

Das Fenster zur Forschung

In dieser Artikelserie stellen wir Forschungsarbeiten vor, die von den Schweizer Instituten für Hausarztmedizin oder von Kliniken für Allgemeine Innere Medizin stammen. Die Originalarbeiten sind entweder open access zugänglich oder bei den Autoren auf Anfrage erhältlich. Die Ergebnisse geben einen spannenden Einblick in die täglichen Herausforderungen, aber auch Leistung der Allgemeinen Inneren Medizin in Praxis und Spital. An dieser Stelle herzlichen Dank an alle Kolleginnen und Kollegen, die sich an den jeweiligen Projekten beteiligen und die hier präsentierten Ergebnisse erst ermöglicht haben!

Beispiel Hypertoniebehandlung

«Mindlines»: patientenzentrierte Anwendung von Guidelines

Stefan Zechmann

Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich

Hausärztinnen und Hausärzte befassen sich täglich mit komplexen Patientensituationen und berücksichtigen neben multiplen Erkrankungen auch die Präferenzen ihrer Patienten beim Therapieentscheid. Medizinische Leitlinien für Therapieentscheide basieren auf klinischen Studien, in denen diese multimorbiden, komplexen, älteren Patientinnen und Patienten kaum je vertreten sind [1]. Diese Diskrepanz erschwert das Befolgen einer «leitliniengerechten» Therapie bei solchen Patienten, weil die Evidenz dafür fehlt. Die Lösung liegt in einer patientenzentrierten Therapie [2]. Am Beispiel der Hypertoniebehandlung lässt sich dieser Paradigmenwechsel gut aufzeigen.

Ausgangslage bei der Hypertoniebehandlung

Die meisten Hypertoniker werden aufgrund der hohen Prävalenz dieser Erkrankung bei uns Hausärztinnen und Hausärzten behandelt. Studien der letzten Jahre behaupten, dass 20–60% aller Hypertoniepatienten unangemessen behandelt werden [3–5]. Behandeln wir also unangemessen? Wenn wir die Studienlage betrachten, so sehen wir, dass diese Aussage für den Einsatz einer medikamentösen Blutdrucktherapie auf sehr strikten Leitlinien bzw. Blutdruck-Grenzwerten (140/90 mm Hg) basiert. Doch wo bleibt dabei der patientenzentrierte Ansatz? Ist vielleicht gerade der Umstand, dass Hausärztinnen und Hausärzte patientenzentriert behandeln (das heisst entlang der Komorbiditäten und Patienten-Prioritäten) und damit die strikten Leitlinien «verletzen», der Grund für den hohen Anteil an (scheinbar) unangemessen behandelten Hypertoniepatienten?

Auch wenn dieses Thema erst in den letzten Jahren von einer breiten Öffentlichkeit wahrgenommen wird, so wurde doch schon vor über einem Jahrzehnt untersucht, wie Hausärzte Behandlungsentscheidungen treffen – zum Beispiel, dass Leitlinien mit der eigenen wie auch der kollektiven Erfahrung («Peers») und schliesslich mit der Haltung der Patienten abgeglichen werden: «Mindlines» statt strikte Guidelines [6].

Studienmethodik

Genau dieser Frage, nämlich wie patientenzentriert Hausärztinnen und Hausärzte behandeln, ist das Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich in einer Studie zur Hypertonietherapie nachgegangen. Für diese Studie wurde auf Daten des FIRE-Projektes zurückgegriffen, einer Datenbank für Forschung in der Hausarztmedizin auf der Basis von medizinischen Routinedaten aus elektronischen Krankengeschichten [7]. Basierend auf diesen Daten wurde die Therapie der

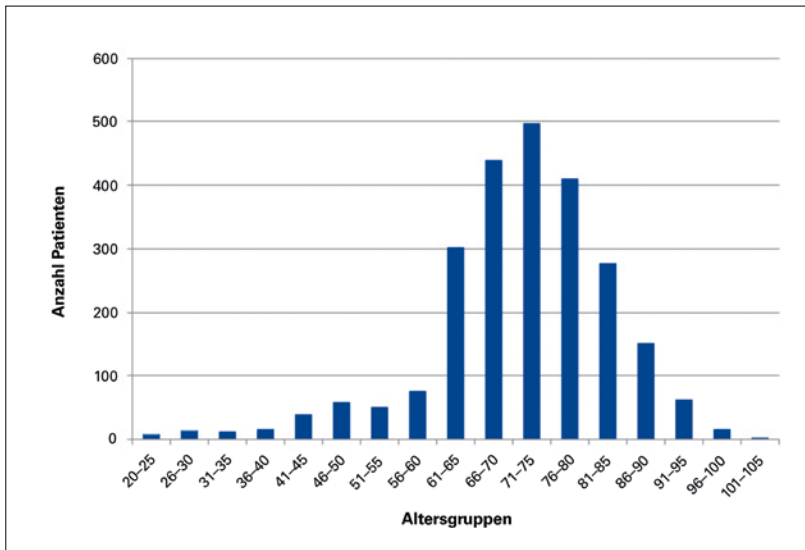


Abbildung 1: Altersverteilung der 22434 eingeschlossenen Patienten.

