



Disease-Management-Programm OPD

Liebe Frau Dr. Leutert

Die heute 85jährige Patientin kommt zur Grippeimpfung in die Sprechstunde. Ich betreue sie seit 22 Jahren als ihr Hausarzt.

Frau B. ist seit 21 Jahren verwitwet, sie lebt immer noch alleine in ihrem einfachen Bauernhaus und sie kommt dank guter Nachbarschaftshilfe trotz «Altersbeschwerden», wie Gonarthrosen beidseits, zunehmende Schwerhörigkeit und Vergesslichkeit, mit dem eigenen Haushalt zurecht. Sie überlegt sich, den Winter im Altersheim zu verbringen, weil sie noch mittels Holzfeuerung heizen muss.

Seit einer «schweren Lungenentzündung» in den 50er Jahren hat die Patientin häufig Husten und Auswurf, es sind basale Bronchiektasien beidseits vorhanden. Mit regelmässigen Inhalationen und gezielter Behandlung von Infekten (1- bis 2mal pro Jahr) ist sie von seiten der Atmung beschwerdefrei.

Verunsichert übergibt mir Frau B. den Fragebogen ihrer Krankenversicherung zum «Betreuungsprogramm für Personen mit chronischer Lungenkrankheit»: «Ich weiss nicht, was ich damit machen soll, das alles ist zu kompliziert für mich».

Dem Begleitbrief entnehme ich, dass der Patientin bereits im April 2003 mit einem Fragebogen das «Disease-Management-Programm OPD» vorgestellt worden sei. Dieses regt tägliche Lungenfunktionsmessungen an mit telefonischer Übermittlung der Resultate ans Betreuungszentrum Medgate, welches dann die Daten auswertet und die Therapie an den aktuellen Gesundheitszustand anpasst. Frau B. habe sich damals nicht zum Mitmachen entschliessen können, und die Versicherung möchte jetzt mit diesem zweiten Fragebogen herausfinden warum.

Ja, sie habe im Frühjahr bereits einen Fragebogen erhalten, bestätigt Frau B. Sie habe aber «diese neumodischen Ausdrücke» nicht verstanden und den Fragebogen in den Papierkorb geworfen. Nun komme nochmals ein Fragebogen und sie wisse wirklich nicht, was sie damit tun solle. Was sie wohl falsch gemacht habe? Ob ich vielleicht an ihrer Stelle der Krankenkasse antworten könne oder gar den Fragebogen ausfüllen wolle?

Der Fragebogen, der vor mir liegt, umfasst sechs Seiten A4 mit neunzehn Fragen zur Begründung des Nichtmitmachens und weiteren sechs Fragen zur Einstellung gegenüber Disease-Management-Programmen. Ich kann meine 85jährige

Patientin sehr gut verstehen, dass sie da nicht mitkommt.

Für mich ergeben sich auch einige Fragen, welche ich Ihnen zur Beantwortung überlassen möchte:

1. Ist aus den der Versicherung vorliegenden Daten über die Patientin ihr Alter nicht ersichtlich?
2. Gibt es irgendwelche Daten, welche zeigen, dass solche Programme, in dieser ungezielten Anwendung und ohne Berücksichtigung der individuellen Situation, zu einer Reduktion der Kosten beitragen?
3. «Netzwerke» sind in aller Munde und sollen in der KVG-Revision gefördert werden, weil sie helfen können, Kosten einzusparen. Was hält Ihre Versicherung von der Zusammenarbeit mit den Hausärzten?

Ich bin gespannt auf Ihre Antworten. Den Fragebogen von Frau B. schicke ich Ihnen als Beilage zurück, ich will ihn nicht stellvertretend für die Patientin ausfüllen. Ich möchte Ihnen meine erste, spontane Reaktion nicht vorenthalten: ich stellte mir die Frage: «Werden wir bald von allen guten Geistern verlassen sein?»

Dr. med. Samuel Moser, Frutigen



Disease-Management-Programm OPD

Sehr geehrter Herr Moser

Wir nehmen Bezug auf Ihr Schreiben vom 25. Oktober 2003, in dem Sie verschiedene Fragen bezüglich des Disease-Management-Programms OPD aufwerfen, welches wir in enger Zusammenarbeit mit dem Ärzteteam des medizinischen Informations- und Beratungszentrums Medgate durchführen.

Mehrere ausländische Studien belegen, dass durch spezifisch auf gewisse Krankheitsbilder zugeschnittene Disease-Management-Programme nicht nur klinische, sondern auch patientenbezogene und ökonomische Erfolge erzielt werden können. Ob und wie stark sich diese Resultate auf die Schweiz übertragen lassen, ist noch nicht klar. Deshalb hat sich die CSS als innovativer Krankenversicherer entschieden, im Rahmen eines Pilotprojekts beim Disease-Management-Programm OPD mitzumachen und erste Erfahrungen zu sammeln. In Deutschland bilden solche Programme übrigens bereits einen festen Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung.

