

Verbreitung und Strategien zur Bekämpfung chronischer Krankheiten im internationalen Vergleich

Britta Zander und Reinhard Busse

Chronische Krankheiten stellen für die Gesundheitssysteme vieler Länder eine ernstzunehmende Belastung dar und zählen zu den größten Herausforderungen für die kommenden Jahre. Zu der Gruppe der chronischen Krankheiten werden insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, psychische Erkrankungen wie Depression oder Demenz, chronische Atemwegserkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen gerechnet, zunehmend können aber durch effektivere Therapiemöglichkeiten auch viele Krebserkrankungen und Infektionen wie HIV/AIDS ergänzt werden. Allein Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind für mehr als die Hälfte aller Todesfälle in der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (Tabelle 1) verantwortlich und verursachen – gemessen an DALY (Disability Adjusted Live Years: Lebensjahre, die durch Krankheit verloren

gehen) – den höchsten Anteil an der Krankheitslast (23%), gefolgt von psychischen Erkrankungen (20%) und Krebs (11%) (WHO Regionalbüro für Europa, 2006). Durch technische und medizinische Fortschritte ist die Lebenserwartung fast aller Bevölkerungen in den letzten Jahren angestiegen (Abb. 1). Ein Anstieg der Lebenserwartung bedeutet zwar einerseits einen Indikator für verbesserte medizinische Versorgung in einem Land. Er impliziert andererseits jedoch auch, dass trotz einer „Kompression der Morbidität“ möglicherweise der Anteil an Menschen, der hohe Gesundheitskosten verursacht, ansteigen wird. Schon heute leiden circa 35% der über 60jährigen Männer unter zwei oder mehr chronischen Krankheiten und die Zahl der Begleiterkrankungen steigt mit zunehmendem Alter. Erschwerend kommt die generelle Alterung in den Bevölkerungen

hinzu, die bis ins Jahr 2050 um 15 Jahre ansteigen soll (WHO Regionalbüro für Europa, 2006). Chronische Krankheiten sind weltweit für 61% (85% innerhalb der EU) der Todesfälle und 46% (77% innerhalb der EU) der Krankheitslast verantwortlich. Waren chronische Erkrankungen vor einigen Jahren noch ein Phänomen der „Reichen“ und „Älteren“, so sind heutzutage in den Industrieländern auch arme und junge Menschen betroffen (Busse et al., 2010). Laut Schätzungen der WHO werden chronische Krankheiten bis zum Jahr 2015 die Hauptursache für Krankheit und Behinderung weltweit sein und verantwortlich für zwei Drittel aller Todesfälle (WHO, 2005).

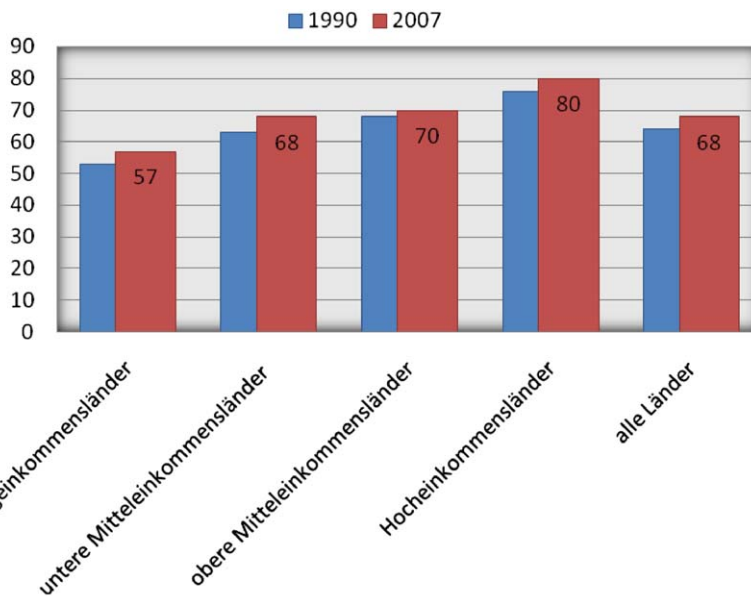
Um eine weitere Ausbreitung chronischer Krankheiten zu verhindern ist es wesentlich, dass Gesundheitssysteme die Herausforderung annehmen und sich auf die Entwicklung und Implementierung effektiver, umfassender Strategien konzentrieren. Obwohl Ansätze in der Leistungserbringung zwischen den einzelnen Ländern variieren, können sich in Analysen einzelne Strategien zusammenfassen lassen, die auf vielversprechende Ergebnisse hindeuten (Nolte, McKee, 2008; Busse et al., 2010). Dazu gehören:

- Strategien zur Prävention und Vorsorgeuntersuchungen,
- die Entwicklung neuer Berufsfelder und Leistungserbringer,
- finanzielle Anreize um gute Versorgung und Qualität zu fördern,

Tabelle 1: Durch ausgewählte chronische Krankheiten bedingte Krankheitslast und Todesfälle in der Europäischen Region der WHO (Schätzungen für 2005).

