

## Clinical Inertia

Matthias Kaltheuner  
Leverkusen  
6.11.2024  
m.kaltheuner@web.de

## Interessenkonflikte

Ich habe in den Jahren 2021-2024 Honorare für Vorträge und Beratung von folgenden Firmen erhalten:

- Astra Zeneca
- Berlin Chemie
- Santis
- Sana Klinikum
- Science Consulting
- Diabeloop
- FOMF - Forum für medizinische Fortbildung

Weitere Erklärungen zu Organisationen, für die ich tätig bin und war.

1. Wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Diabetologen, winDiab, Geschäftsführer seit 1.1.2018
2. Berufsverband der diabetologischen Schwerpunktpraxen in Nordrhein BDN, Vorsitzender 2001 - 2021
3. Deutschen Diabetes Gesellschaft DDG, Mitglied
4. Vorstand der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Beisitzer, 2017-2021
5. Diabetese, Mitglied
6. Berufsverband Deutscher Internisten, Mitglied
7. Diabeteskommission der KVN, Mitglied bis 2021
8. „Diabetes Zeitung“ Redaktionsbeirat
9. Zeitschrift „Die Diabetologie“ Redaktionsbeirat
10. Zeitschrift „Diabetologie und Stoffwechsel“ Redaktionsbeirat
11. Mitglied in der Kommission Epidemiologie und Versorgungsforschung der DDG
12. Mitglied in der Kommission Digitalisierung der DDG
13. Mitglied in der AG Diabetes und Schwangerschaft der DDG
14. Mitglied in der AG Diabetestechnologie der DDG

2

## Clinical Inertia – klinische Trägheit

**Klinische Trägheit ist definiert als fehlende Behandlungsintensivierung bei einem Patienten, der die evidenzbasierten Behandlungsziele nicht erreicht.**

**Dieses gilt für alle Stadien von der Prävention bis zum End-Organversagen**

O'Connor PJ, Sperl-Hillen JM, Johnson PE, Rush WA, Bittl G. Clinical Inertia and Outpatient Medical Errors. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin D, editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 Feb. PMID: 21249838.

Understanding Clinical Inertia in Diabetes. Raveendran Arkiath Veettil J. *J Soc Health Diab* 2019;7:77-80. doi.org/10.1055/s-0039-1694300



O'Connor PJ, Sperl-Hillen JM, Johnson PE, Rush WA, Biltz G. Clinical Inertia and Outpatient Medical Errors. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin D, editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 Feb. PMID: 21249838.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20513/>



Understanding Clinical Inertia in Diabetes, Raveendran Arkiath Veettil J. *J Soc Health Diab* 2019;7:77-80. doi.org/10.1055/s-0039-1694300

• <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0039-1694300.pdf>

## Situation

- Therapieziel nicht erreicht: warum ????
- Welcher Anteil der Patienten?
  - Therapeutic inertia was present only in about a **fifth** of patient patients with diabetes being managed by primary care physicians with an interest in diabetes.
- Nächstes Quartal wird es besser, bestimmt !
- Gewöhnung an das Misslingen
- Spritzenangst? Auch bei GLP1A?

Saidu et al. Therapeutic inertia amongst general practitioners with interest in diabetes. *DOI: 10.1016/j.pcd.2012.09.001*

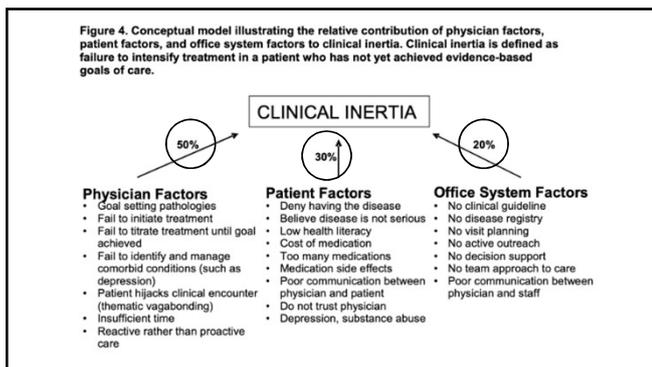
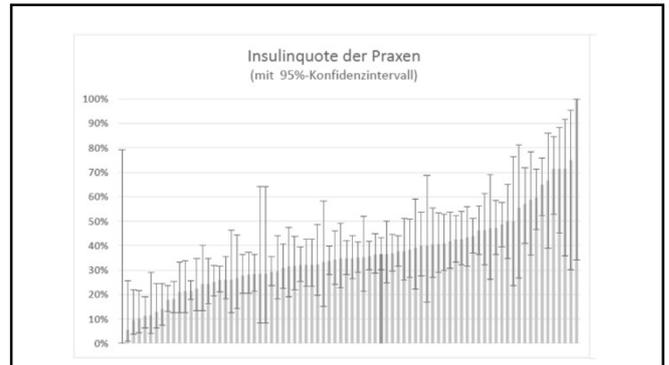
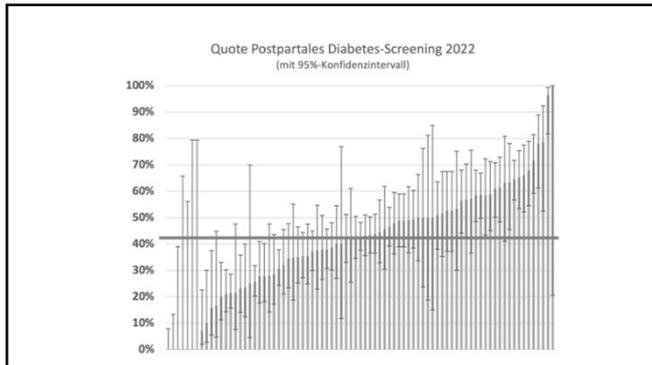


