



## Entscheidung gemäss Guidelines, ärztlichem Know-how und Patienten-Präferenz

# Wie gehen Grundversorger mit der Flut von Empfehlungen um?

**DAVOS – Wer Guidelines ins Spiel bringt, muss erst einmal definieren, was genau er damit meint. Internationale, europäische und nationale Leitlinien konkurrieren in der Schweiz mit den inflationär sich vermehrenden Empfehlungen der Ärztenetzwerke. Ziel sollte es sein, die externe Evidenz aus Leitlinien mit der Erfahrung des Arztes und der Präferenz des jeweiligen Patienten unter einen Hut zu bringen.**

Eine immer wieder zitierte Studie aus Deutschland (2001), an der sich 11 000 niedergelassene Ärzte beteiligten, suggerierte, dass lediglich 19% der Allgemeinmediziner, 26% der Internisten und 37% der Kardiologen mit den Hypertonie-Guidelines vertraut waren. Inzwischen hat sich die Zahl der internationalen und nationalen Guidelines vervielfacht, wobei insbesondere die Grundversorger gefordert – und vielleicht auch überfordert – sind. Die von den Schweizer Ärztenetzwerken zusätzlich erarbeiteten Guidelines orientieren sich am Praxisalltag und werden überwiegend positiv aufgenommen. Am 56. *Ärztefortbildungskurs* von Lunge Zürich war ein Workshop dem Thema gewidmet: «Wie soll ich entscheiden? Gemäss Leitlinien, der eigenen Erfahrung oder gemäss der Präferenz des Patienten?» Wir sprachen nach dem Anlass mit **Professor Dr. Alexander Kiss**, Chefarzt Psychosomatik, Universitätsspital Basel.

**?** Herr Prof. Kiss, wie stellt sich nach den Workshops in Davos dieses Spannungsfeld dar – gibt es Unterschiede aus der Sicht von Grundver-

sorgern und aus der fachärztlichen Perspektive?

**Prof. Kiss:** Bei den meisten Workshop-Teilnehmern handelte es sich um Grundversorger. Ein Problem mit den Guidelines besteht jedenfalls darin, dass für multimorbide alte Menschen so gut wie keine Evidenz



Prof. Dr.  
Alexander Kiss  
Chefarzt  
Psychosomatik,  
Universitätsspital  
Basel

Foto: RW

aus Studien vorhanden ist. Dementsprechend kann die Mehrzahl der Guideline-Empfehlungen für diese wichtige Grundversorger-Klientel nicht 1:1 umgesetzt werden. Diese Population ist schlecht oder überhaupt nicht in therapie relevanten Studien untersucht.

**?** Gehen in ärztlichen Netzwerken organisierte Ärzte mit den dort erarbeiteten Guidelines anders um als «Einzelkämpfer»?

**Prof. Kiss:** Wenn sich Mitglieder von

Ärztenetzwerken in Qualitätszirkeln zusammensetzen und eigene Guidelines entwickeln, bringt das schon eine gewisse Verbindlichkeit mit sich.

**?** Haben Alter, Persönlichkeitsstruktur und Erfahrungshorizont des Arztes Auswirkungen auf die Guideline-Compliance?

**Prof. Kiss:** Die externe Evidenz ist nur ein Aspekt der evidenzbasierten Medizin. Ebenso bedeutsam sind Expertise des Arztes und die Präferenz des Patienten. Aus der Schnittmenge aus diesen drei Komponenten ergibt sich ein Spannungsfeld – und das wird auch so bleiben.

Viele Ärzte treffen Entscheidungen via «Autopilot», wobei nicht mehr hinterfragte Automatismen ablaufen. Eminenzbasiert wird vorgegangen, wenn Patienten aus dem Spital entlassen werden und dem Grundversorger eine Liste von zehn oder 15 Medikamenten vorlegen. Diese wird rigoros zusammengestrichen, weil ein solcher Einnahmeplan längerfristig unhaltbar ist.

Ein anderes Beispiel aus den Workshops sind Hypertonie-Guidelines mit von Dekade zu Dekade immer tieferen Werten. Bei älteren Hypertonikern sehen die Grundversorger das Risiko von hypotensiven Komplikationen, also Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Stolpern,



Stürze – bis hin zu den gefürchteten Schenkelhalsfrakturen mit den bekannten, schwerwiegenden Konsequenzen hinsichtlich Morbidität und Mortalität.

## ? Gibt es Untersuchungen aus der Schweiz, die sich mit dem Thema der Guideline-konformen Therapie befassen?

**Prof. Kiss:** Die kürzlich publizierte Basler Studie<sup>1</sup> zur Antibiotika-Verordnung über zwei Jahre machte deutlich, dass ein vierteljährliches Feedback zum Verschreibungsverhalten keinen Effekt auf die Gepflogenheiten hatte. Unverändert wurden zu viel und die falschen Antibiotika verschrieben. Das Ziel der Studie, das Bewusstsein zu schärfen und Gewohnheiten kritisch zu hinterfragen und auch zu ändern, wurde verfehlt.

## ? Wurden von den Workshop-Teilnehmern die Guidelines eher als Belastung wahrgenommen – oder als Support in therapeutischen Entscheidungsprozessen?

**Prof. Kiss:** Die Guidelines werden teilweise durchaus als Entlastung wahrgenommen. Kritisiert wurde die Tatsache, dass es zu viele Leitlinien gibt, die zu oft nicht für den individuellen Patienten passen.

## ? Selbst wenn ein Patient gute Argumente für eine andere als die ärztlich vorgesehene Therapie vorbringt, fällt es manchen Ärzten

## schwer, umzudisponieren. Weshalb?

**Prof. Kiss:** Kein Arzt lässt sich gerne vom Patienten sagen, was er zu tun und zu lassen hat. Das ist ein schwieriges Kapitel. Speziell wenn der Arzt für ein gut begründbares schulmedizinisches Vorgehen plädiert und der Patient einen fragwürdigen alternativmedizinischen Weg gehen will, lässt sich kaum ein Konsens finden.

## ? Könnte man sagen, dass man versuchen sollte, einen Konsens mit nachfolgender guter Compliance zu finden, statt eine stillschweigende Noncompliance zu riskieren?

**Prof. Kiss:** Ich glaube, dass den meisten Ärzten gar nicht bewusst ist, wie noncompliant ihre Patienten sind. Insbesondere bei der Behandlung

chronischer Krankheiten ist Non-compliance eher die Regel als eine Ausnahme. Das gilt insbesondere für das medikamentöse Risikofaktoren-Management: Der Patient weist eine Hypertonie, Dyslipidämie etc. auf, was ihn nicht belastet. Er spürt erst etwas, wenn er regelmässig Arzneimittel einnimmt, die dann teilweise nicht unerhebliche Nebenwirkungen verursachen. In diesen Fällen bleiben Adherence und Persistence oft auf der Strecke. Hingegen ist es keine Kunst, einen Schmerzpatienten vom Nutzen eines Analgetikums zu überzeugen.

## Besten Dank für das Gespräch!

Interview: Dr. Renate Weber

1. Hemkens LG et al. Personalized prescription feedback using routinely collected data to reduce antibiotic use in primary care. A randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2017; 177(2): 176–183.

