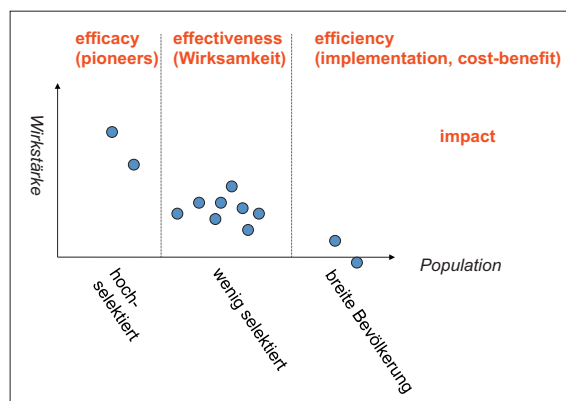


Die letzte Meile

Stefan Neuner-Jehle

Die letzte Meile ist immer die härteste. Alle Ausdauersportler wissen, welchen Effort es bedeutet, wenn die Muskeln schmerzen, die Lungen pumpen und das Hirn sich verweigert. Auch die Medizin kennt dieses Problem der letzten Meile.

Die Forschung und der technologische Fortschritt der letzten Jahrhunderte haben uns unglaubliches medizinisches Wissen und therapeutische Möglichkeiten eröffnet. Mit viel Aufwand wird immer mehr Wissen (*Evidenz*) generiert. In selektierten Studienpopulationen werden diagnostische wie therapeutische Interventionen auf ihre Wirkung (*efficacy*) geprüft. Die Wirksamkeit in der breiten Anwendung (*effectiveness*) ist dann naturgemäß meist kleiner, und im realen Leben – auf der letzten Meile dieser Strecke – können Effizienz und Nutzen einer Methode manchmal erschreckend klein werden (Abb. 1).



Abbildungen 1: Visualisierung von Wirksamkeit, Effizienz, Wirkstärke und Impact.

Diese letzte Meile verdient also besondere Beachtung, wollen wir erfolgreich im Sinne der Kosten-Effizienz und der begrenzten Ressourcen sein. Um diese Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis kümmert sich die Versorgungsforschung.

Der «Evidence–performance gap»

Wussten Sie beispielsweise, dass es im Schnitt 17 Jahre dauert, bis sich ein neues Erkenntnis in der Medizin in der Praxis etabliert [1]? Das ist zwar immer noch deutlich schneller als bei der Bekämpfung von Skorbut:

Vom ersten kontrollierten Versuch der Vitamin-C-Gabe bei Seeleuten 1601 bis zur Einführung dieser Substitution in die Routine vergingen rund 260 Jahre [2]. Die Latenz von 17 Jahren erscheint aber immer noch lang und suggeriert einen Missstand, indem Patienten erst nach dieser Zeit von neuem Wissen profitieren können. Es gibt allerdings auch Argumente für eine gewisse Zurückhaltung bei der Umsetzung neuer Verfahren – erinnern wir uns an das Debakel mit Rofecoxib (Vioxx®), dessen verzögerter Rückzug bei geschätzten 80 Millionen (!) Behandelten zwischen 2000 und 2004 geschätzte 270 000 Myokardinfarkte und Herzversagen «produzierte». Hier hätte eine verzögerte Aufnahme des Medikaments in die Verschreibungsroutine, basierend auf Daten der Zulassungsbehörden, Leben gerettet [3].

Die Umsetzung von Guidelines – Handlungsanleitungen, die sich auf Evidenz berufen – ist nicht nur mit einer Latenz verbunden, sondern überhaupt eine steinige Angelegenheit. Die Literatur kennt sage und schreibe 293 potentielle Barrieren, die einer Anwendung von Guidelines entgegenstehen [4]. Zudem empfehlen die jüngsten Guidelines für die Diabetes- und Blutdruckbehandlung bei älteren und multimorbiden Menschen nun weniger strenge Behandlungsziele, da die Daten aus der realen Praxiswelt zunehmend Evidenz liefern, dass eine strengere Blutdruck- und Zuckerkontrolle nicht automatisch mit einem größeren Nutzen verbunden ist.

“It is fundamentally the confusion between effectiveness and efficiency that stands between doing the right things and doing things right. There is surely nothing quite so useless as doing with great efficiency what should not be done at all.”

