

Amato Giani, Stefan Schäfer

# Qualitätsarbeit in einem Ärztenetzwerk: Werden medizinische Guidelines bei der Behandlung von Komplexfällen befolgt?

## Ausgangslage, Zielsetzung, Fragestellung

Die Mitglieder des Ärztenetzwerks mednetbern haben sich gegenseitig zur Einhaltung von Qualitätskriterien vertraglich verpflichtet. Dazu gehört die Behandlung unserer PatientInnen nach den gegenwärtig gültigen medizinischen Guidelines. Wir sind überzeugt, dass zum Erreichen der bestmöglichen Qualität bei Diagnose und Therapie die Guidelines durchgesetzt werden müssen [1]. Ursprünglich ergab sich die Notwendigkeit der Analyse von Komplexfällen aus dem Umstand, dass mednetbern in der Vergangenheit regelmässig erhebliche Rückzahlungen an Krankenkassen in Verträgen mit sog. Budgetmitverantwortung leisten musste [2]. Obwohl für uns die Qualität der Behandlung und der Outcome unserer PatientInnen im Fokus steht, wollen wir aber die Kostenseite nicht ausblenden. Sorgfältige Detailanalysen über einen längeren Zeitraum sollen Schwachpunkte und Verbesserungsmöglichkeiten identifizieren.

Die Fragestellung lautet also, ob bei den untersuchten Komplexfällen die gängigen medizinischen Guidelines befolgt worden sind.

## Beschreibung, Methodik

Durch die Besonderheit des Managed-care-Ansatzes, der u.a. darin besteht, dass sämtliche Informationen für den beteiligten Hausarzt verfügbar sind, hat ein Ärztenetzwerk erstmals Zugriff auf sämtliche medizinischen Daten und die Rechnungen von sämtlichen Leistungserbringern. Die Präsentation und Auswertung der anonymisierten Fälle erfolgt mit dem mednetbern Case Analyzer, einer Software-Entwicklung von mednetbern [3]. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit stellen wir vier Komplexfälle den internationalen Guidelines gegenüber [4, 6, 9, 10]. Die vier Fälle gehören versicherungsterminologisch in die Kategorie der sog. Grossrisikofälle (Jahreskosten OKP (Obligatorische Krankenpflegeversicherung) > CHF 30000). Die Beobachtungsdauer beträgt ein Jahr. Unterstützt wurden wir dabei durch Kaderärzte unseres Preferred Providers, der Klinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM) des Inselspitals Bern, einen externen Spitalcodierer, sowie finanziell und logistisch durch Novartis und Assura.

## Nutzen, Ergebnisse

Die Erkenntnisse aus den Komplexfallanalysen werden mit unseren Netzwerkmitgliedern und den involvierten Leistungserbringern diskutiert und führen dadurch für unsere PatientInnen zur Verbesserung der Behandlungsqualität und in der Regel auf der Kostenseite zu Einsparungen.

## Schlussfolgerung, Ausblick

Bei den ersten zwei der vier untersuchten Komplexfälle wurden die aktuellen Guidelines praktisch wortgetreu umgesetzt, und sie überzeugen auch durch einen guten Verlauf. Die nächsten beiden Fälle sind ungleich komplizierter, aggressiver und unbestritten viel schwieriger zu behandeln. Hier wurden die Guidelines nur bruchstückhaft berücksichtigt und in Teilaspekten ganz missachtet. Ob die «Drehtürpsychiatrie» unseres Patienten mit der schizoaffektiven Störung hätte gemildert werden können, vermag wohl niemand abzuschätzen. Und ob die Lebensqualität der hochbetagten Patientin mit dem Ösophaguskarzinom «besser» gewesen wäre mit einer guidelinekonformen Behandlung werden wir nie erfahren. Im Gedanken-

### Fall 1, 75-jähriger Patient

*Grundproblem:* Multiples Myelom, Stadium 2, mit leichter Niereninsuffizienz und anamnestisch symptomatischer Anämie. (Inzidenz ca. 5/100000/Jahr) [4].

