

# Patientenrekrutierung für Disease Management

A. Weber<sup>a</sup>, A. S. Götschi<sup>a</sup>, R. Kühne<sup>b</sup>, D. Meier<sup>a</sup>

**Disease-Management-Programme können bei Patienten/-innen mit Herzinsuffizienz die Gesundheitskosten signifikant senken und gleichzeitig die Behandlungsqualität verbessern. Voraussetzung ist allerdings, dass die Patienten/-innen mitmachen. Wir haben verschiedene Wege der Patientenrekrutierung für unser Herzinsuffizienzprogramm getestet. Sowohl bei der Rekrutierung über die behandelnden Ärzte als auch via Kostenträger nahmen nur etwa 5% der geeigneten Patienten/-innen am Programm teil. Das grosse Potential von Disease-Management-Programmen kann nur mit einer Verbesserung der Rekrutierungstechnik ausgeschöpft werden.**

## Einleitung

Disease Management ist sinnvoll bei Situationen und Krankheiten, die beträchtliche Kosten verursachen, rekurrent auftreten und ein signifikantes Optimierungspotential in der Behandlung aufweisen. Diese Voraussetzungen treffen bei der Herzinsuffizienz zu. Die Häufigkeit von Patienten/-innen mit HI wird in den nächsten Jahren weiter zunehmen, weil immer mehr Patienten/-innen akute, koronare Ereignisse überleben. Die Kosten sind beträchtlich und betragen durchschnittlich gut Fr. 10 000.– pro Patientenjahr. Patienten mit HI leiden an dieser Krankheit oft über mehrere Jahre und sterben in 90% der Fälle an einem Herzproblem [1].

Die Behandlung der HI kann verbessert werden. Nur etwa 50% der Patienten/-innen mit HI erhalten eine den internationalen Guidelines entsprechende medikamentöse Therapie [2]. Teilweise sind die Ärzte über die neuesten Erkenntnisse nicht informiert oder zu wenig motiviert, diese konsequent anzuwenden. Oft liegt das Problem aber auch bei den Patienten/-innen, die die Medikamente aus verschiedenen Gründen nicht korrekt einnehmen.

Disease-Management-Programme können durch Verbesserung der medikamentösen Behandlung und insbesondere durch eine gezielte Patientenschulung zu einer wesentlichen Behandlungsverbesserung führen. Durch frühzeitige Erkennung und Behandlung einer Dekompensation können je nach Studie 30–70% der Notfallhospitalisationen verhindert werden. Dadurch

resultieren Kosteneinsparungen, die in den meisten Studien weit höher sind als die zusätzlichen Programmkosten [3]. Die erfolgversprechenden Resultate aus dem Ausland scheinen sich auch in der Schweiz zu bestätigen [4].

Unser Programm basiert auf einer Weiterbildung der Patienten/-innen und ihrer behandelnden Ärzte/Ärztinnen. Die Ärzte/Ärztinnen beantworten etwa 80 Fragen zu einer klinischen Fallvorstellung. Fragen, die mit hoher Variabilität beantwortet wurden, werden in einem oder mehreren Qualitätszirkeln besprochen und mit nationalen und internationalen Guidelines verglichen. Die erneute Bearbeitung des Fragebogens nach einigen Monaten zeigt fast in sämtlichen Fragen eine Annäherung an die besprochene Guideline und eine Verminderung der Variabilität innerhalb der Ärzteguppe. Auch bei den Patienten/-innen kann das Wissen und die Fähigkeit, die Krankheit selbst zu kontrollieren, wesentlich verbessert werden [5].

Disease Management kann aber sein Potential erst dann entfalten, wenn es gelingt, einen signifikanten Anteil der entsprechenden Patientenpopulation für das Programm zu rekrutieren.

Wir haben drei verschiedene Wege der Patientenrekrutierung für unser Herzinsuffizienzprogramm getestet: (1) über die behandelnden Ärzte, (2) via Kostenträger oder (3) via Medien.

