



Effizienz von Betreuungspfaden für chronisch Kranke

Efficiency of Chronic Care Models for Chronic Diseases

Frage

Ist belegt, dass die strukturierte Betreuung mittels Pfaden für Patienten, die an einer chronischen Erkrankung leiden, deren Prognose verbessert?

Antwort

Nein. Die Wirkung strukturierter Behandlungsprogramme verglichen mit einer traditionellen Betreuung, auf Lebenserwartung, Lebensqualität, Morbidität, Komplikationsraten, Hospitalisationshäufigkeit und Ressourcenverbrauch bei Patienten mit einer chronischen Erkrankung ist nicht belegt. In Gesundheitssystemen oder -strukturen, in denen die Betreuung bisher mangelhaft abgestimmt war, sowie bei bestimmten Untergruppen von Patienten können Betreuungspfade, die von den Patienten subjektiv empfundene Qualität der Betreuung, die Adhärenz der Behandlungen an Leitlinien, die Qualität der Dokumentation sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit deutlich verbessern. In gut funktionierenden Gesundheitssystemen und -strukturen sind kaum Effekte zu erzielen, und es ist fraglich, ob in diesem Fall die Kosten von Entwicklung und Implementierung von Betreuungsprogrammen gerechtfertigt sind.

Question

Is there any evidence that chronic care models enhance the prognosis for persons with a chronic disease?

Answer

No. The benefit of chronic care models – compared to usual care – for patients with chronic disease isn't proved as to life expectancy, quality of life, morbidity, incidence of complications, hospitalisation rate and resource usage. In health care systems with deficient concerted care and in certain subgroups of patients chronic care models can improve subjectively perceived quality of care, adherence of care givers for guidelines, quality of documentation and the teamwork. In already functioning health care systems there are marginal effects (if at all), and it's doubtful whether the costs for development and implementation of chronic care models are justified.

Hintergrund

Um die Versorgungsqualität in Gesundheitssystemen gemäß der besten verfügbaren Evidenz zu verbessern, die Versorgungssicherheit zu steigern, das Behandlungsrisiko zu mindern, die Patientenzufriedenheit zu steigern und den Ressourcenverbrauch einzugrenzen, werden seit gut einem Jahrzehnt weltweit Pfade, Programme oder Modelle in der Versorgung bestimmter Patientengruppen mit spezifischen Gesundheitsproblemen eingeführt.

Das Phänomen der Planung und Strukturierung der Versorgung klinischer Fälle durch Koordination und Abstimmung aller an der Behandlung beteiligter Dienste und Strukturen begann in den 1980er-Jahren in den USA und in England – in Nachahmung der „critical-path-method“, einer seit den

1950er-Jahren in der Industrie entwickelten Methode zur Planung und termingetreuen Fertigstellung großer Investitionsvorhaben (z.B. Bau großer Schiffe). Die ersten „critical pathways“ wurden für geplante stationäre Aufenthalte mit chirurgischen Eingriffen entwickelt, dann auch für nichtchirurgische stationäre Aufenthalte und mit der Zeit auch für ambulante Patientengruppen. Seit der Jahrtausendwende werden weltweit zunehmend „integrierte Betreuungspfade“ für das Management von Patienten mit chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktive Bronchopathie oder rheumatischen Erkrankungen) entwickelt und eingesetzt.

Ziel solcher Programme und Behandlungspfade ist es, für Patienten mit einer chronischen Erkrankung die Zusammenarbeit aller in der Versorgung

beteiligten Berufe (Hausärzte, Fachärzte, Krankenpfleger, Therapeuten, Sozialarbeiter und manchmal sogar Verwaltungsangestellte) zu verbessern und zu koordinieren und damit eine bestmögliche, sichere, schnelle, angenehme und ressourcenschonende Versorgung zu ermöglichen.

Die Behandlungsprogramme für Patienten mit einer chronischen Erkrankung sollten mindestens über folgende Eigenschaften verfügen: genaue Definition der Patientenzielgruppe, Verwendung schriftlich festgelegter, evidenzbasierter Entscheidungsprotokolle, schriftlich festgelegte Abstimmung der Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen, feste Zeitpläne zum Patientenkontakt, strukturierte Schulungen der Patienten zu ihrer Erkrankung, Protokolle für die Krankenhausentlassung und die frühe poststationäre Betreuung sowie

die Erfassung und Auswertung von Prozess- und Outcome-Indikatoren.

Im Jahr 2005 wurde die „European Pathway Association (EPA)“ gegründet, der nicht nur europäische Länder angehören, und die seit 2009 die monatliche Fachzeitschrift „International Journal of Care Pathways“ publiziert. In den Vereinigten Staaten besteht keine gleichwertige Vereinigung, dafür beschäftigen sich zahlreiche medizinische Gesellschaften, aber auch Vereinigungen von Leistungsträgern im Gesundheitswesen intensiv mit den Betreuungspfaden.

