

Internist 2016 · 57:521–526
DOI 10.1007/s00108-016-0062-6
Online publiziert: 1. Juni 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



Klug entscheiden

Eine Initiative der
Deutschen Gesellschaft für
Innere Medizin e.V.

Redaktion

M. Hallek, Köln
G. Hasenfuß, Göttingen
E. Märker-Hermann, Wiesbaden
C. Sieber, Nürnberg



CrossMark

Klug-entscheiden-Initiative der DGIM

Im Jahr 2012 hat die American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation die amerikanische Choosing-wisely-Initiative gestartet [1–3]. Über 50 amerikanische Fachgesellschaften beteiligen sich durch die Erarbeitung von jeweils fünf Aspekten der Überversorgung. Diese Top-5-Listen repräsentieren demnach medizinische Maßnahmen, die durchgeführt werden, obwohl sie dem Patienten nicht nützen oder sogar schädlich für seine Gesundheit sein können.

» Die Initiative „Klug entscheiden“ adressiert Über- und Unterversorgung

Die Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) unterscheidet sich in zwei grundlegenden Aspekten von der amerikanischen Initiative. Erstens wird bei „Klug entscheiden“ sowohl Überversorgung als auch Unterversorgung adressiert; damit will man die Indikationsqualität in beiden Richtungen verbessern. Zweitens entstehen die Klug-entscheiden-Empfehlungen der DGIM in einem interdisziplinären Prozess unter Beteiligung aller internistischen Schwerpunkte und assoziierten Fach-

G. Hasenfuß¹ · E. Märker-Hermann² · M. Hallek³ · U. R. Fölsch⁴

¹Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Herzzentrum, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität, Göttingen, Deutschland

²Klinik für Innere Medizin IV, Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Wiesbaden, Deutschland

³Klinik I für Innere Medizin, Uniklinik Köln, Köln, Deutschland

⁴Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Kiel, Deutschland

Klug entscheiden in der Inneren Medizin

gesellschaften. Das heißt, die Klug-entscheiden-Empfehlungen der DGIM sind von Schwerpunktspezialisten erarbeitet, werden aber in einem interdisziplinären Review- und Konsensusprozess überarbeitet und verabschiedet. Hierzu hat die DGIM eine Konsensuskommission (siehe **Infobox 1**) etabliert, die mit einer Patientenvertretung und Vertretern der folgenden zwölf Schwerpunkte besetzt ist (siehe **Abb. 1**).

Definition der Klug-entscheiden-Empfehlungen

Positivempfehlungen adressieren diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen mit gesicherter wissenschaftlicher Evidenz, die nach Einschätzung der Konsensuskommission zu selten durchgeführt werden. Negativempfehlungen adressieren diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen, die nach Einschätzung der Konsensuskommission häufig durchgeführt werden, obwohl es wissenschaftliche Belege gibt, dass sie keinen Nutzen haben oder sogar schädlich sein können (**Abb. 2**). Positivempfehlungen thematisieren somit Aspekte der Unterversorgung, Negativempfehlungen Aspekte der Überversorgung.

Im Rahmen des Konsensusprozesses müssen folgende Voraussetzungen für die Verabschiedung einer Klug-entscheiden-Empfehlung gegeben sein:

- Evidenzgrundlage ist in der Regel mindestens eine adäquate publizierte Studie. Im Ausnahmefall genügt auch eine Expertenmeinung aus einer hochrangigen Leitlinie (Vorschlag erfolgt durch die Schwerpunkt-fachgesellschaft).
- Die DGIM-Konsensuskonferenz kommt zu der Einschätzung, dass die Fehlversorgung häufig stattfindet.
- Die Klug-entscheiden-Empfehlung wird von der DGIM-Konsensuskonferenz konsentiert.

