

Nachdem selbst glühende Verfechter der Managed Care (neuerdings lieber «Integrierten Versorgung»)



weitgehend aufgehört haben Kosteneinsparungen zu versprechen, konzentrieren sich die Hoffnungen der Partei- und Gesundheitspolitiker auf Qualitätsverbesserungen. Dies wohl gemerkt ohne dass sich plötzlich verlässliche Qualitätskriterien zur medizinischen Arbeit in der Grundversorgung greifen lassen. Damit wird sich nach den ungeliebten Wirtschaftlichkeits-

prüfungen für die Praktiker absehbar ein weiteres Diskussionsfeld ergeben. Und die Empfehlungen der Leit- oder Richtlinien, die bisher als vernünftige, aber nicht zwingende Angebote an mündige Berufspersonen verkauft wurden, dürften eine zusätzliche Funktion

❖ Manche Patienten, gerade die älteren, multimorbiden, sind oft genug überfordert, wenn sie viele Medikamente gleichzeitig schlucken sollen.

❖ Etliche Patienten sind an vielen Ecken krank, da muss man Prioritäten setzen («Zuerst die Depression, dann das HbA<sub>1c</sub>»).

❖ Gerade im Alter ist die Sorge wegen Toxizitäten gut begründet.

In einer beschreibenden Studie aus US-amerikanischen Allgemeinpraxen wurden die Probleme um Behandlungsentscheidungen bei alten Patienten mit mehreren Erkrankungen mit Ärzten, Nurse practitioners und Praxisassistenten diskutiert (1). Die Antworten belegen, dass sich die Befragten der Problematiken sehr wohl bewusst sind, dass aber ein grosser Bedarf an weiteren Hilfsmitteln besteht, die über die akademisch inspirierten Guidelines hinaus auf die Praxis zuge-

## Warum behandeln Sie Ihre alten Patienten nicht wie empfohlen?

erhalten. Sie wimmeln ja nur so von Messwerten, Konzentrationen, Indices. Sollten Sie bis dahin Ihre Praxis nicht abgegeben haben, dürfen Sie sich in absehbarer Zukunft auf allerhand eindeutige Fragen gefasst machen:

- ❖ Warum hat Ihr Patient A ein HbA<sub>1c</sub> von 10?
- ❖ Warum hat Ihr Patient B einen BD von 145/95?
- ❖ Weshalb sind bei Ihrer Patientin C weder BMI, noch BD, noch BZ unter konstanter Kontrolle?

Noch ist nicht klar, wer Ihnen diese Fragen im Namen der Qualitätskontrolle stellen wird. Und noch unsicherer dürfte sein, dass Ihre Antworten dereinst verstanden werden. Denn für jede Frage gibt es ja ein sicheres, womöglich aus internationalem Konsens der Top-Experten geborenes Fundament, die Guidelines eben.

Natürlich haben Sie sich diese Fragen und noch viele weitere bei Ihren alten Patienten gestellt, und Sie wissen diese Antworten und viele weitere:

schnitten sind. Da hat sich ein grosser Graben aufgetan («Den Kardiologen ist doch egal, wenn sich einer zu Tode blutet.»), und Vergütungssysteme, die auf das Erreichen bestimmter Zielwerte abstellen, aber die dafür notwendige Zeit nicht bezahlen wollen, haben den Entscheidungsalltag der Praktiker noch schwieriger gemacht. Gefragt wären also «alternative» Guidelines, die der viel beschworenen biopsychosozialen Realität gerecht würden. Qualität wird mehr kosten.

**Halid Bas**

1. Terri R. Fried et al.: Primary Care Clinicians' Experiences With Treatment Decision Making for Older Persons With Multiple Conditions. Arch Intern Med 2011; 171(10): 75–80 (doi: 10.1001/archinternmed.2010.318).