

Bekämpfung chronischer Krankheiten und Versorgung chronisch Kranker – international

Chronische Krankheiten stellen für die Gesundheitssysteme vieler Länder eine ernstzunehmende Belastung dar, sowohl in gesundheitsökonomischer als auch sozialpolitischer Hinsicht. Sie zählen zu den größten Herausforderungen für die kommenden Jahre. Um der weiteren Ausbreitung chronischer Erkrankungen und ihrer medizinischen und ökonomischen Konsequenzen wirksam zu begegnen, müssen die Gesundheitssysteme diese Herausforderung annehmen und Strategien entwickeln, evaluieren und, sofern wirksam, breit implementieren.

Reinhard Busse



Laut Schätzungen der WHO werden chronische Krankheiten bis zum Jahr 2015 weltweit die Hauptursache für Krankheit und Behinderung sein und verantwortlich für zwei Drittel aller Todesfälle. Waren chronische Erkrankungen vor einigen Jahren noch ein Phänomenen der „Reichen“ und „Älteren“, so sind heutzutage in den Industrieländern auch arme und junge Menschen betroffen.² Denn auch in Entwicklungs- und Schwellenländern werden chronische Erkrankungen immer mehr zu einer medizinischen Herausforderung.³ Bei der Suche nach den Gründen werden zwei immer schnell genannt – die steigende Lebenserwartung und der medizinische

Fortschritt. Es lohnt sich, darauf kurz einzugehen: Tatsächlich ist in den letzten 100 Jahren die Lebenserwartung fast aller Bevölkerungen durch technische und medizinische Fortschritte sowie verbesserte Arbeits- und Lebensbedingungen kontinuierlich angestiegen. In den EU15-Ländern stieg die Lebenserwartung allein in den vergangenen 40 Jahren um 10 Jahre, das sind drei Monate pro Jahr. Dieser Anstieg ist in jüngster Vergangenheit sogar eher noch steiler geworden, und so ist es nicht verwunderlich, dass die WHO von einem weiteren Anstieg von bis zu 15 Jahren bis 2050 ausgeht.⁴

Ob und wie weit dieser Anstieg der Lebenserwartung auf die Gesundheitsversorgung zurück geführt werden kann, war lange Zeit Gegenstand von Diskussionen. Während Mediziner den Einfluss ihrer Tätigkeit traditionell eher überschätzt haben, waren Sozialmediziner wie Thomas McKeown noch in den 1970er-Jahren deutlich skeptischer. Die Klärung der Frage war nicht zuletzt auch ein methodisches Problem – inzwischen hat sich dafür insbesondere das Konzept der „medizinisch vermeidbaren, bzw. beeinflussbaren, Sterblichkeit“ etabliert. Dabei wird untersucht, wie sich die Mortalität von Krankheiten entwickelt, die durch effektive und gut organisierte Gesundheitsmaßnahmen verringert werden könnten. Es konnte gezeigt werden, dass ein Großteil der Verlängerung der Lebenserwartung auf eine zurückgehende Mortalität bei genau diesen Krankheiten zurückzuführen ist.⁵

Inzwischen ist also klar, dass eine gute Gesundheitsversorgung das Leben verlängert. Umstritten war lange Zeit, ob diese „gewonnene“ Zeit in – wie Skeptiker meinen – Krankheit und Behinderung verbracht wird oder in Gesundheit. Letztere Aussage stützt sich auf die Überlegung, dass wir nur älter werden, weil wir in jedem Lebensalter gesünder als die vorhergehende Generation sind. Bekannt geworden ist diese Hypothese insbesondere durch James Fries, der 1980 dafür den Begriff der „Kompression der Morbidität“ prägte. Inzwischen hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Verlängerung der Lebenserwartung nicht notwendigerweise mit einer Verlängerung von Krankheitszeiten einhergeht, sondern dass sich diese gleichsam hinausschieben. Diese an und für sich guten Nachrichten – die immer wirksamere Gesundheitsversorgung und die nicht notwendigerweise ansteigenden Zeiten von Krankheit und Behinderung – dürfen jedoch nicht dazu führen, dass wir uns zurücklehnen.