## Methode

### Rekrutierung über behandelnde Ärzte/Ärztinnen

Das Disease-Management-Programm für Herzinsuffizienz wurde im Qualitätszirkel eines Ärztenetzes mit 34 Ärzten/Ärztinnen vorgestellt.

Den Ärzten/Ärztinnen wurde ein Informationsblatt mit Anmeldetalon abgegeben. Die Ärzte/Ärztinnen wurden aufgefordert, sämtlichen durch sie betreuten Patienten/-innen mit Herzinsuffizienz eine Beteiligung am Programm zu empfehlen und das Informationsblatt mit Anmeldetalon für ein unverbindliches Gespräch mit der Gesundheitsberaterin abzugeben.

a MediX Management AG  
b Helsana Versicherungen AG

Korrespondenz:  
Dr. med. Andreas Weber  
MediX Management AG  
Rotbuchstrasse 46  
CH-8037 Zürich

E-Mail: andreas.weber@  
medix-gruppenpraxis.ch

### Rekrutierung über Krankenversicherer

Aus einem Kollektiv von etwa 80 000 Versicherten wurden 1248 Versicherte selektioniert, die im Vorjahr bei Herzinsuffizienz indizierte Medikamente bzw. Medikamentenkombinationen einnahmen.

Die Medikamentenkombination mit dem besten Verhältnis zwischen Sensitivität und Spezifität wurde mit Hilfe einer ROC-Kurve (Receiver-Operating-Characteristics-Kurve [Sens/1-Spez], Mass für Qualität eines diagnostischen Tests) im Kollektiv von 4 Allgemeinpraxen evaluiert. Die Sensitivität lag bei 70%, der positive predictive value bei 43%. Die Spezifität lag bei 98%. Das heisst, etwa 70% aller Versicherten mit HI im Kollektiv dieses Versicherers sollten mit dieser Methode erfasst werden, 30% werden nicht identifiziert. Von den selektionierten Versicherten ist knapp bei der Hälfte eine HI zu erwarten.

Den selektionierten Versicherten empfahl der Versicherer, sich mittels beiliegendem Anmeldetalon für ein unverbindliches Informationsgespräch anzumelden, sofern sie zwei der folgenden Fragen mit ja beantworten könnten:

- Atemnot bei Anstrengung, beim Treppensteigen oder beim flachen Liegen;
- nächtliches Erwachen wegen Atemnot;
- häufiger, trockener Husten;
- geschwollene Füsse, Gelenke und Beine;
- Schmerzen, Druck, Engegefühl im Brustraum;
- rascher oder unregelmässiger Herzschlag.

Die Versicherten hatten zusätzlich die Möglichkeit, telefonisch mehr über das Programm zu erfahren, bevor sie sich schriftlich meldeten.

### Rekrutierung über Medien

Das Disease-Management-Programm über Herzinsuffizienz wurde im Tagesanzeiger und in der Fernsehsendung Pulstipp vorgestellt. Interessierten Patienten, die sich schriftlich oder telefonisch meldeten, wurden ein Prospekt mit einem kurzen Programmbeschrieb sowie eine Anmeldekarte für ein unverbindliches Gespräch mit der Gesundheitsberaterin zugestellt.

