

## Wie lässt sich die Qualität verbessern?

# Von der Standardisierung zur patientenorientierten Medizin

Johannes Brühwiler

Präsident der Arbeitsgruppe Qualität der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM

Die Arbeitsgruppe Qualität der SGAIM hat in einem intensiven Prozess analysiert, was die Besonderheiten und Herausforderungen der Allgemeinen Inneren Medizin ausmacht. Schnell wurde klar, dass Multimorbidität, chronische Erkrankungen und hochbetagte Patienten eine eigenständige Betrachtungsweise erfordern.

Das enorme Wissen über Krankheiten, das einem ständigen Veränderungsprozess unterworfen ist, steht der individuellen Situation des Patienten gegenüber. Aus vielen Publikationen und unserer eigenen Erfahrung wissen wir, dass Qualität nicht eine statische Grösse ist, sondern ein dynamischer Entwicklungsprozess, der laufend überprüft werden muss. Aus diesen Gegebenheiten hat die Arbeitsgruppe Qualität der SGAIM einen Prozess entwickelt, der einerseits das vorhandene Wissen über Krankheiten einbringt, dann aber den Patienten ins Zentrum stellt und eine systematische und zielorientierte Qualitätsentwicklung ermöglicht.

### Guidelines individuell anpassen

Guidelines stehen seit vielen Jahren im Fokus der Qualitätsdiskussion. Sie stellen das gegenwärtig verfügbare Wissen über Krankheiten zur Verfügung. Guidelines beziehen sich auf Krankheiten. Die Erkenntnisse werden mittels statistischer Verfahren anhand von Untersuchungen grösserer und häufig auch selektiver Patientenkollektive gewonnen. Die Statistik hilft, vom Einzelfall zu allgemeineren Aussagen zu kommen. Die Situation des individuellen Patienten wird abstrahiert. Die Problematik der Erstellung von Guidelines wurde bereits vielfach diskutiert und soll hier nicht weiter abgehandelt werden.

In der Praxis sitzt uns jedoch ein individueller Patient gegenüber, mit seinen spezifischen Voraussetzungen, welche die Optionen zur Krankheitsbehandlung modifizieren. Ein Beispiel mag die Problematik verdeutlichen: Der Patient hat Diabetes mellitus Typ II, eine Krankheit, die im Fokus vieler Qualitätsbemühungen steht. Entsprechend existieren klare Anweisungen (*standard operation procedures*), wie diese Krankheit zu

behandeln ist. Unser spezifischer Patient Herr Muster ist stark übergewichtig, deshalb hat sich bei ihm der Diabetes entwickelt. Übergewichtig ist er, weil er ein starker Trinker ist. Das macht es ihm auch schwer, Vereinbarungen und Termine einzuhalten. Für den Arzt stellt sich nun die Frage, wo in der langfristigen Behandlung anzusetzen ist. Es ist klar, dass eine strukturierte Behandlung – wie in den Leitlinien Diabetes vorgesehen – nicht umzusetzen ist. Die Behandlung muss die Alkoholabhängigkeit priorisieren, um eine Chance auf eine Verbesserung zu bieten. Entsprechend wird der Arzt die Leitlinien im Hinblick auf die Situation des Patienten modifizieren.

Ebenfalls vielfach diskutiert ist das Problem multipler Guidelines, die beim gleichen multimorbiden Patienten zur Anwendung gelangen sollten. Multiple Guidelines beim gleichen Patienten können zu einer erheblichen Gefährdung führen, wenn sie nicht konsequent auf die spezifische Situation des Patienten adaptiert werden.

### Shared decision making: Ziele des Patienten beeinflussen Behandlung

Die Leitlinien müssen dem individuellen Patienten angepasst werden. Dies erfolgt in einem gemeinsamen Prozess, der die individuelle Situation des Patienten einbezieht. Insbesondere bei chronisch Erkrankten und Hochbetagten muss eruiert werden, was eigentlich die Ziele und Vorstellungen des Patienten sind. Die Antwort von Herrn Muster auf die Frage, was seine Ziele sind, wird sein: «ich möchte ohne Chemie leben und eine Spritze kommt schon gar nicht in Frage».

