

## Nachgefragt

## Leitlinien und ihr Einsatz in der Praxis

In diesem Heft haben wir einige Leitlinien beziehungsweise deren aktuelle Updates vorgestellt. An deren Erstellung sind viele Experten ihres Fachgebietes beteiligt, die auf Basis von Studienlage und Expertise Empfehlungen für die Praxis formulieren. Wie diese dort ankommen, welche Guidelines in der Praxis besonders hilfreich sind und woran es fehlt – dazu haben wir im Folgenden ein paar Stimmen aus der Praxis eingeholt.

### «Was sich bestätigt, setzt sich schon durch.»

**Prof. Dr. Benedict Martina,**  
niedergelassener Kardiologe, Basel

#### 1. Welche Guidelines für die Praxis finden Sie besonders relevant?

Die meisten Guidelines sind gut und deshalb auch brauchbar. Relevant sind für mich die Guidelines zur Hypertonie, Vorhofflimmern und zu den Synkopen, diese Erkrankungen gehören auch zu meinem Spezialgebiet.

#### 2. Wo fehlt es noch an geeigneten Praxisrichtlinien?

Im kardiologischen Bereich ist die Abdeckung mit Guidelines ausreichend.

#### 3. Ein Schweizer Spezialist klagte einmal: «Man erstellt mit viel Mühe evidenzbasierte Guidelines, aber in der Praxis macht jeder, was er will.» Woran liegt das Ihrer Meinung nach: Sind die Guidelines zu akademisch, oder vertraut man lieber seiner Erfahrung?

Für mich stellt das kein Problem dar. Guidelines müssen sorgfältig erstellt sein – in diesem Sinne akademisch –, aber verständlich und praxisrelevant. Das sind mittlerweile die meisten. Dass immer individuell entschieden werden muss, ist klar und heisst nicht, dass jeder macht, was er will. Ich habe bei Studien mitgearbeitet, die zeigen, dass es oft der Patient ist, der «nicht will» (z.B. wegen Nebenwirkungen). Oder es geht aus anderen Gründen nicht buchstabengetreu, oder es werden nur Teilziele erreicht, was manchmal besser ist als nichts. Ein richtiges Gegeneinander besteht meines Erachtens meistens nicht, sowieso nicht bei mir. Kompetente Erfahrung ist immer gut.

#### 4. Stimmt das zum Beispiel nicht auch für die Hypertonie-richtlinien? Jeder kennt die Grenzwerte, aber welcher Hausarzt versucht, diese wirklich mit allen dafür geeigneten Patienten zu erreichen?

Beim Blutdruck besteht zusätzlich das Problem, dass die Messungen einheitlich sein müssen: Der Durchschnitt von Praxis-, Heim- und Langzeitmessungen ist wichtig, und alle müssen von den gleichen Werten reden.

#### 5. Ein weiteres Beispiel sind die NOAK. Werden diese nicht nach wie vor zu selten eingesetzt, zum Beispiel bei Patienten mit Vorhofflimmern?

Die Guidelines zum Gebrauch von NOAK sind gut und sehr oft brauchbar und umsetzbar. Auch hier sind es Umstände, die (selten) eine Umsetzung behindern, beispielsweise Compliance-mangel vor allem in sehr hohem Alter, Nebenwirkungen (selten), Angst des Patienten vor Blutungen oder auch eine ausgeprägte Medikamentenskepsis (selten). Nach meiner Erfahrung aus der Mitwirkung an einer Studie liegt es selten an den Hausärzten.

#### 6. Seit Kurzem wird Acetylsalicylsäure nicht mehr zur kardiovaskulären Primärprophylaxe empfohlen. Was glauben Sie: Wie lange wird es wohl dauern, bis das in der Praxis wirklich aufhört?