Im Rahmen des laufenden Pilotprojekts bestand die Aufgabe der CSS als Krankenversicherer darin, potentiell geeignete Personen aus ihrem Versichertenkollektiv für eine mögliche Teilnahme am Programm zu identifizieren. Sämtliche weiteren Schritte wurden vom Ärzteteam von Medgate übernommen. Dazu gehörte insbesondere auch eine erweiterte medizinische Abklärung in enger Absprache mit dem behandelnden Hausarzt. Damit wird erreicht, dass nur geeignete Patienten ins Programm eingeschlossen werden.

Wir haben mit unseren Versicherten telefonisch Kontakt aufgenommen und ihnen das Programm vorgestellt. Hatten die Patienten Interesse und konnten sie es sich spontan vorstellen, dass das Programm für sie in Frage kommt, wurde ihnen eine Patienteninformationsbroschüre zugestellt. Auch Ihre Patientin Frau B. hat im damaligen Telefongespräch Interesse bekundet und folglich unser schriftliches Informationsmaterial erhalten. Nach dem Studium der Unterlagen und möglichen Rücksprachen mit Familienangehörigen, Bekannten, ihrem Hausarzt, ihrem Pneumologen usw. teilten die interessierten Versicherten uns ihren Entscheid betreffend Teilnahme am Programm mit.

Entgegen Ihrer Annahme haben wir sehr wohl eine intensive Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gesucht. Wir haben, wo eine Identifikation möglich war, den behandelnden Hausärzten und/oder Pneumologen eine Ärztinformativbroschüre über das Disease-Management-Programm OPD zugestellt und auf ihre Unterstützung gehofft – zumindest auf ihre Stellungnahme zum Programm. Mit 1% Antwortenden war die Reaktion der Ärzte enttäuschend und deutlich unter unseren Erwartungen.

Das Disease-Management-Programm OPD in der vorliegenden Form ist sicher nicht für alle Patienten gleich gut geeignet. Aus diesem Grund möchten wir wissen, was denn wirklich den Bedürfnissen der Patienten entspricht, um entsprechende Anpassungen und Verbesserungen vornehmen zu können. Deshalb haben wir einen Fragebogen an die Personen verschickt, die beim ersten Telefonkontakt Interesse für das Programm bekundeten und es sich beim genaueren Anschauen anders überlegten (z. B. Frau

B.). Sie müssen ja schliesslich Gründe für ihren Entscheid – den wir voll und ganz zu akzeptieren haben – gehabt haben! (Das Ausfüllen des Fragebogens ist im übrigen absolut freiwillig.)

In Ihrem Schreiben führen Sie einige Gründe an, weshalb Ihnen das vorliegende Programm für Frau B. ungeeignet erscheint: höheres Alter, gesundheitliche Gründe (zunehmende Schwerhörigkeit, Vergesslichkeit), daraus folgt die Schwierigkeit, täglich zu telefonieren, zu kompliziert, gute Betreuung, gute eingestellte Therapie usw. Diese Gründe entsprechen genau den von uns angeführten möglichen Gründen im Fragebogen. Wir möchten aber die Einschätzungen der Patienten wissen. Deshalb können und sollen die Ärzte auch nicht stellvertretend für ihre Patienten antworten.

Alter alleine ist keine Krankheit! Auf unseren Bericht im Kundenmagazin hat sich ein Mann mit Jahrgang 1915 für die Teilnahme am Disease-Management-Programm gemeldet. Wir wollen niemandem aufgrund seines Alters eine Therapie- oder Betreuungsform vorenthalten. Vielmehr sollte der Entscheid aufgrund der individuellen Situation des Patienten und gemeinsam vom Patienten, betreuenden Arzt und von Medgate gefällt werden.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ändert sich [1]. Gleichzeitig ändern sich auch die Erwartungen von Patienten an ihre Versicherer (weg vom reinen «Zahler» hin zum «Dienstleistungserbringer»). Logischerweise wird sich deshalb auch die Beziehung zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern (z. B. Ärzten) ändern. Unser Ziel ist es, dass sich ein Arzt nicht die Frage stellt: «Werden wir bald von allen guten Geistern verlassen sein?», sondern sich zuerst einmal fragt: «Um was geht es hier? Habe ich genügend Informationen dazu?» Denn dann wird erst eine Diskussion auf einer partnerschaftlichen und sachlichen Basis möglich sein.

CSS Versicherung Leistungserbringermanagement

Dr. med. Guido Businger

Leiter ambulante Leistungen

Dr. med. Christa Leutert

Fachspezialistin ambulante Leistungen

1 Schmid M, Wang J. Der Patient der Zukunft: Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Umbruch. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(41):2133-5.