*Leitsymptome:* lumbale Rückenschmerzen bei BWK-12-Sinterung.

*Interventionen:* Chemotherapie mit Alkeran®, Prednison, Thalidomid (MPT) 09/08 bis 02/09, Thalidomid-Monotherapie bis 12/09, Lenalidomid, Dexamethason s. 03/10 während des ganzen Beobachtungszeitraums bis Ende 2011. Bisphosphonat-Infusionen. Erythropoietinbehandlung.

*Nebendiagnosen:* Rezidivierende Stürze mit Densfraktur und Schenkelhalsfraktur. Arterielle Hypertonie. V.a. koronare und valvuläre Herzkrankheit. Sigmadivertikulose. Nageldystrophie.

*Interventionen:* Osteosynthesebehandlung der beiden Frakturen.

*Kommentar:* Die ESMO-Guideline zum Multiplen Myelom [4] wird eingehalten. Nur die Thalidomid-Monotherapie ist nicht guidelinekonform. Die Behandlung mit Erythropoietin bei leichter Anämie bei Kreatinin-Clearance um 60 ml/min wird in der Literatur nicht empfohlen und soll hinterfragt werden [5]. Die Benzodiazepinmedikation, unter welcher die beiden Stürze erfolgt sind, ist zu überdenken.

### Fall 2, 26-jährige Patientin

*Grundproblem:* Echinokokkus granulosis mit Leber- und Milzsystemen. (geschätzte Inzidenz CH ca. 40–70/8000000/Jahr)<sup>1</sup>.

*Leitsymptome:* seit 2–3 Jahren rezidivierende krampfartige Oberbauchschmerzen.

*Interventionen:* 01/13 modifizierte Leberresektion, Perizystektomie Milz, Cholezystektomie. Prä-, peri- und postoperative Chemotherapie mit Albendazol.

*Nebendiagnosen:* Ulcus ventriculi Forrest IIc 03/13, postoperative Gastroparese 05/13, Salpingitis 09/12, GERD, Tendomyoarthropathie Kiefergelenk links.

*Kommentar:* Die operative Behandlung der Echinokokkuscysten mit anschliessender Chemotherapie ist bei dieser jungen, sonst gesunden Patientin die Behandlung der Wahl gem. WHO-Guideline [6]. Für die Dauer der postoperativen medikamentösen Therapie sind die Empfehlungen nicht gut validiert, jedoch dürfte die Dauer von einem Jahr im vorliegenden Fall, wo während der Operation eine Cyste akzidentell eröffnet wurde, sicher gerechtfertigt sein [7, 8].

### Fall 3, 52-jähriger Patient

*Grundproblem:* Schizoaffektive Störung F 25.0, schädlicher Gebrauch von Alkohol F 10.1. (Lebenszeitprävalenz der schizoaffektiven Störung ist unklar. Wahrscheinlich machen 10 bis 20% der PatientInnen mit Schizophrenie, Manie oder Depression auch Phasen mit zwei oder allen drei Erkrankungen durch, was hochgerechnet bis zu 2% der Bevölkerung betreffen könnte) [9].

*Leitsymptome:* rezidivierende maniforme Zustandsbilder, häusliche Gewalt, fehlende Krankheitseinsicht.

*Interventionen:* rezidivierende Hospitalisationen, Fürsorgereisende Freiheitsentziehung (FFE), Dauer(depot)medikation mit

<sup>1</sup> Gottstein B. Persönliche Mitteilung an Giani A., 25.03.2014

Risperidon, ambulant in Tagesstätte mit Case-management an fünf Halbtagen pro Woche.

*Nebendiagnosen:* arterielle Hypertonie, rezidivierende Lumbalgien, Sigmadivertikulitis [8, 10].

*Interventionen:* Prednisonbehandlung der Lumbalgie, antihypertensive Therapie mit Losartan.

