

Bericht zum Praxistest des Leitlinienentwurfs „Multimorbidität“

Ulrike Mühlhäuser, Katja Götz, Lisa Weinmayr, Jost Steinhäuser

Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Lübeck

Zusammenfassung

Im Rahmen des Praxistests wurde der Leitlinienentwurf der DEGAM Leitlinie „Multimorbidität“ bezüglich Akzeptanz und Praktikabilität mit Ärzten und Patienten evaluiert und Implementierungserfahrungen und Anregungen zur Verbesserung ermittelt.

Bei den Ärzten fanden die Inhalte der Leitlinie mehrheitlich Akzeptanz, insbesondere auch die Betonung der Patientenpräferenz. Die Ärzte sahen in dem Algorithmus gut ihr ärztliches Handeln dargestellt. Als alltägliche Arbeitshilfe wurde der Leitlinie insgesamt (wie auch der Kurzversion) keine Bedeutung beigemessen. Festgestellt wurde der Wert der Leitlinie für edukative Zwecke sowie als wissenschaftliche Darstellung des Fachs Allgemeinmedizin und Diskussionsgrundlage gegenüber den Kostenträgern.

Die Ärzte forderten in besonderem Maße Hilfen zur Priorisierung von Erkrankungen und Medikation. Als sinnvolle und hilfreiche Erweiterung entstand der Wunsch nach einem Patientenfragebogen zur Erhebung von Patientenpräferenzen. Die eingehendere Thematisierung der Beratungsanlässe Schmerz und psychische Symptome, häufiger Komorbiditäten, des psychosozialen Kontexts sowie möglicherweise notwendiger Veränderungen in der Versorgungsstruktur multimorbider Patienten wurde vermisst.

Die Patienteninformation beurteilten die Ärzte bezüglich der inhaltlichen und sprachlichen Eignung für ihre Patienten unterschiedlich. Die Verschriftlichung der hausärztlichen Tätigkeit wurde begrüßt. In dem Text sahen sie einen möglichen Gesprächseinstieg.

Die befragten Patienten bezeichneten die Patienteninformation überwiegend als gut lesbar und verständlich. Der Text regte die Patienten dazu an, die Arzt-Patienten-Zusammenarbeit intensiv auch durch eigene Mitwirkung zu gestalten. Den Patienten gefiel die Gestaltung. Allerdings wurde eine Barriere-freie Version für Blinde sowie die Ergänzung einer Hotline angeregt. Patienten vermissten Informationen zu Patientenvollmacht und Patientenverfügung sowie die Berücksichtigung alternativer Behandlungsmethoden.

Sowohl von Ärzten als auch von Patienten wurde eine gelingende Kommunikation als wichtig Basis für eine erfolgreiche und zufriedenstellende Behandlung angesehen.

1. Einleitung

Im Rahmen der Entwicklung der DEGAM-Leitlinie „Multimorbidität“ führte das Institut für Allgemeinmedizin (IfA) des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, den Praxistest für den Entwurf der Leitlinie durch.

Gemäß Stufe sieben des DEGAM-Zehnstufenplans zur Leitlinienentwicklung wurde im Praxistest die Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie unter Praxisbedingungen evaluiert.

2. Methode

Für den Praxistest wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Die Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie inkl. Kurzversion sowie der Patienteninformation „Menschen mit mehreren Krankheiten“ wurde mittels Fokusgruppen und Interviews mit Hausärzten nach einer vierwöchigen Erprobungsphase und Patienten nach Aushändigen der Patienteninformation evaluiert. Die Aussagen wurden digital aufgezeichnet, pseudonymisiert transkribiert und in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring entsprechend der Fragestellung des Praxistests von einer Apothekerin (UM) und einer Ärztin (LW) ausgewertet. Das sowohl deduktiv als auch induktiv entwickelte Kategoriensystem wurde mit zwei weiteren Person (JS, KG) konsentiert.

Die Bestimmungen des Datenschutzes wurden eingehalten. Voraussetzung für die Teilnahme war das Vorliegen einer unterschriebenen Einverständniserklärung. Die Ethikkommission der Universität zu Lübeck erteilte am 12.04.2017 ihre Zustimmung zur Durchführung der Studie mit Aktenzeichen 17_087.

In Abbildung 1 ist der zeitlichen Ablauf des Praxistests dargestellt.

Abbildung 1: Zeitlicher Verlauf des Praxistests

	02/2017	03/2017	04/2017	05/2017	06/2017	07/2017	08/2017	09/2017	10/2017
Erhalt Leitlinie	•								
Erstellung Ethikantrag	→								
Abgabe Ethikantrag		•							
Vorbereitung Studienmaterial		→							
Votum Ethikantrag			•						
Rekrutierung			→	→	→	→			
Einschluss Ärzte				→	→				
Befragung Ärzte					→	→			
Befragung Patienten					→	→			
Abschluss Befragungen							•		
Transkription und Analyse							→	→	→
Abschlussbericht									•

2.1 Rekrutierung

2.1.1 Ärzte

Zur Rekrutierung von Hausärzten wurden Lehrpraxen der Universität zu Lübeck und Qualitätszirkel und Praxisnetze in der Region um Lübeck auf den Praxistest aufmerksam gemacht. Außerdem wurde bei einem Qualitätszirkeltreffen persönlich und auf dem Tag der Allgemeinmedizin Schleswig-Holstein durch eine Beilage in den Tagungsmappen sowie in den Veranstaltungen über die Studie informiert. 18 Ärzte erklärten sich zu einer Teilnahme am Praxistest bereit.

2.1.2 Patienten

Alle teilnehmenden Ärzte wurden um die Rekrutierung von Patienten für die Teilnahme an einer Befragung zur Patienteninformation „Menschen mit mehreren Krankheiten“ gebeten. Zur Rekrutierung wurde schriftliches Informationsmaterial zur Verfügung gestellt.

