

DEGAM-Leitlinie „Multimorbidität“ im Praxistest

DEGAM-Guideline “Multimorbidity” – a Field Test

Ulrike Mühlhäuser, Katja Götz, Lisa-Marie Weinmayr, Jost Steinhäuser

Hintergrund: Bisherige Leitlinien berücksichtigen spezifische Erkrankungen und Symptome, jedoch kaum die besondere Situation von multimorbiden Patienten. Ziel des vorliegenden Praxistests war es, die Akzeptanz und Praktikabilität des Leitlinienentwurfs „Multimorbidität“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin bei Ärzten und Patienten sowie Hinweise zur Implementierung zu ermitteln.

Methoden: Für den Praxistest der Leitlinie „Multimorbidität“ wurden ca. 450 Hausärzte in Schleswig-Holstein über unterschiedliche Verteiler angesprochen. Von diesen erklärten sich 18 Hausärzte zur Teilnahme bereit. Über die Hausärzte wurden multimorbide Patienten um Teilnahme gebeten, elf erklärten sich dazu bereit. Den Ärzten wurde die Leitlinie (Langversion, Kurzversion, Patienteninformation „Menschen mit mehreren Krankheiten“) für eine vierwöchige Erprobungsphase zur Verfügung gestellt. Die Patienten erhielten die Patienteninformation. Mittels Fokusgruppengesprächen oder wahlweise Interviews wurden Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie ermittelt. Die Gespräche wurden digital aufgezeichnet, transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Von den 18 Hausärzten nahmen neun, von den elf Patienten zehn am Praxistest teil. Es bestand Konsens über die Notwendigkeit einer Leitlinie Multimorbidität. Die Patienteninformation wurde von den Ärzten und Patienten mehrheitlich als gute schriftliche Information angesehen. In der Leitlinie wurde die vertiefte Thematisierung spezieller Beratungsanlässe wie psychischer Symptome und der erlebten Anamnese vermisst. Für die Behandlung von multimorbiden Patienten wurde darüber hinaus der Bedarf geäußert, ein Tool zur Priorisierung bezüglich der vordergründig zu behandelnden Erkrankungen zu entwickeln, um die alltägliche Arbeit zu erleichtern.

Schlussfolgerungen: Der Praxistest ergab, dass die Leitlinie Multimorbidität inklusive der Patienteninformation als notwendig erachtet wird. Konkrete Handlungsanweisungen und eine vertiefte Thematisierung spezieller Beratungsanlässe werden noch vermisst. Der Stellenwert der Leitlinie wird daher vor allem im edukativen Bereich für Patienten und Studierende gesehen.

Schlüsselwörter: Allgemeinmedizin; Leitlinien; Multimorbidität; Praxistest; qualitative Studie

Background: Medical guidelines address specific diseases or symptoms but hardly consider the specific situation of multimorbidity in patients. The aim of the current field test was to evaluate the acceptance and practicability of the German College of General Practitioners and Family Physicians' draft guideline “multimorbidity” for family practitioners (FPs) and patients and to collect aspects for its implementation.

Methods: In the federal state of Schleswig-Holstein, Germany, 450 FPs were asked to participate in this field test. Each FP was asked to recruit at least one multimorbid patient for participation in the field test. The guideline consisted of a long version, a short version and a patient information called “people with several diseases”. The guideline was supposed to be tested for a four-week period. The patients received the patient information. The acceptance and practicability of the guideline was evaluated with focus group discussions or interviews, transcribed verbatim and analysed using content analysis.

Results: Of the 18 FPs who expressed their interest in taking part, nine participated and of the eleven patients who were interested, ten participated in the field test. There was consensus regarding the necessity of a “multimorbidity” guideline. FPs and patients perceived the patient information as well-documented. However, the participants perceived, within the guideline, the lack of a more detailed investigation of specific reasons for consultations such as mental symptoms and experienced medical history. Furthermore, FPs claimed they were in need of a prioritization tool for treating the leading disease, to facilitate everyday practice.

Conclusions: There is a need for the guideline “multimorbidity” including patient information. However, concrete instructions and a closer investigation of specific reasons for encounter are still missing. Moreover, the importance of the guideline is seen above all in the educational support it provides for patients and students.

