

Leitlinien: Prozesse und Resultate im Ärztenetzwerk LuMed

In dieser neuen Rubrik wird aus dem Alltag von Hausarztnetzen berichtet. Auch in Ärztenetzen wird mit Wasser gekocht – es kommen in der täglichen Praxis ja genau die gleichen Krankheiten und Probleme vor wie in allen anderen Grundversorgerpraxen auch. Die Organisation als Netz ermöglicht aber einige Extras, so zum Beispiel die Leitlinien-Erarbeitung beim Ärztenetz LuMed.

«LuMed» ist der Name für das neue Hausarztnetzwerk in der Stadt und Agglomeration Luzern mit Budgetmitverantwortung. Im Sommer 2004 fanden sich 19 Kolleginnen und Kollegen¹ aus bestehenden Hausarztvereinen und einer ärztlichen HMO zu einem Projekt zusammen, um in der Managed-Care-Arbeit mehr Verbindlichkeiten mit den Versicherern zu erarbeiten als in den bisherigen Strukturen. Der operative Betrieb, zusammen mit der MediX Management AG, begann am 1.1.2005 mit Verträgen mit zwei Krankenversicherungen. Am 1.1.2007 werden es 22 Ärzte sein mit fünf Budgetverträgen.

Allgemeines zu den Leitlinien für Hausärzte

Medizinische Leitlinien, die explizit für die Hausarztstätigkeit definiert sind, gibt es nur wenige. Wenn wir für unser Netzwerk medizinische Leitlinien erarbeiten, dann sollen diese Themen betreffen bei denen:

- *wir ein Ausbildungsdefizit sehen*
- *Unsicherheiten in der Diagnostik, der Therapie, der Arzt-Patienten-Interaktion oder der Zusammenarbeit mit ambulanten oder stationären Spezialisten bestehen*
- *eine Relevanz für unseren Praxisalltag besteht*
- *ökonomische Aspekte bisher unberücksichtigt waren (spezifisch bei Budgetmitverantwortung).*

Wichtig ist, dass sie von uns selbst erarbeitet sind: So werden sie im Alltag am ehesten auch angewendet.

Unsere Managed-Care-Arbeit übernimmt die Verantwortung für die ganze Behandlungskette. Daher ist es ein wichti-

ges Ziel, durch eine gute Qualität der ambulanten Versorgung Komplikationen zu verhindern, die teure Folgen haben (Bezug von Spezialisten, Hospitalisationen, Rehabilitationen). Leitlinien helfen uns dabei.

Eine Leitlinie² ist keine juristisch verbindliche Richtlinie, sondern eine Basisinformation für die rationale Entscheidung im Einzelfall. Sie entspricht in etwa dem Begriff «Regeln der Kunst». Das Wort «Regel» impliziert, dass die Entscheidung immer so, genau so und nach einem starren Ablauf geschehen muss. Das Wort «Kunst» korrigiert diese Ansicht. Es kommt zwar von «können», aber darin ist auch das Künstlerische angesprochen: Die Entscheidung ist individuell, angepasst, flexibel, variantenreich. Der ärztliche Entscheidungsprozess baut auf drei Säulen auf:

- *Leitlinie als Orientierungs- und Entscheidungshilfe*
- *Beurteilung des Einzelfalles*
- *Wünsche und Mitentscheid des Patienten.*

Die Leitlinie soll idealerweise folgende Kriterien erfüllen:

- *evidenzbasiert*
- *fachbezogen*
- *regional angepasst*
- *weitgehend vollständig*
- *niedrige Anwendungsschwelle, das heisst rasch verfügbar, schnell erfassbar und praxisrelevant.*

Sie kann folgende Fragestellungen beantworten (einzelne oder alle):

- *Wann besteht ein abwendbar gefährlicher Verlauf?*

¹ In der Folge werden nur die männlichen Formen erwähnt; sie beziehen sich nicht auf die Geschlechter, sondern sind eine Funktionsbezeichnung

² Vgl. S. Rabady: Leitlinien für den Hausarzt: eine Stütze im praktischen Alltag. PrimaryCare 2005; 5: Nr. 22, 506-510

- Bestehen Alarmzeichen, die eine sofortige Reaktion erfordern?
- Besteht eine gesicherte Diagnostik?
- Sind Differenzialdiagnosen vorhanden?
- Wann muss ein Spezialist beizogen werden?
- Besteht eine gesicherte Therapie?

