

Disease Management bei KHK-Patienten

In dieser 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 andern Grundversorgerpraxen auch. Die Organisation als Netz ermöglicht aber einige Extras, zum Beispiel auch Disease Management für Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) bei mediX zürich.

Ein Ziel des Ärztenetzes mediX zürich ist es, chronisch Kranke möglichst gut zu betreuen. Nachdem bereits ein Disease-Management-Programm für Patienten mit Herzinsuffizienz durchgeführt worden war, nahmen wir uns vor, im Jahr 2005 etwas Ähnliches für Patienten mit KHK zu machen. Dabei sollten die beiden «Pfeiler» des Disease Management – Besprechung und Umsetzung der Guideline sowie Schulung der Patienten – durch eine Performancemessung begleitet werden. In diesem Artikel berichten wir über die Erfahrungen mit der Identifizierung der Patienten, der Performancemessung sowie über die Rekrutierung und Motivierung von Patienten für eine «KHK-Schulung».

Im Rahmen dieses Projektes wollten wir folgende Fragen beantworten:

- Wie kann man in einer Praxis Patienten mit KHK einfach identifizieren?
- Sind Performancekriterien für KHK mit vernünftigem Aufwand überhaupt erhebbar?
- Wie gut werden Performancekriterien nach der ausführlichen Besprechung der Guideline befolgt?
- Kann man KHK-Patienten mit einem Brief dazu motivieren, an einer Schulung teilzunehmen? Wie hoch sind die Teilnahmeraten?

Die Messung der Performancekriterien

und die Schulung der Patienten wurden bei Patienten von zwei Gruppenpraxen im Netz mediX zürich durchgeführt.

Die KHK-Guideline ist zu finden auf www.medix.ch.

Identifizierung der Patienten mit KHK: Nadel im Heuhaufen?

Zum Zeitpunkt unseres Projektes hatten beide Praxen noch keine elektronische Krankengeschichte (KG), in der Diagnosen strukturiert abgelegt sind, sondern nur ein elektronisches Administrations-system. Zur Identifizierung möglicher Patienten mit KHK musste also ein Umweg über die elektronische Abfrage der Abrechnungsdaten der Vitomed-Software gewählt werden.

Vorgehen

Dabei wurden zwei Identifizierungsstrategien kombiniert: Einerseits wurden alle Patienten identifiziert, auf deren Abrechnungen der Tessinercode A2 (Erkrankungen der Herzkranzgefässe, inklusive Myokardinfarkt) vermerkt war, andererseits alle Patienten, die mindestens eine Kombination der Medikamente Nitroglycerin, Betablocker, Kalziumantagonist, Blutdrucksenker, Aspirin hatten. Anschliessend wurden die Listen durchgesehen und die Diagnose anhand der KG verifiziert.

Ergebnisse

- Praxis A: 288 Patienten hatten eine Kombination der obigen Medikamente – bei 87 konnte die Diagnose KHK bestätigt werden (30%).
- Von den 288 Patienten hatten 101 den Code A2, die Durchsicht der KG ergab bei 65 Prozent die Diagnose KHK.
- Von den 87 über Medikamentenkombination und KG-Durchsicht identifizierten KHK-Patienten hatten nur 66 einen A2-Code (75%). Dieses Ergebnis ist verständlich, wenn man bedenkt, dass Patienten mit KHK die Praxis A nicht immer nur für ein «Herzproblem»

Kasten 1:

Performancekriterien

Folgende Performancekriterien wurden erhoben

1. Diagnose klar dokumentiert
2. Acetylsalicylsäure (ASS)
3. Mindestens 2 x jährlich Blutdruckmessung
4. Mindestens jährliche Blutdruckmessung bei KHK und Hypertonie
5. Antihypertensive Therapie bei BD syst. > 140 mmHg
6. Therapiewechsel bei unzureichender BD-Senkung
7. Lipidwerte innerhalb 5 Jahren gemessen
8. Lipidsenkung, wenn indiziert
9. Dokumentation des Nikotinkonsums
10. Beratung bezüglich Nikotinkonsum erfolgt
11. Wann war die letzte Beratung bezüglich Nikotinkonsum?
12. Betablocker bei Myokardinfarkt
13. ACE-Hemmer bei Herzinsuffizienz
14. Glukose mindestens 1 x gemessen