Keywords: family medicine; guidelines; multimorbidity; field test; qualitative study

Hintergrund

Die Behandlung von Multimorbidität, d.h. einem gleichzeitigen Vorliegen von mindestens drei chronischen Erkrankungen, nimmt im Versorgungsalltag einen zunehmend wichtigen Stellenwert ein [1]. Des Weiteren steigt die Prävalenz von Multimorbidität mit dem Lebensalter [2].

Für multimorbide Patienten kann eine rein krankheitszentrierte Behandlung zu einer erhöhten Krankheitslast und Polymedikation mit unerwünschten Arzneimittelwechselwirkungen, Medikationsfehlern und Hospitalisierung führen [3]. Aktuelle Leitlinien zu spezifischen Erkrankungen und Symptomen behandeln bisher allerdings kaum die besondere Situation von multimorbiden Patienten und die mit der Behandlung dieser Patientengruppe verbundenen Herausforderungen.

Daher bestand die Notwendigkeit, Behandlungsempfehlungen zu formulieren. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) startete im Dezember 2014 mit der Entwicklung der S3-Leitlinie „Multimorbidität“ [4].

Ziel der hier vorliegenden Studie war es, in einem Praxistest Akzeptanz und Praktikabilität des DEGAM-Leitlinienentwurfs „Multimorbidität“ bei Ärzten und Patienten sowie Hinweise zur Implementierung zu ermitteln.

Methoden

Die Leitlinie besteht aus Langversion, Kurzversion und einer Patienteninformation „Menschen mit mehreren Krankheiten“, welche für den Praxistest zur Verfügung gestellt wurden. Neben einer Übersicht über die vorhandene Evidenz und die daraus abgeleiteten Empfehlungen enthält die Leitlinie einen Metaalgorithmus, der für die Behandlung und Priorisierung von Problemen bei multimorbiden Patienten „denk- und handlungsleitend“ sein soll [5]. Für den Praxistest wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt, das sich bereits in früheren Praxistests von Leitlinien bewährt hat [6]. Qualitative Methoden sind gut geeignet, um subjektive Sichtweisen, Bedürfnisse und Erfahrungen zu erheben.

Ärzte (n = 9)		
Geschlecht, n (%)	weiblich	1 (11,1)
	männlich	8 (88,9)
Alter in Jahren*, MW (SD); min-max	54 (9,3); 36–62	
Facharzt, n (%)	Allgemeinmedizin	8 (88,9)
	Innere Medizin	1 (11,1)
Praxistyp, n (%)	Einzelpraxis	1 (11,1)
	Praxis mit mehr als einem Arzt	8 (88,9)
Dauer der Niederlassung (Jahre), MW (SD); min-max		17 (10,3); 2–30
Patienten (n = 10)		
Geschlecht, n (%)	weiblich	6 (60,0)
	männlich	4 (40,0)
Alter in Jahren, MW (SD); min-max		76,1 (6,3); 66–86
* für einen Arzt lag keine Altersangabe vor		

Tabelle 1 Soziodemografische Daten der Teilnehmenden

Rekrutierung und Ablauf der Studie

Zur Rekrutierung von Hausärzten wurden Lehrpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (Campus Lübeck), Qualitätszirkel und Praxisnetze in der Region um Lübeck auf den Praxistest aufmerksam gemacht. Außerdem wurde auf dem dritten Tag der Allgemeinmedizin Schleswig-Holstein in Kiel durch eine Beilage in den Tagungsmappen sowie während der Begrüßung über die Studie informiert. Auf diese Weise konnten ca. 450 Ärzte erreicht werden.

Alle teilnehmenden Ärzte wurden um die Rekrutierung eines Patienten für die Teilnahme an einer Fokusgruppe (FG) zur Patienteninformation gebeten. Einschlusskriterien waren: mindestens 18 Jahre alt, drei oder mehr chronische Erkrankungen, ausreichende Deutschkenntnisse, keine Demenzerkrankung und kein Pflegeheimbewohner. Die Patienten erhielten eine Aufwandsentschädigung von 30 Euro. Die teilnehmenden Ärzte sammelten in einer rund vierwöchigen Erprobungsphase in ihrer ärztlichen Praxis Erfahrungen mit den Inhalten der Leitlinie.

Datenerhebung und -auswertung

Mithilfe eines halbstandardisierten Leitfadens wurden Fokusgruppen und Interviews (Telefon oder face-to-face)

mit den teilnehmenden Ärzten und Patienten von einer Soziologin (KG) und einer Apothekerin (UM) durchgeführt.