Leitlinien von LuMed

1. Leitlinie: Halsweh als Präsentationssymptom in der Grundversorgerpraxis

Beim Umgang mit einem sogenannt banalen Infekt in der Grundversorgerpraxis geht es uns darum, nichts Wichtiges zu unterlassen, nicht Überflüssiges zu tun, kostenbewusst und patientenbezogen zu arbeiten. Das Problem ist häufig in der Hausarztpraxis, bei den offiziellen Fortbildungen kommt es aber selten vor. Ökonomisch ist es durch die Menge der Fälle von Bedeutung, weniger durch die Fallkosten. Wir gehen vom Patienten aus, der zu uns kommt und (als hauptsächliche Beschwerde) sagt: «Ich habe Halsweh.» Wie sollen wir hier vorgehen? Unsere Recherchen über die Themen Labor (Strep-A-Schnelltest und CRP) und Therapie führten uns zur Leitlinie³, welche als wichtigstes Element die bekanntesten Centor-Kriterien (CK) berücksichtigt. Diese CK sind:

- Temperatur > 38°
- Abwesenheit von Husten und/oder Schnupfen
- anguläre Lymphknotenvergrößerung mit Dolenz
- Tonsillen hochrot und/oder belegt.

Der Strep-A-Schnelltest soll nur bei Vorliegen von zwei CK gemacht werden, das CRP nur in Spezialsituationen. Bei Vorliegen von drei und vier CK, oder bei

zwei CK plus positivem Strep-A-Schnelltest soll eine antibiotische Behandlung mit Penicillin V oder Amoxicillin erfolgen. In einer ersten Datenerhebung durch 18 Ärzte während viereinhalb Wochen im Jahre 2005 wurden 71 Halswehpatienten erfasst, 2006 werteten 14 Ärzte 92 Patienten aus. Bei diesen kleinen Fallzahlen konnte nur eine tendenzielle Änderung des ärztlichen Verhaltens zeigen, dass die CK angewendet wurden.

2. Leitlinie: Indikation für eine untere Endoskopie/Kolonoskopie

Interventionen von Gastroenterologen sind häufig und teuer, eine Kolonoskopie kostet zwischen 400 und 800 Franken, je nach Durchführung (Biopsie, Polypektomie, Art der Überwachung). Die Rektosigmoidoskopie ist lediglich um 134 Franken billiger und hat kaum klar umschriebene Indikationen.

Wir fragten uns:

- Verordnen wir selbst unnötige Endoskopien?
- Empfehlen wir im Check-up des über 50-Jährigen die Durchführung einer Kolonoskopie?
- Gibt es Indikationen für eine Rektosigmoidoskopie, um Kosten zu sparen?

Von der ertragreichen Literatursuche⁴ erwähnen wir besonders die Internetseite www.epage.ch, wo wir Hausärzte am PC die Daten eines Patienten eingeben können, interaktiv durch das Programm geführt werden und am Schluss eine Bewertung der Kolonoskopie-Indikation erhalten.

Fünf uns gut bekannte Gastroenterologen haben uns eine Indikationsliste zusammengestellt, welche wir in der Gruppe diskutiert und auf die hausärztliche Praktikabilität überprüft haben. Zum Abschluss klärten wir in unserem QZ die offenen Fragen mit dem leitenden Gastroenterologen des Kantonsspitals Luzern⁵.

Am heftigsten innerhalb der langen Indikationsliste geben die Vorsorgeuntersuchungen zu reden. Soll man jährlich einen dreimaligen Hämocult veranlassen oder alle zehn Jahre eine Kolonoskopie? Noch ist die endoskopische Vorsorge des kolorektalen Karzinoms keine Krankenversicherungsleistung. Die Frage der Handhabung bleibt offen. Die Umsetzung der Leitlinien erfordert letztlich immer ein konsequentes Handeln. Eine Blutung ab ano ist immer endoskopisch abzuklären, egal ob es «nur» ein positiver Hämoculttest ist und egal ob dieser Patient gleichzeitig an Hämorrhoiden leidet. Eine Ausnahme bildet lediglich die sichtbare Blutungsquelle, die je nach Befund direkt therapiert werden kann.

Wir sind gespannt, ob wir nach der Erarbeitung unserer Leitlinie unser Verhalten ändern werden. Die Aussagekraft der Leitlinie ist allerdings bei vielen Indikationen, vor allem bei einem kolorektalen Karzinom mit langsamem Wachstum, wohl erst nach mehreren Jahren sichtbar!