## Resultate

### Rekrutierung über Ärzte/Ärztinnen

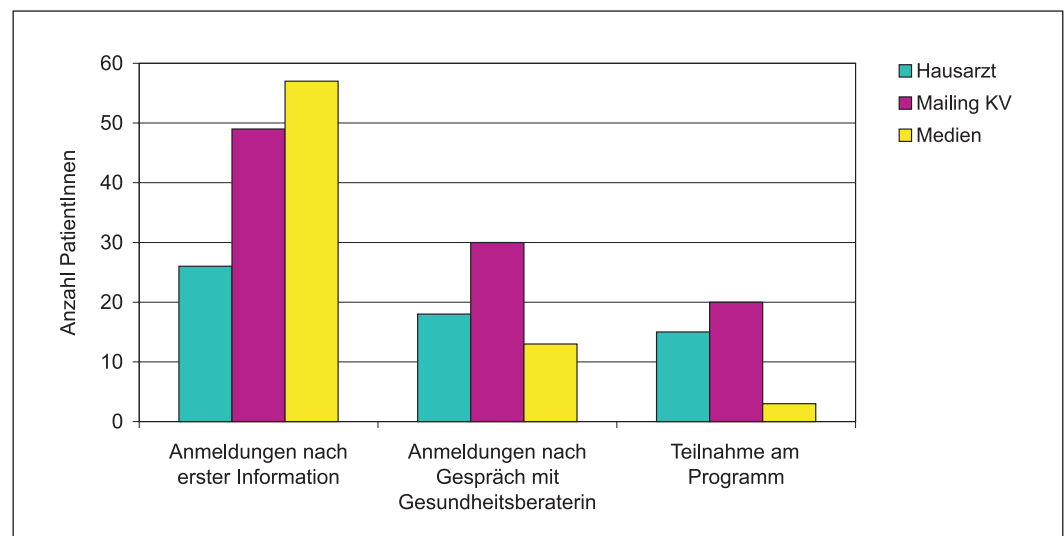
Nach Information durch die Ärzte/Ärztinnen haben sich 26 Patienten/-innen für ein Informationsgespräch angemeldet. Nach dem Gespräch waren noch 18 interessiert (69%). 8 betrachteten das Programm als zu aufwendig oder zu umständlich (z.B. zu weiter Weg bis zum zentral in Zürich gelegenen Schulungsraum). Bei dreien stellte sich nach der initialen Abklärung heraus, dass keine HI vorliegt. Fünfzehn haben die ganze Schulung beendet (58%) (Abb. 1).

### Rekrutierung über Krankenversicherer

Von den 1248 durch die Krankenversicherung angeschriebenen Versicherten haben sich 49 für ein Informationsgespräch bei der Gesundheitsberaterin des Herzprogrammes angemeldet. Nach dem Gespräch waren noch 30 interessiert (61%). Die genauen Gründe, weshalb 19 der ursprünglich angemeldeten Patienten/-innen nicht am Programm teilnahmen, sind nicht bekannt. Zwei gaben explizit an, ihr Hausarzt habe

**Abbildung 1**

Anzahl Patienten/-innen, die nach erster Information und nach Gespräch mit der Gesundheitsberaterin am Programm interessiert waren und schlussendlich am Programm teilnahmen.



ihnen davon abgeraten. Die meisten sagten, sie hätten doch kein Interesse oder das Programm wäre zu umständlich. Bei 10 der 30 interessierten Patienten/-innen stellte sich nach Durchsicht der vom Hausarzt angeforderten und allenfalls durch einen Kardiologen komplettierten Unterlagen heraus, dass keine HI vorliegt. 20 haben die ganze Schulung beendet (41%).

### Rekrutierung über Medien

Nach den beiden Medienberichten über das Programmangebot haben 57 Patienten/-innen aus dem Raum Zürich schriftlich oder telefonisch Interesse am Programm bekundet. Nach zusätzlicher Information durch den zugesandten Programmbeleg und in einigen Fällen nach dem Gespräch mit der Gesundheitsberaterin, waren noch 13 Patienten/-innen an einer Teilnahme interessiert (23%). Bei einem grossen Teil der nicht mehr Interessierten zeigte sich bereits im Erstgespräch, dass keine HI, sondern eine andere Herzerkrankung, meistens eine koronare Herzkrankheit oder eine Hypertonie, vorliegt. Einige Patienten/-innen waren sehr enttäuscht, dass sie unter diesen Umständen nicht am Programm teilnehmen durften. Bei 7 der 13 nach dem Erstgespräch verbleibenden Patienten/-innen wurde eine HI aufgrund der eingeforderten medizinischen Unterlagen ausgeschlossen. Schliesslich haben 3 Patienten/-innen die Schulung beendet (5%).