Einschlusskriterien waren, unter Einbeziehung der Parameter, die die Leitlinie als Zielgruppe definiert: mindestens 18 Jahre, drei oder mehr chronische Erkrankungen, ausreichende Deutschkenntnisse, keine Demenzerkrankung, kein Pflegeheimbewohner, sowie die Aushändigung der Patienteninformation durch den behandelnden Arzt. Patienten wurden 30 € als Aufwandsentschädigung für die Teilnahme an Interview oder Fokusgruppe angeboten.

2.2 Datenerhebung

Mittels eines halbstandardisierten Leitfadens wurden Interviews und Fokusgruppengespräche durchgeführt. Die Leitfäden für die Befragung von Ärzten und Patienten wurden jeweils unabhängig vom Befragungssetting (Fokusgruppe, Interview) unverändert benutzt. Bei den Ärzten erfolgte nach der ersten Fokusgruppe eine Veränderung der Einstiegsfrage. Die Leitfäden für Ärzte und Patienten können im Anhang eingesehen werden.

3. Ergebnisse

3.1 Teilnehmer

An der qualitativen Erhebung nahmen insgesamt neun Ärzte und zehn Patienten teil. Die Soziodemographie der Teilnehmer ist aus Tabelle 1 zu entnehmen. Es nahmen vor allem Hausärzte mit mehr als 10 Jahren Erfahrung in der Praxis teil. Die beteiligten Patienten waren im Mittel über 76 Jahre alt und mehrfach erkrankt.

Tabelle 1: Soziodemographie der Teilnehmer: Ärzte und Patienten

Charakteristika	Angaben	
Befragte Ärzte (n=9)		
Geschlecht, n (%)	weiblich	1 (88,9)
	männlich	8 (11,1)
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)
niedergelassen seit ... Jahren, MW (SD); min-max	17 (10,3); 2-30	
Befragte 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	
* Von einem Arzt fehlt die Altersangabe		

3.2 Datenerhebung

Mit den Ärzten fanden zwei Fokusgruppen mit drei bzw. vier Teilnehmern statt (Ä1-7). Zwei der am Praxistest teilnehmenden Ärzte, die an den Terminen der Fokusgruppen verhindert waren, wurden telefonisch interviewt (Ä8-9). Die Fokusgruppen dauerten im Mittel 80 Minuten, die Interviews etwa 30 Minuten.

Patienten wurden im Rahmen einer Fokusgruppe mit sechs Teilnehmern (P5-10; Dauer 55 Minuten) sowie in zwei Einzelinterviews (P1, P4) und einem Interview mit zwei Teilnehmern befragt (P2-3). Die Interviews dauerten im Mittel 45 Minuten. Die Fokusgruppe mit den Patienten fand in einem einer Praxis angegliederten Seminarraum statt. Alle Patienten waren in dieser Praxis in Behandlung. Die Interviews fanden in den Räumen des IfA statt.

3.3 Akzeptanz, Praktikabilität und Implementierung

Im Folgenden werden zunächst die Haltungen der Ärzte zur Leitlinie im Gesamten dargestellt. In einem zweiten Teil werden die Haltungen der Ärzte und Patienten zur Patienteninformation benannt.

3.3.1 Leitlinie

Eine Übersicht über Haupt- und Unterkategorien zu den jeweiligen Leitfragen bietet Tabelle 2 auf der folgenden Seite. Neben der Besprechung der Lang- und Kurzversion wird im Text auch speziell auf den Algorithmus eingegangen.

Tabelle 2: Einstellungen der Ärzte zur Leitlinie

Leitfrage	Hauptkategorie	Unterkategorie
Akzeptanz	Akzeptierte Inhalte	Bestätigung des eigenen hausärztlichen Handelns
		Patientenpräferenz
	Vermisste Inhalte	Konkrete Handlungsanweisung
		Spezielle Beratungsanlässe
		Psychosozialer Kontext / häusliche Umgebung
		Benennung fehlender Versorgungsstrukturen
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
		Patientenfaktoren
		Fehlende Versorgungsstrukturen
Verbesserungsvorschläge	Tools	Priorisierung von Medikamenten
		Priorisierung Erkrankungen (prognostisch)
		Berücksichtigung häufiger Komorbiditäten
		Patientenfragebogen zur Patientenpräferenz
		Erhebung und Dokumentation der (Sozial-)Anamnese
		Interaktive elektronische Leitlinie
	Andere Konzepte	Forderung der Integration „Multimorbidität“ in fachspezifische Leitlinien
		Darstellung und Kommentierung der ausgearbeiteten Fälle

3.1.1.1. Akzeptanz der Leitlinie

Prinzipiell wurde die Notwendigkeit einer Leitlinie „Multimorbidität“ benannt und die besondere Herausforderung und eingeschränkte Machbarkeit erkannt.

„... das ist ein Riesenberg, die Multimorbidität abzubilden in einer abstrakten Leitlinie, das ist echt ein Hammer. Aber muss halt mal gemacht sein.“ (Ä4)

„Aber letztlich: dieses "multi" ist eben so multi, dass da ... da kann keine Ordnung rein kommen. Das ist nicht vorstellbar.“ (Ä7)

„Also, der erste Eindruck ist natürlich das, schon der das man sich, fragt mit welche Zielsetzung diese Leitlinie denn, so erstellt ist, weil und zunächst erstmal auffällig ist das eigentlich, ständig und immer wieder betont wird das eigentlich nichts bewiesen ist, das wir eigentlich gar keine Leitlinie haben und, keine Grundlage haben dazu in dieser speziellen, Grundüberlegung, dass wir mit multimorbiden

Patienten umgehen, sodass zunächst erstmal eigentlich, mein erstes Gefühl war da ist sehr wenig Substrat da war, so über das wir überhaupt reden.“ (Ä2)

Die Inhalte der Leitlinie (auch der Algorithmus) wurden größtenteils akzeptiert, was sich auch darin ausdrückte, dass sich viele Ärzte in ihrem Handeln darin wiederfanden. Den Gedanken, die Patientenpräferenz und insbesondere die Autonomie stärker zu berücksichtigen, wurde sehr begrüßt.