Mitgliederbefragung

Im Zeitraum vom 9. September bis 5. Oktober 2015 hat das Sozialwissenschaftliche Umfragezentrum GmbH (SUZ, Duisburg) im Auftrag der DGIM insgesamt 19.183 DGIM-Mitglieder mit anschreibbarer E-Mail-Adresse um die Teilnahme an einer Befragung gebeten. Durchgeführt wurde eine Onlinebefragung mit individuellem Zugangscode. Am Ende des Befragungszeitraums hatten 4181 Mitglieder (21,8 %) auswertbar und erfolgreich an der Umfrage teilgenommen. Die Fragen waren gegliedert nach Überversorgung (überflüssige Leistungen) und Unterversorgung (zu selten durchgeführte, sinnvolle Maßnahmen). Alle internistischen Schwerpunkte bzw. assoziierten Fachgesellschaften sind in der Umfrage repräsentativ vertreten [5].

Infobox 1 Mitglieder der Konsenskommission

AWMF:

Prof. Dr. med. Ina Kopp
Dr. med. Monika Nothacker (AWMF/IMWI)

DGA:

Prof. Dr. med. Reinhardt Sternitzky

DGE:

Prof. Dr. med. Sven Diederich
PD Dr. med. Joachim Feldkamp

DGfN:

Prof. Dr. med. Jürgen Floege
Prof. Dr. med. Jan Galle

DGG/DGGG:

Dr. med. Manfred Gogol

DGHO:

Prof. Dr. med. Stefan Krause
Prof. Dr. med. Andreas Neubauer

DGI:

PD Dr. med. Rika Draenert
PD Dr. med. Norma Jung

DGIIN:

Prof. Dr. med. Martin Möckel
Prof. Dr. med. Reimer Riessen

DGIM:

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Ulrich Fölsch
Prof. Dr. med. Michael Hallek
Prof. Dr. med. Gerd Hasenfuß
Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann

DGK:

Prof. Dr. med. Stephan Baldus
Prof. Dr. med. Karl Werdan

DGP (Pneumologie):

Prof. Dr. med. Berthold Jany
Anja Flender M.A.

DGP (Palliativmedizin):

PD Dr. med. Bernd Alt-Epping

DGRh:

Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann
Dr. med. Julia Rautenstrauch

DGVS:

PD Dr. med. Petra Lynen-Jansen
Prof. Dr. med. Herbert Koop

Patientenvertretung:

Renate Pfeifer

Internist 2016 · 57:521–526 DOI 10.1007/s00108-016-0062-6
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

G. Hasenfuß · E. Märker-Hermann · M. Hallek · U. R. Fölsch

Klug entscheiden in der Inneren Medizin

Zusammenfassung

„Klug entscheiden“ ist eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) zur Stärkung der Indikationsqualität. Zusammen mit zwölf internistischen Schwerpunkten bzw. assoziierten Fachgesellschaften werden basierend auf wissenschaftlicher Evidenz Aspekte der Fehlversorgung identifiziert und formuliert. Die Formulierungen werden von einer interdisziplinären Konsensuskonferenz überarbeitet und verabschiedet. Adressiert werden einerseits diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die trotz eines wissenschaftlichen Nutzens nachweislich zu selten durchgeführt werden, andererseits solche, die durchgeführt werden, obwohl

klar belegt ist, dass die Maßnahmen keinen Nutzen haben oder sogar schädlich sind. Die resultierenden Positiv- bzw. Negativempfehlungen sollen Ärzte bei der Indikationsstellung unterstützen. Die Zweckmäßigkeit der Klug-entscheiden-Initiative wird durch eine Umfrage unter Beteiligung von 4200 Mitgliedern der DGIM bestätigt.

Schlüsselwörter

Qualität der Gesundheitsversorgung · Indikationsqualität · Qualitätssicherung · Umfrage · Konsensus

Choosing wisely in internal medicine

Abstract

„Choosing wisely – DGIM“ is an initiative of the German Society of Internal Medicine (DGIM) to strengthen the quality of diagnostics and indications for therapy. Aspects of inappropriate patient care are identified based on scientific evidence in collaboration with 12 internal medicine and associated societies. Identified aspects are reviewed and endorsed by an interdisciplinary consensus committee. Addressed are those diagnostic and therapeutic measures which are rarely used despite scientific evidence of their usefulness and those which are

frequently used although clear evidence exists that the measures are not useful or even harmful. The resulting positive or negative recommendations are intended to support physicians in the assessment of indications. The relevance of the „Choosing wisely – DGIM“ initiative is confirmed by a survey involving 4200 members of DGIM.