Suchbegriffe / Suchfrage (PICO = Population, Intervention, Comparison, Outcome)

Kann in Gesundheitssystemen oder -strukturen (P) die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (I) verglichen mit der traditionellen Betreuung (C) die Lebenserwartung und die Lebensqualität verbessern sowie die Morbidität, die Komplikationsraten, die Hospitalisationshäufigkeit und den Ressourcenverbrauch vermindern (O)?

Suchstrategie

Wir durchsuchten die internationalen Leitliniensammlungen – ohne Erfolg.

In der *Cochrane Library* fanden wir ein Review und in *Uptodate* einen Übersichtsartikel. In anderen sekundären Datenbanken fanden wir keine brauchbaren Artikel.

In *Medline* fanden wir mit den Suchbegriffen „clinical pathway, critical pathway, care pathway, clinical care plan, multidisciplinary treatment plan, chronic care plan, chronic care model, disease management program“ verbunden mit „effectiveness“ und beschränkt auf „Reviews“ einige Übersichtsarbeiten.

In *Google* suchten wir schließlich mit den deutschen Begriffen „Betreuungspfad, Versorgungspfad, Behandlungspfad, Klinischer Pfad, Indikationspfad, integrierter PatientInnenpfad, strukturierte Betreuung, Disease Management Programm“ und mit den italienischen Begriffen „Percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali (PDTA), Percorsi integrati di cura (PIC)“ frei nach

Artikeln, Berichten von Institutionen oder Kommentaren (begrenzt auf die letzten fünf Jahre) zu den im deutschen und im italienischen Sprachraum gemachten Erfahrungen mit Betreuungspfaden oder strukturierten Behandlungsprogrammen.

Ergebnisse

- Ein sehr ausführlicher Review zur Ergebnismessung der Wirksamkeit von Pfaden in der medizinischen Versorgung wurde 2008 vom Ludwig-Bolzmann-Institut Wien publiziert [1]. Bedauerlicherweise liegt aber dessen Hauptaugenmerk auf innerklinischen Pfaden, sodass die vielversprechenden positiven Ergebnisse nicht auf die integrierte Versorgung chronisch Kranker außerhalb der Klinik übertragen werden können.
- Auch der gefundene Cochrane-Review zeigt zwar positive Ergebnisse, bezieht sich aber in erster Linie auf innerklinische Pfade [2].
- Außer diesen beiden Artikeln konnten wir keine weiteren systematischen Reviews finden, also keine, die sich auf die integrierte Versorgung chronisch Kranker beziehen würden.
- Die Autoren des Uptodate-Übersichtsartikels mit dem Titel „Strategien zur Verringerung der Krankenhausaufnahmen von Patienten mit Herzinsuffizienz“ kommen zum Schluss, dass die Wirksamkeit einer strukturierter Betreuung („disease management“) bei der Herzinsuffizienz unklar ist, weil die bisher publizierten Studien zum einen sehr dürftiger Qualität, zum anderen zu heterogen waren [3].
- In 15 Studien zu 15 Projekten, bei denen freiwillige Medicare-Patienten mit Herzinsuffizienz, KHK oder Diabetes mellitus in eine Gruppe der strukturierter Betreuung oder der üblichen Betreuung randomisiert wurden, verzeichnete man bei keinem einzigen Projekt eine statistisch signifikante Änderung bei den Krankenhausaufnahmen. Nur bei zwei Projekten war eine statistisch signifikante Verringerung der Kosten, und nur bei einigen wenigen der zahlreichen erfassten Indikatoren zur Versorgungsqualität eine signifikante Verbesserung sichtbar [4].

- Generell zeigen Studien zur Wirksamkeit von strukturierten Betreuungsprogrammen eine sehr große Heterogenität in den Ergebnissen. Diese lassen sich auch nach neuesten Erkenntnissen nicht oder nur zu einem geringen Teil auf die Unterschiede in der Qualität der Studien, der Länge der Beobachtungszeiträume, der Zahl der Betreuungsindikatoren und der Intensität bei der Implementierung der Betreuungsprogramme erklären [5, 6, 7].
- Ein Versuch, die Faktoren aufzulisten, die über Erfolg oder Misserfolg von integrierten Betreuungspfaden entscheiden, wurde von englischen Autoren 2009 durchgeführt [8] und hatte folgendes Ergebnis:

- Bei chronischen Erkrankungen mit gut vorhersehbarem Verlauf können integrierte Betreuungspfade wirksam die aktive Betreuung unterstützen und gewährleisten, dass die Patienten die wichtigen Interventionen zur richtigen Zeit bekommen, und so die Qualität der Versorgung steigern.
- Sie können wirksam die Einhaltung von Leitlinienempfehlungen fördern und die Heterogenität in der Versorgung mindern.
- Sie können wirksam die Dokumentation der Behandlungsziele und der Vereinbarungen zwischen den Patienten, den Pflegenden und den Behandelnden verbessern.
- Sie können wirksam die Abstimmung der beteiligten Ärzte untereinander verbessern.
- Sie können wirksam die Entscheidungsfindung zwischen den verschiedenen Therapiemöglichkeiten erleichtern.
- Sie können besonders wirksam zur Steuerung der Verhaltensweisen von Pflegenden und Behandelnden in eine gewünschte Richtung eingesetzt werden.
- Sogar in Situationen, in denen die Behandelnden bereits an einen Pfad gewöhnt sind, können integrierte Betreuungspfade zusätzlichen Nutzen bei der Steuerung ihrer Verhaltensweisen in eine gewünschte Richtung bringen.
- Integrierte Betreuungspfade sind *kaum* wirksam bei Erkrankungen, deren Verlauf weniger vorhersehbar ist.
- Integrierte Betreuungspfade sind *kaum* wirksam in Gesundheitssystemen.

men oder -strukturen, in denen bereits vor deren Einführung evidenzbasierte Vorgehensweisen und gute interdisziplinäre Kommunikation etabliert waren.