Ursachengruppe (ausgewählte wichtigste NCD)	Krankheitslast (DALY) (in Tausend)	%	Todesfälle (in Tausend)	%
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	34421	23	5067	52
Neuropsychiatrische Erkrankungen	29370	20	264	3
Krebs (bösartige Neubildungen)	17025	11	1855	19
Atemwegserkrankungen	6835	5	420	4
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	5745	4	26	0
Diabetes mellitus	2319	2	153	2
Alle Ursachen	150322	100	9564	100

Quelle: WHO Regionalbüro für Europa 2006.



Quelle: WHO 2009.

Abbildung 1. Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt (1990 und 2007) nach Einkommensländern. Quelle: WHO, 2009.

- Disease Management Programme (DMPs) und integrierte Versorgungsmodelle sowie
- der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologien.

Verschiedene Studien und Analysen haben sich mit der Wirksamkeit und Kosteneffektivität dieser Maßnahmen befasst. Sie ergaben, dass die untersuchten Strategien aussichtsreiche Ergebnisse liefern könnten (und auch schon tun), es jedoch bislang insgesamt noch an fundierter, langfristiger Evidenz der gesundheitlichen Outcomes mangelt bzw., hinsichtlich der Präventionsmaßnahmen, sie nicht in dem erforderlichen Umfang angewendet werden.

Dazu gehört die Entwicklung neuer Berufsfelder, wie z.B. höher qualifizierter Pflegepersonen wie den sog. “nurse practitioners” in den Niederlanden oder Neuseeland, die

in limitierten Umfang auch Rezepte ausstellen können und so Ärzte entlasten. Schweden überträgt seinem qualifizierten Pflegepersonal sogar in “nurse-led clinics” die Versorgung chronisch Kranker, insbesondere für Diabetes und Herzinsuffizienz, was die Kosten der (eher verbesserten) Versorgung reduziert. Bezüglich der Nutzung finanzieller Anreize lohnt es sich nach England zu gucken: Im Rahmen der neuen Allgemeinanzverträge ist 2004 das sog. “Quality and Outcomes Framework” eingeführt worden, wo Ergebnisse der Struktur- (z.B. Führen eines Registers mit allen Schlaganfallpatienten), Prozess- (etwa Prozentsatz der Patienten, die nach einem Herzinfarkt ACE-Hemmer erhalten) und Ergebnisqualität (z.B. Blutdruck bei Diabetikern im Normbereich) den Hausarztpraxen bis zu deutlich über € 100.000 Bonus verschaffen können (Nolte, McKee, 2008; Nolte et al.,

2008). Auch hinsichtlich DMPs und integrierten Versorgungsmodellen konnte eine begünstigende Wirkung auf die Prozessqualität und Krankheitskontrolle bei chronischen Erkrankungen festgestellt werden, jedoch gilt es auch hier Evidenz zu medizinischen und ökonomischen Langzeitwirkungen abzuwarten.

Aufgrund solcher Evidenzlücken wird es für politische Entscheidungsträger zur Herausforderung, die richtigen Strategien und Maßnahmenbündel auszuwählen. Hinzu kommt, dass die Implementierung neuer Behandlungsmethoden kurzzeitig nicht zu Kosteneinsparungen, sondern eher zu Kostensteigerungen führen wird – zumindest wenn nur die direkten Kosten gewertet werden, d.h. indirekte Kosten durch höhere Produktivität außer Acht bleiben (Busse et al., 2010). Zukünftig sollten Politik und Wissenschaft enger kooperieren, um Programme und Strategien von vornherein so zu gestalten, dass sie evaluiert werden, so dass ihre Kosten(in)effektivität erkannt und berücksichtigt werden kann.

Literatur siehe *Literatur zum Schwerpunktthema*.
www.elsevier.de/phf-literatur

Die korrespondierende Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

doi:10.1016/j.phf.2009.12.015

Dipl.-Kffr. Britta Zander
 Technische Universität Berlin
 Wissenschaftliche Mitarbeiterin
 Fachgebiet Management im
 Gesundheitswesen
 Straße des 17. Juni 135
 10623 Berlin
britta.zander@tu-berlin.de

Einleitung

Chronische Krankheiten stellen für die Gesundheitssysteme vieler Länder eine ernstzunehmende Belastung dar und zählen zu den größten Herausforderungen für die kommenden Jahre. Allein Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind für mehr als die Hälfte aller Todesfälle in der Europäischen Region verantwortlich und verursachen den höchsten Anteil an der Krankheitslast (23%), gefolgt von psychischen Gesundheitsproblemen (20%) und Krebs (11%).

Schlüsselwörter:

Chronische Krankheiten = chronic diseases, Risikofaktoren = risk factors, Mortalität = mortality, Krankheitslast = burden of disease, Lebenserwartung = life expectancy

Literaturverzeichnis

- Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions, and challenges. Observatory Studies Series, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2010.
- Nolte E, McKee M, Herausgeber. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Maidenhead: Open University Press; 2008.
- Nolte E, Knai C, McKee M, Herausgeber. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. Observatory Studies Series No 15, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2008.
- WHO. World Health Statistics, 140, 2009. Available at: <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>.
- WHO Regionalbüro für Europa. Bewältigung der wichtigsten Krankheiten in der Region: Herausforderungen und Lösungen. Faktenblatt EURO/03/06; 2006. S. 1–6.
- WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Part two. The urgent need for action, 2005. S. 38–57. Available at: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/part2.pdf.