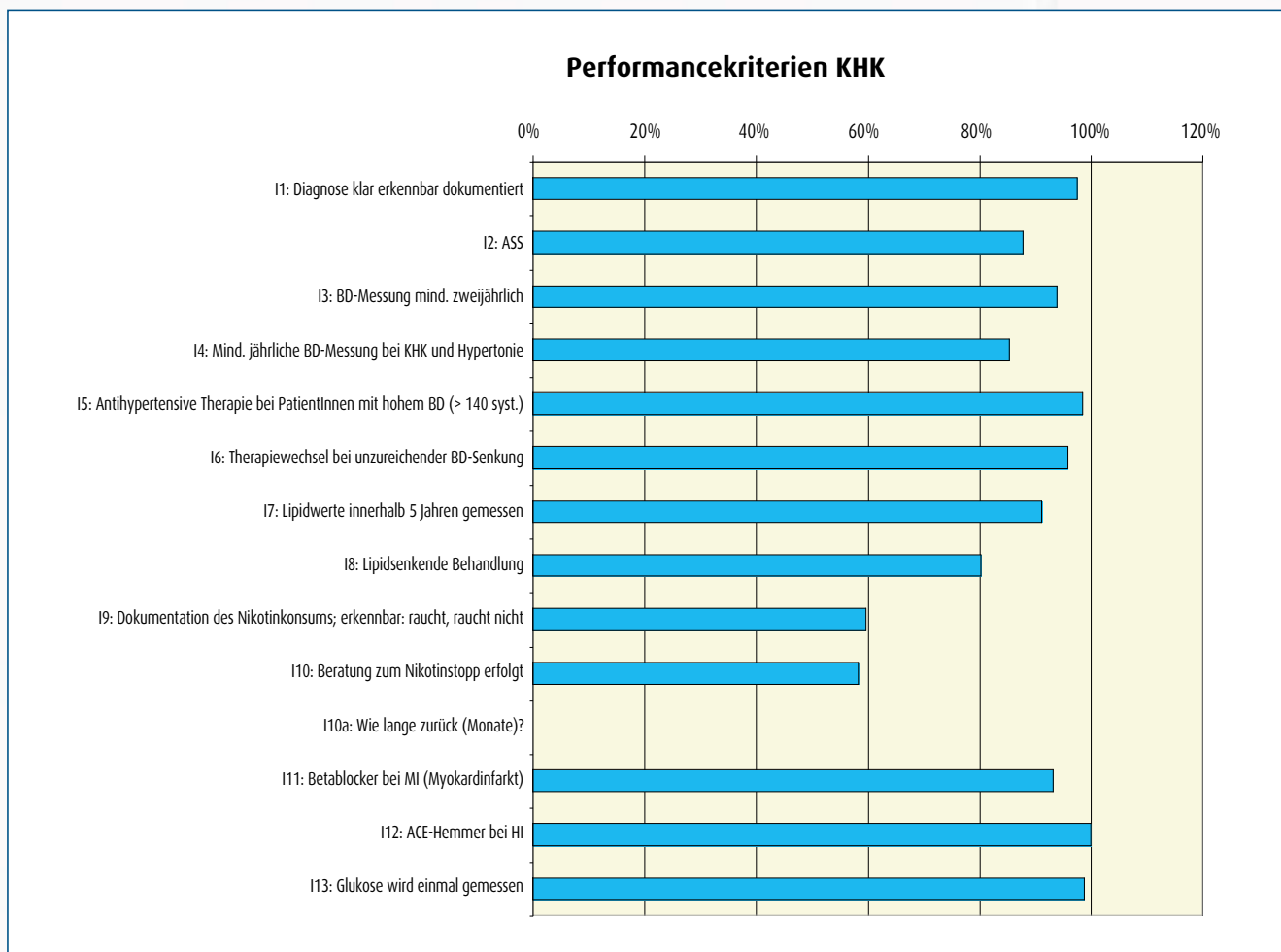


Abbildung 1: Ergebnisse der Performancemessung bei 87 Patienten mit bestätigter KHK (Ergebnisse Praxis A)

aufsuchen, da in der Praxis zum Beispiel auch Gynäkologin, Augenärztin, Hautärztin arbeiten.

■ Praxis B: Mit ähnlichen Ergebnissen konnten 114 Patienten mit KHK identifiziert werden.

Fazit

Mit einer programmierten Abfrage ist es möglich, aus einer Vielzahl von Patienten durch Kombination von Medikamentenbezug und A2-Code eine Liste mit denjenigen Patienten zu erstellen, die eine KHK haben. Diese Liste muss allerdings nachher mit den KG-Diagnosen verglichen werden.

Performancekriterien für KHK als Hinweis auf die Qualität der Behandlung

Die Qualität der Behandlung zu messen, ist nur über Umwege möglich, innerhalb

dieses Projekts wurden bestimmte Kriterien erhoben (Kasten 1), die einen Hinweis auf die Qualität geben und Lücken bei der Versorgung aufdecken können. Bei den Kriterien stützten wir uns auf ein vom AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen, und dem AOK-Bundesverband in Deutschland erarbeitetes Konzept, das auch innerhalb der EQUAM-Zertifizierung Anwendung finden soll (1).

Erhebung – nicht ganz einfach in einer Papier-KG

In unserem Projekt wurden die Kriterien anhand der Einträge in der KG erhoben. Diese Chartreviews können gut durch eine Pflegefachperson gemacht werden. Es zeigte sich aber, dass es äusserst mühsam ist, in den chronologisch aufgebauten Papier-KG diese Daten zu finden und

zum Teil auch, die Handschriften zu lesen. Wer solche Kriterien regelmässig erheben möchte, ist auf eine gut strukturierte elektronische KG mit Suchfunktion angewiesen, damit wäre die Erhebung fast auf «Knopfdruck» möglich. Leider bilden die heutigen elektronischen KG noch eher die Papierwelt ab, hier sind parametrisierte elektronische KG dringend nötig.

Die Führung separater «Performanceblätter» auf Papier scheint uns nicht sinnvoll, müsste man ja dann für viele Patienten mehrere Blätter mit zum Teil identischen Datensätzen (für KHK, für Diabetes, für Hypertonie) führen.

Ergebnisse

Die Erhebung kurz nach der Bearbeitung der Guideline zeigt sehr gute Ergebnisse (Abbildung 1) – allerdings ist zu berücksichtigen, dass in dieser Praxis ein Kar-