Das heisst wir müssen mit dem Patienten seine Situation realistisch klären. Diskussionen über Chancen und Risiken sind mit möglichst neutraler Information

zu unterstützen. Gerade zur Risikokommunikation gibt es viele Untersuchungen, die zeigen, dass das Ausmass selten richtig eingeschätzt wird [1]. Wenn es uns gelingt, die Erwartungen des Patienten und seine Lebensziele mit den Risiken und Chancen einer Behandlung in Übereinstimmung zu bringen, dann haben wir eine gute Basis für eine Begleitung des Patienten; sei es mit einer konsequenten Behandlung oder allenfalls auch mit einem Verzicht auf darauf. Die Entscheidungen werden geteilt, immer im Hinblick auf die individuellen Ziele des Patienten. Die Leitlinien liefern lediglich die Grundlagen, was bei einer entsprechenden Krankheit möglich und zu erwarten ist.

Der beschriebene Prozess kann sehr aufwendig und manchmal für Patient und Arzt belastend sein. Er kann nicht in jeder Situation gleich geführt werden. Es gibt immer wieder sprachliche und auch kulturelle Hindernisse. Immerhin gibt es in der Schweiz für viele Sprachen und Kulturen Informationsmaterial, auch sind Anlaufstellen für transkulturelle Schwierigkeiten vorhanden. In einfachen und eindeutigen Situationen wird der Arzt einen Behandlungsvorschlag machen, der ja meist akzeptiert wird.

### Zieldefinition und Therapieplanung

Wenn nun im gemeinsamen Entscheidungsprozess geklärt wurde, was die Erwartungen und die Möglichkeiten des Patienten sind und was realistisch von der Medizin und vom Arzt bzw. den betreuenden Personen angeboten werden kann, dann wird im nächsten Schritt ein Therapieplan erstellt. Dabei wird festgehalten, welches Ziel in welcher Zeit erreicht werden kann. Allzu oft hören wir zum Beispiel: «Ich werde in 4 Wochen 20 kg abnehmen». Realistischer wären 4 kg in 6 Monaten. Ziele sollten erreichbar und eindeutig messbar sein, Zwischenziele sind oft hilfreich. Im bes-

ten Fall vermag der Patient sein Ziel selbst zu formulieren, vielleicht braucht er etwas Unterstützung dazu.

### Zielerreichung und Qualitätsverbesserung

Wir haben nun ein gemeinsam erarbeitetes Ziel mit einem Zeithorizont. Dann lässt sich zu diesem Zeitpunkt eruieren, wie weit das Ziel erreicht wurde. Wenn es erreicht wurde, wird über ein neues Ziel diskutiert, oder aber das Aufrechterhalten des bisherigen Zustandes mag bereits ein Erfolg sein. Wenn wir nicht am Ziel sind, haben wir eine optimale Gelegenheit, die Ursache zu diskutieren. Allenfalls haben sich die Ziele des Patienten geändert oder wir sollten Änderungen an der Behandlung vornehmen. Damit sind wir in einem klassischen Qualitätsverbesserungszyklus. Die Ausgangslage für diese Verbesserung ist sehr gut, weil der Patient von vornherein in den Prozess einbezogen wurde. Die Messung der Zielerreichung in diesem Prozess liefert ein realistisches Mass der erreichten Qualität, weil die Sicht des Patienten und seine Situation massgeblich eingeflossen sind.

### Ausblick

Den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Qualität ist bewusst, dass wir einen idealisierten Prozess beschreiben. Wir haben deshalb in diesem Artikel ein konkretes Beispiel durchgearbeitet. Das Modell ist nicht an ein spezifisches Fachgebiet gebunden und lässt sich ambulant und stationär anwenden.

### Literatur

- 1 Gigerenzer G. Risiko, wie man die richtigen Entscheidungen fällt. C. Berthelsmann Verlag, München 2013.

