

Erich Küenzi<sup>1</sup>

# Outcome-Messungen im Praxis- und Laboralltag

**Selbstkritische Ärzte und andere Leistungserbringer überdenken periodisch ihr Tun. Helfen wir den Patienten mit unseren Bemühungen nachhaltig oder pflegen wir nur deren Krankheiten? Gerade im Laborbereich ist die Gefahr gross, dass wir pathologischen Werten nachforschen und diese therapieren, ohne dass hierdurch die Gesundheit des Patienten nachweislich verbessert wird. In Fortbildungen werden uns teils Surrogat-Parameter präsentiert, während die Frage der Relevanz unbeantwortet bleibt.**

Gemäss Wikipedia steht Outcome (engl. für «Resultat», «Ergebnis») in der Medizin für das Ergebnis eines in der Regel exakt spezifizierten Eingriffs oder einer Reihe von Eingriffen.

Der Outcome wird nach dem Eingriff zu einem (spezifizierten) Zeitpunkt anhand eines Kriteriums oder eines Satzes mehrerer Kriterien bestimmt. Die Betrachtung des Ergebnisses (also des Outcomes) hilft dabei, die Wirksamkeit und Eignung von Eingriffen zu ermitteln und in Relation zu Alternativen, insbesondere zum Nichteingriff, zu evaluieren.

Somit müssen wir uns in erster Linie mit der Beschreibung des Ist-Zustandes beschäftigen. Im Fall einer definierten Erkrankung (zum Beispiel Tumorerkrankung) ist dies sicher einfacher, als wenn der Grundversorger einen multimorbiden Patienten vor sich hat. Im ersten Fall hilft z.B. die TNM-Klassifikation, im zweiten Fall sind es wohl eher die Einschätzung der Lebensqualität durch den Patienten selber oder zum Beispiel die Messung der Selbständigkeit mittels ADLs (Activities of Daily Living, basal oder erweitert), welche den Ist-Zustand annähernd korrekt beschreiben.

In zweiter Linie erfolgt dann eine Intervention, zum Beispiel ein chirurgischer Eingriff, eine medikamentöse Therapie, eine (Serie) Physiotherapie oder der tägliche Einsatz der Spitex-Fachfrau am Wohnort des Patienten.

In dritter Linie sollte dann nach einer definierten Zeit die Messung des Resultates unserer Intervention, eben die Outcome-Messung, erfolgen. Im Falle des Tumorpatienten kann nach chirurgischer

Intervention der R-Status (zum Beispiel R0 = Resektion im Gesunden, lokal kein Tumornachweis mehr) nach Chemo- oder Strahlentherapie eine mehr oder weniger umfassende Remission definiert werden. Neuerdings können wir teilweise auch eine metabolische Remission mittels PET-Untersuchung messen. Der Physiotherapeut kann die verbesserte Elevation des Armes nach Schulteroperation messen, der Hausarzt die verbesserte 6-Minuten-Gehstrecke nach erfolgter Knie-Totalprothesen-Operation oder die Verbesserung der Schmerzen auf einer Schmerz-Analogskala.

Bedeutet im Fall der Labormedizin ein verbesserter HbA1c-Wert oder ein Abfall des PSA-Wertes nach Prostata-Operation aber wirklich eine Verbesserung des Überlebens und eine Verbesserung der Lebensqualität des Patienten? Gehört im Falle einer radikalen Prostatektomie nebst der Resektions-Kontrolle und dem PSA-Abfall nicht auch die Frage nach postoperativer Inkontinenz und Verlust der Erektionsfähigkeit in die (vollständige) Outcome-Messung?

Es ergeben sich weitere Probleme mit der Outcome-Messung:

- Alle drei Stufen sind Zeit- und Personal-aufwendig. Auch der finanzielle Aufwand ist gross und somit kommen viele Outcome-Messungen nur im Rahmen von Studien zustande. Leider ist der Studienpatient der (universitären) Zentren oft nicht identisch mit dem Durchschnittspatienten in der Grundversorgung, und die Übertragung der Studienergebnisse ist nur bedingt möglich. Die Forderung einer Stärkung der Forschung an der Basis (in der Grundversorgung) kann hieraus abgeleitet werden.

- Sollte eine Outcome-Messung ein neutrales oder gar negatives Ergebnis zeigen, müsste aus gesundheitsökonomischer Sicht die Intervention als nicht sinnvoll taxiert und «verboten» werden. Die Diskussion im Zusammenhang mit den kürzlich publizierten Berichten durch das «Swiss Medical Board» haben uns die Brisanz solcher Überlegungen klar aufgezeigt. Alle drei im Jahr 2014 pu-

---

## Machen wir künftig, was nützt, oder müssen wir machen, was rentiert?

---

blizierten Berichte (Statine in der Primärprävention, systematisches Mammographie-Screening und Therapie der vorderen Kreuzbandruptur) lösten teils heftige (negative) Reaktionen aus.

- Sind wir also schliesslich bereit, Gewohnheiten fallen zu lassen und die freiwerdenden Ressourcen anders einzusetzen, auch wenn dies einen Teil der täglichen Arbeit überflüssig machen sollte? Machen wir künftig, was nützt, oder müssen wir machen, was rentiert? Sind wir bereit, das Wesentliche zu tun und unsere Arbeit noch besser auf den Patientennutzen zu fokussieren? Falls wir diese Fragen mit JA beantworten, sollten wir uns künftig noch intensiver mit Outcome-Messungen und den daraus abzuleitenden Konsequenzen auseinandersetzen.

Korrespondenz:  
Kuenzi@hin.ch

<sup>1</sup> Dr. med. Erich Küenzi, Hausarztpraxis Dünnerer, 4614 Hägendorf