Wider die Versklavung des lebendigen menschlichen Geistes

In der Spitex soll bis 2006 das RAI-HC (Resident Assessment Instrument-Homecare) eingeführt werden. Das ist ein einheitliches Bedarfsabklärungsinstrument. Es wurde bei 15 von 700 Spitex-Organisationen in einem Pilotprojekt angewendet. Es besteht im wesentlichen aus Voll-MDS (minimal data set) mit 79 Items und Kurz-MDS mit 37 Items. Im weiteren aus drei Seiten administrativen Daten und einem Leistungskatalog sowie zwei Seiten für Hauswirtschaft. Also bei jeder Wundversorgung muss ein solcher Apparat in Betrieb genommen werden. Auswertung (vorausgeschickt muss werden, dass nur die besonders Interessierten an diesem Projekt teilnehmen):

- 30 % fanden, dass die Ableitung der erforderlichen Leistungen aus den Voll-MDS wenig bis gar nicht nützlich sind. 33 % fanden, dass die Kurz-MDS wenig bis gar nicht nützlich sind. Etwa 80 % haben hauptsächlich mit den Kurz-MDS gearbeitet.
- Nur 20 % wollen auf jeden Fall mit dem neuen Instrument arbeiten. 30 % bei Verbesserung und 33 % bei wesentlicher Verbesserung. 17 % wollen gar nicht.
- Der Arbeitsaufwand ist viel grösser. Das Ganze wird wieder verteuert.
- Kosten pro Organisation Fr. 10 000.- und etwa 60 Stunden Einführung.

Und natürlich ist die Santésuisse als Kontrollorgan daran interessiert. Schlimm finde ich, dass die Krankenschwester mit einem Roboter verwechselt wird. Die Programme mit den zig Fragen sollen ihr das eigene Denken und Fühlen abnehmen. Wenn sie alle diese Fragen beantwortet hat, hat sie es gut gemacht! Wo bleibt da die eigene Kreativität und Empathie? Muten wir das unseren Schwestern nicht mehr zu? *Sie haben es ja gut gemacht bis jetzt.* Viele sagen, ja das kommt jetzt halt, es kommt der Alpha-, Beta-Mensch. Na Prost, neue schöne Welt. Aber was lassen wir noch alles mit uns machen, nur um uns kontrollieren zu lassen? Man muss den Anfängen (sind aber schon nicht mehr die Anfänge) wehren. Diese Kontrolliererei kostet nur Geld und Nerven. Gespart wird sicher nichts.

Die Arbeitsbedingungen werden schlechter. Wem nützt das alles? Wir Leistungsbringer sollen immer zu Sündenböcken gemacht werden. Ein gutes Gesundheitswesen kostet etwas. Seit der Bund aber die Krankenkassen nicht mehr subventioniert, steigen natürlich die Prämien.

Da soll man doch einmal ehrlich sein: entweder sind wir ein Sozialstaat und wollen uns ein gutes Gesundheitswesen leisten oder wir wollen es nicht und bauen es ab, aber uns dauernd den Schwarzpeter zuschieben ist einfach eine Schweinerei.

Dr. med. Hedi Meierhans, Kaltbrunn



Die Krankheitserfinder

Die Thesen von Jörg Blech und die treffliche Besprechung seines Buchs über die «Krankheitserfinder» [1] sind bemerkenswert. Sicher müsste hier auch die WHO-Definition von Gesundheit in die Betrachtung miteinbezogen werden: Die Bedeutung des Wortes Krankheit hat sich seither erheblich gewandelt!

«Krankheit» ist demzufolge alles, was kein «völliges körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden» aufkommen lässt, angefangen bei Hunger, Obdachlosigkeit, Angst und Terror bis hin zu jeder subjektiven Beeinträchtigung von Selbstwertgefühl und Selbstverwirklichung. Gegen all diese Störungen wehrte sich schon immer der legitime menschliche Selbsterhaltungstrieb nach Kräften und mit all seinem Erfindungsgeist. Und ist im allgemeinen auch bereit, dafür zu bezahlen, mit Mehrarbeit oder mit individuellen Abstrichen und Opfern auf anderen Sektoren des Wohlbefinden-Spektrums.

Noch ist lange nicht alles ausgeschöpft an Mitteln und Problemlösungen, derer der Mensch zum Wohlbefinden bedürfen könnte! Bedürfnisse müssen gar nicht erst künstlich geschaffen und erfunden, sondern nur aufgespürt und bewusst gemacht werden; woraus sich dann immer wieder neue Beschäftigungs-, Geschäfts- und Verdienstmöglichkeiten ergeben, von der Agrarproduktion bis zur Kosmetik, zur Wellness-Medizin, zum Sport und zur ganzen Freizeit-Unterhaltungs-Industrie. Wo und wie sehr zur Behebung all dieser Gesundheitsdefizite dann an die Solidarität aller zu appellieren ist, muss je nach Fall, nach anscheinender Dringlichkeit und Praktikabilität, pragmatisch ausgehandelt werden, bei der Hungerhilfe nicht anders als bei der Krankenversicherung, stets eine brisante politische Umsetzung der vorherrschenden gesellschaftlichen Werturteile.

Dr. med. Hans R. Schwarz, Porto Ronco

1 Taverna E. Die Krankheitserfinder. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(41):2169-70.