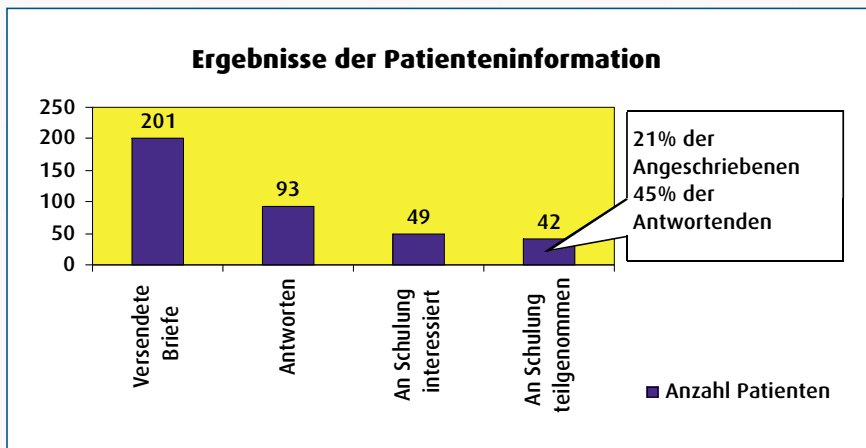


Abbildung 2: Die Information und Motivation durch einen Brief des Arztes zeigt ausgezeichnete Ergebnisse – fast die Hälfte der Angeschriebenen antwortet, und ein Fünftel der angeschriebenen Patienten hat an der Schulung teilgenommen (Ergebnisse Praxis A und B).

diologe arbeitet. Auffallend ist der Abfall beim Thema Nikotinkonsum: Hier konnte bei 40 Prozent die Dokumentation der Diagnose und der Beratung in der Papier-KG nicht aufgefunden werden. Es war auch praktisch unmöglich zu erheben, wann rauchende Patienten das letzte Mal auf ihren Nikotinkonsum angesprochen wurden. In einer elektronischen KG wäre hier (und bei anderen zu wiederholenden Untersuchungen) ein automatischer Reminder sehr hilfreich, denn wer erinnert sich schon daran, wann er einen seit Jahren rauchenden Patienten das letzte Mal auf seinen Nikotinkonsum angesprochen hat?

Information und Motivation der Patienten für eine Schulung

Die Erfahrung zeigt, dass die Rekrutierung der Patienten für Schulungen nicht ganz einfach ist (2). Die persönliche Ansprache durch den Arzt/die Ärztin ist am erfolgreichsten, aber auch sehr aufwendig. Wir wollten daher prüfen, ob auch ein Brief des Arztes Patienten mit KHK zur Teilnahme an einer solchen Schulung motivieren kann.

Rücklauf stimulieren mit einfachen Mitteln

Dabei wurde an alle KHK-Patienten ein Serienbrief im Namen des Arztes versendet, in dem die Schulung kurz vorgestellt und ein Fragebogen mit Bitte um Rücksendung beigelegt wurde. Um den Rücklauf zu stimulieren, wurde ein vorfran-

kiertes Antwortcouvert beigelegt, zudem erhielt jeder Einsender des Fragebogens einen Reka-Gutschein im Wert von 10 Fr. als kleines Dankeschön. Rücklaufquoten von 15 Prozent gelten bei Mailings schon als sehr gut, wir erreichten 46 Prozent! Die Versendung der Briefe sowie die Verarbeitung des Rücklaufs wurde zentral durch das Netz erledigt, so dass für die Ärzte keine zusätzliche Arbeit entstand.

Kasten 2:

Themen der Patientenschulung

Je nach Wissensstand, speziellen Wünschen der Ärzte und Risikofaktoren wurden folgende Themen in 3 bis 4 Lektionen behandelt:

1. Das gesunde Herz
2. Koronare Herzkrankheit – was ist das?
3. Meine Risikofaktoren
4. Alarmzeichen Herzschmerz – wie spüre ich sie, was tun?
5. Was ist ein Herzinfarkt?
6. Medikamente bei KHK
7. Lebensstil ändern
 - a. Rauchen
 - b. Stress und Entspannung/Leistung und Wohlbefinden
 - c. Bewegung: gesund und sicher
 - d. Ernährung/Übergewicht
8. Bluthochdruck
9. Diabetes mellitus: Lifestyle, Bewegung, Medikamentencompliance, jedoch keine eigentliche Diabetesberatung

Fast die Hälfte der Antwortenden nahm an Schulung teil

Die Patienten konnten im Fragebogen ankreuzen, ob sie an einer Schulung interessiert sind. Von den Antwortenden war über die Hälfte interessiert. Diese wurden in der Folge telefonisch von der Nurse kontaktiert und über das genaue Programm informiert, anschliessend wurde ein Termin für die Schulung vereinbart. Diese fand jeweils zu bestimmten Daten in der jeweiligen Praxis statt.