### Diskussion

Die Wirksamkeit von Disease-Management-Programmen ist bei der Herzinsuffizienz unbestritten. Eine signifikante Auswirkung auf Behandlungsqualität und Kosten wird allerdings nur dann erzielt, wenn ein Grossteil der an HI leidenden Patienten/-innen zu einem Programmbeitritt bewegt werden kann. Nur so können auch die nicht unerheblichen Kosten der Programmentwicklung und Implementation amortisiert werden.

Fast 2% der Patienten/-innen über 45 Jahre in einer englischen Allgemeinpraxis haben eine Auswurfraction unter 40% [6]. Unter der Annahme, dass ein Schweizer Hausarzt etwa 1000 Patienten/-innen betreut und die Prävalenz der HI tiefer ist als in England oder HI-Patienten/-innen eher direkt beim Kardiologen betreut werden, dürfte man im Kollektiv von 30 Hausärzten/-ärztinnen mit etwa 300 HI-Patienten/-innen rechnen (Prävalenz 1%, wie in der normalen Bevölkerung). Mit einer Teilnahmequote von 15 Patienten/-innen wurde das Potential also nur

zu knapp 5% ausgeschöpft. Ähnliche oder noch schlechtere Teilnahmequoten haben wir bei anderen Ärzteguppen erzielt.

Wir haben versucht, die Gründe der geringen Zuweisungsquote mittels eines Fragebogens an die teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen zu eruieren: Liegt die Schwierigkeit bei der Identifikation der Patienten/-innen mit HI? Fehlen die Zeit oder überzeugende Unterlagen, um die Patienten zu motivieren? Betrachtet der Arzt seine Patienten/-innen als ungeeignet für das Programm, weil sie entweder schon alles wissen oder zu alt, zu gebrechlich oder intellektuell nicht mehr in der Lage sind, am Programm teilzunehmen? Bringt das Programm dem Arzt selbst zu wenig, um sich dafür einzusetzen? Wird befürchtet, dass die Gesundheitsberaterin, die die Patienten/-innen schult, mit der eigenen Behandlung interferiert?

Die Identifikation der HI-Patienten/-innen scheint einer Mehrheit der Ärzte/Ärztinnen Mühe zu bereiten, da sie kaum oder nur unvollständig Diagnosecodes elektronisch erfassen. Die Information der Patienten in der Sprechstunde geht auch oft vergessen, da man noch nicht automatisch daran denkt, wie z. B. bei der Diabetesberatung. Die Frage, ob der Arzt viele Patienten/-innen mit HI als ungeeignet für das Programm betrachtet, erhielt von allen Fragen den grössten Ja-Anteil. Ob sich diese Patienten/-innen tatsächlich nicht eignen würden, bleibt unbekannt. Viele andere Studien zeigen bekanntlich beträchtliche Diskrepanzen zwischen der Wahrnehmung der Ärzte und der Patienten.

Fehlender persönlicher Nutzen wurde von den Ärzten in Abrede gestellt. Im Gegenteil, die meisten sind der Meinung, dass sie dank des Programms mehr Sicherheit im Umgang mit dieser Krankheit erwerben konnten und die erhöhte Kompetenz auch ihren Patienten/-innen gegenüber vermitteln können. Behandlungsinterferenzen mit Verantwortungs- und Kompetenzabgabe an die Gesundheitsberaterin werden nicht befürchtet. Wie weit unser Fragebogen in dieser Hinsicht die Realität wiedergibt, können wir nicht beurteilen.

Die Identifikation von Patienten/-innen anhand der verschriebenen Medikamente wird auch von anderen Disease-Management-Anbietern verwendet. Die «Trefferquote» ist mit unseren Resultaten vergleichbar [7]. In den USA verwenden die Krankenversicherer oft noch weitere Leistungsdaten, wie z. B. echokardiographische Untersuchungen in der Vergangenheit und Diagnosedaten. Die Vorhersagekraft steigt allerdings mit diesen zusätzlichen Daten nur gering.