Alles ist im Fluss, Komorbiditäten sind zu berücksichtigen. Eine Latenz oder Skepsis bis zur Umsetzung muss nicht unbedingt schlecht sein. Was sich bestätigt, setzt sich schon durch. Die Patienten stehen im Fokus, und sie entscheiden zu Recht immer mehr mit. Es gibt Patienten, die hängen (noch) an Aspirin. ▲

## Balance zwischen Compliance und Behandlungsintensität finden

**Dr. med. Ulrich Castelberg,**  
Allgemeine Innere Medizin FMH, Aarberg

### 1. Welche Guidelines für die Praxis finden Sie besonders relevant?

Besonders relevant erscheinen mir Guidelines für Therapien bei Krankheiten mit eingeschränkter Organfunktion und/oder hohen Medikamentenkosten. Das Wichtigste aber dürfte die Motivation sein, dem Patienten gut zu erklären, weshalb er «diese gefährliche Chemie» schlucken soll. Wenn er den Sinn der Medikamentengabe versteht, wird er eher «compliant» sein. Ob das tatsächlich so ist, kann der selbst dispensierende Hausarzt am zuverlässigsten kontrollieren, wenn der Patient regelmässig neue Medikamente in der Praxis abholt.

### 2. Wo fehlt es noch an geeigneten Praxisrichtlinien?

Am ehesten dort, wo sich neuere Erkenntnisse ergeben haben, zum Beispiel über Interaktionen verschiedener Medikamente. Es muss aber auch nicht alles geregelt sein ...

### 3. Ein Schweizer Spezialist klagte einmal: «Man erstellt mit viel Mühe evidenzbasierte Guidelines, aber in der Praxis macht jeder, was er will.» Woran liegt das Ihrer Meinung nach: Sind die Guidelines zu akademisch oder vertraut man lieber seiner Erfahrung?

Ein anderer Schweizer Medikamentenguru, nämlich der kritische Etzel Gysling («pharma-kritik»), sagte einmal in einem Referat sinngemäss, dass Guidelines Kochanleitungen seien, aber erst die praxisadaptierte Anwendung das gute Resultat erbebe. Es gibt ja noch so etwas wie ärztliche Kunst, sonst hätte uns längst ein Rechner ersetzen können. Die

Studienresultate zeigen ja auch immer Ausreisser, das dürften diejenigen sein, die dann eben von der Evidenz nicht profitieren.

### 4. Wie ist das bei den Hypertonierichtlinien – jeder kennt die Grenzwerte, aber welcher Hausarzt versucht diese wirklich mit allen dafür geeigneten Patienten zu erreichen?

Die Behandlung chronischer Krankheiten mit subjektivem Wohlbefinden, wie die Hypertonie, erfordert immer eine Balance zwischen Compliance und notwendiger Behandlungsintensität.

Mit den nebenwirkungsarmen Substanzen ist das heute einfacher geworden. Lieber eine etwas weniger intensive Behandlung, die dann beibehalten wird, als einen Therapieabbruch riskieren.

### 5. Ein weiteres Beispiel sind die NOAK: Werden diese nicht nach wie vor zu selten eingesetzt, zum Beispiel bei Patienten mit Vorhofflimmern?

Da habe ich den Eindruck, dass sich das langsam bessert. Der CHADS<sub>2</sub>- und CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score dürften weitgehend angewendet werden.

Bei den NOAK dürfte die Befürchtung, wegen der Kosten von der Kasse eins aufs Dach zu kriegen, speziell bei jungen, frisch Niedergelassenen eine Rolle spielen. Die Erkenntnis, dass Vorhofflimmern eine orale Antikoagulation erfordert, ist ja noch keine Ärztegeneration alt. Auch die Tatsache, dass man Marcoumar® sicher überwachen konnte und Konaktion® für alle Fälle in der Schublade hatte, könnte eine Hemmschwelle für den Einsatz der NOAK bilden, da bei diesen sowohl Kontrolle wie Antidot (mit Ausnahme) nicht umsetzbar sind.

### 6. Seit Kurzem wird ASS nicht mehr zur kardiovaskulären Primärprophylaxe empfohlen. Was glauben Sie: Wie lange wird es wohl dauern, bis das in der Praxis wirklich aufhört?