Der Leitfaden für die FG mit Ärzten enthielt Fragen zu Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie sowie Vorschläge zur Optimierung. Folgende Hauptfragen wurden gestellt:

- Inwieweit war die Leitlinie im Praxisalltag anwendbar?
- Inwieweit war für Sie der Algorithmus anwendbar?
- Welche Aspekte haben Sie in der Leitlinie vermisst?

Der Leitfaden für die Patienten enthielt Fragen zu Akzeptanz, Nutzen und Verständlichkeit der Patienteninformation. Folgende Hauptfragen wurden gestellt:

- Wie beurteilen Sie die Patienteninformation insgesamt?
- Inwiefern war die Patienteninformation für Sie nützlich?

Die digitalen Aufzeichnungen wurden transkribiert und in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [7] von einer Apothekerin (UM) und einer Ärztin (LW) kodiert. Das sowohl deduktiv als auch induktiv entwickelte Kategoriensystem wurde mit zwei weiteren Personen (KG, JS) konsentiert.

Die Ethikkommission der Universität zu Lübeck erteilte am 12. April 2017

Themenbereiche	Hauptkategorie	Unterkategorie
Akzeptanz	Akzeptierte Inhalte	Bestätigung des eigenen hausärztlichen Handelns
		Patientenpräferenz
	Vermisste Inhalte	Konkrete Handlungsanweisung
		Spezielle Beratungsanlässe
		Psychosozialer Kontext/häusliche Umgebung
		Benennung fehlender Versorgungsstrukturen
Berücksichtigung junger multimorbider Patienten		
Praktikabilität	Hilfreiche Aspekte	Wissenschaftliche Betrachtung des Fachs Allgemeinmedizin
		Edukation
		Grundlage für Diskussion mit Kostenträgern
Implementierung	Veränderungen in der Praxis	Patientenindividuelle Medizin
		Gestärktes Bewusstsein für Multimorbidität
	Implementierungsbarrieren	Fehlende Evidenz zur Priorisierung
		Kommunikation
		Fehlende Versorgungsstrukturen
Verbesserungsvorschläge	Tools	Priorisierung von Medikamenten
		Priorisierung v. Erkrankungen (prognostisch)
		Berücksichtigung häufiger Komorbiditäten
		Patientenfragebogen zur Patientenpräferenz
		Erhebung und Dokumentation der (Sozial-)Anamnese
	Interaktive elektronische Leitlinie	
	Andere Konzepte	Forderung der Integration von „Multimorbidität“ in fachspezifische Leitlinien
		Darstellung und Kommentierung der ausgearbeiteten Fälle

Tabelle 2 Einstellungen der Ärzte zur Leitlinie

unter dem Aktenzeichen 17–087 ihre Zustimmung zur Durchführung der Studie.

Ergebnisse

18 Ärzte und elf Patienten erklärten sich zur Teilnahme am Praxistext bereit, davon nahmen neun Ärzte und zehn Patienten tatsächlich teil. Es fanden zwei FG mit Ärzten statt (Ä1–7). Zwei der teilnehmenden Ärzte wurden telefonisch interviewt (Ä8–9). Die FG dauerten im Mittel 80 Minuten, die Interviews 30 Minuten. An der FG mit Patienten, die 55 Minuten dauerte, nahmen sechs Personen (P5–10) teil. P1–4 wurden einzeln

interviewt. Die Interviews dauerten im Mittel 45 Minuten. Tabelle 1 zeigt die soziodemografischen Daten der Teilnehmenden.

Akzeptanz, Praktikabilität und Optimierungspotenziale der Leitlinie

Tabelle 2 zeigt die Übersicht der Themenbereiche, Kategorien und Unterkategorien. Die Ärzte sahen die Notwendigkeit einer Leitlinie „Multimorbidität“ und erkannten die Herausforderung, der Komplexität der Multimorbidität bei individuellen Patienten innerhalb einer Leitlinie gerecht zu werden: „... das ist ein Riesenberg, die Multimorbi-

dität abzubilden in einer abstrakten Leitlinie.“ (Ä4)

Die Inhalte der Leitlinie wurden größtenteils akzeptiert, was sich auch darin ausdrückte, dass sich viele Ärzte in ihrem Handeln in ihr wiederfanden. Auf Akzeptanz bei den Ärzten stieß die von der Leitlinie geforderte Berücksichtigung der Patientenpräferenz. Dabei war der Aspekt, „dass die Patienten eher sich um ihre Autonomie kümmern und wir eher, doch Symptom und Diagnose zentriert, besprechen ...“ (Ä2) von besonderer Wichtigkeit.

