

Patientenpriorisierte Versorgung

Kompass für die Pharmakotherapie

Jessica Meister, Daniela Händler-Schuster & Petra Stolz Baskett

Wenn Multimorbidität, Polypharmazie und Therapiekomplexität zusammentreffen, entsteht eine enorme Behandlungslast, die für viele ältere Patient_innen zum Alltag gehört. Der Artikel zeigt, wie Patientenpriorisierte Versorgung funktioniert, welchen Nutzen sie für Hausarztpraxen bietet und warum ein Perspektivenwechsel in der Pflegepraxis nötig ist.

Ein zentrales Konzept im Kontext der Multimorbidität ist die sogenannte Behandlungslast (Eton et al., 2016). Dieser Begriff beschreibt die Summe aller Anstrengungen, die Patient_innen im Alltag für ihre Therapie aufbringen müssen. Dazu gehören unter anderem komplexe Medikationspläne, häufige Arzttermine, Selbstmessungen und die Koordination mit verschiedenen Fachpersonen. Mit zunehmender Multimorbidität wächst diese Belastung im Alltag. Was in der Theorie medizinisch sinnvoll ist, bedeutet in der Praxis oft eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität. Besonders betroffen sind ältere Menschen, die allein leben, eine eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit haben oder deren Gesundheitskompetenz begrenzt ist. Auswirkungen einer hohen Behandlungslast sind sinkende Therapieadhärenz, Anwendungsfehler und eine Reduktion der Lebensqualität (Rosbach & Andersen, 2017). Polypharmazie stellt dabei einen besonders wichtigen Faktor dar. Sie erhöht nicht nur das Risiko für Nebenwirkungen und Interaktionen, sondern verursacht auch organisatorische und emotionale Belastungen. Dennoch bleibt die Behandlungslast im klinischen Alltag oft unsichtbar und ist in Leitlinien und Medikationsplänen noch nicht genügend abgebildet.

Leitlinien und ihre Grenzen im Alltag

Klassische Leitlinienmedizin orientiert sich meist an einzelnen Erkrankungen, die unter idealen, kontrollierten Bedingungen untersucht wurden. Dies bildet so aber die komplexe Realität multimorbider Patient_innen nur unzureichend ab (Muth et al., 2019). Für multimorbide Patient_innen führt dies zu widersprüchlichen Empfehlungen



Bei der Patientenpriorisierten Versorgung steht die betroffene Person mit ihren individuellen Wünschen und Zielen im Zentrum.

und einer zunehmenden therapeutischen Komplexität. In der Praxis resultieren daraus eine Überversorgung durch sogenannte Verordnungskaskaden (Neuner-Jehle & Senn, 2022). Ein Beispiel hierfür ist die Kombination von Gabapentinen und Diuretika: Da Pregabalin zu Flüssigkeitsretention führen kann, erfordert dies eine Erhöhung der Diuretika-Dosis. Dies wiederum kann zu Nebenwirkungen wie Hyponatriämie, Schwindel und Stürzen führen. Hier entstehen Probleme nicht durch die Krankheiten selbst, sondern durch die additive Umsetzung von Einzelrichtlinien ohne übergeordnete Priorisierung von Behandlungszielen, die sich an den Lebensrealitäten und Präferenzen von Patient_innen orientieren.

In der medizinischen Versorgung älterer Menschen mit Multimorbidität stellt sich deshalb zunehmend die Frage, ob es in erster Linie darum geht, Krankheiten leitlinienge-

recht zu behandeln, oder vielmehr darum, Menschen in ihrem Alltag zu unterstützen. Krankheitszentrierte Leitlinien bieten weiterhin eine wichtige fachliche Orientierung, obwohl deren Anwendung den Alltag von Patient_innen, die multimorbide erkrankt sind, oft verfehlt (Muth et al., 2019; Neuner-Jehle & Senn, 2022; Tinetti et al., 2024).

Patientenpriorisierte Versorgung

Patientenzentrierung bedeutet heute, die betroffene Person ins Zentrum zu stellen, mit ihren individuellen Wünschen, Werten und Zielen. In der alltäglichen Versorgung sind es häufig Pflegefachpersonen, die als erste wahrnehmen, dass Therapieempfehlungen nicht mehr zu den Lebensumständen der Patient_innen passen. Sie erfassen Veränderungen in der Befindlichkeit, beobachten Nebenwirkungen und bringen diese Einschätzungen in die interprofessionelle Entscheidungsfindung ein. Damit leisten sie einen zentralen Beitrag zur Umsetzung patientenzentrierter Versorgungsansätze, die individuelle Therapieziele ins Zentrum stellen.