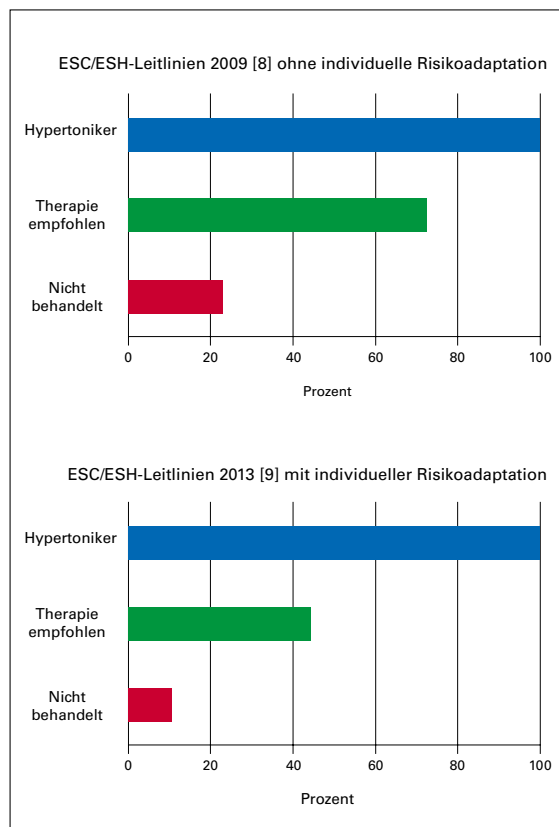


Abbildung 2: Nach ESC/ESH Leitlinien 2009 und 2013 trotz Therapieempfehlung nicht behandelte Hypertonie-Patienten. In Blau alle Teilnehmer der Studie (22434 = 100%). In Grün alle Teilnehmer, für die anhand der 2013 ESC/ESH Leitlinien eine Therapie empfohlen wird. In Rot alle Teilnehmer, denen eine Therapie empfohlen wurde, die aber keine medikamentöse Therapie erhalten haben.

Hypertoniepatienten aus zwei Perspektiven untersucht. Einerseits aus der Perspektive der bisherigen rigiden ESC/ESH-Leitlinien zur Hypertonietherapie aus dem Jahr 2009 [8] und andererseits anhand der aktuell gültigen ESC/ESH-Leitlinien zur Hypertonietherapie aus dem Jahr 2013 [9]. Letztere lässt eine Adaptation der Therapie an Risikofaktoren bzw. Organschäden zu. Damit erlauben die 2013-ESC/ESH-Leitlinien in einem höheren Mass, die individuelle Situation und die Komorbiditäten des Patienten zu berücksichtigen.

Insgesamt konnten aus der oben genannten hausärztlichen Datenbank 22434 Patienten eingeschlossen werden, die zumindest eine der folgenden drei Kriterien erfüllten: BD >140/90 mm Hg, bestehende antihypertensive Therapie (nach ATC-Codierung) oder Diagnose einer Hypertonie (nach ICPC-2-Code [7]). Ausgeschlossen wurden Patienten, bei denen nur eine Messung oder nur eine Konsultation vorlag, sowie Schwangere oder Patienten unter 18 Jahren. Die eingeschlossenen Patienten waren im Durchschnitt 66,4 Jahre alt (Abb. 1), die Geschlechterverteilung in etwa gleich. Die Patienten hatten im Schnitt 1,8 Antihypertensiva sowie 5,9 weitere Medikamente und 5,8 chronische Erkrankungen (inklusive Hypertonie).

Resultate

Aus der Perspektive der 2009-ESC/ESH-Leitlinien [8], die **keine** individuelle Risikoanpassung zulassen, sind 23% der Hypertoniepatienten, für die eine Behandlung empfohlen wird, nicht behandelt. Aus der Perspektive der 2013-ESC/ESH-Leitlinien [9], die eine individuelle Risikoanpassung zulassen, sind 11% der Hypertoniepatienten, für die eine Behandlung empfohlen wird, nicht behandelt (Abb. 2).

Der Perspektivenwechsel von rigiden Leitlinien zu Leitlinien, die eine Adaptation an Risikofaktoren und somit Patientenzentrierung erlauben, verkleinert den Anteil derjenigen Patienten, die unangemessenerweise **nicht** behandelt werden deutlich.