Table 1 Overview of clinical inertia in the management of diabetes	Table 2 Comparison between clinical inertia at population level and at patient care level
<p><b>Overview of clinical inertia in the management of diabetes</b></p> <p><b>Clinical inertia at population level</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Clinical inertia to follow healthy lifestyle, e.g., eating habits, physical activity</li> <li>Clinical inertia to screen for diabetes and other lifestyle disorders</li> </ul> <p><b>Clinical inertia at patient level</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Clinical inertia to initiate and intensify lifestyle modification</li> <li>Clinical inertia to initiate and intensify oral antidiabetic agents</li> <li>Clinical inertia to initiate and intensify injectable antidiabetic agents</li> <li>Clinical inertia to monitor glycemic status regularly</li> <li>Clinical inertia to screen for long-term complications of diabetes</li> <li>Clinical inertia to initiate and intensify treatment for long-term complications of diabetes</li> <li>Clinical inertia to modify antidiabetic medication in people with long-term complications of diabetes</li> <li>Clinical inertia to redefine treatment targets in frail diabetes phenotype</li> <li>Clinical inertia to deescalate therapy in frail diabetes phenotype</li> <li>Clinical inertia to screen for other comorbid conditions, e.g., hypertension, dyslipidemia in people with diabetes</li> <li>Clinical inertia to initiate and intensify treatment for other comorbid conditions, e.g., hypertension, dyslipidemia, and obesity</li> </ul>	<p><b>Clinical inertia at population level</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fail to improve awareness about healthy lifestyle and need for screening of lifestyle disorders in the population</li> <li>Fail to motivate people to lead healthy lifestyle and early disease screening</li> </ul> <p><b>Clinical inertia at patient care level</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reflect the quality of preventive care</li> <li>Achieved mainly with nonpharmacologic interventions and lifestyle modifications</li> <li>Inertia in activities like creating awareness about healthy lifestyle in the society, prevention of development of risk factors, e.g., obesity, prevention of development and progression of pre-diabetes, early case detection by population-based screening</li> <li>Inertia in population-based interventions</li> <li>Tackling clinical inertia reduces the burden of diabetes in the population</li> <li>Tackling clinical inertia reduces the risk of other lifestyle problems, e.g., hypertension, dyslipidemia, and obesity</li> </ul>

**Goal setting pathologies – fehlerhafte Zielsetzung physician factors**

- Wir dokumentieren Therapieziele und checken ampelmäßig
- Berücksichtigen wir die Patientenbedürfnisse genug bei dem Therapiezielen?

**Fail to initiate treatment physician factors**

- Was ist das Problem im Therapiedefizit?
- Welche Pathophysiologie liegt individuell vor?
- Pat. möchte med. Therapie, keine Übereinstimmung mit dem Wunsch
- Unterschiedliches Bild vom Krankheitsgeschehen Arzt / Pat.
- Medikation unbewusst verweigern aus Asymptomie, oder auch nicht?
- Hilflosigkeit des Therapeuten bei schwieriger Situation
- Seelische Belastung der Therapeuten
- Geringeres Engagement bei Asymptomie

**Fail to titrate treatment until goal achieved**

physician factors

- Hemmungen bei geäußerten Belastungen der Pat.
- Bei Mitarbeitern auch mangelnde Steigerung
- Psychotherapeutische Ausbildung nötig
- DiGa Hello Better
- Titrations App
- Med. Möglichkeiten ausschöpfen
- LDL wird nicht ernstgenommen, zu aufwendig

**Fail to identify and manage comorbid conditions (such as depression)**

physician factors

- Folgeerkrankungen erfassen
- Begleiterkrankungen erfassen
- Gesamtzustand des Pat. erfassen
- patient reported experiences / outcomes erfassen = Pre / Pro