Es sind in letzter Zeit ein paar erstaunliche Studien erschienen, ASS hat eine unglaubliche Geschichte hinter sich. Ob die Primärprophylaxe wirklich so falsch ist, daran habe ich vorderhand noch meine Zweifel. ▲

## Guidelines oder «Mindlines»?

**Dr. med. Isabelle Fuss, Fachärztin FMH**  
für Allgemeine Innere Medizin

### 1. Welche Guidelines für die Praxis finden Sie besonders relevant?

Evidenzbasierte Guidelines sind für uns Ärzte sehr relevant, können (und sollten) aber aus unterschiedlichen Gründen nicht immer 1:1 umgesetzt werden. Edy Riesen vergleicht die Behandlung von Patienten mit dem Steuern eines Schiffes. Der Kapitän orientiert sich an den Sternen, muss aber den vor ihm liegenden Felsen mitberücksichtigen. Die Sterne entsprechen den Guidelines, der Felsen entspricht den persönlichen Umständen des Patienten wie Komorbiditäten, Nebenwirkungen von Medikamenten, Ressourcen, Motivation und so weiter ...

### 2. In welchen Bereichen fehlt es noch an geeigneten Praxisrichtlinien?

Als Hausärztin bin ich einerseits oft mit Polymorbidität und entsprechender Polypharmazie konfrontiert, andererseits aber auch mit Be-

findlichkeitsstörungen. In beiden Bereichen unterscheidet sich das Vorgehen verschiedener Ärzte erheblich.

### 3. Ein Schweizer Spezialist klagte einmal: «Man erstellt mit viel Mühe evidenzbasierte Guidelines, aber in der Praxis macht jeder, was er will.» Woran liegt das Ihrer Meinung nach: Sind die Guidelines zu akademisch oder vertraut man lieber seiner Erfahrung?

Guidelines basieren in der Regel auf Studien, welche von Spezialisten mit einem selektionierten Patientengut durchgeführt werden. Der typische Hausarztpatient wird dabei gar nicht berücksichtigt. Wir Hausärzte orientieren uns an Guidelines und Studienresultaten, aber eben auch an der eigenen Erfahrung – und vor allem am Patienten.

### 4. Wie ist das bei den Hypertonierichtlinien – jeder kennt die Grenzwerte, aber welcher Hausarzt versucht diese wirklich mit allen dafür geeigneten Patienten zu erreichen?

Die Studie von Dr. Zechmann et al. (1) zur Blutdruckeinstellung durch Hausärzte zeigt eindrücklich: Bei Anwendung der individuelleren ESC/ESH-Guidelines von 2013 als Massstab sind deutlich mehr Patienten adäquat behandelt als unter den strikten ESC/ESH-Guidelines von

2009. Die patientenzentrierte Anwendung der Guidelines wird dabei auch als «Mindlines» bezeichnet.

### 5. Ein weiteres Beispiel sind die NOAK: Werden diese nicht nach wie vor zu selten eingesetzt, zum Beispiel bei Patienten mit Vorhofflimmern?

Meiner Meinung werden NOAK regelmässig eingesetzt aufgrund der guten Studiendaten und der viel einfacheren Handhabung für Patient und Arzt. Ich würde aber einen Patienten mit Marcoumar® nicht zwangsweise auf NOAK umstellen, solange der INR-Wert stabil und keine Operation geplant ist.

### 6. Seit Kurzem wird ASS nicht mehr zur kardiovaskulären Primärprophylaxe empfohlen. Was glauben Sie: Wie lange wird es wohl dauern, bis das in der Praxis wirklich aufhört?

Die Grenze zwischen Primär- und Sekundärprävention ist fließend. Wenn ich zum Beispiel bei einem asymptomatischen Patienten im Rahmen der Halssonografie wegen Globusgefühl (aufgrund der Eheprobleme?) Carotisplaque entdecke – geht es dann um Primär- oder Sekundärprävention? ▲

Referenz:

1. Zechmann S et al.: Beispiel Hypertoniebehandlung: «Mindlines»: patientenzentrierte Anwendung von Guidelines. Prim Hosp Care Allg Inn Med. 2018; 18(15): 262-264.

