

smarter medicine: die «Top-9-Liste» der SGI

Trägerschaft «smarter medicine»

Wie ist die Liste «Smarter Intensive Care Medicine» zu verwenden?

Es handelt sich nicht um eine schwarze Liste! Sie zählt keine Massnahmen auf, die aus den Einheiten oder Vergütungskatalogen verbannt werden sollen. Erinnern wir uns an den Ausgangspunkt der American Board of Internal Medicine (ABIM)-Initiative: Die vorgeschlagenen Massnahmen sollen die Diskussion zwischen Ärzten und Patienten fördern, um auf Massnahmen zu verzichten, wenn sie keinen Nutzen bringen. Diese Liste ist deshalb eine Grundlage zur weiteren Reflexion, «a cooking book for thinking cooks». Jede andere Verwendung, insbesondere mit dem Ziel der Einschränkung der Versorgung, wäre missbräuchlich: Rationalisierung darf nicht mit Rationierung verwechselt werden! Die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) und ihre Mitglieder werden aufmerksam sein und nicht zulassen, dass sich eine abweichende Anwendung dieser Massnahmen etabliert.

Diese Liste ist deshalb eine Grundlage zur weiteren Reflexion, «a cooking book for thinking cooks».

Ist die Top-9-Liste der SGI nicht nur ein Tropfen auf den heissen Stein? Nein, denn auch wenn die unmittelbaren wirtschaftlichen Auswirkungen wahrscheinlich gering sein werden, will die SGI eine Veränderung der Denkweise und der geübten Praxis erreichen. Die SGI wird diese Initiative weiter verfolgen und den Grad der Umsetzung der Massnahmen und ihre Auswirkungen auf die Praxis beurteilen. Auf diese Weise und dank der Weiterentwicklung der Kenntnisse können in Zukunft neue Massnahmen vorgeschlagen und umgesetzt werden, die eine ständige Weiterentwicklung zu «Smarter Intensive Care Medicine» ermöglichen.

1. Beschränken Sie die tiefe Sedierung mechanisch beatmeter Patienten, indem diese bis zu einer Tiefe vorgenommen wird, die mit Hilfe validierter Skalen

eingeschätzt wird, und indem ein tägliches Aufwachen – sei es auch nur teilweise – ermöglicht wird.

Erwartete positive Wirkungen

- Verringerte Gesamtdauer der mechanischen Beatmung
- Verringerte Inzidenz von Komplikationen in Verbindung mit der mechanischen Beatmung (durch die intensivmedizinische Betreuung bedingte Lähmungen, Delirium, über das Beatmungsgerät erworbene Infektionen)
- Erleichterung der frühzeitigen Mobilisierung der Patienten

2. Beschränken Sie die Transfusion von Erythrozyten bei stabilen Patienten ohne Blutungen (Schwelle für Transfusion: Hämoglobinwert von 70 g/l).

Erwartete positive Wirkungen

- Einsparung von Blutprodukten und Kosten
- Verringerung transfusionsbedingter Komplikationen (Transfusionszwischenfälle, transfusionsassoziierte Kreislaufüberlastung [TACO], transfusionsassoziierte Lungeninsuffizienz [TRALI])

3. Bei Patienten mit einem signifikanten Risiko, zu sterben oder schwerwiegende Schäden davonzutragen, sind lebenserhaltende Massnahmen nur dann fortzusetzen, wenn mit dem Patienten – oder den Angehörigen, die ihn vertreten – zuvor die Behandlungsziele besprochen wurden, und zwar unter Berücksichtigung der Werte und persönlichen Wünsche des Patienten.

Erwartete positive Wirkungen

- Verringerung der Pflegemassnahmen mit unangemessener Dauer und/oder Intensität
- Förderung der Kommunikation sowie der Information des Patienten und der Angehörigen
- Harmonisierung der Entscheidungsprozesse in der Intensivpflege

4. Verabreichen Sie keine Breitbandantibiotika, ohne zu Beginn die Eignung der Behandlung und jeden Tag die Möglichkeit einer Deeskalation zu prüfen.

Erwartete positive Wirkungen

- Verringerung des Gesamtverbrauchs an Breitbandantibiotika
- Verringerung assoziierter Komplikationen (Allergien, Nieren- und Leberversagen, Sekundärinfektion mit resistenten Keimen)
- Verringerung des Selektionsdrucks und der Resistenzentwicklung

5. Führen Sie keine routine- oder regelmässigen Zusatzuntersuchungen durch; Untersuchungen sollten nur mit dem Ziel durchgeführt werden, eine spezielle, für den Patienten relevante Fragestellung aufzuklären.