Patientenpriorisierte Versorgung (PPV), entwickelt von Tinetti et al. (2016; 2024), ist zwar kein Ersatz für medizinische Leitlinien, aber es stellt ein Modell dar, das ergänzend die Grenzen von Leitlinien in der Praxis adressiert. Es unterstützt speziell die Behandlung von älteren, multimorbiden Patient_innen, deren Versorgung durch standardisierte Krankheitsprotokolle rasch unübersichtlich oder widersprüchlich wird. PPV basiert auf einem einfachen, aber grundlegenden Prinzip, das heisst, persönliche Werte und Lebensziele der Patient_innen stehen im Zentrum. Die entscheidenden Fragen, die Pflegefachpersonen in der gemeindeorientierten Praxis stellen sollten, lauten daher:

- Was ist für die Person im Alltag wichtig?
- Welche Beschwerden schränken die Person am meisten ein?
- Welche Therapien ist die Person bereit mitzutragen und wo sind individuelle Grenzen?

Die Behandlung orientiert sich konsequent an diesen Prioritäten, die im multidisziplinären Team kommuniziert und diskutiert werden müssen. Die Medikation wird nicht mehr kumulativ nach Leitlinien aufgebaut, sondern individuell angepasst, reduziert oder abgesetzt. So entsteht eine Therapie, die nachvollziehbar, tragbar und wirksam ist.

In der praktischen Umsetzung (Fallbeispiel s. Kasten) umfasst die PPV mehrere Schritte:

1. *Erhebung von Werten und Zielen:* Was möchte die Patientin/der Patient im Alltag erreichen? (z. B. Mobilität erhalten, geistig fit bleiben, unabhängig wohnen).
2. *Ermittlung der Behandlungstoleranz:* Welche Medikamente oder Nebenwirkungen sind noch akzeptabel?
3. *Identifikation der Hauptprobleme:* Welche Erkrankung steht aktuell einer hohen Lebensqualität am meisten im Wege?
4. *Anpassung der Therapie:* Reduktion oder Absetzen von Medikamenten, die keinen Mehrwert für die individuellen Ziele bringen.

5. *Dokumentation und Verlaufskontrolle:* Die vereinbarten Ziele und Massnahmen werden kontinuierlich überprüft.

Lebensqualität als Ziel: Beispiel aus der Praxis

Herr M., 78 Jahre alt, lebt allein und selbstständig zu Hause. Er ist multimorbid: Neben einer chronischen Herzinsuffizienz leidet er an Hypertonie, einer leichten Nierenfunktionsstörung und einem Diabetes mellitus Typ 2. Zur Behandlung dieser Erkrankungen nimmt er insgesamt neun verschiedene Medikamente täglich ein. Sein erklärtes Ziel ist es, weiterhin jeden Tag mit seinem Hund spazieren gehen zu können – eine für ihn zentrale Aktivität zur Aufrechterhaltung seiner Selbstständigkeit und Lebensqualität. In den letzten Wochen klagt Herr M. jedoch zunehmend über Müdigkeit und Schwindel. Eine kritische Überprüfung seiner Medikation durch das interprofessionelle Behandlungsteam ergibt, dass ein hoch dosiertes Diuretikum und ein Statin, das ursprünglich leitliniengerecht verordnet wurde, nun kaum zum Erreichen seiner individuellen Ziele beitragen. Im gemeinsamen Gespräch entscheidet das Team zusammen mit Herrn M., das Statin abzusetzen und die Diuretikadosis zu reduzieren. In den folgenden Wochen bessern sich seine Beschwerden, und er kann wieder regelmässig mit seinem Hund spazieren gehen. Für Herrn M. bedeutet dies einen klaren Zugewinn an Lebensqualität.

Erste Erfahrungen aus der Praxis bestätigen, dass PPV die Behandlungslast stabil hält oder reduziert und die Qualität der gemeinsamen Entscheidungsfindung verbessert (Tinetti et al., 2024). Eine konsequente Orientierung an Patientenprioritäten kann dazu beitragen, Polypharmazie abzubauen, die Adhärenz zu fördern und die Autonomie der Patient_innen zu stärken. Damit PPV in der Primärversorgung nachhaltig umgesetzt werden kann, braucht es jedoch geeignete Rahmenbedingungen. Dazu zählen ausreichende Zeit für strukturierte Gespräche (Mortsiefer et al., 2017), eine gute elektronische Dokumentation (Weinreb et al., 2018) sowie geschulte Fachpersonen (Thevelin et al., 2022), die diesen Prozess begleiten können. Interprofessionelle Zusammenarbeit ist dabei zentral, insbesondere die Rolle der Advanced Practice Nurse, die als Bindeglied zwischen Hausarztpraxen und häuslicher Versorgung agieren kann, gewinnt in der Schweiz zunehmend an Bedeutung (Brandt et al., 2023).

Fazit: Perspektivenwechsel in der Versorgung

Für Pflegefachpersonen kann die PPV mehr als eine Methode darstellen, es ist ein Perspektivenwechsel innerhalb der evidenzbasierten Versorgung. Das heisst, der Fokus ist

nicht von einer krankheitszentrierten Leitlinienlogik dominiert, sondern richtet sich hin zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, die persönliche Werte, Lebensziele und Alltagstauglichkeit berücksichtigt.