Gründe für Nicht-Teilnahme

Auch die Gründe für das Nichtinteresse wurden erhoben: Am häufigsten wurde eine erst kürzlich durchgeführte Rehabilitation oder das hohe Alter («bin zu alt dafür») genannt. Interessant wäre natürlich gewesen, die Gründe der Nichtantwortenden zu erfahren, diese Daten haben wir aber im Rahmen unseres Projekts nicht erhoben.

Fazit

Die Ergebnisse sprechen eindeutig dafür, dass es möglich ist, Patienten im Namen des Arztes schriftlich auf Schulungsprogramme aufmerksam zu machen und diese auch für eine Teilnahme zu motivieren: 21 Prozent der angeschriebenen Patienten haben an der Schulung mitgemacht und sie abgeschlossen (Abbildung 2). Diese Ergebnisse sind sehr viel besser, als wenn Versicherungen ihren Kunden ein Mailing schreiben, um sie zur Teilnahme an einem solchen Programm zu motivieren, dort liegen die Teilnahmeraten nicht einmal bei 2 Prozent (2).

Schulung der Patienten

mediX zürich hat eine eigene Patientenschulung entworfen, die je nach Bedarf auf verschiedene Probleme des Patienten eingeht (Kasten 2). Methodisch wurde bei der Schulung eine Mischung zwischen Informationsvermittlung und «Motivational Interviewing» angewendet. Es wurden ausschliesslich Einzelsitzungen durchgeführt, um auf Bedürfnisse, Kenntnisse und persönliche Probleme besser eingehen zu können. Anschliessend an die Schulung wurde

Kasten 3:

Projekt Disease Management KHK: Lessons learned

- Es ist möglich, Patienten mit KHK aufgrund der Abrechnungsdaten (Tessiner-code A2) und anhand der abgegebenen Medikamente zu identifizieren. Einfacher wäre aber ein Diagnosecode, der in einer elektronischen KG strukturiert abgelegt ist.
- Die Erhebung der Performancekriterien ist in einer Papier-KG nur mit sehr grossem Aufwand möglich. In einer strukturierten elektronischen KG wäre die Erhebung relativ einfach möglich. Allerdings sind die meisten elektronischen KG heute noch nicht entsprechend parametrisiert.
- Automatische Reminder für anstehende Untersuchungen/Beratungen wären hilfreich.
- Patienten können im Namen ihres Arztes innerhalb eines Disease-Management-Programmes schriftlich über Patientenschulungen informiert und motiviert werden. Der Erfolg ist dabei viel besser, als wenn die Krankenkasse die Patienten auf solche Programme aufmerksam macht.
- Eine Patientenschulung muss nicht durch den Arzt durchgeführt werden; eine ausgebildete Pflegefachperson – die nicht fest in der Praxis angestellt sein muss – wird von den Patienten gut akzeptiert, insbesondere wenn sie vorgängig von ihr kontaktiert wurden.
- Der administrative Aufwand für solche Programme wäre relativ hoch, wenn der Arzt alles selber machen müsste – hier kann das Netz aber einen grossen Teil des Aufwands übernehmen und so die Ärzte entlasten.

der behandelnde Arzt schriftlich über den Inhalt und die Themen der Schulung informiert.

Alle geschulten Patienten wurden nach drei bis sechs Monaten nochmals angeschrieben und nach ihrem Verhalten bezüglich Ernährung, Bewegung, Nikotin sowie Zufriedenheit mit der Schulung gefragt. Die meisten PatientInnen schätzten die Schulung als sehr hilfreich oder hilfreich ein. Am häufigsten gelobt wurde die Tatsache, dass sich jemand Zeit nimmt, die «Herzensangelegenheiten» zu besprechen («... der Arzt hat doch in der Sprechstunde gar nicht die Zeit ...»). Geschätzt wurde auch die Offenheit, um über Themen wie Sexualität zu sprechen. Die Patienten empfanden es als sehr positiv, dass ihr Arzt ihnen eine solche Schulung ermöglichte.

