

# Case und Disease Management im Ärztenetz

**Case Management und Disease Management gelten als Instrumente zur medizinischen und wirtschaftlichen Optimierung von Behandlungsabläufen. Wie weit eignen sie sich für die Anwendung in Versorgungsnetzen?**

**Andreas Weber**

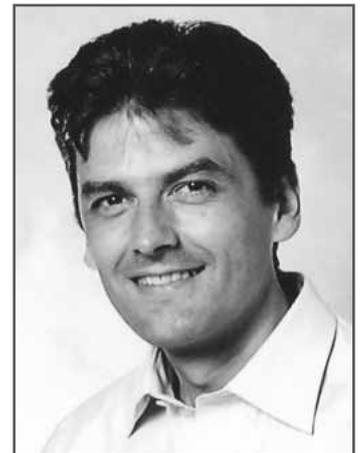
Entsprechend der Vorstellung vieler Politiker sollen medizinische Versorgungsnetze im zukünftigen Gesundheitssystem eine zentrale Rolle einnehmen. Ziel solcher Versorgungsnetze ist eine Effizienzsteigerung der medizinischen Betreuung jener Versicherten, die sich verpflichten, bei gesundheitlichen Problemen primär einen Arzt aus dem Netz aufzusuchen. Unter Effizienzsteigerung wird die Erzielung eines besseren oder mindestens gleich guten Outcomes zu geringeren Kosten verstanden. Als wichtige Instrumente dazu werden das Case Management und das Disease Management betrachtet.

## Effizienzsteigerung durch Case Management?

Bekanntlich verursachen die teuersten 2 Prozent der Versicherten gut 30 Prozent der gesamten Gesundheitskosten; ihre Pro-Kopf-Jahreskosten übersteigen 10 000 Franken (Tabelle 1). Um die Betreuung dieser PatientInnen zu optimieren, wird oft

das Instrument des Case Managements (CM) – definiert als kontinuierliche Evaluation und Planung der medizinischen Betreuung entsprechend den Bedürfnissen eines Individuums – eingesetzt. Ob bei den betroffenen Hochkostenfällen allerdings ein grosses Optimierungspotenzial besteht, ist fraglich. Viele dieser PatientInnen haben bereits Krankheiten in einem fortgeschrittenen Stadium, die nur noch sehr begrenzt beeinflussbar sind (siehe Tabelle 1).

Da es sich nur um wenige Versicherte handelt, ist zwar der Interventionsaufwand begrenzt. Aber die kleine Zahl von Versicherten mit sehr unterschiedlichen, meist komplexen Problemen führt dazu, dass Interventionen nicht standardisiert und rationalisiert werden können. Aus dem gleichen Grund sind Studien über die Wirksamkeit der Interventionen kaum möglich. Eine Literaturanalyse des US-amerikanischen Department of Veterans Affairs [1] zeigt, dass beim Case Management nur dort eine Wirksamkeit nachgewiesen werden kann, wo es sich eigentlich um Disease Management handelt (Tabelle 2), das heisst um eine langfristige Optimierung von Outcome und Kosten bei PatientInnen mit einer bestimmten Krankheit. Ausnahmen bilden das Spitalentlassungsmanagement und gewisse geriatrische Programme, die unterschiedliche Krankheiten einschliessen. Die Analyse zeigt auch, dass CM zum Beispiel bei älteren Menschen mit schweren funktionellen Einschränkungen zu häufigeren Hospitalisationen und signifikanter Kostensteigerung führen kann. Zu ähnlichen Resultaten gelangte eine Untersu-



Andreas Weber

chung der Wirksamkeit von Case Management bei gewissen psychiatrischen Erkrankungen [2].

Es braucht also weitere Studien, um herauszufinden, welche der heute auch in der Schweiz eingesetzten Case-Management-Modelle wirklich zielführend sind. Ein Wirkungsnachweis ist auch eine Voraussetzung dafür, dass eine solche Intervention, ob von Leistungserbringern oder von Kostenträgern erbracht, aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt werden darf. So wie bei pharmazeutischen Präparaten sollten allerdings auch hier Studien aus dem Ausland für die Zulassung in der Schweiz berücksichtigt werden.