„Ja, ich muss einfach ganz platt sagen. So arbeiten wir ... oder so arbeite ich mit multimorbiden Patienten eh. Das ist für mich die Beschreibung dessen, was ich sowieso mache.“ (Ä8)

„...also einer der wichtigsten und auch für mich rausgenommenen Zielsachen war, das, offensichtlich der Anspruch den Patienten haben, also das die Patienten eher sich um ihre Autonomie kümmern und wir eher, doch Symptom und Diagnose zentriert, besprechen...“ (Ä2)

Vielfach wurde die Enttäuschung darüber geäußert, dass die Leitlinie keinen konkreten Hinweis für die Behandlung von multimorbiden Patienten enthielt. Sie wurde dadurch als sehr theoretisch war genommen.

„Weil ich gedacht habe, alles, was dort drin steht, das ist uns hinlänglich bekannt, die ganze Gemengelage. Aber die ist aus meiner Sicht da letztendlich auch nur beschrieben. Aber es konkretisiert sich für mich daraus keine Struktur, keine ... ja, irgendwie eine Handlungsanweisung.“ (Ä5)

Vermisst wurde die eingehendere thematische Bearbeitung spezieller Beratungsanlässe wie Schmerz und psychische Symptome. Nach Meinung einiger Ärzte fand das Problemfeld psychosozialer Kontext und häusliche Umgebung, auch unter Berücksichtigung der Unterschiede zwischen Land und Stadt, zu wenig Beachtung. Ein Arzt äußerte den Wunsch, dass in der Leitlinie auf notwendige Veränderungen in der Versorgungsstruktur multimorbider Patienten eingegangen werden sollte, und zwar die Notwendigkeit von Sozialarbeitern und die Vernetzung der ärztlichen Versorgung mit anderen Berufsgruppen.

„Also, das wäre auch schön, wenn in der Leitlinie festgestellt würde oder durch die Evaluation: Wir brauchen Sozialarbeiter in der normalen Arbeit, in der normalen Versorgung multimorbider Patienten. Nicht nur in der Versorgung psychiatrisch Kranker, sondern auch in der Versorgung Multimorbider. Die eben auch an der Schnittstelle: Dinge organisieren und weiterverarbeiten.“ (Ä5)

„Ja, oder eben die Vernetzung, Verzahnung mit anderen Berufsgruppen. Die wünscht man sich, die würde man gerne einleiten, aber die ist schlichtweg im Alltag nicht umsetzbar, mangels Struktur. Und insofern ist das dann immer schön, wenn das hier alles steht, aber das läuft dann so ins Leere. Und dann finde ich immer, hilft das auch gar nicht, wenn das da steht. Dann kann man es gleich weglassen. Oder man macht sich schon dann Gedanken, wenn man das dann schon so da reinschreibt: Ja, welche Möglichkeiten gibt es denn, wirklich dann auch der Umsetzung?“ (Ä5)

Negativ fiel auf, dass auf junge multimorbide Patienten nicht eingegangen wurde.

3.1.1.2 Praktikabilität der Leitlinie

Die Frage der Praktikabilität wurde oft verneinend beantwortet, insbesondere aufgrund fehlender Hilfen zur Priorisierung:

„Gar nicht. (I: Warum?) Überhaupt nicht. Das liegt daran, dass zum einen null, überhaupt keine, Priorisierung stattgefunden hat, anhand derer man letztendlich die Wichtigkeit von einzelnen Erkrankungen, oder so etwas, wichten könnte bei dem einzelnen Patienten. Das hat in keinsten Weise stattgefunden. Die Anwendbarkeit von akademischem 'Geschwurbel' in der Praxis ist echt schwierig und von daher ist das ... kann man das in der Praxis tatsächlich in keinsten Art und Weise verwenden. Gar nicht.“ (Ä4)

Mehrere Ärzte bewerteten die Leitlinie als hilfreich für die Edukation, und zwar für verschiedene Zielgruppen: Ärzte, Ärzte in Weiterbildung und Studierenden.

„Und umgekehrt, wenn ich mich jetzt als unerfahren einschätzen würde und sehen würde, dann hätte ich natürlich ... Sage ich wieder als erfahrener Arzt: Das kann einem jungen Kollegen, einer jungen Kollegin enorm helfen, auf den richtigen Weg zu gehen. Oder vielleicht schneller strukturierter handeln können, ohne eben die langjährige Erfahrung zu haben.“ (Ä8)

„Also, ich stelle mir vor, dass ich zum Beispiel mal so eine Leitlinie mit einem Studenten durchgehe. Dass ich einfach mit dem nochmal - anschaulich mache, was gerade im Arzt-Patienten-Gespräch oder im Student-Patienten-Gespräch passiert ist.“ (Ä9)

Außerdem sah ein Arzt in der Leitlinie eine Grundlage für die Diskussion mit Kostenträgern bezüglich der Notwendigkeit in der Therapie von bestehenden Leitlinien abzuweichen sowie der Notwendigkeit Qualitätsstandards für die Versorgung von Multimorbiden zu definieren.

„...könnte es eventuell hilfreich sein, in Argumentationen zu Kostenträgern, wenn die sich zu sehr an Leitlinien orientieren [...] das man dann einfach wieder sich auf solche Leitlinien beziehen kann und dann sagen ey Leute, wenn Ihr euch auf eine Leitlinie bezieht in der Multimorbidität, ist das nicht bewiesen und dann ist das auch schon klar dass man, da eine gewisse, Diskrepanz auch zu einer Leitlinien Medizin benötigt in der Multimorbidität...“ (Ä2)

Darüber hinaus wurde die Leitlinie als wertvoll für die wissenschaftliche Betrachtung des Fachs Allgemeinmedizin angesehen.

3.1.1.3 Implementierung der Leitlinie

Die Leitlinie hatte nur in geringem Ausmaß zu Veränderungen in den Praxen geführt, da oft festgestellt wurde, dass sie die aktuell praktizierte Handlungsweise widerspiegelt.