Interpretation

Diese Studie konnte zeigen, dass Hausärztinnen und Hausärzte patientenzentriert behandeln, und auch bereit sind, von Leitlinien mit allzu forscher oder rigiden Grenzwerten im Interesse ihrer Patienten «begründet» abzuweichen. Wenn Leitlinien näher an der Realität der individuellen Patienten mit ihren Risiken und Komorbiditäten (oder eben deren Abwesenheit) sind, handeln Hausärzte auch konsequenter im Sinne der Leitlinien. Dass eine patientenzentrierte Therapie schliesslich mit geringen Kosten verbunden ist, konnte bereits an anderer Stelle gezeigt werden [10].

Die Entwicklung von Leitlinien hin zur Patientenzentrierung, so wie sie von uns Hausärztinnen und Hausärzten bei unseren multimorbiden Patientinnen und Patienten mit ihren Wünschen und Sorgen praktiziert wird, ist interessant und lobenswert. Wir hoffen, dass wir mit dieser Arbeit zu dieser Evolution weiter beitragen können.

Originalpublikation dieses Artikels

Zechmann S, Senn O, Valeri F, Neuner-Jehle S, Rosemann T, Djalali S. The impact of an individualized risk-adjusted approach on the appropriateness of hypertension treatment in primary care. *J Clin Hypertension* 2017;19:510–18.

Literatur

- Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: a systematic analysis of evidence-based guidelines. *PloS one*. 2011;6(10):e25987.
- Was bedeutet eigentlich «patientenzentrierte Medizin? https://www.rosenfluh.ch/media/congressselection/2012/11/Was_bedeutet_eigentlich_patientenzentrierte_Medizin.pdf Access Date 07 July 2018.
- Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA*. 2013;310(9):959–68.
- Joffres M, Falaschetti E, Gillespie C, et al. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2013;3(8):e003423.
- Sarganas G, Neuhauser HK. Untreated, Uncontrolled, and Apparent Resistant Hypertension: Results of the German Health Examination Survey 2008-2011. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn)*. 2016;18(11):1146–54.
- Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed “mindlines?” Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;329(7473):1013.
- Chmiel C, Bhend H, Senn O, Zoller M, Rosemann T. The FIRE project: a milestone for research in primary care in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2011;140:w13142.
- Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens*. 2009;27(11):2121–58.
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2013;34(28):2159–2219.
- Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Is patient-centred care associated with lower diagnostic costs? *Healthcare policy = Politiques de sante*. 2011;6(4):27–31.

Korrespondenz:

Dr. med. Stefan Zechmann,
Institut für Hausarzt-
medizin,
Universität und Universi-
tätsspital Zürich,
Pestalozzistrasse 24,
CH-8091 Zürich
stefan.zechmann[at]usz.ch

CIRS-Flash Nr. 3: Überdosierung von Rivaroxaban (Xarelto®)

«Bei einem knapp 70-jährigen Patienten wurden periphere Lungenembolien diagnostiziert und eine Behandlung mit Rivaroxaban (Xarelto®) begonnen. Der Patient nahm die Medikation gewissenhaft ein und richtete sie anhand des im Spitals abgegebenen Medikamentenplans.

Anlässlich einer Routinekontrolle ging ich mit ihm die Medikation nochmals durch, wobei eine Unstimmigkeit auffiel: Der Patient hatte zwar die Änderung der Dosis von 15 auf 20 mg korrekt vorgenommen, aber nicht realisiert, dass er die 20 mg Dosierung nur einmal täglich hätte einnehmen sollen, mit dem Resultat, dass er zwei Monate lang die doppelte Dosis eingenommen hat.

In der Folge wurde die Dosis auf einmal täglich reduziert.»

Kommentare

1. Die beste Frage an den Patienten ist tatsächlich nicht «Nehmen Sie die Medikamente so... und so...?», sondern «Was nehmen Sie wie?». Das deckt die Fehler am ehesten auf. Es ist erstaunlich, dass man auch bei einfacheren Medikamentenverordnungen Missverständnisse aufdecken kann.

2. Der Vorteil der neuen Antikoagulantien (NOAK) ist ja, dass der Patient nicht mehr zur Quickkontrolle kommen muss. Dass dies aber auch ein Nachteil sein kann, zeigt dieser Fall.

Für Ihren nächsten Fall: www.forum-hausarztmedizin.ch.

Herzlichen Dank!

Das CIRS Team

Esther Henzi, Markus Gnädinger



Korrespondenz:

Dr. med. Markus Gnädinger
Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin
Birkenweg 8
CH-9323 Steinach
markus.gnaedinger[at]hin.ch