

# Disease Management in der Schweiz

Mascha Bethke, Jan von Overbeck

## Grundprinzip des Disease Management

Disease Management (DM) optimiert durch die Integration verschiedener Massnahmen und Interventionen die Betreuung und Behandlung von Patienten. Die Grundidee des DM ist so alt wie die Medizin selbst (1). So ist die Tuberkulosebehandlung im Sanatorium zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit ihren ineinandergreifenden Behandlungselementen bereits ein historisches Beispiel von DM. Es umfasst Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Langzeitbetreuung (2). Für jedes spezifische Programm ist die Gewichtung der einzelnen Komponenten unterschiedlich. Hunter und Fairfield (2) beschrieben drei wesentliche Komponenten von DM-Betreuungsprogrammen:

1. Eine Wissensbasis, welche die ökonomische Struktur der Krankheit quantifiziert und Richtlinien beinhaltet, die die verschiedenen zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten einschliesst.
2. Ein Behandlungskonzept ohne traditionelle Grenzen zwischen den medizinischen Spezialdisziplinen und Institutionen.
3. Ein kontinuierlicher Prozess, welcher Wissensbasis, Richtlinien und Anwendung stetig verbessert (3).

Auch wenn die Entwicklung des DM in den vergangenen Jahren in Richtung Kosteneinsparung (1) durch Optimierung der Betreuung vorangetrieben wurde, zeigt sich durch die zunehmende Erfahrung mit DM-Programmen, dass nun im Verlauf ein klares Umdenken stattgefunden hat. Die Qualitätsverbesserung der Betreuung ist hinsichtlich Lebensqualität, Morbidität und Mortalität in den Vordergrund gerückt. Optimierung und Suche nach Synergien in der Betreuung von Patienten sind in unserem hochspezialisierten medizinischen Umfeld dringend nötig, um Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens weiter zu verbessern und tragbar zu halten.

Beim DM muss unterschieden werden zwischen Programmen für Erkrankungen mit einem episodischen Verlauf (z.B.

Herzinsuffizienz und COPD) und solchen mit einem progressiven Verlauf (z.B. Hypertonie). Erfolgreiche DM-Programme erreichen bei episodischem Verlauf eine Verbesserung der Lebensqualität sowie eine Senkung der Hospitalisationsrate. Die Reduktion der Morbidität führt somit rasch zu Einsparungen. Bei progressiven Erkrankungen weisen DM-Programme im Gegensatz dazu häufig keine unmittelbare Kostenreduktion auf, sondern können sogar temporär eine Steigerung verursachen. Hypertonieprogramme zum Beispiel führen bei der Implementierung zu Kosten und weisen erst Jahre später Einsparungen auf (1), bedingt durch den langjährigen chronischen Verlauf der Hypertonie ohne rezidivierende akute Exazerbationen. Die alleinige Betrachtung der kurzfristigen Kosten ist also nicht ausschliesslich relevant. Die Beurteilung muss sich über den gesamten Krankheitsverlauf erstrecken, denn höhere Ausgaben zu Beginn der Hypertoniebetreuung können zu Qualitätsverbesserung und Gesamtkostenreduktion durch Verhindern von Spätkomplikationen führen. Die Schwierigkeiten bei der Einführung von DM bestehen also vor allem darin, dass es einer Langzeitperspektive bedarf, Resultate aber auf kurzfristige Gewinne und Verbesserungen fokussiert sind (2).

Der Patient steht mit einer sehr aktiven Rolle im Zentrum. Es zeigt sich, dass DM-Programme, welche Patientenschulung, Feedbackberichte oder Remindersysteme beinhalten,



eine signifikante Verbesserung der Einhaltung von Richtlinien der Anbieter aufweisen (4). Diese Programme fördern und unterstützen die Unabhängigkeit und Selbstbestimmung des Patienten und somit den Behandlungserfolg. Insbesondere die Patientenschulung ist ein elementarer Teil des DM (5).

Telemedizin ist ein Mittel, um Effizienz und Resultat des DM zu optimieren (6). Primär durch strukturierte Patiententelefonate und zunehmend auch durch den Einsatz von Telebiometrie und Videokonsultationen. Bei der Herzinsuffizienz werden Dekompensationen und Rehospitalisationen durch die frühzeitige Erfassung von Verschlechterungen der Symptome oder Messdaten (z.B. Gewicht) reduziert, die Lebensqualität verbessert, die Mortalität gesenkt und die Kosten eindeutig reduziert. Diabetes mellitus, Asthma, COPD und psychiatrische Erkrankungen, aber auch Hypertonie sind weitere chronische Erkrankungen, deren Behandlung durch DM einen verbesserten klinischen Verlauf aufweisen, verbunden mit einer klaren Optimierung des Nutzen-Kosten-Verhältnisses.

### **Disease Management im Ausland im Vergleich mit der Schweiz**

In den USA werden bereits Hunderte von verschiedenen DM-Programmen durchgeführt (1). Einerseits von auf Primärversorgung basierenden Managed-Care-Organisationen (MCOs) und andererseits von kommerziellen Anbietern wie Pharma- oder externen Dienstleistungsunternehmen. Arbeitgeber und Gesundheitspläne können ihre DM-Funktion an diese abgeben (7). Resultate von Studien über DM aus den USA, England oder den Beneluxstaaten sind aber insbesondere für komplexe Betreuungsnetze nur beschränkt auf die Schweiz übertragbar (8). Hier zeichnet sich die zentrale Stellung des Hausarztes im dichten Netz kompetenter Grundversorger aus (8). Ausserdem schliesst das Schweizer Gesundheitssystem eine direkte Patientenrekrutierung durch DM-Anbieter aus Gründen des Datenschutzes aus, und die Vergütung der ambulanten DM-Leistungserbringer ist kaum bis gar nicht abrechenbar, da sie nicht vollumfänglich im Tarmed-Tariffsystem verankert ist.

Im Schweizer Gesundheitssystem kann – nach Anpassung der Prozesse ausländischer Anbieter – das Konzept des Disease Managements jedoch implementiert werden, insbesondere um für chronisch Kranke die Behandlungsstrategien zu optimieren, die Betreuung zu verbessern und somit die Gesundheitsausgaben optimal zu nutzen.

Kontakt:

Mascha Bethke

Stv. Oberärztin

Disease Management

mascha.bethke@medgate.ch

Referenzen:

1. Bodenheimer T. N Engl J Med 1999; 340(15): 1202–1205.
2. Hunter D. et al. BMJ 1997; 315: 50–53.
3. Delby V. Int J Health Care Quality Assurance 1996; 9(2): 4–8.
4. Weingarten S. et al. BMJ 2002; 325(7370): 1–8.
5. Strömberg A. Eur J Heart Failure 2005;7: 363–369.
6. Clark R. et al. BMJ 2007; ONLINE FIRST.
7. Geyman J. Ann. of Fam Med 2007; 5: 257–260.
8. Buser P. et al. SÄZ 2006; 87(45): 1943–1952.



Mascha Bethke, Stv. Oberärztin  
Disease Management



Jan von Overbeck  
Chief Medical Officer