Peter F. Drucker [9]

Der «Evidence-Performance gap», der den Hausärzten häufig unterstellt wird, entspricht im obigen Beispiel eher einem Mangel an Evidenz für die Wirksamkeit der bisherigen Empfehlungen und muss daher kritisch hinterfragt werden. Die meisten Grundversorger ha-

ben die früheren strengen Richtlinien bei diesen fragilen Patienten sowieso nur zögerlich und unvollständig umgesetzt, und die Entwicklung der Evidenz gibt ihnen nun Recht.

Beispiel Polypharmazie

Am Beispiel, wie am besten mit Polypharmazie bei multimorbiden Patienten umzugehen sei, lassen sich die Besonderheiten der letzten Meile gut aufzeigen. Wir wissen inzwischen recht gut um die Häufigkeit, die Relevanz und die Strategien in Bezug auf Polypharmazie. Es existieren inzwischen nicht wenige Vorschläge, wie dem Problem beizukommen sei: Negativlisten (welche Präparate zu vermeiden sind), systematisches Durchdenken aller eingesetzten Medikamente mit validierten Algorithmen und ganze «Aktionspakete» (zum Beispiel STRIP oder OPTI-SCRIPT [5]). Nur: All diese elaborierten Verfahren laufen ins Leere, wenn wir in der Kommunikation mit dem Patienten dessen Bedenken vernachlässigen [6]. So kann das Reduzieren von Medikamenten als Signal empfunden werden, dass der Arzt einen aufgibt. Dass es nicht einfach fällt, über die Rest-Lebenserwartung zu reden und Behandlungsziele zu priorisieren, leuchtet ein. Hier fehlen Instrumente, die diese spezifische Kommunikation weitgehend unterstützen. Ein klarer Motivationskiller für Patienten ist das Argument, dass Medikamente aus Kostengründen abgebaut werden sollten. Schliesslich hat man nicht sein Leben lang die Krankenkassenprämien ein-

bezahlt, um jetzt zu verzichten. Viel mehr bewährt sich das Argument, dass der gesundheitliche Nutzen durch Abbau von schädlichen Medikamenten steigt.

Beispiel Adhärenz

Auf der anderen Seite fehlt es oft an der Einnahmetreue von Medikamenten, die einen klaren Nutzen für den Patienten hätten. Die Frequenz pro Tag, die Anzahl total einzunehmender Medikamente, die Grösse und sogar die Farbe der «Pillen» sowie der zeitliche Abstand von der gesundheitlichen Krise (Ereignis) spielen eine Rolle. Aber ebenso – und da müssen wir Ärzte uns an der eigenen Nase nehmen – [7] fehlen oft klare Medikamentenpläne mit Erklärungen, warum ein Medikament im Einsatz steht. Zu selten wird die Medikation mit dem Patienten besprochen, und auch der Abgleich der Listen unter den verschiedenen Fachleuten wird in unserem fragmentierten Versorgungssystem oft vernachlässigt.

Die Erfolgsfaktoren auf der letzten Meile

Im Ausdauersport spielen wohl Trainingszustand, Tagesform und mentale Stärke die Hauptrollen, wie gut die letzte Meile bewältigt wird. In der medizinischen Welt sind folgende Ansätze für diese wichtige Meile vielversprechend [7]:

- *Informieren*: die Wahl eines Medikaments begründen und schriftlich dokumentieren;
- *Behandlungsziele definieren*, nach Exploration der Patientensicht, zum Beispiel mit dem Konzept ICE (*ideas, concerns, expectations*);
- *«shared decision making»*: Optionen mit den Werten und Präferenzen des Patienten abwägen;
- dabei auf die *Behandlungslast (burden of treatment)* achten;
- *motivierende Gesprächsführung* bezüglich Einnahme von Medikamenten, dabei Hindernisse berücksichtigen.
- *Kommunikation, Kommunikation und nochmals Kommunikation!*
- Versorgungsforschung kann helfen, den «Evidence-performance gap» zu reduzieren!