Um die Erhebung der Patientenpräferenzen zu erleichtern, wurde der Gedanke formuliert, Präferenzen und Lebensziele des Patienten mithilfe eines Fragebogens zu ermitteln. Dieser sollte u.a. den Leidensdruck durch einzelne Symptome, die Lebensqualität, die Bereitschaft zur Einnahme von Medikamenten, den Wunsch nach Priorisierung und die Bereitschaft zum Selbstmanagement berücksichtigen.

Gefordert wurden Hilfen zur Priorisierung von Medikation und Erkrankungen bezüglich ihres prognostischen Einflusses und eine Rückendeckung der Fachgesellschaften. Dass die Leitlinie hierzu keine Tools und konkreten Handlungsanweisungen anbietet, war ein Grund dafür, dass einige Teilnehmer der Leitlinie Praktikabilität und Alltagstauglichkeit absprachen: „... Das liegt daran, dass zum einen null, überhaupt keine, Priorisierung stattgefunden hat, anhand derer man letztendlich die Wichtigkeit von einzelnen Erkrankungen, oder so etwas, wichtigen könnte bei dem einzelnen Patienten. Das hat in keinster Weise stattgefunden.“ (Ä4)

Ein Teilnehmer sah in einem individualisierten Vorgehen auch eine Tätigkeit, die „Spaß macht“. Er sah den Bedarf „eine[r] Leitlinie für das Abweichen von Leitlinien“ (Ä2) und sprach der Leitlinie „Multimorbidität“ das Potenzial zu, für diese Individualisierung strukturgebend sein zu können. Dieser Arzt betonte auch die Notwendigkeit, dass Aspekte der Multimorbidität zwingend in andere fachspezifische Leitlinien aufgenommen werden.

Die Leitlinie wurde als besonders hilfreich für die Edukation von Studierenden und Ärzten in Weiterbildung angesehen.

Festgestellt wurde außerdem der Wert der Leitlinie als wissenschaftliche

Themenbereiche	Hauptkategorie	Unterkategorie
Akzeptanz	Positive Aspekte	Hausarzt als Ansprechpartner für Multimorbidität
	Negative Aspekte	Hinweis auf psychosoziale Faktoren und Alltagsorgen fehlt Zu allgemein
Sprache/ Gestaltung/ Verständlichkeit	Eignung	Patientenabhängig
Praktikabilität	Hilfreich für Ärzte	Gesprächseinstieg
		Fördert Verständnis für hausärztliches Handeln
		Aufforderung zur Eigenverantwortung (Mitwirkung) des Patienten
	Nicht hilfreich für Ärzte	Enthält Selbstverständliches
		Appell Eigenverantwortung nicht stark genug
	Hilfreich für Patienten	Verschriftlichung des hausärztlichen Handelns
		Fördert Verständnis für hausärztliches Handeln
	Nicht hilfreich für Patienten	Keine Veränderung des Patientenverhaltens erwartet
Ablenkung vom eigentlichen Beratungsanlass		
Inhaltliche Eignung	Patientenabhängig	
Machbarkeit	Keine individuelle Information darstellbar	
Implementierung	Sprache	Persönliche Ansprache im Text
	Individualisierbarkeit	Textbausteine Patienteninfo z.B. zur Verwendung im Medikationsplan

Tabelle 3 Patienteninformation aus Sicht des Arztes

Darstellung des Fachs Allgemeinmedizin und als Diskussionsgrundlage gegenüber den Kostenträgern.