## Disease Management besser geeignet

Statt auf Grosskostenfälle ist es für Versorgungsnetze wahrscheinlich sinnvoller, sich im Sinne eines Disease Managements (DM) auf bestimmte Krankheiten oder biopsychosoziale Konstellationen zu konzentrieren. Und zwar auf solche, von denen man weiss, dass sie zu

Tabelle 1:

**Analyse der häufigsten Diagnosen bei PatientInnen mit Jahreskosten über 10 000 Franken im MediX Ärzteverbund Zürich\***

Anzahl Versicherte	ICD-10-Code	Diagnose	Jahreskosten zusammen (in CH Franken)
4	Z 4	Dialysen	398 896
7	I 6	Insult	396 616
10	I 2	Koronare Herzkrankheit	262 511
9	C 1	Oesophagus- und Kolonkarzinom	171 733
8	F 0	Demenz	138 341
5	C 3	Bronchuskarzinom	114 890
4	I 7	Aortenaneurysma; periphere arterielle Verschlusskrankheit	79 622
3	C 8	Malignes Lymphom	77 536
3	E 1	Diabetes	75 960
4	S 7	Schenkelhalsfraktur	73 548
3	C 5	Mamma- oder Ovarialkarzinom	57 911
2	K 8	Primär sklerosierende Cholangitis	48 382
3	B 2	HIV	43 240
3	M 1	Hüft- und Knie-Totalprothese	39 366
<b>68</b>	<b>Total</b>		<b>1 978 551</b>
1,7%			30%

\* Untersuchtes Kollektiv: total 4103 Versicherte mit Jahreskosten von insgesamt 6 617 294 Franken. Die 101 PatientInnen (2,5 %) mit Jahreskosten von über 10 000 Franken verursachten in diesem Jahr zusammen Kosten von 2 558 817 Franken (39% der Kosten des Gesamtkollektivs).

Tabelle 2:

**Case-Management-Programme mit nachweislichem Nutzen [1]**

Zielgruppe	Intervention	Nutzen
Asthma-PatientInnen	Patientenschulung und Betreuung im Asthmazentrum	Kosten ↓
PatientInnen mit Herzinsuffizienz	Patientenschulung, Follow-up, Medikamenten-Review	Mortalität ↓, Hospitalisation ↓, Kosten ↓, Lebensqualität z.T. ↑
Diabetes-PatientInnen	Patientenschulung, Monitoring, Follow-up	Lebensqualität ↑, Glykämiekontrolle ↑, Symptomkontrolle ↑
PatientInnen nach Infarkt	Patientenschulung, Follow-up	Risikofaktorkontrolle ↑ (Nikotinstopp, LDL ↓ <sup>1</sup> usw.)
Spitalentlassung	Bedürfnisanalyse, Entlassungsplanung, Medikamenten-Review, Follow-up	Rehospitalisationen ↓, Spitaltage ↓, Kosten ↓

schweren Gesundheitsstörungen und hohen Kosten führen und durch bestimmte Interventionen beeinflussbar sind, bevor die hohen Kosten anfallen. CM könnte dann als Kombination und Koordination verschie-

dener wirksamer DM-Ansätze beim einzelnen Patienten mit komplexer Erkrankung definiert werden. Ein exzellentes Beispiel für diese Strategie ist die Reform des «Veterans Affairs Health Care System»

(VA), eines staatlichen Versorgungssystems für 26,2 Millionen ehemalige US-Armeeangehörige. Durch Einführung des Hausarztmodells, kombiniert mit DM-Programmen für die wichtigsten chronischen Krankheiten (siehe *Tabelle 3*), konnten bei diesen Patientengruppen die Hospitalisationstage um 50 Prozent und die Notfallkonsultationen um 35 Prozent gesenkt werden [3]. Die Konsultationsrate beim Hausarzt oder Psychiater stieg um rund 10 Prozent. Gleichzeitig war eine signifikante Verbesserung der Betreuungsqualität zu beobachten [4]. Andere Versorgungssysteme, wie Kaiser Permanente oder der englische National Health Service (NHS), fokussieren auf ähnliche Programme (*Tabelle 3*). Damit haben Versorgungsnetze in der Schweiz auch ohne umfassende Analysen der eigenen Population gute Wegweiser, um ihre Betreuungsstrategie zu entwickeln.