---

Korrespondenz:  
Dr. med. Johannes Brühwiler  
Facharzt FMH  
für Innere Medizin  
Klosbachstrasse 123  
8032 Zürich  
johannes.bruehwiler[at]  
hin.ch

## Multimorbide Patienten in der AIM: Leitlinien anpassen und umsetzen

# Entwurf neuer Leitlinien

Jacques Donzé

Leitender Arzt, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Bern

Die Behandlung multimorbider Patienten ist ohne Zweifel eine der grossen Aufgaben, vor denen die Medizin heute steht. In den letzten 45 Jahren ist die Lebenserwartung um über zehn Jahre gestiegen und liegt in der Schweiz nunmehr bei durchschnittlich knapp 83 Jahren. Die 65-Jährigen haben also eine Lebenserwartung von fast 20 Jahren, die Hälfte davon bei guter Gesundheit [1]. Daraus folgt, dass ältere Menschen immer mehr Zeit haben, nicht nur eine, sondern mehrere Krankheiten zu entwickeln. Schätzungen zufolge leiden in der Schweiz mehr als drei Viertel der über 75-Jährigen an mindestens zwei chronischen Krankheiten [2].

Besonders spürbar wirkt sich die Multimorbidität älterer Patienten in der Allgemeinen Inneren Medizin (AIM) aus: Auf diesem Fachgebiet, sei es bei Patienten in der Arztpraxis oder im Spital, sind beinahe 90% der Patienten multimorbid [3, 4]. Die Multimorbidität geht mit vielfältigen unerwünschten Ereignissen einher, etwa mit Behandlungskomplikationen (bedingt durch die gleichzeitige Einnahme zahlreicher Medikamente), der Abnahme der funktionellen Unabhängigkeit, psychischem Stress, dem Anstieg vermeidbarer Hospitalisierungen und anderer Gesundheitsleistungen, der Verringerung der Lebensqualität und auch mit einem Anstieg der Mortalität [5–10]. Für einen Patienten mit vier chronischen Krankheiten besteht gegenüber einem Menschen ohne chronische Krankheit ein hundertmal höheres Risiko, hospitalisiert zu werden [7].

Das Gesundheitswesen ist jedoch auf ein «monopathologisches» Modell ausgerichtet, in dem der Multimorbidität wenig oder unangemessen Rechnung getragen wird. Auch die Empfehlungen für die klinische Praxis sind beinahe ausnahmslos auf monopathologische Patienten ausgelegt. Diese evidenzbasierten Empfehlungen werden immer öfters von Spezialisten oder «Hyperspezialisten» verfasst und spiegeln darum immer weniger den Alltag der Allgemeininternisten in der Arztpraxis oder im Spital wider. Die Allgemeininternisten behandeln also einerseits Patienten mit verschiedenen chronischen Krankheiten und Behandlungspräferenzen, andererseits stehen ihnen Empfehlungen für monopathologische Patienten zur Verfügung, welche die Komorbiditäten nicht berücksichtigen und somit oftmals schwer umsetzbar sind. Diese Vorbehalte hat C. Boyd mithilfe des Falles einer 79-jährigen, multimor-

biden Patientin anschaulich illustriert: Wenn man die Leitlinien für jede ihrer Krankheiten befolgt, müsste sie zwölf Medikamente in 19 Dosierungen sowie eine komplexe nichtmedikamentöse Therapie erhalten [11]. Je komplizierter und massiver allerdings die Behandlung, desto mehr steigt das Risiko mangelnder Compliance und unerwünschter Ereignisse (Stürze, Kognitionsstörungen, Nebenwirkungen der Medikamente).

### Wie können Allgemeinmediziner bei der Entscheidungsfindung unterstützt werden?

Wie kann man also – angesichts der unüberschaubaren Zahl möglicher Kombinationen chronischer Krankheiten – die Allgemeinmediziner dabei unterstützen, ihre Entscheidungen zu treffen und die empirisch erbrachten Nachweise der Wirksamkeit bestmöglich in die Therapie multimorbider Patienten einzubeziehen?