## Verschiedene Empfehlungen sind oft nicht einheitlich

### Dr. med Rolf Egli, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Allschwil

#### 1. Welche Guidelines für die Praxis finden Sie besonders relevant?

Viele Guidelines sind sehr umfangreich. Ihre Anwendung ist zu zeitaufwendig, vor allem wenn es schnell gehen muss. Wenn beispielsweise ein Patient mit Halsschmerzen vor einem sitzt, entscheidet nicht ein komplizierter Algorithmus. In der Regel braucht es in den wenigsten Fällen ein Antibiotikum, die klinische Erfahrung oder der Krankheitsverlauf entscheiden, ob ein Rachenabstrich und gegebenenfalls eine antibiotische Therapie durchgeführt werden muss. Es gibt jedoch Fragestellungen, bei denen ein Algorithmus hilfreich ist, um sich nicht zu verzetteln, wie beispielsweise bei einer Mikrohämaturie. Auch zur Risikoabschätzung eines Hirnschlags bei Vorhofflimmern finde ich den CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score hilfreich zur Entscheidung für oder gegen eine Antikoagulation.

Ich orientiere mich je nach Indikation auch an den Empfehlungen des Unispitals Basel oder bei urologischen Fragen wie beispielsweise bei einem Harnwegsinfekt an den Empfehlungen des St.-Clara-Spitals, Basel, oder manchmal auch an denjenigen von Medix.

#### 2. Wo fehlt es noch an geeigneten Praxisrichtlinien?

Im Qualitätszirkel diskutieren wir unter anderem auch Sinn und Umsetzbarkeit von verschiedenen Empfehlungen. Schwierig gestalten sich Abklärung und Substitution eines Vitaminmangels. Denn die Grenzwerte, ab wann beispielsweise Vitamin D substituiert werden soll, sind in den verschiedenen Empfehlungen nicht einheitlich.

#### 3. Stimmt das zum Beispiel nicht auch für Hypertonierichtlinien? Jeder kennt die Grenzwerte, aber welcher Hausarzt versucht, diese wirklich mit allen dafür geeigneten Patienten zu erreichen?

Die Einhaltung von Hypertoniegrenzwerten ist eine der wichtigsten Präventionsmassnahmen. Lausige Werte darf man nicht akzeptieren.

Schlägt auch eine Therapie mit einer Mehrfachkombination nicht an, steckt oft eine Noncompliance dahinter. Ist das nicht der Fall, muss die Ursache gesucht werden. Es gibt aber auch Patienten, deren Blutdruckmesswerte aus der Heimmessung unbrauchbar sind, weil sie auch zu Hause einen eigenen Weisskitteleffekt produzieren und während der Messung sehr nervös sind. In solchen Fällen lasse ich die Herzdimensionen auch mal per Echokardiografie überprüfen, um sicher zu sein, dass nicht eine hypertensive Herzkrankheit vorliegt.

#### 4. Ein weiteres Beispiel sind die NOAK: Werden diese nicht nach wie vor zu selten eingesetzt, zum Beispiel bei Patienten mit Vorhofflimmern?

Bei Patienten mit neu entdecktem Vorhofflimmern gibt es meines Erachtens keine Indikation mehr für Marcoumar®, es sei denn, der Patient sei eine sehr unzuverlässige Person. Mit einem NOAK fehlt bei Kontrollintervallen von drei bis sechs Monaten bei solchen Patienten die Möglichkeit, den INR wirklich zu kontrollieren, wohingegen eine mögliche Unzuverlässigkeit bei einer Marcoumartherapie entdeckt und korrigiert werden kann. Zuverlässige Patienten erhalten jedoch ein NOAK, weil die Handhabung einfacher und das Blutungsrisiko tiefer ist.

#### 5. Seit Kurzem wird Acetylsalicylsäure nicht mehr zur kardiovaskulären Primärprophylaxe empfohlen. Was glauben Sie: Wie lange wird es wohl dauern, bis das in der Praxis wirklich aufhört?

Diese Studienresultate sind mir bekannt, und ich halte mich daran. Sinn und Zweck von Qualitätszirkeln ist es beispielweise, solche neuen Erkenntnisse und Fragestellungen, die sich daraus ergeben, zu diskutieren. Bei Patienten, die dennoch primärpräventiv auf ASS bestehen, ist es wichtig, zu dokumentieren, dass man sie auf alle potenziellen Nebenwirkungen hingewiesen hat und sie dieses Risiko bewusst in Kauf nehmen. Wichtiger finde ich aber, den Patienten überzeugen zu können, dass ASS in dieser Situation keinen Nutzen bringt und daher unnötig ist. ▲