Zum einen führt der immer bessere Gesundheitszustand dazu, dass medizinische Interventionen, wie die Implantation eines künstlichen Hüftgelenks, durchgeführt werden, die bei schlechterem Gesundheitszustand unterbleiben würden – dass also ein besserer Gesundheitszustand durchaus zu höheren Gesundheitsausgaben führen kann. Zum anderen steigt die absolute Zahl von chronisch Kranken dadurch, dass immer mehr Personen alt werden. Daher ist es wichtig, dass sich Gesundheitssysteme der Herausforderung stellen und die Entwicklung und Implementierung effektiver, umfassender Strategien antreiben. Schon heute leiden circa 35 % der über 60-jährigen Männer unter zwei oder mehr chronischen Krankheiten und die Zahl der Begleiterkrankungen steigt ebenfalls mit zunehmendem Alter. Um der wachsenden Multimorbidität Rechnung zu tragen muss die Versorgung an die individuellen Bedürfnisse der Patienten angepasst werden.

Da die Herausforderungen in vielen Ländern ähnlich sind, können durch Erfahrungen und erfolgreiche Strategien anderer Länder wichtige Rückschlüsse auf die eigenen Strategien und Empfehlungen gezogen werden.⁶ Es existieren zwar Unterschiede zwischen den Ansätzen der Leistungserbringung in den einzelnen Ländern. Dennoch lassen sich einzelne, gemeinsame Strategien herausfiltern, die vielversprechende Ergebnisse erkennen lassen.⁷ Dazu gehören Strategien zur Prävention und Vorsorgeuntersuchungen sowie weiter verbesserte Therapiemöglichkeiten durch neue Medikamente mit verbessertem Nutzen. Außerdem die Entwicklung neuer Leistungsanbieter und Berufsfelder, Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) und integrierte Versorgungsmodelle. Weiter zählen dazu finanzielle Anreize, um gute Versorgung und Qualität zu fördern sowie der Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnologie.

Risikofaktoren für chronische Erkrankungen. Die Hauptrisikofaktoren, die für die enorme Krankheitslast chronischer Krankheiten verantwortlich sind, können schnell aufgezählt werden: Bluthochdruck, Tabak, Alkohol, hohes Cholesterin, Übergewicht, geringer Verzehr von Obst und Gemüse sowie Bewegungsmangel. Durch eine gesunde Lebensweise könnten viele schwerwiegende und kostenintensive Erkrankungen – wie Herzkrankheiten, Krebs oder Diabetes – verhindert werden.⁸ Rauchen ist in Industrieländern mittlerweile der schwerwiegendste Risikofaktor für Krankheiten und ursächlich für die meisten vorzeitigen Sterbefälle. Weltweit sterben die Hälfte der Raucher im Durchschnitt 15 Jahre zu früh an den Folgen der Tabaksucht.⁹ Die Wirksamkeit vieler Maßnahmen gegen den Tabakkonsum ist gut belegt (und die kurative Medizin bei Lungenkrebs weiterhin machtlos). Daher sind Länder gut beraten, die in jüngster Zeit eingeführten Interventionen konsequent fortzuführen.

DMP – Wo stehen wir? Es gibt verschiedene Definitionen von strukturierten Behandlungsprogrammen, doch beinhalten die meisten drei wesentliche Aspekte: Das Vorhandensein wissenschaftlich akzeptierter Behandlungsleitlinien, sektorenübergreifende Versorgungsziele und –prozesse, also integrierte Versorgungsstrukturen, und die Gewährleistung eines auf einer regelmäßigen Evaluation aufbauenden kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