Betrachten wir das Beispiel eines Patienten, der im Zusammenhang mit einem metabolischen Syndrom an Gicht leidet. Zusätzlich zum Diabetes wurden eine chronische Niereninsuffizienz und eine postischämische Herzinsuffizienz festgestellt. Üblicherweise richten die Studien und Leitlinien das Hauptaugenmerk auf die optimale Behandlung einer Patientengruppe, ungeachtet ihrer Begleitkrankheiten, und betrachten die «weniger guten» Therapien bestenfalls als zweitrangig. Im Falle der Gicht liegen zudem nur sehr wenige Vergleichsstudien vor, wodurch die Entscheidungen noch schwieriger sind. Die Leitlinien legen ihrerseits den Schwerpunkt auf jene Therapie, die am besten geeignet scheint, um einen ausschliesslich an Gicht leidenden Patienten wirksam zu behandeln: Manche empfehlen nichtsteroidale Antiphlogistika, andere eher Kortikoide. Angesichts der Komorbiditäten sollte jedoch die Verschreibung dieser beiden Wirkstoffklassen bei unserem hypothetischen Patienten Fragen hinsichtlich des Risikos von Komplikationen aufwerfen: Aufgrund des Vorliegens von Bluthochdruck, Diabetes, Herz- und Niereninsuffizienz sind nichtsteroidale Antiphlogistika und Kortikoide zumindest teilweise kontraindiziert. Die Guidelines geben jedoch keine Auskunft über die Entscheidungen, die im Falle multimorbider Patienten zu treffen sind, und lassen die Ärztinnen und Ärzte im Endeffekt al-

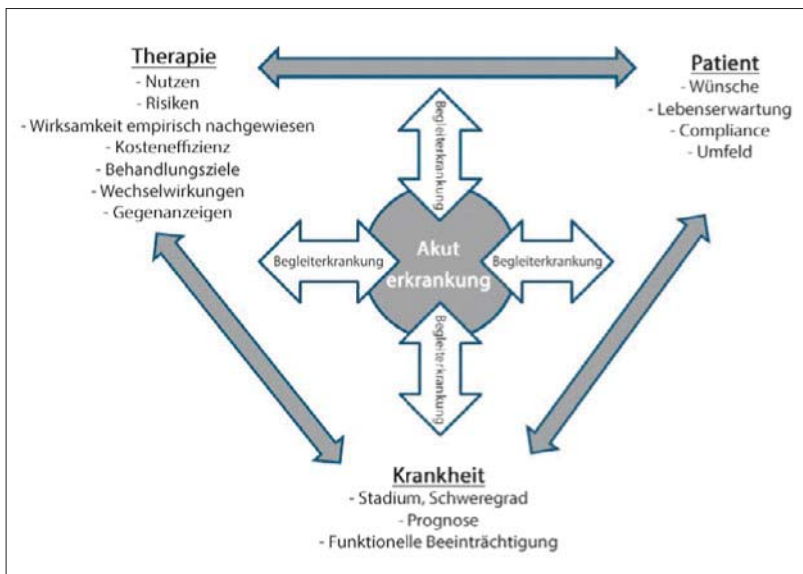


Abbildung 1: Probleme der Entscheidungsfindung beim multimorbiden Patienten.

lein, ohne eine echte Entscheidungshilfe zu geben. Diese Probleme bei der Entscheidungsfindung beim multimorbiden Patienten sind in Abbildung 1 dargestellt.