Aufgrund unserer Berechnungen gingen wir davon aus, dass sich unter den 1250 angeschriebenen Patienten/-innen etwa 500 Patienten/-innen mit HI befanden. Mit 20 Programmteilnehmern wurde das Potential ähnlich wie bei der Rekrutierung über die Ärzte/Ärztinnen nur zu 3–6% ausgeschöpft. Die Response-Rate (49) liegt allerdings nicht weit von der bei Mailings üblichen Rate von 5–10%. Der Anteil von interessierten und angemeldeten Patienten/-innen, bei denen sich dann herausstellte, dass sie keine HI haben, war grösser als bei den über die Ärzte rekrutierten Patienten/-innen (30% versus 11%).

Den grössten Response, aber gleichzeitig die kleinste Teilnehmerquote, hat die Information über die Medien ausgelöst. Hier war auch der grösste Anteil von Patienten/-innen, bei denen die Diagnose HI nicht bestätigt werden konnte (53%).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Rekrutierungsquote über Ärzte und Versicherer vergleichbar ist, die Rekrutierungsqualität bei den Ärzten aber am besten und über die Medien am schlechtesten ausfiel.

Mitsprache und Mitgestaltung bei der eigenen Behandlung, insbesondere bei chronischen Krankheiten, wird heute von allen gefordert und für die zukünftige Patientengeneration auch vorausgesagt [8]. Entsprechende Unterstützungsangebote erreichen ihre Zielkunden bis jetzt allerdings erst sporadisch. Für eine breite Implementierung von Disease-Management-Programmen ist entscheidend, Patienten/-innen mit der entsprechenden Krankheit zuverlässig zu identifizieren und dann zu einem Beitritt zu motivieren. In den USA erfolgt die Identifikation in den meisten Fällen über den Krankenversicherer, da dort entsprechende Daten leichter abrufbar sind als bei den Leistungserbringern. Wichtig ist allerdings, dass der Arzt die Angebote unterstützt, indem er von der Krankenversicherung kontaktierte Patienten ermuntert, mitzumachen. Dazu müssen die Ärzte wiederholt über den Nutzen solcher Programme informiert werden und bei der Patientenbetreuung die Führungs-

rolle behalten. Neue, auch finanzielle Anreize für Leistungserbringer und Patienten sind zu prüfen. Zusätzlich müssen geeignete Wege gefunden werden, um Patienten/-innen auf die Angebote aufmerksam zu machen und von den Vorteilen zu überzeugen. Entsprechende Versuche sind auch in der Schweiz angelaufen und werden hoffentlich bald erfolgreichere Resultate als die hier präsentierten liefern.

### Danksagung

Wir danken Dr. Lucas M. Bachmann, PhD vom Horten Zentrum Zürich, für seine Unterstützung bei der Berechnung der ROC-Kurve zur Identifikation von HI-Patienten/-innen mittels Medikamentenverschreibung. Novartis Pharma Schweiz danken wir für die finanzielle Unterstützung des Herzprogramms.

### Literatur

- 1 Orn S, Dickstein K. How do heart failure patients die? *Eur Heart J Supplements* 2002;4:D59-D65.
- 2 Cleland J, et al. Management of heart failure in primary care (the IMPROVEMENT of Heart Failure Programme): an international survey. *Lancet* 2002;360:1631-9.
- 3 McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *Am J Med* 2001;110:378-84.
- 4 Suter S. *Kardiovaskuläre Medizin* 2002;5:50.
- 5 Götschi AS, Weber A. Herzprogramm – Leben mit dem kranken Herz. *Schweiz Ärztezeitung* 2002; 83:1989-93.
- 6 Davies MK, et al. Prevalence of left-ventricular systolic dysfunction and heart failure in the Echocardiographic Heart of England Screening Study: a population based study. *Lancet* 2001;358:439-44.
- 7 Edmunds MU, et al. Comparing methods to identify general internal medicine clinic patients with chronic heart failure. *Am Heart J* 2001; 142:1003-9.
- 8 Schmid M, Wang J. Der Patient der Zukunft: Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Umbruch. Neue Rollen von Patienten und Leistungserbringern. *Schweiz Ärztezeitung* 2003;84:2133-5.