**Was heisst Disease Management?**

Die meisten DM-Programme basieren auf zwei «Interventionsschienen»: einer leistungserbringer- und einer patientenorientierten Intervention. Bei den Leistungserbringern geht es darum, dass die Leistungen aller am Behandlungsprozess Beteiligten aufeinander abgestimmt und gemäss gemeinsam erarbeiteter Guideline erbracht werden. Ein bewährtes Instrument für die Entwicklung und Implementierung solcher interdisziplinärer Guidelines ist der Qualitätszirkel [5]. Je nach Krankheit, die man zu beeinflussen sucht, sollten HausärztInnen, freipraktizierende oder im Spital arbeitende SpezialärztInnen, Pflegefachleute, SozialarbeiterInnen und andere Leistungserbringer an diesen Qualitätszirkeln teilnehmen. Die patientenorientierte Intervention bezweckt einerseits eine verbesserte Einhaltung der von den Leistungserbringern empfohlenen Verhaltensänderungen und Behandlungen. Andererseits soll der Patient befähigt werden, Abweichungen von vereinbarten Zielgrössen, bei Herzinsuffizienz beispielsweise von einem be-

1 d.h. Senkung des Cholesterinspiegels

Tabelle 3:

**Implementierung von Disease-Management-Programmen in ausgewählten Versorgungssystemen**

Krankheit	VA <sup>3</sup> [11]	Kaiser Permanente <sup>4</sup>	NHS <sup>5</sup> [12 <sup>6</sup> ]
Diabetes Mellitus	x	x	x
Hypertension	x		x
Chronisch obstruktive Lungenkrankheit	x		x
Asthma		x	x
Herzinsuffizienz	x	x	
Koronare Herzkrankheit	x	x	x
Cerebrovaskulärer Insult			x
Depression	x	x	x
Schizophrenie	x		x
Epilepsie			x
Krebs			x

stimmten Gewicht, frühzeitig selbst zu entdecken und erste Massnahmen einzuleiten, um notfallmässige Hospitalisationen zu vermeiden [6, 7]. Für die Patientenschulung sollten Pflegefachleute engagiert werden, welche klinische Erfahrung mit der entsprechenden Krankheit haben und eine methodisch-didaktische Weiterbildung absolvieren.

**Patientenrekrutierung und Datenerfassung**

Die wahrscheinlich grösste Herausforderung bei der Implementierung eines DM-Programms ist der Einschluss möglichst aller PatientInnen mit der entsprechenden Krankheit. Wenn die NetzärztInnen aufgefordert werden, den PatientInnen mit einer bestimmten Krankheit ein DM-Programm zu empfehlen, wird nur ein kleiner Teil der PatientInnen erreicht [8]. Besser ist es, die in Frage kommenden PatientInnen aufgrund ihrer Medikation [9] oder aufgrund von Diagnosecodes innerhalb des

Netzwerks zentral zu identifizieren und im Namen des Hausarztes anzuschreiben. Allerdings wird heute die Medikamentenverschreibung in den meisten Ärztenetzen noch nicht zentral erfasst, und die routinemässig erfassten Diagnosecodes sind unpräzise («Tessiner Code»<sup>2</sup>). Die Daten müssen in unterschiedlichsten Formaten aus jeder Praxis oder aus Datenbanken der Krankenversicherer zusammengefügt werden. Mit der bald einmal obligatorischen elektronischen Abrechnung von Ärzten und Apothekern sollte sich diese Problematik entschärfen. Ebenso aufwändig wie die Identifikation von PatientInnen mit einer bestimmten Krankheit gestaltet sich heute die Dokumentation der aktuellen Behandlung. Wie viele Hypertoniker im Netz haben einen gut kontrollierten Blutdruck? Wie viele PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit sind Raucher und wann wurde ihnen letztmals ein Nichtrauchertraining angeboten? Solche Analysen und Rückmeldungen auf Ebene des einzelnen Netzarztes sind eine entscheidende Voraussetzung für eine Verbesserung der Betreuung [10]. Die wichtigen Kenngrössen sollten für PatientInnen in DM-Programmen in einer zentralen Datenbank erfasst werden, idealerweise über entsprechende Schnittstellen zu den Praxis-Software-Programmen.