„Weil ich denke, das machen wir sowieso, sozusagen. Und ansonsten kann ich auch nichts hinzufügen, also, deswegen, die praktische Umsetzbarkeit ist schwierig. Wir machen das so wie immer. Und das deckt sich hier.“ (Ä6)

Die Leitlinie motivierte dazu, künftig öfter die Patientenpräferenz zu erfragen. Ein Arzt sah sich außerdem darin bestärkt, seine Behandlung patientenindividuell zu gestalten. Außerdem rückte die Leitlinie die Komplexität der Multimorbidität in das Bewusstsein der Ärzte.

„...dass man, den Patienten selber fragen könnte öfter mal, was will er überhaupt? Nicht, von unserem medizinischen hoch Hochanspruchsdenken quasi da, immer starten und sagen das und das ist jetzt möglich, das und das müsste ich machen...“ (Ä1)

„...vielleicht haben wir alle tatsächlich wenn sich das alles so ein bisschen durchsetzt, mehr Chuzpe auch wirklich wieder abzuweichen von, anderen Leitlinien, das mag dann so sein, das, hat hatte ich

aber vorher auch schon kein Problem mit - kann das vielleicht so, das kann hilfreich sein glaube ich, das man auch einfach mal sagt, ey stopp das ist wirklich nicht gesichert, das man einfach nochmal sich selbst klar macht, das dieses ganzen Studien und Empfehlungen die wir dann teilweise haben wirklich mit unseren Patienten gar nichts zu tun haben, und das wir da nochmal auch nach Prävalenzen wieder gucken so ...“ (Ä2)

Als weitere Faktoren, die der Implementierung der Behandlung von Multimorbiden gemäß der Leitlinie entgegenstehen könnten, nannten die Ärzte Aspekte der Kommunikation wie (noch) fehlendes Hintergrundwissen zum Patient sowie fehlende Kommunikationstechnik. Auf Seiten der Patienten könnten fehlende Entscheidungskompetenz des Patienten sowie ein fehlendes psychosoziales Netz dem gemeinsamen Abgleich von Behandlungszielen und dem erfolgreichen Erreichen der Ziele entgegenstehen.

„Also finde ich: Die sind so verunsichert, sind auch aus meiner Sicht gar nicht mehr mündig, oft, ein Selbstmanagement zu betreiben oder auch ein Selbstisiko einzuschätzen, was ihre Entscheidung in der ... Wenn sie sagen: "Das will ich behandeln, will ich nicht behandeln" ... mit sich bringen. Und deswegen entscheiden sie das auch nicht.“ (Ä5)

„Ja, da kann ich als Hausarzt mir viel überlegen, was ich an Patienten-Präferenz und persönlichen Lebenszielen gerne erarbeiten möchte. Aber da ist niemand, der den Patienten unterstützt, das dann auch umzusetzen.“ (Ä5)

Als schwierig in der Umsetzung der patientenindividuellen Medizin wurde außerdem die fehlende Evidenz zur Priorisierung in der Behandlung von Erkrankungen angesehen.

„Dass man sich am Bedarf des Patienten, solange er das, zumindest den noch artikulieren kann. Dass man sich an dem orientiert und die anderen Dinge, die man eben so durch Laboruntersuchungen oder andere technische Befunde halt herausbekommen hat, die ihn aber subjektiv halt nicht drücken, dass man die dann einfach ausklammert und sagt: "Okay, das ist jetzt nicht so wichtig." - Damit begibt man sich natürlich auch auf dünnes Eis, das ist klar.“ (Ä7)

3.1.1.4 Verbesserungsvorschläge

Wesentliches Anliegen der Ärzte war, dass die Leitlinie Tools zur Priorisierung von Medikamenten und Krankheiten enthalten soll. Dabei wäre wünschenswert, dass die resultierenden Empfehlungen von den entsprechenden Fachgesellschaften gedeckt würden und eine gewisse Absicherung für das ärztliche Handeln darstellen.

„Aber welche Priorisierung gibt es denn, um ein übergreifendes und umfassendes Krankheitsmanagement für die nächsten 10 Jahre abzubilden. Was sollte man dort an oberster Stelle priorisieren? Ist es eher die KHK oder ist es eher der Diabetes oder ist es eher die Fettstoffwechselstörung? Oder ist es eher die COPD? Oder ist es eher die Fettleber? Dass man dort etwas in die Hand bekommt und sagt: Mensch, das und das lassen wir jetzt erst einmal für die nächsten 5 Jahre mal in Ruhe. Und überlegen uns das mal in aller Zeit und haben dafür aber auch eine Absicherung über die akademische Leitlinie. Und das wäre in meinen Augen etwas, was auch noch hilfreich wäre.“ (Ä4)

„Und gerade im Bezug Multimedikationsmanagement würde ich mir tatsächlich da konkretere Empfehlungen erhoffen oder auch noch einmal Rückdeckungen mit Fachgesellschaften einfach.“ (Ä5)

Bezüglich des Umgangs mit Medikamenten wurde eine Überarbeitung von Priscus-Liste und Forta-Liste mit einer Beschränkung auf Wesentliches und konkreten Empfehlungen ähnlich wie bei „choosing wisely“ erwartet.

Als eine mögliche wesentliche Ergänzung der Leitlinie entstand in einer Fokusgruppe gemeinsam die Idee eines Patientenfragebogens (evtl. sogar anstelle der Patienteninformation) zur Ermittlung der Patientenpräferenzen, ihrer Werte und Lebensziele sowie der aktuellen Situation des Patienten. Es sollte ein differenziertes Meinungsbild zu folgenden Aspekten erhoben werden können:

- Lebensqualität bzw. Leidensdruck durch einzelne Symptome (Lebensqualitätsscore)
- Bereitschaft zur Einnahme von Medikamenten
- Lange Lebenserwartung vs. Lebensqualität
- Wunsch nach allumfassender Behandlung oder Priorisierung
- Bereitschaft, selbst zur Gesundheit beizutragen

Mit dem Fragebogen sollten folgende übergeordnete Ziele erreicht werden:

- Der Patient soll sich vorher Gedanken machen.
- Zeitersparnis für die Sprechstunde, da Zeit für ausführliche Gespräche nicht vorhanden ist
- Priorisierung der eigenen Erkrankungen durch die Patienten
- Schriftliche Basis für Behandlungsstrategie unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz

„Die Idee mit dem Fragebogen, das finde ich richtig gut. Dass die Patienten für sich selbst schon einmal wichten können, was ist für die wichtig und so weiter.“ (Ä4)

Darüber hinaus schlugen die Ärzte Tools vor, die bei der Berücksichtigung häufiger und bekannter Komorbiditäten helfen, und die die Erhebung und Dokumentation der (Sozial-)Anamnese unterstützen, insbesondere wenn der Patient noch nicht gut bekannt ist.

