusammenhänge so zu informieren, dass partizipative

Entscheidungsfindung möglich wird und der Patient langfristig motiviert werden kann.

Wenn wichtige wissenschaftliche Ergebnisse einer breiten Masse von Hausärzten mitgeteilt werden und sie gleichfalls motiviert werden sollen, diese Erkenntnisse aufzunehmen bzw. in der Praxis umzusetzen, dann sind gerade universitär verankerte Autoren besonders gefordert, ihre Erkenntnisse entsprechend zu vermitteln. Auch dies ist eine Form der partizipativen Entscheidungsfindung, die den Autoren so am Herzen liegt.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Uwe Kurzke
Facharzt für Allgemeinmedizin/
Notfallmedizin
Unterrotte 105
A-9963 St. Jakob in Deferegggen
Schulstraße 5, D-25849 Pellworm
praxis@akkupellworm.de

Literatur

- Ulrich S. What is the optimal age for starting lipid lowering treatment? A mathematical model. *BMJ* 2000; 320: 1134–1140. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1127257/ (letzter Zugriff am 4.8.2017)
- Marshall T. It is more efficient to screen and treat elderly people? *BMJ* 2000; 321: 637
- Borgers D. Der bisherige Misserfolg der Polypill in Indien und anderswo. *Z Allg Med* 2014; 90: 342–347. www.online-zfa.de/article/der-bisherige-misserfolg-der-polypill-in-indien-und-anderswo/der-besondere-artikel-special-article/y/m/1996?articleMedia=issue (letzter Zugriff am 4.8.2017)
- Canetti E. *Dramen*. München: dtv Verlagsgesellschaft, 1978