Keywords

Healthcare quality · Indication quality · Quality control · Survey · Consensus

Überversorgung

Ein Anteil von 85 % sieht die Überversorgung als relevantes Problem in unserem Versorgungssystem an. Von den Befragten gaben 87 % an, dass Überversorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich mindestens einmal pro Woche vorkomme, 25,9 % gaben eine Häufigkeit von 1- bis 10-mal täglich an (Abb. 3). Als potenzielle Folgen der Überversorgung wurden am häufigsten eine Steigerung der Gesundheitsausgaben, eine potenzielle Verunsicherung der Patienten oder sogar ein potenzieller Schaden angeführt.

Mehrfachnennungen waren möglich. Befragt nach den Bereichen der Überversorgung wurden ganz eindeutig am häufigsten die Bildgebung (84 %) und Labor Diagnostik (79 %) angegeben, gefolgt von der apparativen bzw. technischen Therapie (56 %).

» Fast jeder Zweite sieht die Unkenntnis der Leitlinien als Grund für Überversorgung

Schließlich wurden die Mitglieder nach den mutmaßlichen Gründen für überflüssige Leistungen gefragt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Hier gaben 79 % der Befragten die Sorge vor Behandlungsfehlern an, 63 % ein An-

spruchsverhalten der Patienten (Druck der Patienten) und 49 % die Erzielung zusätzlicher Erlöse. Immerhin 44 % der Befragten sehen eine Unkenntnis der Leitlinien als ausschlaggebenden Grund für eine Überversorgung. Schließlich nannten 42 % fehlende Zeit für den Patienten als Begründung für eine Überversorgung (Abb. 4). Auf die Frage, durch welche Maßnahmen Überversorgung in der internistischen Praxis am effektivsten reduziert werden könne, antworten 71 % mit regelmäßiger Fortbildung, 48 % mit der Publikation der Klug-entscheiden-Empfehlungen. Lediglich 16 % sehen eine Lösungsmöglichkeit in entsprechenden gesetzgeberischen Kontrollen.

Hier steht eine Anzeige.



Unter Mitwirkung von:



Unterstützende Institutionen der Initiative Klug entscheiden:



Abb. 1 ▲ Fachgesellschaften und unterstützende Institutionen der Initiative „Klug entscheiden“

Negativempfehlung: Diagnostische/therapeutische Maßnahme, die häufig durchgeführt wird, obwohl sie wissenschaftlich nachweislich nicht nutzbringend ist
Positivempfehlung: Diagnostische/therapeutische Maßnahme, die häufig unterlassen wird, obwohl deren Nutzen wissenschaftlich belegt ist.

Abb. 2 ▲ Klug-entscheiden-Empfehlungen erfüllen die Kriterien des AWMF-Manuals [4]