Gerade in der Versorgung älterer, multimorbider Patient_innen eröffnet dieser Ansatz neue Möglichkeiten. Behandlung wird nicht länger primär durch medizinische Diagnosen strukturiert, sondern durch das, was für die betroffene Person im gelebten Alltag tatsächlich relevant ist. Die Umsetzung von PPV erfordert Zeit, Reflexion und Teamarbeit und zugleich ein Verständnis für die Lebenswirklichkeit älterer Menschen sowie die Bereitschaft, tradierte Muster in der Versorgung zu hinterfragen. Hier sind Pflegefachpersonen gefordert:

- Lebensziele und Therapiepräferenzen systematisch zu erfragen und zu dokumentieren,
- Behandlungslast und Polypharmazie aktiv zum Thema zu machen,
- interprofessionell mit Hausärzt_innen, Apotheker_innen und Angehörigen zusammenzuarbeiten, um alltags-taugliche, abgestimmte Lösungen zu finden.

Pflegefachpersonen in Rollen mit erweiterten Kompetenzen (z.B. Nurse Practitioner) können hier zentrale Ansprechpartner_innen im Versorgungsprozess sein und sollten weiterentwickelt und gestärkt werden. Wo Pflegefachpersonen in erweiterter Verantwortung agieren, eröffnen sich neue Handlungsspielräume. So können sie frühzeitig erkennen, wenn Therapiepläne an Grenzen stossen, moderieren Entscheidungsprozesse auf Augenhöhe und tragen dazu bei, Versorgungsmodelle und Behandlungsqualität nachhaltig weiterzuentwickeln.

Literatur

- Brandt, S. K., Essig, S. & Balthasar, A. (2023). *Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen ausgewählter Berufsgruppen*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Eton, D. T., Ramalho de Oliveira, D., Egginton, J. S., Ridgeway, J. L., Odell, L., May, C. R. & Montori, V. M. (2016). Building a measurement framework of burden of treatment in complex patients with chronic conditions: A qualitative study. *Patient Related Outcome Measures*, 7, 39–49. <https://doi.org/10.2147/PROM.S34681>
- Mortsiefer, A., Altiner, A., Ernst, A., Kadusiewicz, H., Krahe, A., Mellert, C., Schäfer, I., Stolzenbach, C.-O., Wiese, B. & Löffler, C. (2017). Satisfaction with general practice care in German patients with multimorbidity: A cross-sectional study. *Family Practice*, 34(4), 452–458. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw141>
- Muth, C., van den Akker, M., Blom, J. W., Mallen, C. D., Rochon, J., Schellevis, F. G., Perera, R. & Glasziou, P. (2019). Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: A systematic guideline review and expert consensus. *Journal of Internal Medicine*, 285(3), 272–288. <https://doi.org/10.1111/joim.12842>
- Neuner-Jehle, S. & Senn, O. (2022). Polypharmazie. *Praxis*, 111(3), 168–173. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003824>

- Rosbach, M. & Andersen, J. S. (2017). Patient-experienced burden of treatment in patients with multimorbidity: A systematic review of qualitative data. *PLoS ONE*, 12(6), e0179916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179916>
- Thevelin, S., Péteïn, C., Metry, B., Adam, L., Van Herksen, A., Murphy, K., Knol, W., O'Mahony, D., Rodondi, N., Spinewine, A. & Dalleur, O. (2022). Experience of hospital-initiated medication changes in older people with multimorbidity: A multicentre mixed-methods study embedded in the OPTimising thERapy to prevent Avoidable hospital admissions in Multimorbid older people (OPERAM) trial. *BMJ Quality & Safety*, 31(12), 888–898. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014372>
- Tinetti, M. E., Hashmi, A., Ng, H., Doyle, M., Goto, T., Esterson, J., Naik, A. D., Dindo, L. & Li, F. (2024). Patient Priorities-Aligned Care for Older Adults With Multiple Conditions: A Nonrandomized Controlled Trial. *JAMA Network Open*, 7(1), e2352666. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.52666>
- Tinetti, M. E., Naik, A. D. & Dodson, J. A. (2016). Moving from disease-centered to patient goals-directed care for patients with multiple chronic conditions: Patient value-based care. *JAMA Cardiology*, 1(1), 9–10. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2015.0248>
- Weinrebe, W., Preda, R., Bischoff, S., Nussbickel, D., Humm, M., Jeckelmann, K. & Goetz, S. (2018). Entscheidungshilfen bei komplexer Polypharmazie: Medikationsdatenbanken und Beratung durch den klinischen Apotheker. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51(6), 691–697. <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1285-4>



Jessica Meister

Cand. MScN und cand. MA Nursing Education, RN-ICU, BScN, Dozentin im Bachelorstudiengang Pflege, Departement Gesundheit, ZHAW

mesj@zhaw.ch



Prof. Dr. Daniela Händler-Schuster

Dipl.-Berufspädagogin, Professorin für die gemeindenahere integrierte Pflege an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Forschungsleiterin Community Nursing und Double Degree Koordinatorin, affiliert an der UMIT TIROL und der Queensland University of Technology QUT



Dr. Petra Stolz Baskett

PhD, RN, Externe Dozentin ZHAW & Adjunct Teaching, Fellow Te Herenga Waka/Victoria, University of Wellington, Aotearoa New Zealand