

Von Richtlinien zum Management chronischer Krankheiten erwarten wir eine Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität. Die Diagnostik soll vernünftig und zielführend sein, die Therapie dem neuesten Stand entsprechen und verhältnismässig ausfallen. Inzwischen gibt es von verschiedensten nationalen und internationalen Gremien verfasste Richtlinien für in der Praxis häufige Leiden wie Hypertonie, Herzinsuffizienz, stabile Angina pectoris, Vorhofflimmern, Hypercholesterinämie, Diabetes, Arthrosen, Osteoporose oder COPD. Leider haben viele Menschen nicht nur ein einziges Leiden, das dann entsprechend der Guideline zeitgemäss und evidenzbasiert behandelt werden kann. Insbesondere die stetig steigende Zahl alter



die Patientin an, täglich ihre Füsse zu inspizieren, sich körperlich zu betätigen, geeignetes Schuhwerk zu tragen, nicht mehr zu rauchen und verrauchte Räume zu meiden, nur wenig Alkohol zu trinken und ihr Körpergewicht im Normalbereich (BMI zwischen 18,5 und 24,9) zu halten. Noch nicht erwähnt sind regelmässige Blutzuckerselbstmessungen, Pneumokokken- und

Richtlinienadhärenz und Qualität

Patientinnen und Patienten ist in aller Regel multimorbid, und dem tragen die wenigsten Richtlinien ausreichend Rechnung. Eher selten wird ausdrücklich auf die Evidenz im höheren Lebensalter eingegangen, ebensowenig wird der Interventionsnutzen mit der beschränkten Zahl verbleibender Lebensjahre und mit der Lebensqualität in Beziehung gesetzt, und die möglichen Interaktionen der zur Therapie empfohlenen Substanzen stehen auch nicht im Zentrum des Interesses der auf eine bestimmte Krankheit fokussierten Richtlinien, wie Wissenschaftler der Johns Hopkins University kürzlich dargelegt haben (1). Nehmen Sie die nicht ganz untypische 79-jährige Patientin mit Hypertonie, Diabetes, Arthrose, Osteoporose und COPD: Sie wird – gemäss fünf verschiedenen Richtlinien – Hydrochlorothiazid und Lisinopril gegen den zu hohen Blutdruck, Glibenclamid, Metformin, Aspirin und Atorvastatin gegen den Diabetes sowie ein nichtsteroidales Antirheumatikum gegen die Arthroseschmerzen erhalten. Ausserdem macht die Osteoporose ein Kalziumsupplement sowie ein Bisphosphonat und die COPD einen oder zwei Bronchodilatoren nötig. Zusätzlich halten wir

Grippeimpfung, Laborkontrollen zur Überwachung der Nieren- und Leberfunktion sowie des Cholesterins und die Überweisungen zur Physiotherapie oder zur Fundusdokumentation beim Augenarzt.

Im Grunde alles evidenzbasiert, aber für die Lebensqualität der Patientin wahrscheinlich eher nachteilig und angesichts der Tablettenmenge womöglich auch gefährlich.

Gefährlich müsste auch sein, wenn die Befolgung klinischer Richtlinien für einzelne Krankheiten zum Qualitätsparameter der ärztlichen Tätigkeit und zum Kriterium der Leistungserstattung wird. Solche Anreizsysteme sind in den USA als «Pay-for-Performance»-Modelle eingeführt worden. Angesichts der Komplexität des Managements multimorbider Patienten ist dies klarerweise inadäquat, aber für die eifrigen USA-Nachahmer in der Polit- und Versicherungsszene auch hierzulande leider sicher dennoch attraktiv.

Halid Bas

1 Cynthia M. Boyd et al.: Clinical Practice Guidelines an Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. JAMA 2005; 294: 716–724