Es braucht nicht immer sophisticated Modelle; oft genügt es, neuem Wissen und dessen Transfer in die eigene Praxis gegenüber lernbereit, aber kritisch eingestellt zu sein. Auf den Patienten bezogen ist ein offenes Ohr für dessen Bedürfnisse und Empathie entscheidend. Eine Hilfe fürs Abwägen von Behandlungszielen können «Decision aids» wie das erfrischend einfache Tool von Fried (Abb. 2) bieten.

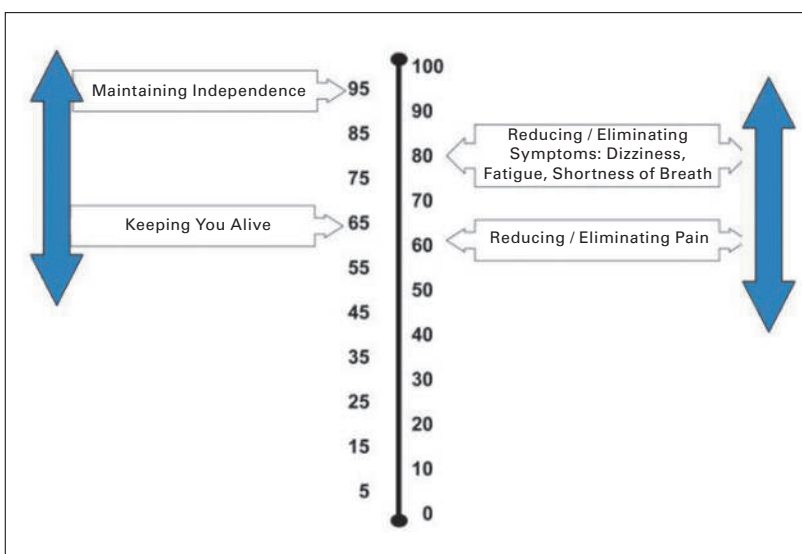


Abbildung 2: Priorisierungs-Tool nach Fried (Nachdruck aus: Fried TR, Tinetti M, Agostini J, Iannone L, Towle V. Health outcome prioritization to elicit preferences of older persons with multiple health conditions. *Patient Educ Couns.* 2011;83(2):278–82, mit freundlicher Genehmigung von Elsevier). Anleitung: Die «Reiter» mit den Behandlungszielen können entlang der vertikalen Skala nach oben oder unten (blaue Pfeile) geschoben und dann ihr (Skalen-)Wert miteinander verglichen werden.

Ebenso wichtig wie das Ziel, für unsere Patienten die Krankheitslast («burden of disease») zu reduzieren, sollte uns das Ziel sein, ihre Behandlungslast («burden of treatment») nicht zu gross werden zu lassen. Für beide Ziele ist die letzte Meile entscheidend.

Verdankung

Ich danke Prof. Oliver Senn, Institut für Hausarztmedizin Zürich, herzlich fürs kritische Gegenlesen.

Korrespondenz:

Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH
 Institut für Hausarzt-
 medizin
 Universität Zürich
 Pestalozzistrasse 24
 CH-8091 Zürich
 sneuner[at]bluewin.ch

Literatur

- 1 Balas EA. Information systems can prevent errors and improve quality. *J Am Med Inform Assoc.* 2001;8(4):398–99.
- 2 http://research.microsoft.com/en-us/collaboration/fourthparadigm/4th_paradigm_book_part2_gillam.pdf
- 3 Jüni P, Nartey L, Reichenbach S, Sterchi R, Dieppe PA, Egger M. Risk of cardiovascular events and rofecoxib: cumulative meta-analysis. *Lancet.* 2005;364:2021–9.
- 4 Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA.* 1999;282(15):1458–65.
- 5 Neuner-Jehle S. Polypharmacie, la nouvelle épidémie. *Rev Med Suisse.* 2016 (in press).
- 6 Schuling JI, Gebben H, Veehof LJ, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2012;13:56.
- 7 Brown M, Bussell J. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc.* 2011;86(4):304–14.
- 8 Fried TR, Tinetti ME, Iannone L, O'Leary JR, Towle V, Van Ness PH. Health outcome prioritization as a tool for decision making among older persons with multiple chronic conditions. *Arch Intern Med.* 2011;171(20):1854–6.
- 9 Drucker PF. Managing for Business Effectiveness. *Harvard Business Review.* 1963;3:53–60.