DMP wurden ursprünglich in den 90er-Jahren in den USA entwickelt, bevor sie auch in europäischen Ländern, wie z. B. in Großbritannien und vor allem in Deutschland, implementiert wurden. Inzwischen gilt Deutschland international als „DMP-Weltmeister“. Die Einführung von DMP hatte zum Ziel, einen möglichen Lösungsansatz zu finden, der die Qualität bei der Versorgung chronisch Kranker verbessern

und gleichzeitig die Kosten begrenzen sollte. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Patienten sektorenübergreifend über die gesamte Dauer ihrer Krankheit hinweg begleitet werden sollen. Dabei wird versucht, auf alle Elemente zur optimalen Behandlung einer Krankheit unter medizinischen und ökonomischen Gesichtspunkten zurückzugreifen und den Patienten aktiv in seinen Versorgungsprozess mit einzubinden.¹⁰

Wirksamkeit der DMP in der Bekämpfung chronischer Erkrankungen. Die Erkenntnisse zur langfristigen gesundheitlichen Wirksamkeit von DMP sind leider nicht so, wie man es angesichts ihres breiten Einsatzes erwarten sollte. Insbesondere mangelt es derzeit noch an großangelegten, bevölkerungsbezogenen Studien, die sich mit der Wirksamkeit von DMP befassen. Insbesondere in Deutschland ist die Chance vertan worden, die großen DMP-Teilnehmerzahlen für methodisch solide Studien zu nutzen – also solche, die den Zeitraum vor der DMP-Teilnahme berücksichtigen als und eine Kontrollgruppe von chronisch Kranken ohne DMP-Teilnahme verfügen. So gibt es international nur Evidenz aus kleineren und zumeist relativ kurzen Studien, zumeist aus den USA, die darauf hindeuten, dass DMP einen positiven Einfluss auf den Versorgungsprozess von koronaren Herzerkrankungen, Herzinsuffizienz, Diabetes und Depressionen haben. In Bezug auf Asthma und COPD ist die Evidenzlage allerdings noch nicht beweiskräftig genug beziehungsweise stehen noch aussagekräftige Untersuchungen aus. Auch gibt es noch keinen eindeutigen Hinweis zu medizinischen (Langzeit)-Outcomes. Bisherige Studienauswertungen deuten auch darauf hin, dass innerhalb der verschiedenen DMP die Koordination und Vernetzung zwischen den einzelnen Sektoren noch nicht reibungslos funktioniert und gezieltere finanzielle Anreizsysteme geschaffen werden sollten.

Kosteneffektivität der DMP. Da die finanziellen Ressourcen in fast allen Gesundheitssystemen begrenzt sind, müssen sich Gesetzgeber zwischen einzelnen Strategien und Initiativen bei der Mittelvergabe entscheiden. Kosten-Wirksamkeits-Studien können dabei helfen, diese Entscheidungen zu treffen, indem sie die die Kosten und klinischen Outcomes von alternativen Interventionen erheben und dann messen, inwieweit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes mit jeder zusätzlich ausgegebenen Geldeinheit einhergeht. Da DMP in Europa noch nicht sehr lange existieren, ist auch hinsichtlich der Kosteneffektivität noch keine eindeutige Aussage zu den mittel- und langfristigen Auswirkungen möglich. Erste Studien geben allerdings schon Anlass zu der Annahme, dass strukturierte Behandlungsprogramme gegenüber Standardbehandlungen nicht unbedingt zu Kosteneinsparungen führen. Um genauere Aussagen

treffen zu können, bleiben weiterführende, großangelegte Studien abzuwarten.¹¹

„Chronic Care“-Modell statt DMP? Ein Schlüsselmerkmal der DMP in der Behandlung von chronischen Erkrankungen sind die Besonderheiten der jeweiligen Erkrankung. Jedoch sind viele der Patienten an mehreren chronischen Krankheiten gleichzeitig erkrankt, woraus sich die Idee des indikationsübergreifenden Versorgungsmanagements ableitet. Dabei wird zumeist auf das „Chronic Care Modell“ von Ed Wagner verwiesen.