**Anreize und Finanzierung**

Sowohl PatientInnen als auch Leistungserbringer müssen in einem DM-Programm einen klaren Nutzen sehen. Dies scheint sich vor allem durch finanzielle Anreize erreichen zu lassen [10]. PatientInnen können durch reduzierte Kostenbeteiligungen, die Übernahme von Nicht-Pflichtleistungen durch den Krankenversicherer oder direkte Geldgutschriften belohnt werden. Die beteiligten ÄrztInnen können ihren patientenbezogenen organisatorischen Aufwand mit Tarmed meist adäquat verrechnen. Ungelöst ist hingegen die Situation bei Pflegefachleuten und Sozialarbeitern. Als Angestellte von Krankenversicherern erhalten sie marktübliche Löhne. Als Angestellte von Versorgungsnetzen oder als selbständig Erwerbende dagegen erzielen sie mit den aktuellen Tarifsystemen keine ausreichende Entschädigung. Darum, aber auch zur Deckung der Programmentwicklungskosten, sind spezielle Tarifvereinbarungen zwischen Netz und Krankenversicherer nötig.

**Fazit**

Vielen Versorgungsnetzen fehlt heute noch die kritische Grösse, um DM-Programme zu entwickeln und rentabel zu betreiben. Gelingt es, den Anteil der in solchen Versorgungsnetzen betreuten Bevölkerung markant zu erhöhen, zum Beispiel durch eine reduzierte Kostenbeteiligung, so könnten diese Instrumente in Zukunft einen entscheidenden Beitrag zu einer rationelleren Gesundheitsversorgung leisten. Dazu brauchen Netzwerke allerdings integrierte Informationssysteme sowie spezielle Tarifverträge mit Krankenversicherern zur Entschädigung der speziellen Aufwendungen. ■

Autor:

**Dr. med. Andreas Weber**  
 MediX Management AG  
 Rotbuchstrasse 46  
 8037 Zürich

E-Mail: andreas.weber@medix.ch

2 Eine einfache, ursprünglich aus dem Kanton Tessin stammende Diagnoseliste mit rund 100 Codes. [www.fmh.ch/de/data/pdf/import\\_fmh/tarife/anhang\\_4b\\_d.pdf](http://www.fmh.ch/de/data/pdf/import_fmh/tarife/anhang_4b_d.pdf)

3 VA = Veterans Affairs Health Care System

4 Kaiser Permanente ist das grösste nicht gewinnorientierte integrierte Gesundheitsnetz in den USA mit Sitz in Kalifornien.

5 Der National Health Service (NHS) ist das staatliche Gesundheitssystem in England.

6 In dieser Studie wird die Intervention nicht als Disease Management, sondern als «care for chronic conditions» bezeichnet.

## Literatur:

1. Impact of case management programs. Technology Assessment Unit, Office of Patient Care Services, US Department of Veterans Affairs (VATAP), June 2000.
2. Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., Green, R. (2000): Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2): CD000050.
3. Ashton C. M. et al.: Hospital use and survival among veterans affairs beneficiaries. *N Engl J Med* 2003; 349: 1637–46.
4. Jha A. K. et al.: Effect of the transformation of the veterans affairs health care system on the quality of care. *N Engl J Med* 2003; 348: 2218–27
5. Schweiz. Gesellschaft für Allgemeine Medizin (SGAM): SGAM-Programm «Kontinuierliche Qualitätsentwicklung in der Allgemeinpraxis». 1998; 6: 40–41.
6. Suter T. M., Susanne S., Wirthner A., Meier B.: Disease Management bei ambulanten Patienten mit Herzinsuffizienz verbessert die Symptomatik und vermindert Hospitalisationen. *Kardiovaskuläre Medizin* 2002; 5: 50.
7. Götschi A. S. et al.: Herzprogramm – Leben mit dem kranken Herz. *Schweizerische Ärztezeitung (SAEZ)* 2002; 83: 1987–1992.
8. Weber A., Götschi A. S., Kühne R., Meier D.: Patientenrekrutierung für Disease Management. *SAEZ* 2004 (85); Nr 48: 2581–2584.
9. Edmunds M. U., et al.: Comparing methods to identify general internal medicine clinic patients with chronic heart failure. *Am Heart J* 2001; 142: 1003–9.
10. Weingarten S. R. et al.: Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? *BMJ* 2002; 325: 925.
11. Meyer M. et al.: Virtually healthy: chronic disease management in the home. *Disease Management* 2002; 5: 87–94.
12. Roland M.: Linking physicians' pay to the quality of care – a major experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2004; 351: 1448–54.