**Patient hijacks clinical encounter (thematic vagabonding)**

physician factors

- Der Patient entführt die klinische Begegnung
- Oder der Arzt / die Ärztin lässt sich ablenken

**Insufficient time**

physician factors

- Wiedereinbestellung gehemmt durch Zeitnot oder empfundene Zeitnot.
- Dauerthema Zeitmangel
- Manche sind sehr schnell, manche brauchen mehr Zeit
- Neigung zum Mittelwert.
- Somit Fehlallokation
- Kontrollen könnten gestreckt werden: 3->6 Mo.
- Delegation: DB - Schulung

**Reactive rather than proactive care**

physician factors

- Terminsprechstunde als Grundlage
- Termine für Pat. besorgen
- Unterlagen mitgeben als Vorbereitung
- Bekenntnis zur Prognoseverbesserung
- Aufklärung
- Umfassende Krankheitserfassung

**Low health literacy - geringe Gesundheitskompetenz**

patient factors

- Schulung
- Patienteninfos
- Aufklärungsbögen
- Internet
- DiGa

**Believe disease is not serious**  
patient factors

- s.o.
- DMP-Prozess positiv

**Too many medications, Medication side effects**  
patient factors

- Häufiges Problem
- Viele Tbl. = viel Krankheit
- Viele Ängste bei den Pat.
- Nicht mehr als 5 Tbl. ??? Fundamentalistisch
- Positives Verhältnis zur Med. vermitteln

**Poor communication between physician and patient**  
patient factors?

- Oft knappe Zeit
- Fehlallokation
- Könnte immer besser sein
- Zielgerichtete Kommunikation

**Do not trust physician**  
patient factors

- Wechsel?

**Depression**  
patient factors

- Zu viel Vorsicht? Durch den Therapeuten

**Deny having the disease**  
patient factors

- Bei Diabetes häufig, unsere Herausforderung

**No clinical guideline**  
office system factors

- Decken aber nicht alles ab?
- Sind nicht bekannt
- Werden nicht beachtet

**No disease registry**  
office system factors

- DMP Feedback Umsetzung
- DFS Konrad
- GestDiab
- ICDiab

**No visit planning**  
office system factors

- Terminsprechstunde

**No active outreach, kein aktives Eingreifen**  
office system factors

- Proaktive Therapie
- Kontrollschema, z.B. Labor 1 x / Jahr
- Nicht zu viele Steigerungsstufen in Kauf nehmen
- Kampagne

**No decision support**  
office system factors

- Risikokalkulatoren
- Decision support systeme, ADA ?

**No team approach to care, kein Teamansatz**  
office system factors

- Wir arbeiten im Team, wie gut funktioniert es wirklich?

### Poor communication between physician and staff office system factors

- Kann immer besser sein
- Teambesprechungen
- Teamleitung

### Ärztliche Faktoren für clinical Inertia

-**Erstens** überschätzen die Ärzte die Qualität der von ihnen bereits erbrachten Leistungen und unterschätzen die Zahl der Patienten, die eine intensivierete Pharmakotherapie benötigen, erheblich.

-**Zweitens** verwenden Ärzte "weiche Ausreden", um eine Intensivierung der Behandlung zu vermeiden. Dazu gehört, dass sie die Patienten für die Nichteinhaltung früherer Empfehlungen verantwortlich machen, sich auf Zeitmangel bei den Arztbesuchen berufen oder behaupten, der Arzt könne (ohne zu fragen) erkennen, dass der Patient sich jedem Vorschlag zur Intensivierung der Therapie widersetzen wird.

-**Drittens** fehlt es den Ärzten an den entsprechenden Kenntnissen, Instrumenten, Schulungen und Bürosystemen, um die aktive Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten zu unterstützen.

-Unter diesen Bedingungen können Entscheidungen als Strategie organisiert werden, die aus drei Teilen besteht:

- (1) Festlegung klinischer Ziele,
- (2) Einleitung einer geeigneten Behandlung und
- (3) Titrierung (Anpassung) der Behandlung im Laufe der Zeit, um die klinischen Ziele zu erreichen.

Übersetzt mit [DeepL.com](https://deepl.com) (kostenlose Version)

### Zukunft

- Sich und die Behandlungssituation immer wieder hinterfragen, ohne sich fertig zu machen
- Eigene Leistungsfähigkeit und Stimmung dabei erhalten
- Fehlallokation mindern
- Gesprächsführung optimieren
- PREs erfassen?
- Hospitation, von anderen lernen
- Strukturelle Maßnahmen
  - Checklisten
  - Kampagnen
  - Teambesprechungen
- ????????