Diskutiert wurde über die Möglichkeit der Entwicklung einer elektronischen, interaktiven Leitlinie, die es ermöglicht, aktuelle Befunde mit einfließen zu lassen. Die Berücksichtigung von individuellen Schweregraden erschien als nicht machbar.

„...und das wär dann auch die Antwort für die aus meiner Sicht, die Antwort für eine praktische Hilfe wenn wir die erwarten von so einer Leitlinie, muss aus meiner Sicht eine Papierform wegfallen, dann brauchen wir eine Interaktiver Form bei der wir pro aktiv in einer Leitlinie unsere Submodalitäten aus klinischen Untersuchungsbefunden und ähnliches eingeben und dann kommen wir hinterher zu irgendeinem Entscheidungsbaum, der dann wieder in eine Leitlinie führt, wo ich dann sagen kann mach ich das oder mach ich das nicht.“ (Ä2)

Ein Arzt sah eine ausführliche Darstellung und Diskussion der zehn Fälle, insbesondere für die Lehre, als hilfreicher an als den theoretischen Algorithmus.

„also im Prinzip wäre jetzt die Frage, würde man wenn man alle zehn konstruierten Fälle wenn man die alle mit den Algorithmen, als, Arbeitsgrundlage für eine Ausbildung nehmen würde, das man es für einen PJ-Unterricht für den Weiterbildungskurs, für das Curriculum, wenn man da diese Fälle einzeln durchgehen würde und darüber diskutieren würde, vielleicht auch, mit konstruierten Fällen die so ein bisschen in die eine Richtung und in die andere Richtung gehen, ich glaube da würde man mehr erreichen, als mit diesem Metaalgorithmus, der mir, zu theoretisierend ist und, eigentlich für den der Hilfe sucht, an so einem Schaubild, eigentlich nichts bringt“ (Ä3).

Nach Meinung eines Arztes sind Bemühungen notwendig, dass Fachgesellschaften zwingend den Aspekt „Multimorbidität und Alter“ miteinbeziehen und klare Aussagen dazu machen (sollten) „*was ist da gesichert und was ist da nicht gesichert.*“ (Ä2) Für sich alleine sei die Leitlinie Multimorbidität „*gut übersichtlich, aber nutzlos*“ (Ä2).

3.1.1.5 Algorithmus

Die Bewertung des Algorithmus reichte von „sehr komplex, sehr verworren“ (Ä1), „nicht grundsätzlich falsch“ (Ä2) über „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.

„Das ist, genauso muss man es machen, genauso mache ich das. Das beschreibt mein Handeln. Und die Handlungsnotwendigkeit natürlich.“ (Ä8)

„Und so kreist das dann immer wieder ineinander. Natürlich greift das ineinander, aber das macht das dann ja nicht unkomplexer oder hilft einem dann wirklich nicht weiter, weil wir das ja wissen.“ (Ä5)

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)

Es wurde angemerkt, dass der Algorithmus noch komfortabler präsentiert werden könnte, und dass die Formulierungen nicht leicht zugänglich waren, z.B. der Begriff „Umfassendes Krankheitsmanagement“. Ein Arzt vermisste die Begrifflichkeit „Nebenwirkung der Therapie“ in Erweiterung zu „unerwünschten Arzneimittelwirkungen“.

Wichtig war den Ärzten, dass der untere Teil des Algorithmus (Umfassendes Krankheitsmanagement, Ausschluss von abwendbar gefährlichen Verläufen) ausführlicher dargestellt und stärker gewichtet werden sollte oder zumindest darauf hingewiesen wird, „*dass die Auswahl der Unterpunkte nicht umfassend ist*“ (Ä8). Außerdem wurde die dezidierte Empfehlung für die Notwendigkeit eine Priorisierung vermisst.

„Das hätte eigentlich mehr einen appellativen Charakter haben sollen, dass man sich wirklich Gedanken macht, was muss bei diesem Menschen im Vordergrund stehen, muss der Körper funktionieren oder soll der Kopf funktionieren? Das sind ja zwei riesen Unterschiede. Und insofern müsste man wenn man den Algorithmus aufbaut eigentlich das in den Vordergrund stellen und die unteren Kästen etwas größer gewichten.“ (Ä3)

Zur Priorisierung im Algorithmus lagen zwei Vorschläge vor.

Einerseits bezüglich des zeitlichen Verlaufs und der Behandelbarkeit:

„Dann fehlte mir noch so ein bisschen eine Priorisierung in diesen Diagrammen von der Kurzfassung: Wo ich vielleicht so eine Priorisierung vornehmen kann in 'chronisch behandelbar', 'chronisch nicht behandelbar', 'chronisch fluktuierend' oder 'chronisch progredient'. Dass man vielleicht sowas mit aufnehmen mag? Ich weiß nicht, ob das verständlich ist, was ich jetzt erklärt habe, dass man nochmal so eine Abstufung macht für den Verlauf.“ (Ä9)

Andererseits wurde die Ergänzung des Algorithmus durch die Bildung von Symptomcluster zur Strukturierung des Beratungsanlasses geschildert.