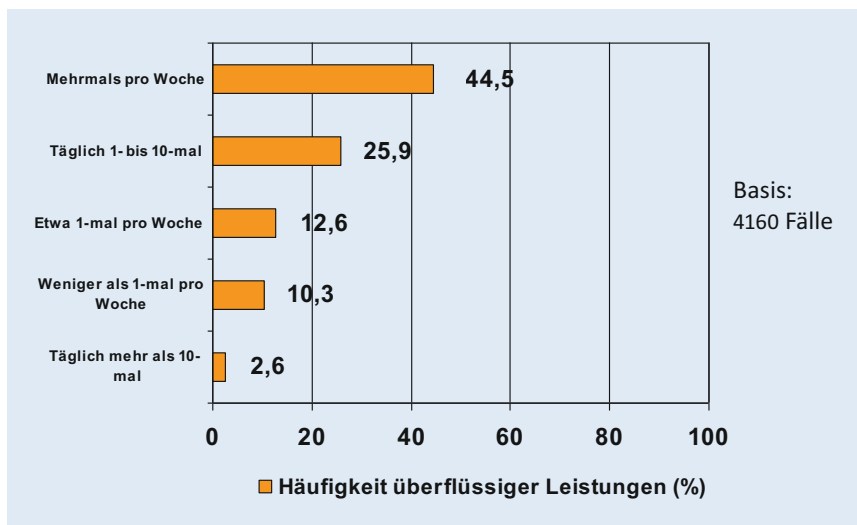


Abb. 3 ▲ Häufigkeit der Überversorgung gemäß Mitgliederbefragung. „Wie häufig kommen überflüssige Leistungen (Überversorgung) in Ihrem Zuständigkeitsbereich vor?“

Unterversorgung

Im Gegensatz zur Überversorgung wird Unterversorgung seltener als Problem eingeschätzt. So geben 50 % der Befragten an, dass weniger als einmal pro Woche indizierte diagnostische und therapeutische Leistungen im Zuständigkeitsbereich nicht durchgeführt würden. Entsprechend wird die Problemrelevanz geringer eingeschätzt. Dennoch ist die Mehrzahl der Befragten der Meinung, dass die Unterversorgung durch unvollständige Kenntnis der Leitlinie verursacht sei. Dies sei in erster Linie auf die Komplexität, Heterogenität und den Umfang der Leitlinien zurückzuführen, weniger darauf, dass die Ärzte sich nicht mit den Leitlinien auseinandersetzen.

Aktueller Stand der Klug-entscheiden-Initiative

Die oben aufgeführten Schwerpunkte bzw. assoziierten Fachgesellschaften haben jeweils fünf Positiv- und fünf Negativempfehlungen entwickelt. Bis Ende 2015 wurden sie nach Revision von der DGIM-Konsensuskommission verabschiedet. Publiziert sind die Klug-

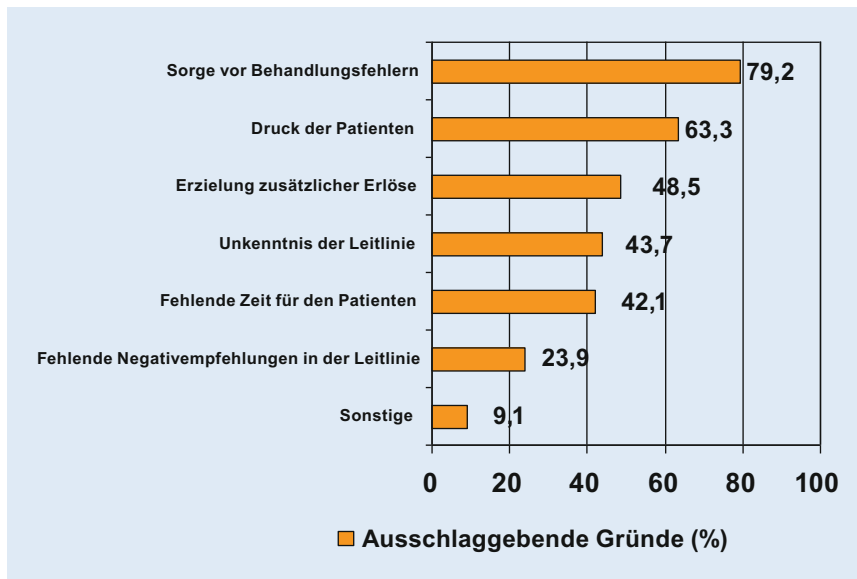


Abb. 4 ▲ Ausschlaggebende Gründe für überflüssige Leistungen gemäß Mitgliederbefragung. „Welche der folgenden Gründe sind Ihrer Meinung nach für die Durchführung unnötiger diagnostischer/therapeutischer Maßnahmen ausschlaggebend?“ (Mehrfachnennungen möglich)

entscheiden-Empfehlungen im *Deutschen Ärzteblatt* [6].