### Die vorliegenden Guidelines sind für den Grossteil alter, multimorbider Patienten nicht anwendbar

Angesichts dieser Herausforderung und im Hinblick auf die Verbesserung der Behandlungsqualität hat sich die Kommission Qualität der SGAIM dieses Problems angenommen. Um die Qualität der Behandlung in der AIM zu verbessern, musste unserer Ansicht nach zuerst gewährleistet sein, dass passende Leitlinien zur Verfügung stehen. Bald wurde jedoch klar, dass bis zu diesem Ziel noch Mängel zu beheben sind: Erstens ist keine Organisation für die Erstellung von Guidelines speziell für die Schweiz zuständig. Auch wenn oftmals die amerikanischen oder europäischen Leitlinien angewandt werden, scheint in manchen Fällen eine Anpassung an Schweizer Verhältnisse nötig. Zweitens sind die verfügbaren Leitlinien für die grosse Mehrheit der multimorbiden, älteren Patienten in der AIM nicht anwendbar. Diese Mängel müssen also behoben werden, wenn man die Qualität der internistischen Behandlung in der Schweiz anheben möchte.

Es wäre folglich ebenso innovativ wie sinnvoll für die tägliche Praxis, über Guidelines zu verfügen, welche die Multimorbidität berücksichtigen. Wir haben uns also konkret mit den Strategien beschäftigt, mithilfe derer man solche Leitlinien ausarbeiten kann. Da die Zahl möglicher Krankheitskombinationen schier un-

endlich ist, kann nicht für jede dieser Kombinationen eine Entscheidungshilfe geboten werden, vielmehr muss das Augenmerk auf jenen Kombinationen liegen, die am häufigsten vorkommen. Van den Bussche hat beispielsweise herausgefunden, dass über 50% der multimorbiden, älteren Patienten an mindestens drei der folgenden Krankheiten leiden: Diabetes, Bluthochdruck, Hyperlipidämie, koronare Herzkrankheit, chronische Lumbalgie, Arthrose [12]. Leitlinien auszuarbeiten, die ausschliesslich diese häufigen Komorbiditäten in Betracht ziehen, ist jedoch nicht in allen Fällen sinnvoll. Vielmehr scheint es zweckmässig, für jede Krankheit jene Komorbiditäten zu berücksichtigen, die meist mit ihr einhergehen und/oder die grössten Schwierigkeiten bei der Entscheidung verursachen. Ausserdem müssen die Kontraindikationen jeder Behandlungsmöglichkeit eindeutig genannt werden, damit die Ärztinnen und Ärzte jene Therapie auswählen können, die sich am besten unter den gegebenen Umständen eignet.

Vor diesem Hintergrund wurde eine erste Leitlinie ausgearbeitet. Als Pilotprojekt wurde die Gicht ausgewählt, da es auf diesem Gebiet an Guidelines mangelt und sie im ambulanten und stationären Bereich eine hohe Prävalenz aufweist. Diese Leitlinie umfasst folgende Rubriken: 1) Key Points; 2) Prävalenz und Symptome; 3) Diagnosemessungen und -kriterien; 4) Behandlungsalgorithmus; 5) Kurzfassung der wichtigsten Therapien einschliesslich deren Unterschiede und Kontraindikationen; 6) Indikationen und Kontraindikationen der Therapien in Abhängigkeit der häufig mit der Krankheit einhergehenden Begleitkrankheiten; 7) Literatur. Die Leitlinie soll auf wenigen Seiten die zentralen Informationen kurz zusammenfassen, über die der Allgemeininternist verfügen muss, um in Abhängigkeit von den besonderen Umständen jedes Patienten die bestmögliche Entscheidung zu treffen.

### Bis zu 90% der multimorbiden Patienten werden von Studien ausgeschlossen

Wodurch können wir insgesamt erreichen, dass die Guidelines in Zukunft besser für unsere multimorbiden Patienten anwendbar sind? Erstens müssen multimorbide Patienten in randomisierte kontrollierte Studien eingeschlossen werden, da bisher nur eine geringe Zahl in diese Studien, welche die Evidenz für die Guidelines liefern, eingeschlossen wird. In der Tat werden bis zu 90% der multimorbiden Patienten von den randomisierten kontrollierten Studien, die in den angesehenen Fachzeitschriften veröffentlicht werden, ausgeschlossen [13]. Die Verallgemeinerung der Ergebnisse auf die Gruppe der multimorbiden, älteren Patienten

Fortsetzung auf Seite 22