Das Modell ist interdisziplinär und multidimensional angelegt. Es beschreibt verbesserte Versorgungsprozesse und stellt fördernde Ressourcen des Gemeinwesens und der einzelnen ärztlichen Leistungserbringer vor. Im Kern beschreibt es, wie mit einem „proaktiven Ansatz“ gut vorbereitete und vorausschauend tätige Praxisteams und ihre informierten Patienten – mit aktiver Rolle in ihrer Behandlung – gemeinsam verbesserte Behandlungsergebnisse erzielen. Erreicht werden diese über den Aufbau „produktiver Interaktionen“. Hier ist zum einen die im medizinpsychologischen Sinne gelungene partnerschaftliche und vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt, Praxisteam und Patienten angesprochen. Darüber hinaus werden Elemente genannt, die sich in ihrem Zusammenwirken auch produktiv auf die Gesundheit des Patienten auswirken:¹²

- Die Unterstützung des Selbst-Managements ist die Hilfe zur Selbstsorge des Patienten und gegebenenfalls seiner Angehörigen. Hier wird eine Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz im Sinne eines „Empowerments“ beabsichtigt. Es umfasst Hilfen für das Selbstbeobachten von klinischen Ergebnissen und für den sicheren Umgang mit ihnen.
- Die klinische Entscheidungen werden z.B. mit evidenzbasierten Leitlinien für Ärzte und Patienten unterstützt. Eine bessere Kooperation mit Fachspezialisten oder anderen Leistungserbringern und Versorgungsstufen kann mit „Versorgungspfaden“ erreicht werden. Sie beschreiben definierte Schnittstellen je nach Komplexität des gesundheitlichen Problems und des Versorgungsbedarfs des einzelnen Patienten.
- Bei der Gestaltung der alltäglichen Praxisabläufe in der Patientenversorgung, also der Leistungserbringung, ist die Aufgabenteilung innerhalb des Praxisteams entscheidend. Medizinische Fachangestellte können u. a. spezielle Sprechstunden mit Patientenschulungen oder regelmäßige Follow-ups im Case Management anbieten.

- Klinische Informationssysteme, wie krankheitsspezifische Patientenregister, können dem Praxisteam zeitgerechte Erinnerungen melden, aktuelle Patienteninformationen erstellen oder Langzeitverläufe und –planungen einzelner Patienten abbilden. Außerdem können sie Ergebnisse der Qualitätsentwicklung im Praxisteam darstellen, die dann als Grundlage für die Reflektion über die eigene Arbeit genutzt werden können.

Ausblick: Was noch getan werden kann, sollte, muss.

Auch bezüglich der anderen angesprochenen Strategien zur Bekämpfung chronischer Erkrankungen haben sich schon verschiedene Studien und Analysen mit der Wirksamkeit und Kosteneffektivität beschäftigt. Sie ergaben, dass die untersuchten Strategien vielversprechende Ergebnisse liefern könnten und auch schon tun. Bislang mangelt es jedoch insgesamt noch an fundierter, langfristiger Evidenz und, mit Hinblick auf Präventionsmaßnahmen, werden die Ergebnisse nicht im erforderlichen Umfang angewendet.

Zu der Strategie „Entwicklung neuer Berufsfelder“ werden z. B. höher qualifizierte Pflegepersonen gezählt, wie es sie als „nurse practioners“ in den Niederlanden oder Neuseeland schon gibt. Sie können in limitiertem Umfang Rezepte ausstellen und sind so in der Lage, die Ärzte zu entlasten. Schweden überträgt seinem qualifizierten Pflegepersonal sogar in „nurse-led clinics“ die Versorgung chronisch Kranker, insbesondere bei Diabetes und Herzinsuffizienz, was die Kosten dieser eher noch verbesserten Versorgung reduziert.