„...dass man sich einfach mal strukturiert und sagt eben halt, bin ich jetzt hier halt in einem Bereich Bewegungsapparat Schmerz, bin ich hier in einem Bereich psychosoziales Problem psychiatrische Sachen, bin ich in einem Bereich Stoffwechsel oder Entgleisung oder wie auch immer, das heißt dass man einfach sich solche Cluster macht...“ (Ä2)

3.3.2 Patienteninformation

Im Folgenden werden die Einstellung der Ärzte und Patienten zur Patienteninformation dargestellt. Tabelle 3 zeigt die aus der Inhaltsanalyse gewonnen Haupt- und Unterkategorien zur Patienteninformation aus Sicht des Arztes, Tabelle 4 die aus Sicht der Patienten.

Tabelle 3: Patienteninformation aus Sicht des Arztes

Leitfrage	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	Patienten-abhängig
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	Patienten-abhängig
Machbarkeit	Keine individuelle Information darstellbar	
Verbesserungsvorschläge	Sprache	Persönliche Ansprache im Text
	Individualisierbarkeit	Textbausteine Patienteninfo z.B. zur Verwendung im Medikationsplan

3.3.2.1 Akzeptanz und Praktikabilität der Patienteninformation aus Sicht der Ärzte

3.3.2.1a Sprache, Verständlichkeit und Gestaltung

Sprachlich wurde der Text einerseits als verständlich formuliert beurteilt, andererseits wurden lange komplexe Sätze und schwierige sprachliche Formulierungen kritisiert. Die Schriftgröße wurde als zu klein für Menschen mit eingeschränktem Sehvermögen angesehen. Für die Eignung für Patienten bestand eine Abhängigkeit zu der vorhandenen kognitiven Fähigkeit und der Sehfähigkeit.

Ein Arzt betonte, dass er die Ansprache im Text persönlicher wählen würde, quasi „als Fortsetzung des persönlichen Arztgesprächs.“ (Ä8).

„Also diese ist mir etwas zu theoretisch, muss ich sagen. Die ist nicht so ... Ich würde das vielleicht versuchen, persönlicher zu formulieren. Das heißt, schon, wie das anfängt: "Viele, insbesondere ältere Patienten ..." Das würde ich so formulieren: "Sie, als älterer oder reiferer Mensch leiden ja nun unter mehreren Erkrankungen, ich als Ihr Arzt...", also da würde ich eine persönlichere Formulierung wählen. Das, könnte ich mir vorstellen, kommt besser rüber.“ (Ä8)

3.3.2.1b Inhaltliche Akzeptanz und Praktikabilität

Die Patienteninformation fand darin Akzeptanz, dass sie verschriftlicht den Hausarzt als Ansprechpartner für „Menschen mit mehreren Krankheiten“ vorstellt und als Gesprächseinstieg dienen kann. Die Ärzte begrüßten die Aufforderung an den Patienten zur Eigenverantwortung und Mitwirkung u.a. durch Benennung eigener Ziele. Teilweise wurde eine Verstärkung dieses Appells gewünscht. Eine Veränderung des Patientenverhaltens durch die Information wurde eher nicht erwartet.

Kritisiert wurde vereinzelt, dass die Patienteninformation zu allgemein war und Selbstverständliches zum hausärztlichen Handeln enthielt.

„Ob das überhaupt Not tut. So eine Information: "Ja, du bist multimorbid und jetzt lies dir das mal durch. Da steht alles drin, was du wissen musst, ja, der Arzt macht sich Gedanken über deine Medikamente" - Das will ich ja mal hoffen als Patient, dass der Arzt sich nun Gedanken um die Medikamente macht, darüber muss ich ja nicht aufklären. Ja. Das wäre meine Erwartung als Patient. Und wenn das da steht, ja, guck mal, das ist aber ein toller Arzt. Das hat dann denselben Charme wie die Plakate von der KBV“ (Ä4)

Die Ärzte stellten außerdem fest, dass der Text und das „Labeln als multimorbide“ bei den Patienten das Verständnis für das hausärztliche Handeln fördern kann, was sowohl für Arzt als auch Patient hilfreich sein kann.

„... und das ist das was bei, was vielleicht gar nicht schlecht ist das man einfach den Patienten auch überhaupt erstmal so ein bisschen dahin auch, labelt, dass er multimorbide erkrankt ist, das ist denen glaube ich nicht immer so klar auch, dass das auch ein anderes Verhalten bedeutet sowohl für den Patienten als auch für uns ...“ (Ä2).

Inhaltlich sahen die Ärzte die Patienteninformation teilweise als nicht geeignet an, da sie zu komplex sei und von einer Vielzahl von Patienten nicht erfasst werden kann, die Patienten würden nicht abgeholt werden, weil sie einfacher und vor allem vom derzeitigen Beratungsanlass aus denken. Manche Patienten wollten oder könnten gar nicht die Situation „Multimorbidität“ erfassen.

„Also, da multimorbide Patienten haben vielleicht doch eher so den Anspruch auf - individuelles 'Gepuschelt-Werden'. Das heißt, - dass diese Leute gar nicht so abstrakt begreifen wollen, dass sie multimorbide sind, sondern die picken sich da auch als Beratungsanlass häufig immer so einzelne Symptomkomplexe raus. Und sind gar nicht so richtig in der Lage, das Gesamt-, also diese Multimorbidität zu begreifen. [...] und - haben, das habe ich wahrgenommen, Schwierigkeiten so übergeordnet auf der Basis des Begriffes 'Multimorbidität' dann gemanagt und geführt zu werden.“ (Ä8)

Als weitere patientenindividuelle Faktoren, von der die Eignung für bestimmte Patienten abhing, wurden genannt: Fähigkeit des Patienten zum Selbstmanagement und zur Mitwirkung sowie der evtl. Wunsch nach Priorisierung.

„Also, das finde ich schon sehr komplex - und das sind Leute, die ... Also finde ich: Die sind so verunsichert, sind auch aus meiner Sicht gar nicht mehr mündig, oft, ein Selbstmanagement zu betreiben oder auch ein Selbstrisiko einzuschätzen, was ihre Entscheidung in der ... Wenn sie sagen: "Das will ich behandeln, will ich nicht behandeln" ... mit sich bringen. Und deswegen entscheiden sie das auch nicht.“ (Ä5)

Die vereinzelt angesprochene Schwierigkeit, dass die Patienteninformation nicht individuell genug sein kann, fand ihre Fortsetzung in einem Vorschlag, dass Textbausteine zu spezifischen Situationen zur Verfügung stehen könnten, die dann z.B. in den Verordnungsplan oder den neuen Bundesmedikationsplan integriert werden könnten.