Als Teil der Leitlinie wurde ein Metaalgorithmus zur Versorgung von multimorbiden Patienten entwickelt. Die Aussagen der Ärzte hierzu reichten von „sehr komplex, sehr verworren“ (Ä1) über „nicht grundsätzlich falsch“ (Ä2) und „o.k.“ bis hin zu „genial, weil simpel“ (Ä8). Mehrfach wurde festgestellt, dass sich in dem Algorithmus hausärztliches Handeln widerspiegelt und dass die Inhalte des Algorithmus „Grundpfeiler im hausärztlichen Denken“ (Ä1) sind. Jedoch beklagten Ärzte auch, dass er die Komplexität nicht verringert. Der Algorithmus sei z.B. für Ärzte in Weiterbildung „zum Durchdenken um mal zu kapieren, wie komplex dieses ganze Gesundheitswesen bei so einem Menschen dann wird, zum Kapieren ist das gut“, aber „für uns als Arbeitshilfe bringt es rein gar nichts“ (Ä3).

Vermisste Aspekte

Neben konkreten Handlungsanweisungen wurde die vertiefte Thematisierung spezieller Beratungsanlässe wie psychischer Symptome, des psychosozialen Kontextes und der erlebten Anamnese vermisst. Ein Arzt zeigte sich enttäuscht, dass die Notwendigkeit von Veränderungen in den Versorgungsstrukturen nicht diskutiert wurde, wie z.B. die Verfügbarkeit von Sozialarbeitern und die Vernetzung verschiedener Berufsgruppen miteinander.

Akzeptanz und Praktikabilität sowie Optimierungspotenziale der Patienteninformation

Tabellen 3 und 4 zeigen die Übersicht der Themenbereiche, Kategorien und Unterkategorien. Für Ärzte wie für Patienten stellte der Text gut die haus-

ärztliche Arbeitsweise dar und förderte dadurch das gegenseitige Verständnis für die Notwendigkeiten bei der Behandlung von Multimorbidität.

Perspektive der Ärzte

Die Ärzte beurteilten die Aufforderung zu Eigenverantwortung und Eigenengagement in der Patienteninformation als hilfreich für ihr Behandlungskonzept. Allerdings äußerten die Ärzte auch, dass sie keine Veränderung des Patientenverhaltens durch die Patienteninformation erwarteten. Inhaltlich wurden von den Ärzten Hinweise auf psychosoziale Faktoren und Alltagsorgen vermisst. Einige Ärzte betrachteten den Text der Patienteninformation als sprachlich zu kompliziert, inhaltlich zu komplex und in zu kleiner Schriftgröße gedruckt, sodass sie die Verwendbarkeit für ihre Patienten nur teilweise als gegeben ansahen in Abhängigkeit von Sehvermögen und kognitiven Fähigkeiten zum Selbstmanagement, zu dem im Text aufgefordert wird.

Perspektive der Patienten

Die Aufforderung zu Eigenverantwortung und Eigenengagement wurde von den Patienten akzeptiert. Die Patienten sahen sich durch die Patienteninformation ermutigt, die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Arzt zu intensivieren und sich aktiv einzubringen.

„... nützlich war mir das jetzt, dass ich jetzt was hier raus las, was ich früher nicht bedacht habe, dass ich jetzt vielleicht verstärkt hingehere und sage, würde jetzt sagen: ‚So, ich möchte mal über ein Thema sprechen, wie können Sie mir noch besser helfen, wie geht das?‘“ (P3)

Allerdings fehlten den Patienten in der Patienteninformation die Berücksichtigung von alternativen Behandlungsmethoden sowie Hinweise zu Patientenverfügung und Patientenvollmacht. Insgesamt wurde die Patienteninformation als gut lesbar und sprachlich verständlich eingestuft. Patienten forderten im Sinne der Barrierefreiheit eine Version in Blindenschrift sowie neben Internetlinks zur weiteren Information auch die Angabe einer Telefonnummer.

Themenbereiche	Hauptkategorie	Unterkategorie
Akzeptanz	Positive Aspekte	Ausführliche, lehrreiche Beschreibung
		Darstellung der hausärztlichen Arbeitsweise
		Shared decision making
		Aufforderung zum Eigenengagement des Patienten
		Reflexion der eigenen Krankheitsgeschichte und Medikation
		Reflexion des eigenen Erlebens beim Arzt
	Negative Aspekte	Keine individuelle Informationen
		Thematisierung der Krankheit in der Familie
Sprache/ Verständlichkeit	Gute Verständlichkeit	
	Komplizierte Sprache	
Praktikabilität	Hilfreich	Ermutung zur vertrauensvollen Arzt-Patient-Zusammenarbeit
	Nicht hilfreich	Kein Ersatz für Arzt-Patient-Gespräch
		Keine Einsicht in eigene Multimorbidität
	Machbarkeit	Kann individuellen Patienten nicht gerecht werden
	Verbesserungsvorschläge	Alternative Behandlungsmethoden berücksichtigen
		Über Patientenvollmacht und Patientenverfügung informieren
Implementierung	Kommunikation	Empowerment
	Zugang zu Information	Hotline
		Barrierefreiheit