Bezüglich der Nutzung finanzieller Anreize lohnt es sich, nach England zu schauen: Im Rahmen der neuen Allgemeinanzverträge ist 2004 das „Quality and Outcomes Framework“ eingeführt worden. Hier können Ergebnisse der Strukturqualität, z.B. Führen eines Registers mit allen Schlaganfallpatienten, der Prozessqualität, etwa Prozentsatz der Patienten, die nach einem Herzinfarkt ACE-Hemmer erhalten und der Ergebnisqualität, z. B. Blutdruck bei Diabetikern im Normbereich, den Hausarztpraxen bis zu deutlich über 100.000€ Bonus verschaffen.¹³ Inzwischen sind ähnliche, wenn auch geringere Summen umfassende, Programme auch in Frankreich und Schweden eingeführt worden. Ob und wie weit diese – manchmal auch als „Pay-for-performance“ bezeichneten – Anreize tatsächlich die gesundheitlichen Ergebnisse verbessern, ist derzeit Gegenstand wissenschaftlicher Debatte in hochrangigen Zeitschriften.

Aufgrund der weiterhin existierenden Evidenzlücken zur Wirksamkeit und Kosten-Wirksamkeit der verschiedenen Interventionsmöglichkeiten 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 ist das der Fall, wenn nur die direkten Kosten gewertet werden und indirekte Kosten durch höhere Produktivität außer Acht bleiben.¹⁴ Es ist wichtig, dass zukünftig Politik und Wissenschaft noch enger kooperieren, um Programme und Strategien von vornherein so zu gestalten, dass sie evaluiert werden können. Denn nur so kann ihre Kosten(in)effektivität erkannt und berücksichtigt werden.

- Prof. Dr. med. Reinhard Busse, MPH FFPH, Fachgebietsleiter „Management im Gesundheitswesen“ der Technischen Universität Berlin
Kontakt: mig@tu-berlin.de

Anmerkungen

- 1 WHO Regionalbüro für Europa, Bewältigung der wichtigsten Krankheiten in der Region: Herausforderungen und Lösungen, Faktenblatt EURO (2006) 3, S. 1–6.
- 2 Busse R. et al., Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, Interventions, and Challenges, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2010.
- 3 WHO, Preventing chronic diseases: a vital investment II, The urgent need for action, 2005, S. 38–57, www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/part2.pdf.
- 4 WHO Regionalbüro für Europa 2006, a. a. O.
- 5 Busse, R., Gesundheitssysteme als epidemiologischer Gegenstand oder: Wie wissen wir, wie effektiv Gesundheitssysteme sind? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49 (2006) 7, S. 611–621.
- 6 Nolte, E., M. McKee, Making it happen, in: Nolte, E., M. McKee (Hrsg.), Caring for people with chronic conditions. A health system perspective, Open University Press, Maidenhead 2008, S. 222–240; Nolte, E., M. McKee, C. Knai, Managing chronic conditions: An introduction to the experience in eight countries, in: Nolte, E., C. Knai, M. McKee (Hrsg.), Managing chronic conditions. Experience in eight countries, Observatory Studies Series 15 (2008), S. 1–14.
- 7 Busse, R. et al. 2010, a. a. O.
- 8 Schwartz, F.-W. et al., Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, Urban & Fischer, München, Jena 2003, S. 189–193.
- 9 Netzwerk Tabakprävention, Todesfälle durch bösartige Neubildungen der Atmungsorgane, 2007, www.tabakpraevention.de/downloads/duf/09-03-31Sterbezahlen.pdf.
- 10 Busse, R. et al. 2010, a. a. O.
- 11 Busse, R. et al. 2010, a. a. O.
- 12 Gensichen, J., C. Muth, M. Butzlaff et al., Die Zukunft ist chronisch: Das Chronic Care Modell in der deutschen Primärversorgung, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (2006) 100, S. 365–374.
- 13 Nolte, E., M. McKee 2008; Nolte, E. et al. 2008.
- 14 Busse, R. et al. 2010 a. a. O.