Erwartete positive Wirkungen

- Verringerung der Gesamtzahl der Untersuchungen und der damit verbundenen Kosten
- Verringerung der negativen Begleiterscheinungen (Strahlenbelastung, Anämie)
- Verringerung des Risikos nutzloser und ungeeigneter Behandlungen

6. Verabreichen Sie Patienten ohne Ernährungsdefizit in den ersten vier bis sechs Tagen auf der Intensivstation keine parenterale Ernährung.

Erwartete positive Wirkungen

- Verringerter Einsatz parenteraler Ernährung und geringere damit einhergehende Kosten
- Verringerung assoziierter Komplikationen (Infektionen, Leber- und Stoffwechselkomplikationen)

7. Verabreichen Sie Patienten mit Kreislaufinsuffizienz keine intravenösen Flüssigkeiten, ohne zuvor die Reaktion darauf mit Hilfe eines dynamischen Tests untersucht zu haben.

Erwartete positive Wirkungen

- Verringerte Verabreichung intravenöser Flüssigkeiten und geringere damit einhergehende Kosten
- Verringerung assoziierter Komplikationen (Flüssigkeitsüberladung, Nierenversagen, Stoffwechselkomplikationen)

8. Verabreichen Sie nicht systematisch eine Ulkushygiene, sondern nur nach Abwägung von Nutzen und Risiko und bei gleichzeitiger Bevorzugung der enteralen Ernährung.

Erwartete positive Wirkungen

- Verringerung des Medikamentenverbrauchs und der damit verbundenen Kosten
- Verringerung der ausgelösten Komplikationen (in der Intensivstation erworbene Pneumonie)

9. Verwenden Sie keine invasiven Instrumente (Katheter, Sonden, Drains), wenn kein Nutzen für den Patienten zu erwarten ist, und bewerten Sie deren Notwendigkeit immer wieder mit dem Ziel einer möglichst baldigen Entfernung.

Erwartete positive Wirkungen

- Verringerung des Materialverbrauchs und der damit verbundenen Kosten
- Verringerung assoziierter Komplikationen (mit dem Einsetzen verbundene Komplikationen, Sekundärinfektionen, Immobilisierung des Patienten)

Zur Entstehung dieser Liste

Auch wenn sich die amerikanische Choosing-Wisely-Liste auf wissenschaftliche Grundlagen stützt, die ohne Zweifel solide sind, muss es nicht notwendigerweise eine signifikante Änderung der Praxis mit sich bringen, wenn sie ausserhalb des Ursprungslandes vorgeschlagen und umgesetzt würde. Eine Analyse ähnlicher Initiativen in anderen Ländern (Australien und Neuseeland, Grossbritannien, Kanada, Frankreich) zeigt, dass die Anwendung der amerikanischen Vorschläge ausserhalb ihres ursprünglichen Kontextes in der Tat nicht ohne weiteres möglich ist.

Die SGI als interprofessionelle Gesellschaft hat das Hauptziel, die Versorgungsqualität der Patienten in akutem kritischem Zustand zu garantieren und weiterzuentwickeln. Sie hat einen völlig neuartigen Ansatz gewählt, der sich nicht darauf beschränkt, ohne Weiteres die amerikanischen Massnahmen zu übernehmen: Eine Arbeitsgruppe hat in der Literatur intensivtherapeutische Massnahmen ermittelt, die nach den Kriterien des American Board of Internal Medicine (ABIM) potenziell ungeeignet sind. Danach wurden die Mitglieder der SGI befragt, um nur die Massnahmen zu berücksichtigen, bei denen Verbesserungspotenzial bestand und eine wirksame Umsetzung vorstellbar erschien. Aufgrund dieser Befragung konnte die endgültige Liste mit neun Massnahmen erstellt werden, die auf der Hauptversammlung der SGI im Jahr 2016 vorgestellt und verabschiedet wurde.

Eine ausführliche Literaturliste sowie Empfehlungen von weiteren medizinischen Fachgesellschaften sind unter www.smartermedicine.ch online abrufbar.

Korrespondenz:
smarter medicine
c/o SGAIM
Monbijoustrasse 43
CH-3001 Bern
[info\[at\]sgaim.ch](mailto:info[at]sgaim.ch)