„Ich finde, alles weitere sind - Lebensstiländerung, Spaziergehen, Sport machen, Gewicht abnehmen. Das kann man aber auch nicht jedem Multimorbiden in die Hand geben. Man kann ja nicht rein schreiben: "Ja, die Gewichtsabnahme kann wichtig sein." - Dann hat man da einen, der ist nicht so dick. Der leidet eher darunter, dass er nur 50 kg wiegt, ne, oder 40. Und dann steht da drin: "Du solltest mal abnehmen."“ (Ä4)

Vermisst wurde die Thematisierung von Alltagssorgen der multimorbiden Patienten und spezifischere Infos zu für multimorbide Patienten relevante Themen, zu denen diese keinen Zugang hätten, wie z.B. dem psychosozialen Kontext und funktionellen Störungen.

„Also, wie gesagt, dieser Kasten hier: "Problemspezifisches Management", wo es um psychosoziale Geschichten, funktionelle Störungen zu thematisieren geht. Da ist man, das habe ich aber auch schon einmal gesagt, steht man alleine auf weiter Flur. Die Patienten haben da wenig Zugang zu diesem Problemfeld. Und dass (es) dafür zum Beispiel auch Merkblätter gibt oder Infoblätter für Patienten, wo man so etwas überhaupt einmal klarmacht: Dass eine Krankheit nicht immer nur ein Magengeschwür ist, sondern dass daran eben auch andere Dinge noch hängen können.“ (Ä5)

Darüber hinaus wurden vereinzelt schriftliche Informationen gewünscht, die Patienten die einzelnen Krankheiten, ihre Entstehung und die Therapiemöglichkeiten erklärten.

3.3.2.2 Akzeptanz und Praktikabilität der Patienteninformation aus Sicht der Patienten

Tabelle 4: Patienteninformation aus Sicht der Patienten

Leitfrage	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
	Negativ Aspekte	Keine individuelle Informationen
		Thematisierung der Krankheit in der Familie
	Sprache / Verständlichkeit	Gute Verständlichkeit
		Komplizierte Sprache
		Gendern erwünscht
	Gestaltung	Flyer
Praktikabilität	hilfreich	Ermutigung 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
		Barriere-Freiheit

3.3.2.2a Sprache und Verständlichkeit

Von den Patienten wurde die Patienteninformation nahezu durchweg als gut lesbar und verständlich bezeichnet. Vereinzelt wurde geäußert, dass für vollständiges Erfassen mehrmaliges Lesen in Ruhe notwendig sein kann, denn „*Da sind Sätze, die man nicht kapiert, genau.*“ (P6). Die Verständlichkeit wurde als noch besser bezeichnet, wenn der Text vorgelesen würde.

„Aber das ist wirklich so, also, wenn das jemand vorliest, man geht automatisch da mit durch. Und im Kopf wird das ganz anders umgesetzt. Als wenn man es jetzt selbst liest. Ja, dann, du überfliegst das. Aber im Grunde genommen, wenn das jemand vorliest, dann arbeitet das Gehirn ein bisschen mit. [...] Ja, man konzentriert sich darauf. Ich finde das schon eine feine Sache. [Zustimmung]“ (P7)

Mehreren Patienten gefiel es, wenn der Text als Flyer gedrittelt wurde. Eine Teilnehmerin äußerte den Wunsch, dass auch im Text gendert wird.

3.3.2.2b Inhaltliche Akzeptanz und Praktikabilität

Die Patienten beschrieben den Text als ausführlich und lehrreich, teilweise war ihnen aber auch bereits alles bekannt.

„Es spricht eigentlich breitflächig alles an, was man als Patient wissen muss.“ (P1)

Für die Patienten stellte der Text gut die hausärztliche Arbeitsweise, wobei die Gatekeeperfunktion und der Medikationscheck als wichtig erachtet wurden.

„Ja, also ich finde die Anregung hier genau zutreffend. Wie das so täglich sich da ergeben hat, bei unserem Doktor, so in der Art, kann man bald sagen.“ (P2)

Die Betonung der Wichtigkeit der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patienten stieß auf positives Echo, aber auch die Aufforderung zum Eigenengagement fand Akzeptanz.

„Das auch hier drin, die Wünsche, die am dringlichsten sind, und er geht dann auch darauf ein. Und das ist, das liegt auch am Patienten und am Arzt, wie der Hausarzt und die Patientin oder der Patient selber kommunizieren. Und das ist eigentlich wichtig. Und das ist in Wirklichkeit ja auch hier angeregt. Und das müsste auch eigentlich sein.“ (P3)

Die Patienteninformation brachte die Patienten zum Nachdenken über die eigene Krankheitsgeschichte und Medikation sowie die persönlichen Arztbesuche. Bei wenigen Patienten entstand Unmut darüber, dass sie sich dazu aufgefordert fühlten, Angehörige in ihre Krankheitssituation miteinzubeziehen.

„Und das andere, was ich nicht so ganz gut fand, nicht beim Vorlesen, jetzt so überhaupt, was hier drin steht. Wenn Sie als Patient, Angehörige, ihren Hausarzt oder Spezialärzte oder etwaiges Pflegepersonal, gut, das kommt nicht infrage. Aber im Grunde genommen möchte ich gar nicht, dass meine Angehörigen dann im Großen und Ganzen darüber informiert werden.“ (P7)*

Als negativ sahen die Patienten vereinzelt die fehlende Individualität der Information an, wobei Verständnis dafür bestand, dass das nicht möglich ist. Bei einem Teilnehmer zeigte sich, dass die Patienteninformation nicht zu einer Einsicht in die eigene Multimorbidität führte. *„Ob sie vielleicht nützlich ist, das kann ich nicht sagen, weil ich ja nicht so viele Krankheiten habe...“ (P3)*

Die Patienten hatten deutlich gemacht, dass eine schriftliche Information kein Arzt-Patient-Gespräch ersetzen kann, aber sie fühlten sich durch den Text dazu ermutigt, die Kommunikation mit ihrem Arzt vertrauensvoll zu intensivieren und eigene Anliegen und Ziele einzubringen.