*Kommentar:* Angesichts der fehlenden Krankheitseinsicht des Patienten stehen die Behandelnden vor einer grossen therapeutischen Herausforderung. Die regierungsstatthalterlichen Weisungen im Rahmen der FFE erleichtern sicherlich deren Umsetzung. Die Behandlungsleitlinie Schizophrenie der DGPPN [9] empfiehlt die medikamentöse Behandlung mit atypischen Neuroleptika. Das Beharren auf dem Risperidon-Depotpräparat in diesem Fall soll im Kontext der 15 Hospitalisationen innert dreier Jahre seit Diagnosestellung überprüft werden. Die Dauerbehandlung mit Valproat wird zwar im ambulanten Bereich bei der Schizophrenie nicht empfohlen, hat aber sicher ihren Platz in der Stimmungsstabilisierung bei Manie, könnte aber bei mangelnder Wirksamkeit nach einer so langen Zeit versuchsweise durch das Erstwahlmedikament Lithium ersetzt werden. Psychotherapeutisch ist die kognitive Verhaltenstherapie im ambulanten Setting evidenzbasiert zur Rückfallprophylaxe und wird empfohlen, sowohl in der Leitlinie für die Schizophrenie, als auch für die affektiven Störungen. Unser Patient erhielt diese jedoch nicht, sondern eine ambulante Behandlung in einer Tagesstätte mit einer Case-Managerin. Gerade diese Therapieform gilt evidenzbasiert als unwirksam und wird deshalb in der Guideline ausdrücklich nicht empfohlen. Diese Diskrepanz konnte mit den zuständigen Fachspezialisten angesprochen und geklärt werden. Der intermittierende schädliche Gebrauch von Alkohol ist ein ungelöstes Problem. Eine Disulfirambehandlung kommt wegen dessen möglicher schubauslösender Wirkung nicht in Frage, für Acamprosat fehlen die Daten [9]. Die Behandlung der Lumbalgie mit Prednison kann schubauslösend gewesen sein und soll unterlassen werden.

#### Fall 4, 91-jährige Patientin

*Grundproblem:* Adenokarzinom des Ösophagus (Inzidenz ca. 5/100000/Jahr) [10]. Soorösophagitis.

*Leitsymptome:* Dysphagie, Malnutrition.

*Interventionen:* PEG-Sonde, endoluminale Brachytherapie, 24 obere Endoskopien für Bougierungen, Stenteinlagen, Stentkorrekturen und Fremdkörperentfernungen in 9 Monaten.

*Nebendiagnosen:* Leichte kognitive Störung. Sturzneigung und Osteoporose m. St. n. zahlreichen Frakturen. Im Beobachtungszeitraum Sacrum- und Schambeinfraktur. Schwere Kyphoskoliose. Kleinwuchs 135 cm. Mässige Niereninsuffizienz. St. n. Cholezystektomie. St. n. zweimaliger Hiatushernienoperation. Schwerhörigkeit bds. mit Hörgerät links.

*Interventionen:* stationäre konservative Frakturbehandlung. Bisphosphonat-Infusionen. Geriatrische Rehabilitation.

*Kommentar:* Die ESMO-Guideline zum Ösophaguskarzinom [10] empfiehlt im vorliegenden Fall eine Palliativbehandlung und kombinierte Radiochemotherapie. Weshalb die Chemotherapie nicht durchgeführt wurde, geht aus den uns vorliegenden Akten nicht hervor. Die zahlreichen oberen Endoskopien sehen wir im Kontext der «local palliation». In dieser Palliativ-Situation Bisphosphonatinfusionen zur Osteoporoseprophylaxe und eine stationäre 29-tägige Geriatrische Rehabilitation durchzuführen soll hinterfragt werden. Es fehlen Demenz-Medikamente.