In der vorliegenden Ausgabe von *Der Internist* erfolgt eine Zusammenfassung der Klug-entscheiden-Empfehlungen zu den Themen Infektiologie und Endokrinologie, wobei die gesamte Innere Medizin einbezogen ist. Außerdem werden in einem Beitrag diejenigen internistischen Empfehlungen zusammengefasst, die ganz besonders für die direkte Diskussion mit unseren Patienten geeignet erscheinen.

Diskussion

Die Initiative „Klug entscheiden“ der DGIM ist als Qualitätsoffensive zur Verbesserung der Indikationsqualität zu verstehen, obwohl die ersten 120 Empfehlungen nur ein kleines Segment des internistischen Indikationsspektrums ansprechen. Darüber hinaus erhofft sich die DGIM auch eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Ärzte für das Thema Indikationsqualität. Diese ist für die DGIM von höchster Priorität, da sich die Politik aktuell auf die Ergebnisqualität fokussiert. Ohne Zweifel ist es unser aller Ziel, mit medizinischen Maßnahmen ein gutes Ergebnis für unsere Patienten zu erreichen. Ohne Zweifel kann man jedoch auch dann nur von einem guten

Ergebnis sprechen, wenn die Indikation für die ergriffene Maßnahme richtig war.

Gerade in Zeiten eines hohen ökonomischen Drucks auf die Leistungserbringer im Gesundheitssystem muss es uns ein besonderes Anliegen sein, dass ausschließlich die Notwendigkeit einer Maßnahme und nicht etwa der erzielbare Erlös bei der Indikationsstellung eine Rolle spielt. Auch dem von Medien, Kostenträgern und Politik nicht selten an die Mediziner adressierten Vorwurf, in Deutschland würden zu viele Operationen oder Interventionen durchgeführt, kann nur dadurch Rechnung getragen werden, dass die korrekte Indikationsstellung mehr Beachtung findet.

» Nur die Notwendigkeit einer Maßnahme darf bei der Indikationsstellung eine Rolle spielen

Ein wesentliches Qualitätskennzeichen der Klug-entscheiden-Initiative der DGIM ist der Entstehungsprozess in Form des Peer-Review-Verfahrens und der Konsentierung durch alle Schwerpunkte der Inneren Medizin. Im Hinblick auf die Häufigkeit der Über- oder Unterversorgung ist nur in wenigen Fällen eine

Datenbasis vorhanden, sodass hier die Einschätzung der Fallzahlen durch die Schwerpunkte und die Konsensuskommission entscheidend ist. Im Hinblick auf die wissenschaftliche Evidenz der Über- und Unterversorgung ist in der Regel gefordert, dass eine adäquate Publikation vorliegt. Nur im Ausnahmefall können auch Expertenmeinungen aus hochrangigen Leitlinien berücksichtigt werden. Diese Ausnahmefälle sind erforderlich, um Fächer wie die Geriatrie und Palliativmedizin einzubeziehen, wo häufig keine Studien vorliegen. Und gerade in der Palliativmedizin und Geriatrie wollen wir auf Klug-entscheiden-Empfehlungen nicht verzichten.

Diskussionswürdig ist die Einschätzung der DGIM-Mitglieder, dass ein Grund für die Überversorgung die Unkenntnis der Leitlinien aufgrund deren Umfang und Komplexität sei. Hier muss intensiv über innovative Wege der Wissensvermittlung nachgedacht werden. Nachdenklich stimmt auch, dass über 40 % der Ärzte fehlende Zeit für den Patienten und über 60 % die Anspruchshaltung der Patienten angeben. Es bleibt zu hoffen, dass die Klug-entscheiden-Initiative auch dafür sensibilisiert, dass nicht immer alles gemacht werden muss, was auch gemacht werden kann. Klug-entscheiden-Empfehlungen können auch in der Arzt-Patienten-Interaktion dazu beitragen, den Patienten die Sinnhaftigkeit oder Sinnlosigkeit von medizinischen Maßnahmen verständlich zu machen.