„...nützlich war mir das jetzt, das 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?" Das ist, war, für mich jetzt, aus dieser Patientenverfügung, nützlich. Und die werde ich mir auch aufbewahren“ (P3).

Die Patienten wünschten mehrfach die Berücksichtigung von alternativen Behandlungsmethoden sowie eine Information über Patientenvollmacht und Patientenverfügung.

Zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patienten regte ein Teilnehmer an, dass der Tipp aufgenommen werden könnte, dass sich Patienten vor dem Arztbesuch einen „Spickzettel“ mit ihren Fragen und Anliegen schreiben könnten.

Patienten hielten es für sinnvoll, dass zusätzlich zu Internetlinks auch eine Telefonnummer als Informationsquelle benannt wäre.

„Wissen Sie, es gibt ja auch Leute, die kein Internet haben? Eine Telefonnummer wäre da auch gut drauf.“ (P3)

Außerdem kam die Frage nach einer Version in Blindenschrift auf.

4. Limitationen und Stärken

Die Beteiligung am Praxistest sowohl bei Patienten als auch bei Ärzten war eher gering. Das macht die Ergebnisse anfällig für einen Selektionsbias. Die teilnehmenden Ärzte waren mehrheitlich in Lehrpraxen der Universität zu Lübeck tätig und haben sich daher möglicherweise schon früher mit dem Thema beschäftigt und ihre Handlungsweise im Rahmen der Multimorbidität optimiert. Außerdem hatten nahezu alle mehr als zehn Jahre Berufserfahrung als niedergelassener Arzt. Dies kann zum einen der Grund für die Betonung des edukativen Werts der Leitlinie sein und zum anderen die nur in geringem Maße durch die Leitlinie bewirkten Veränderungen in der Praxis erklären.

Die Akzeptanz des Algorithmus durch die erfahrenen Ärzte kann als Bestätigung der Richtigkeit des Algorithmus als Basis für das Behandeln von multimorbiden Patienten gewertet werden.

Die Patienten waren alle deutschsprachig, gebildet und mehrheitlich redegewandt. Dadurch war ein intensiver Gedankenaustausch zur Patienteninformation möglich. In dieser speziellen Zusammensetzung der Patientenstichprobe liegt aber möglicherweise der Grund für die durch die Patienten nahezu einheitliche gute Beurteilung der Sprache und Verständlichkeit des Textes. Die von den Ärzten angemahnte hohe Komplexität der Sprache und Inhalte bezog sich möglicherweise auf Patienten, die in der Stichprobe nicht enthalten waren, wie z.B. Patienten mit niedrigerem Bildungsstand und eingeschränktem Sprachniveau.

Auf die Rekrutierung der Patienten hatten die den Praxistest Durchführenden persönlich keinen Einfluss. So konnte nicht verhindert werden, dass die an der qualitativen Studie teilnehmenden Patienten teilweise eine falsche Vorstellung über das Ziel der Befragung hatten, was die Ermittlung von Einstellungen zu Akzeptanz und Praktikabilität erschwerte. Außerdem lasen manche Patienten die Patienteninformation innerhalb der Fokusgruppe zum ersten Mal, so dass die gewonnenen Informationen teilweise einem ersten Eindruck entsprachen, dem keine eingehende Beschäftigung mit dem Text vorangegangen war.

Zur Erprobung der Leitlinie im Rahmen des Praxistests wurden den Ärzten keine weiteren Vorgaben gemacht. In den Fokusgruppen entstand der Eindruck, dass mehrere Ärzte die Langversion der Leitlinie nicht gelesen hatten. Die zur Verfügung gestellten Patienteninformationen wurden nur teilweise ausgegeben. Dies spiegelt sicher generelle Implementierungsschwierigkeiten von Leitlinien wider und betont den Wert der Kurzversion, schränkt aber auch die Aussagekraft des Praxistests ein, da ein wirklicher „Test in der Praxis“ nur teilweise erfolgte. Außerdem muss in diesem Kontext die Forderung nach Hilfen zur Priorisierung von Medikation betrachtet werden, da die Leitlinie Multimedikation nur teilweise bekannt schien.

5. Fazit

Die Erstellung einer Leitlinie Multimorbidität wurde als wichtig angesehen. Die Inhalte des Leitlinienentwurfs fanden im Großen und Ganzen Akzeptanz, die Ärzte sahen im Algorithmus ihr hausärztliches Handeln gut abgebildet. Sowohl Ärzte als auch Patienten sahen die Patienteninformation mehrheitlich als gute schriftliche Information an, die aber ein Gespräch nicht ersetzen kann. Für die Behandlung von multimorbiden Patienten besteht aber Bedarf an Tools, die die alltägliche Arbeit mit multimorbiden Patienten ganz praktisch erleichtern, insbesondere für die Priorisierung von Erkrankungen. Hier besteht auch die Notwendigkeit, richtungsweisende Evidenz zu generieren. Der Leitlinienentwurf stellt eine gute Basis für eine Leitlinie Multimorbidität dar.

6. Danksagung

Wir danken den am Praxistest teilnehmenden Patienten und Ärzten.

Als Ärzte nahmen am Praxistest teil:

Dr. D. Ahlquist, Kaltenkirchen

Dr. P. Arnold, Lübeck

Dr. T. Diedrich, Wentorf

Dr. T. Haß, Lübeck

Dr. F. Kanniess, Reinfeld

Dr. F. Niebuhr, Lübeck

Dr. B. Tilse, Lübeck

Prof. Dr. J.-M. Träder, Lübeck

Dr. J. Weimer, Reinfeld