Tabelle 4 Patienteninformation aus Sicht der Patienten

Diskussion

Die Inhalte des vorliegenden Leitlinienentwurfs fanden überwiegend Akzeptanz, die Ärzte sahen ihr hausärztliches Handeln gut abgebildet. Sowohl Ärzte als auch Patienten sahen die Patienteninformation mehrheitlich als gute schriftliche Information an. Für die Behandlung von multimorbiden Patienten besteht darüber hinaus allerdings der Bedarf an Tools, die die alltägliche Arbeit ganz praktisch erleichtern: Patientenpräferenzen sollten leichter erhoben werden können und Hilfen zur Priorisierung der Medikation wurden gewünscht. Diese Wünsche wurden in der Vergangenheit immer wieder thematisiert [8–10] und zum Teil in der Leitlinie „Multimedikation“ berücksichtigt [11]. Entsprechende Tools wurden in der Vergangenheit bereits entwickelt und bedürfen weiterer Evaluation [12–14].

Des Weiteren wurde im Praxistest hervorgehoben, dass bestimmte Aspekte der Multimorbidität auch in andere fachspezifische Leitlinien aufgenommen werden sollten. International wird bereits empfohlen, Leitlinien, die auf Einzelerkrankungen abzielen, diese auch an die spezifische Situation von multimorbiden Patienten anzupassen [15]. Dabei kann auch die in qualitativen Studien erhobene Perspektive von Patienten, Betreuern und Pflegern einen wichtigen Beitrag leisten [16].

Weitere Forschung ist notwendig, um Evidenz für die spezielle Behandlungssituation Multimorbidität zu schaffen. Der vorliegende Leitlinienentwurf beinhaltet neben der Verwendung von vorhandener Evidenz und bestehenden Empfehlungen einen Metaalgorithmus, welcher auf Basis einzelner Behandlungsalgorithmen für spezielle Pro-

blemlagen individueller Patienten entwickelt wurde. Damit verfolgen die Autoren einen Weg, der als „practice based evidence“ bezeichnet und als geeignet angesehen wird, den ganzheitlichen Ansatz des Hausarztes als Möglichkeit zum Management der Komplexität von Multimorbidität zu belegen [17].

Limitationen

Die teilnehmenden Patienten waren mehrheitlich redegewandt. In dieser speziellen Zusammensetzung der Patientenstichprobe liegt möglicherweise ein Grund für die durch die Patienten nahezu einheitliche gute Beurteilung der Sprache und Verständlichkeit des Textes im Gegensatz zu der von den Ärzten angemahnten hohen Komplexität von Sprache und Inhalten, ein Hinweis, der sich möglicherweise auf Patienten mit z.B. niedrigerem Bildungsstand und eingeschränkten Sprachkenntnissen bezog.

Die Beteiligung am Praxistest sowohl bei Patienten als auch bei Ärzten war wie schon bei früheren Praxistests gering. Das macht die Ergebnisse anfällig für einen Selektionsbias. Gründe für die Nichtteilnahme am Praxistest wurden nicht erhoben. Es kann vermutet werden, dass der Aufwand zur Teilnahme am Praxistest als zu hoch eingeschätzt wurde bzw. die FG-Termine mit anderen Terminen kollidierten. Die teilnehmenden Ärzte waren mehrheitlich in Lehrpraxen der Universität zu Lübeck tätig und hatten nahezu alle mehr als zehn Jahre Berufserfahrung als niedergelassener Arzt. Daher hatten sie sich möglicherweise schon früher mit dem Thema beschäftigt und ihre Handlungsweise im Rahmen der Multimorbidität optimiert. Außerdem kann dies ein Grund für die Betonung des edukativen Werts der Leitlinie sein.