austausch mit den involvierten Spitalleitungen konnten wir ein gewisses Verständnis für unsere Arbeit erkennen. Der Wille zur guidelinekonformen Behandlung ist uns versichert worden. Die Psychiater beklagten, dass es keine Guideline zur schizoaffektiven Störung gibt, und die Guidelines zur Schizophrenie und zur affektiven Störung nur Notlösungen sind. Wir wurden auch beruhigt, dass unser Patient mit der schizoaffektiven Störung tatsächlich mit Elementen der Psychoedukation behandelt worden sei, allerdings durch supervidiertes nichtärztliches Personal, und ohne, dass diese Behandlungen verrechnet worden wären oder deren Monitorisierung gegenüber dem behandelnden Hausarzt sichtbar gemacht worden wären. Wir suchen keine Sündenböcke für Misserfolge. Keiner von uns Grundversorgenden wird behaupten, er könne eine seltene Krankheit oder eine schwere schizoaffektive Störung kompetent beurteilen. Trotzdem ist es klar, dass wir in Fällen, wo wir sehen, dass es mit der Einhaltung der Guidelines Probleme gibt, den Dialog mit den behandelnden Kollegen suchen müssen. Wir müssen unsere Verantwortung wahrnehmen und Brücken schlagen zwischen dem Patienten und den Spezialisten. Sowohl Behandlungsextremismus, als auch Unterversorgung müssen vermieden werden. Nur gute Einzelfallkenntnisse erlauben uns, richtig zu kommunizieren. Dadurch können wir unseren Behandlungsauftrag korrekt ausführen, den Patienten umfassend informieren und in die Entscheidungen einbeziehen.

#### Literatur

- 1 Hostettler S, Kraft E, Bosshard C. Guidelines – Qualitätsmerkmale erkennen. Schweiz. Ärztezeitung. 2014;95(3):45–51.
- 2 Berchtold P. Budgetmitverantwortung in der integrierten Versorgung. Schweiz. Ärztezeitung. 2010;91(18):714.
- 3 Giani A, Schäfer S. Qualitätsarbeit in einem Ärztenetzwerk - Erkenntnisse aus der Analyse von Komplexfällen mit dem neuen Fallauswertungstool «Case Analyzer» von mednetbern. PrimaryCare. 2014;14(2):33–34.
- 4 Moreau P, San Miguel J, Ludwig H, Schouten H, Mohty M, Dimopoulos M, Dreyling M. Multiple myeloma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2013; 24(Suppl 6):vi133–vi137.
- 5 Bohlius J, Tonia T, Schwarzer G. Twist and shout: one decade of meta-analyses of erythropoiesis-stimulation agents in cancer patients. Acta Haematol. 2011;125(1–2):55–67.
- 6 Eckert J, Gemmell MA, Meslin FX, Pawłowski ZS. WHO/OIE Manual on Echinococcosis in Humans and Animals: a Public Health Problem of Global Concern. Paris: World Organisation for Animal Health 2001.
- 7 Brunetti E, Kern P, Vuitton DA. Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. Acta Trop. 2010;114(1):1–16.
- 8 Junghans T, da Silva AM, Horton J, Chiodini PL, Brunetti E. Clinical management of cystic echinococcosis: state of the art, problems, and perspectives. Am J Trop Med Hyg. 2008;79(3):301–11.
- 9 Gaebel W, Falkai P, Weinmann S, Wobrock T. Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) 2006. Kurzversion Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) 2001.
- 10 Stahl M, Mariette C, Haustermans K, Cervantes A, Arnold D. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2013; 24(Suppl 6):vi51–vi56.

#### Interessenkonflikte

Keine. Die Entwicklung der vorliegenden Arbeit wurde inhaltlich von Kaderärzten der KAIM/Inselspital Bern, finanziell (Softwareentwicklung) von Novartis Schweiz und logistisch (Rechnungen bereitstellen) von der Assura unterstützt.

#### Korrespondenz:

Dr. med. Amato Giani  
 Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin  
 Gesellschaftsstrasse 30, 3012 Bern  
 amato.giani[at]hin.ch