3. Leitlinie: palliative Onkotherapie

Ausgehend von einer internen Analyse der Patienten mit den höchsten Fallkosten, machten wir uns Gedanken, wo der

³ Der genaue Wortlaut der Leitlinien kann angefragt werden bei urs.schoenenberger@hin.ch

⁴ Gute Zusammenstellung: K. Truninger und P. Sendi: Screening zur Prävention und Früherkennung des kolorektalen Karzinoms. Schweiz Med Forum 2005, 5: 773-780. Zudem: Empfehlungen zur Nachsorge nach koloskopischer Polypektomie der Fachgesellschaft der Schweizerischen Gastroenterologen: www.fagas.ch/medinfo/adenominfo.html

⁵ Besten Dank an Dr. med. D. Criblez

Platz von uns Hausärzten in der Betreuung von Patienten mit palliativer Onkotherapie ist.

Themen sind:

- *das ärztliche Unvermögen einer kurativen Heilung*
- *die Hoffnung und Verzweiflung*
- *der Zeitpunkt, eine palliative Chemotherapie nicht weiter fortzuführen*
- *die Überforderung des Patienten mit diesen Fragestellungen*
- *unsere eigene Rolle als palliativ und nicht (mehr) kurativ tätige Ärzte.*

Ziel ist es, als Hausarzt mehr Mitspracherecht zu erhalten und die Kommunikation zwischen Hausarzt, Patient und Onkologen zu verbessern, mehr Kompetenz im Management der Situationen am Lebensende zu erlangen⁶, dem Patienten eine menschenwürdige letzte Zeit zu ermöglichen und letztlich – auch unter dem Aspekt unserer Budgetmitverantwortung – bei ungewissen Therapieeffekten Kosten für unnötige Behandlungen zu sparen. Doch wer definiert, was sinnvoll und nötig oder sinnlos und unnötig ist?

Im Anschluss an eine ausführliche Diskussion mit dem leitenden Arzt der Onkologie am Kantonsspital Luzern⁷ ist in unserer Gruppe eine Leitlinie mit zehn Punkten entstanden. Sie hat zum Ziel, die Beziehung zum Patienten und die Kommunikation zum Onkologen zu fördern. Dies soll sich positiv auf die Kostenentwicklung auswirken. Es müssen nicht alle zehn Punkte erfüllt werden. Jede Praxis kann selber Schwerpunkte setzen. Die Leitlinie soll individuell auf die Situation und Bedürfnisse des Patienten und des Arztes angepasst werden. Schwerpunkte sind:

- *Wahrnehmung der hausärztlichen Stellung im Behandlungsplan*
- *kontinuierlicher Dialog mit dem behandelnden Onkologen (über Fakten, aber auch über die Bewältigungsstrategie des Patienten)*
- *Durchführung der Kontrollen abwechslungsweise durch den Onkologen und den Hausarzt*
- *Diskussion mit dem Patienten über Therapie, Verlauf, Prognose, Bewältigungsstrategie/Coping, Sinn, Spiritualität, Umstände des Lebensendes*

- *Förderung der Fähigkeiten des Patienten, selber etwas zu tun (Patienten-Empowerment).*

Wir haben realisiert, dass wir das Verhalten der Spezialisten direkt nur sehr schwer, unser eigenes Verhalten jedoch deutlich einfacher verändern können. Die Verhaltensänderung in den eigenen Reihen wird auch eine Verhaltensänderung beim Patienten und beim Spezialisten nach sich ziehen.

Fazit

Wir sehen: Leitlinien können in Eigenregie erarbeitet und mit einer Datensammlung auf ihre Anwendbarkeit überprüft (1), nach intensivem Austausch mit Fachkollegen definiert (2 und 3) oder unverändert übernommen werden (z.B. Statin-Leitlinie von MediX Schweiz). Sie verbessern die Qualität der Patientenbetreuung, auch unter ökonomischen Aspekten. ■

**Dr. med. Urs Schönenberger und
Dr. med. Christian Studer**
LuMed AG
Pilatusstrasse 35
6003 Luzern

⁶ vgl. H. Neuenschwander et. al.: Palliativmedizin. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Schweizer Krebsliga, 2. Aufl., 2006

⁷ Besten Dank an Dr. med. H. Schefer