Schlussfolgerungen

Eine Leitlinie Multimorbidität mit Patienteninformation wird als notwendig erachtet. Weitere konkrete Handlungsanweisungen und eine vertiefte Thematisierung spezieller Beratungsanlässe werden in der vorliegenden Leitlinie noch vermisst. Der Stellenwert der Leitlinie wird daher vor allem im edukati-

ven Bereich gesehen. Zur Erprobung der Leitlinie im Rahmen des Praxistests wurden den Ärzten keine weiteren Vorgaben gemacht. Zukünftige Praxistests sollten möglicherweise genauere Angaben zur „fidelity“ (Häufigkeit, Dauer

und Art der Verwendung) eines Leitlinienentwurfs berichten. Die Ergebnisse dieses Praxistests wurden der Autorengruppe zur weiteren Überarbeitung des Leitlinienentwurfs zur Verfügung gestellt.

Danksagung: Wir danken den am Praxistest teilnehmenden Patienten und Ärzten.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

PD Dr. Katja Götz ...



... ist seit Oktober 2015 wissenschaftliche Koordinatorin am Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. Sie ist promovierte Soziologin und im Fach Versorgungsforschung habilitiert. Ihre Arbeitsschwerpunkte umfassen die Themenfelder Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in medizinischen Kontexten und deren Einflüsse auf die Versorgungsqualität sowie die Evaluation neuer Versorgungsmodelle.

Korrespondenzadresse

PD Dr. Katja Götz
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck
Tel: 0451 3101 8010
katja.goetz@uni-luebeck.de

Literatur

1. Fuchs J, Busch M, Lange C, Scheidt-Nave C. Krankheitsprävalenzen und -muster bei Erwachsenen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2012; 55: 576–586
2. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kapitel 8: Wie gesund sind die älteren Menschen? Berlin: Robert Koch-Institut, 2015
3. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA 2005; 294: 716–724
4. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/053-047.html (letzter Zugriff am 15.12.2017)
5. Muche-Borowski C, Luhmann D, Schaffer I, Mundt R, Wagner HO, Scherer M. Development of a meta-algorithm for guiding primary care encounters for patients with multimorbidity using evidence-based and case-based guideline development methodology. BMJ Open 2017; 7: e015478
6. Steinhäuser J, Götz K, Natanzon I, et al. Praktikabilität und Akzeptanz der DEGAM-Leitlinie „Nackenschmerzen“ im Praxistest. Z Allg Med 2009; 85: 130–134
7. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, 12. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz, 2015
8. Jansen J, McKinn S, Bonner C, et al. General practitioners' decision making about primary prevention of cardiovascular disease in older adults: a qualitative study. PLoS ONE 2017; 12: e0170228
9. Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, Christiaens T. Qualitative insights into general practitioners' views on polypharmacy. BMC Fam Pract 2010; 11: 65
10. Mangin D, Stephen G, Bismah V, Risdon C. Making patient values visible in healthcare: a systematic review of tools to assess patient treatment priorities and preferences in the context of multimorbidity. BMJ Open 2016; 6: e010903
11. Bergert FW, Braun M, Ehrenthal K, et al. Hausärztliche Leitlinie Multimedikation der Leitliniengruppe Hessen. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-043l_S2e_Multimedikation_2014-05.pdf (letzter Zugriff am 18.12.2017)
12. 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: 278–282
13. van Summeren JJ, Schuling J, Haaijer-Ruskamp FM, Denig P. Outcome prioritisation tool for medication review in older patients with multimorbidity: a pilot study in general practice. Br J Gen Pract 2017; 67: e501–e506
14. Gehring SC, Kandzora J, Jeske-Saathoff E, et al. Strukturierte Arzneimitteltherapie für multimorbide Senioren (SAMs) – ein Pilotprojekt. Z Allg Med 2017; 93: 266–270
15. Uhlig K, Leff B, Kent D, et al. A framework for crafting clinical practice guidelines that are relevant to the care and management of people with multimorbidity. J Gen Intern Med 2014; 29: 670–679
16. Bennett WL, Robbins CW, Bayliss EA, et al. Engaging stakeholders to inform clinical practice guidelines that address multiple chronic conditions. J Gen Intern Med 2017; 32: 883–890
17. Reeve J, Blakeman T, Freeman GK, et al. Generalist solutions to complex problems: generating practice-based evidence – the example of managing multimorbidity. BMC Fam Pract 2013; 14: 112



Ständig aktualisierte Veranstaltungstermine von den „Tagen der Allgemeinmedizin“ finden Sie unter

www.tag-der-allgemeinmedizin.de