Im Rahmen dieses Projekts wurde der gesamte administrative Aufwand durch die Pflegefachperson, die von mediX zürich bezahlt wurde, erledigt. Dieser Aufwand ist nicht zu unterschätzen und sollte keinesfalls, «um zu sparen», an die einzelnen Ärzte beziehungsweise ihre MPA delegiert werden!

Anreize für Patienten und Ärzte

Die Schulung der Patienten ist ein weiterer Schritt auf dem Weg zum Shared Decision Making und zum Patientenempowerment. Herausforderung wird sein, Möglichkeiten und Anreize zu finden, die «demotivierte» Patienten für solche Schulungen begeistern – hier besteht grosser Forschungsbedarf.

Um Disease Management wirklich zu einem Erfolg zu machen, muss es aber auch gelingen, Ärzte für solche Programme zu begeistern. Das heisst: Nicht nur die Patienten sondern auch die Ärzte brauchen eine «Belohnung», wenn sie solche Programme umsetzen – seien dies vonseiten der Versicherer bessere Taxwertpunkte oder bessere Verträge oder vonseiten des Netzes höhere Partizipation am Gewinn bei Budgetverträgen für diejenigen Ärzte eines Netzes, welche an solchen Programmen teilnehmen.

Handlungsbedarf besteht auch bei der Abgeltung der Schulung durch Pflegefachleute. Die meisten Versicherer haben nämlich eine Übernahme dieser Kosten aus der Grundversicherung abgelehnt – obwohl sie selbst viele Pflegefachleute

für Case Management mit ähnlichen Aufgaben bezahlen. In unserem Netz konnten die Kosten durch «Gewinnmargen» aus Budgetverträgen und Vergünstigungen aus dem gemeinsamen Einkauf von Laborleistungen gedeckt werden.

Ausblick in die Zukunft

Disease Management wird in Zukunft ein wichtiges Tool bei der Betreuung von chronisch kranken Patienten sein. Performancekriterien können dabei helfen, Lücken bei der Betreuung aufzudecken. Aggregierte Daten der Kriterien zeigen den Kostenträgern gleichzeitig die Qualität der Behandlung in einem Netz.

Wie bei allen Dingen, die in einem Netz gemacht werden, stellt sich auch hier die Frage: Make or buy? Die Umsetzung von Guidelines und die Erhebung der Kriterien ist eine netzinterne Aufgabe. Vermutlich ist es aber für den Patientenschulungsteil sinnvoll, mit DM-Anbietern zusammenzuarbeiten und als Netz nicht alles selbst zu machen. Aber auch beim Auslagern muss sich jemand vom Netz für die interne Umsetzung verantwortlich fühlen und für diese Arbeit abgegolten werden.

Referenzen:

1. Stock J. Szecsenyi J.: Stichwort: Qualitätsindikatoren, Bonn/Frankfurt 2007.
2. Weber A., Götschi A.S., Kühne R., D. Meier: Patientenrekrutierung für Disease Management. Schweizerische Ärztezeitung 2004; 85 (Nr. 48): 2581-2584.

Autoren:

**Dres. med. Anne Sybil Götschi,
Felix Huber, Andreas Weber;
alle mediX zürich**

Korrespondenz:

Dr. med. Anne Sybil Götschi
mediX zürich
Sumatrastrasse 10, 8006 Zürich
E-Mail: annesybil.goetschi@medix.ch

Wir danken allen beteiligten Ärztinnen und Ärzten sowie ihren MPA für den grossen Einsatz. Das Projekt wurde vollständig durch mediX zürich finanziert.