

Disability Management

Disability Management (DM) hat zum Ziel, die individuelle Arbeits- und Leistungsfähigkeit von Menschen zu optimieren, die gesundheitlich beeinträchtigt sind. Eine internationale Konferenz vom 13.–15. September 04 in Maastricht (Niederlande) hat sich intensiv mit DM befasst: Es ging um die berufliche (Re)-Integration von Menschen, welche gesundheitlich eingeschränkt sind. Dabei sind vor allem die Arbeitgeber gefordert: Proaktiv sollen Fehlzeiten erhoben und Lösungen für den Erhalt des Arbeitsplatzes gesucht werden. Angestellte und Führungspersonen sollen gemeinsam verantworten, dass Anpassungen am Arbeitsplatz vorgenommen werden. Immer geht es darum, dass die personellen und betriebswirtschaftlichen Folgekosten kontrolliert werden. Die Rückkehr an den Arbeitsplatz wird als entscheidender Schritt in der Rehabilitation gesehen. Dabei sollen die Bedürfnisse des Arbeitnehmers und des Arbeitgebers berücksichtigt werden. Dieses Vorgehen hat sich in den USA und in Kanada bewährt. Es schlägt sich in einer tieferen Absenzenquote und einer besseren Produktivität der gesundheitlich angeschlagenen Mitarbeitenden nieder, lohnt sich also für die Firmen direkt. (bc)

Quelle: Véronique Merckx, Nancy Wayland Bigler: Disability Management: Internationale Erkenntnisse liegen vor. In: Soziale Sicherheit Nr. 6/2004, S. 385 ff.

Wenn geistig behinderte Menschen pensioniert werden

Herzprobleme, Infektionen, Übergewicht: Früher waren sie oft verantwortlich für den vorzeitigen Tod von geistig behinderten Menschen. Mit der modernen Medizin und dank der verbesserten Betreuung leben sie heute viel länger. Das heisst auch, dass sie oft nicht mehr vor ihren Eltern sterben, die sie betreut haben, sondern beim Tod eines Elternteils auf institutionelle Hilfe angewiesen werden. Heute erreichen beispielsweise Menschen mit Down-Syndrom oft das Pensionsalter. Serge Bednarczyk, Präsident der Fondation Aigues-Vertes (Integrationsstätte für Menschen mit geistiger Behinderung) be-

richtet, dass in Genf das Angebot an Heimplätzen für diese Altersgruppe vergrössert werden muss. (bc)

Quelle: Laurence Bézaguet: Les handicapés mentaux vivent de plus en plus vieux. In: Tribune de Genève. 23. November 04.

Effizienz von Prävention

Prävention ist kosteneffektiv und kann zu Einsparungen führen. Zu diesem Schluss kommen Christian Krauth und Alexander Haverkamp von der Medizinischen Hochschule Hannover. Bei gesundheitsökonomischen Studien werden Kosteneinsparungen oder Kosten pro gewonnenes Lebensjahr (life year saved/LYS) ausgewiesen. Sind diese kleiner als 10 000 Euro/LYS, so gelten Präventionsmassnahmen als eindeutig effizient, Kosten bis 50 000 Euro/LYS sind noch immer gleichwertig mit akutmedizinischen Interventionen. Die Autoren haben verschiedenste Gesundheitsprobleme beleuchtet: Blutdrucksenker und Ernährungsumstellungen sind effizient bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auch Raucherentwöhnungsprogramme erwiesen sich als kosteneffektiv. Und leichte Trainings- und Aktivitätsprogramme sparen direkte und indirekte Kosten bei akuten und chronischen unspezifischen Rückenschmerzen. (bc)

Quelle: Christian Krauth, Alexander Haverkamp: Was wissen wir über Kosten und Effizienz von Präventionsprogrammen? In: Forum Public Health, Nr. 45, Dezember 2004, Seite 6. Internet: www.elsevier.de/pbh

Krankheitsbezogene Guidelines und Mehrfacherkrankungen

Guidelines werden an Patienten entwickelt, die an *einer* Krankheit leiden, und welche zudem die Medikamente richtig einnehmen. Ältere Patienten und solche mit mehreren Krankheiten werden meist aus Studien ausgeschlossen. Können die Resultate auf multimorbide, ältere Patienten übertragen werden? Was gilt, wenn ein Patient an Diabetes, Herzinsuffizienz, Schlaflosigkeit und Osteoporose leidet? Dies fragen sich die Autoren Tinetti, Bogardus und Agostini im «New England Journal of Medicine».

Selten werden Prioritäten vorgegeben in Guidelines, wenn verschiedene Medikamente verschrieben werden.

VORSCHAU

Schwerpunktthema:
**KONFLIKTFELDER IN DER
GESUNDHEITSSTEUERUNG**

Erscheinungsdatum: 8. April 2005

Hot Spots in der Gesundheitssteuerung

Qualität und Budgetverantwortung

**Patientenmanagement:
zu viel – zu wenig?**

**Evidence based Medicine
versus ärztliche Intuition**

MC im Spital

**Tiefere Kosten dank mächtigen
«Konsumenten»?**

**Case und Disease Management
in Ärztenetzen**

Persönliche Assistenz in Europa

**Selbsthilfe in Deutschland und
der Schweiz**

Wie interferieren diese Medikamente? Studien untersuchen meist nur die kurzfristigen Effekte. Wieviel Nutzen kann der Patient aus den kombinierten Medikamenten ziehen, und wo schaden sie ihm? Wie soll die sinkende Compliance gehandhabt werden? Was passiert, wenn die Medikamente über Jahrzehnte hinweg eingenommen werden?

Die Autoren Tinetti et al. weisen auf die Schwächen von Guidelines hin: Ist, was gut ist gegen eine Krankheit, auch gut für den Patienten, der an mehreren Krankheiten leidet? Bei der Guideline-Entwicklung sollte der Fokus weg von der Krankheit, hin zum Patienten, gerichtet werden, fordern die Autoren. Die Effekte von multiplen Medikamentengaben müssen erforscht werden. Es bleibe die schwierige Frage, ob für die Krankheit (Guideline) oder für den Patienten Medikamente verschrieben werden sollen. (bc)

Quelle: M. Tinetti, S. Bogardus, J. Agostini: Potential Pitfalls of Disease-Specific Guidelines for Patients with Multiple Conditions. In: New England Journal of Medicine, 351: 2870–2874. 30. Dez. 04.