Fazit

- In einer Onlinebefragung von DGIM-Mitgliedern sahen 85 % die Überversorgung als relevantes Problem in unserem Versorgungssystem an. Die Unterversorgung wurde seltener als Problem eingeschätzt.
- Viele Befragte begründen die Überwie auch die Unterversorgung mit Unkenntnis der Leitlinien. Hier muss intensiv über innovative Wege der Wissensvermittlung nachgedacht werden.
- Die Initiative „Klug entscheiden“ der DGIM ist als Qualitätsoffensive zur Verbesserung der Indikationsqualität zu verstehen. Die DGIM erhofft sich

darüber hinaus eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit und der Ärzte für das Thema.

- Klug-entscheiden-Empfehlungen können auch in der Arzt-Patienten-Interaktion dazu beitragen, den Patienten die Sinnhaftigkeit oder Sinnlosigkeit von medizinischen Maßnahmen verständlich zu machen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. G. Hasenfuß

Klinik für Kardiologie und Pneumologie, Herzzentrum, Universitätsmedizin Göttingen, Georg-August-Universität Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen, Deutschland
hasenfus@med.uni-goettingen.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. G. Hasenfuß, E. Märker-Hermann, M. Hallek und U.R. Fölsch geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Morgan DJ, Wright SM, Dhruva S (2015) Update on medical overuse. *JAMA Intern Med* 175:120–124
2. Wolfson D, Santana J, Slass L (2014) Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the choosing wisely campaign. *Acad Med* 89:990–995
3. <http://www.choosingwisely.org>
4. Ad hoc Kommission „Gemeinsam Klug Entscheiden“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2015) AWMF-Manual 2015. http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Medizinische_Versorgung/GKE/Manual_GKE_AWMF_V1.0-Konsultationsfassung.pdf
5. Fölsch UR et al (2016) „Klug entscheiden“ Mitgliederbefragung. *Deutsches Ärzteblatt* 113:604–607
6. Hasenfuß G et al (2016) Initiative „Klug entscheiden“. *Deutsches Ärzteblatt* 113:600–603

Der ältere Patient im Krankenhaus

Ein Delir ist immer eine lebensbedrohliche Komplikation

Zu den häufigsten Komplikationen älterer Patienten im Krankenhaus gehört das Delir, welches die Prognose wesentlich verschlechtert. Ursachen sind die Multimorbidität und die Polypharmazie. Wichtig ist die Prävention im interdisziplinären Team.



Unter einem Delir versteht man eine Bewusstseinsstörung, deren Leitsymptom die Aufmerksamkeitsstörung ist. Dazu kommen eine Veränderung der kognitiven Funktionen, die nicht durch eine vorbestehende Demenz erklärt wird, psychomotorische bzw. affektive Störungen und solche des Schlaf-Wach-Rhythmus. „Die Symptomatik entwickelt sich typischerweise in kurzer Zeit, fluktuiert im Tagesverlauf und klingt innerhalb von sechs Monaten wieder ab“, erläuterte Dr. Ralf Sultzer, Leipzig. Im klinischen Alltag werde ein Delir aber häufig übersehen bzw. die Symptome als demenzbedingt fehlinterpretiert. Mit dem „Confusion Assessment Method“ gelinge jedoch eine zuverlässige Diagnosestellung.

Von prognostischer Relevanz

Das Delir ist kein harmloses Durchgangssyndrom. Vielmehr habe es nach Meinung von Sultzer eine große prognostische Relevanz. Es verlängere den Krankenhausaufenthalt, führe häufig zur Einweisung in ein Pflegeheim und zu Behandlungskomplikationen wie Inkontinenz, Stürzen und Dekubitus. Die Mortalität ist um fast das zweifache erhöht. In einer Studie entwickelten 85% der deliranten Patienten nach einer Hüft-TEP eine Demenz oder verstarben. Und zwei Drittel müssen innerhalb eines Monats erneut stationär aufgenommen werden. „Das Hauptproblem ist der rasche kognitive Abbau bei diesen Patienten, der fast doppelt so schnell verläuft wie bei Patienten ohne Delir“, so Sultzer. Angesichts dieser schlechten Prognose sei es wichtig, alles zu tun, um diese Komplikation zu verhindern.

Medikamente sind häufig der Auslöser

Einer der wichtigsten Auslöser eines Delirs sind Medikamente, und zwar sowohl neu angesetzte als auch weggelassene; denn nicht wenige ältere Patienten werden heute über lange Zeit mit psychotropen Substanzen behandelt. So kann sich eine Gewöhnung gegenüber Schlafmitteln oder Benzodiazepinen entwickeln. „Daran sollte man zunächst immer denken und deshalb eine genaue Medika-

mentenanamnese erheben und auch auf etwaige Dosisänderungen achten“, so Sultzer. Besonders gefährlich im Hinblick auf ein Delir sind Medikamente, die eine anticholinerge Wirkkomponente haben. Das betrifft viele Medikamentengruppen, nämlich Antihistaminika, Parkinson-Mittel, Spasmolytika, Antidepressiva, Neuroleptika, Benzodiazepine, Antihypertensiva, Antibiotika, Kortikoide, Opioide, Antikonvulsiva und Urologika. Differentialdiagnostisch muss immer an zerebrale Krampfanfälle gedacht werden, so dass im Zweifelsfall ein EEG abgeleitet werden sollte.

Cholinerges Defizit

Weitere auslösende Faktoren sind Operationen, Traumen, Schlafmangel, Fieber zw. Infektionen, Flüssigkeitsmangel bzw. Malnutrition, Stress und Schmerz. Alle diese Faktoren führen letztendlich zu einer sympathischen Aktivierung, einem Kortisolanstieg und einer Stimulation des Immunsystems mit vermehrter Bildung zerebraler Zytokine. Daraus resultiert eine cholinerg-dopaminerge Dysbalance, also ein cholinerges Defizit. „Mehrere sich potenzierende Ursachen haben eine gemeinsame Endstrecke, nämlich das Delir im Sinne einer Hirninsuffizienz“, so Sultzer. Die zerebrale Vulnerabilität bzgl. des cholinergen Defizits sei auch genetisch determiniert, steige mit dem Alter an und werde zusätzlich durch vaskuläre bzw. degenerative Veränderungen und Amyloidablagerungen verstärkt. „Prädisposition und Auslösefaktoren zusammen führen zum Delir“, so Sultzer.

Vorbeugen ist besser als Heilen

Deshalb ist es wichtig, prädisponierende Faktoren wie Malnutrition, Schmerzen, Fieber oder anticholinerge Medikamente zunächst auszuschalten. Auch sollten Maßnahmen ergriffen werden, die Komplikationen verhindern. Dau gehören Aktivierung und Mobilisierung, Vermeiden von Katheter und Fixierung und der Erhalt von Routinen. Die Indikation für Sedativa bzw. Psychotropika sollte gezielt gestellt werden nach dem Prinzip „start low, go slow“. Wichtig sind eine Schlafförderung mit Pipamperon, Melperon oder Zopiclon und eine suffiziente Schmerztherapie. Bei Bedarf empfiehlt sich bei älteren multimorbiden Patienten Haloperidol in einer Dosierung von 0.5 bis 1 mg 2- bis 4-mal täglich. Alternativen sind Risperidon (0.25 bis 1 mg 2-mal täglich) oder Lorazepam (0.5 bis 1 mg 3-mal täglich). Beim Alkoholentzug sind Diazepam plus Carbamazepin die Mittel der Wahl.

Dr. Peter Stiefelhagen, Hachenburg

Quelle: *Interprofessioneller Gesundheitskongress, 8.4.2016 in Dresden; Veranstalter: Springer Medizin Verlag*