- Je nach Zweckbestimmung können integrierte Betreuungspfade bei bestimmten Patientenuntergruppen mehr und bei anderen weniger wirksam sein.
- Es ist nicht bekannt, ob die beobachteten Vorteile die Kosten von Entwicklung und Implementierung der integrierten Betreuungspfade rechtfertigen.
- Unter bestimmten Umständen benötigen integrierte Betreuungspfade weitere Mechanismen zur Unterstützung in der Implementierung, vor allem wenn sie größere Änderungen der Arbeitsgewohnheiten darstellen.
- Nach den anfänglich spektakulär erscheinenden Ergebnissen zum deutschen Diabetes-Disease-Management-Programm in der ELSID-Studie der Universität Heidelberg („bessere Prozessqualität, bessere Versorgungsqualität, bessere Patientenzufriedenheit; es verstarben 8,8 % der DMP-Teilnehmer und 15,0 % der Nicht-Teilnehmer ...“) waren es die Autoren selber, die aufgrund schwerer Selektionsbias (nur AOK-Versicherte, Patientenmotivation, Ärztemotivation) ihre Ergebnisse bei der Publikation mit einem großen Fragezeichen versehen [9].
- Im Gegensatz dazu untersuchten die beiden KORA-Studien [10, 11] des Helmholtz-Zentrums München einen zwar kleinen, aber repräsentativen Ausschnitt aus der Bevölkerung und erhoben ihre Studiendaten nicht aus der DMP-Dokumentation. Das Ergebnis war enttäuschend: DMP-Teilnehmer erreichten zwar etwas öfter die

Zielblutdruckwerte und hörten etwas öfter mit dem Rauchen auf, aber bei Körpergewicht, HbA1c, Blutfetten, Lebensqualität und Zufriedenheit in der Betreuung waren die Werte der DMP-Teilnehmer nicht besser, z.T. sogar schlechter als bei den Patienten mit traditioneller Betreuung.

- Bei der vergleichenden Untersuchung der DMP-Ergebnisse (erfasste klinische Werte) in den verschiedenen Bundesländern fand auch das Bundesversicherungsamt eine ausgesprochene Heterogenität und stellte die These auf, dass „die Dauer und Ausgestaltung der für die Behandlung der Diabetiker bestehenden besonderen Strukturen in einer Region das medizinische Ergebnis beeinflussen“ [12].
- Linder et al. finden, dass „das DMP Diabetes mellitus in der momentan in Deutschland praktizierten Form nicht ausreichend effektiv ist“ und für den Diabetiker „insgesamt ein medizinischer Nutzen durch die DMP-Teilnahme nicht klar erkennbar ist“ [13].
- Für Gerst „sieht Euphorie anders aus“, wenn er die Ergebnisse der DMP betrachtet. Er findet, dass „in den Auswertungen der DMP-Daten sich ein insgesamt uneinheitliches Bild der Programmeffekte zeigt“. „Alles in allem“ kann auch für ihn „ein Nutzen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 nicht bestätigt werden“ [14].
- Von italienischen integrierten Betreuungspfaden für chronisch Erkrankte findet man in der Literatur keine einzige Publikation. Dass ein Gesundheitsbetrieb in Cuneo (Piemont, zuständig für ein Gebiet mit 170.000 Einwohnern) nach Einführung einer strukturierten Betreuung für Diabetiker von 2004 zu 2010 eine Verringerung von neuen Diagnosen terminaler Niereninsuffizienz durch diabeti-

sche Nephropathie um 20 %, eine Verringerung der Amputationen wegen diabetischen Fußes um 30 % und eine Verringerung der neuen Diagnosen schwerer diabetischer Retinopathie um 10 % beobachtet haben will, ohne weitere Daten zu publizieren, kann leider alles oder nichts bedeuten [15].

Kommentar

Während die Wirksamkeit von innerklinischen Pfaden besser nachgewiesen zu sein scheint, gibt es für integrierte Betreuungspfade von chronisch Kranken in der außerklinischen Betreuung keine überzeugenden wissenschaftlichen Belege. Es gibt Hinweise, dass für chronische Krankheiten mit vorhersehbarbarem Verlauf mit der Strukturierung der Betreuung vor allem in Gesundheitssystemen mit wenig etablierten Vorgehensweisen und interdisziplinärer Kommunikation die Prozessqualität der Betreuung und auch einige Surrogat-Outcomes (Blutdruck, HbA1c) verbessert werden können – bei gleichbleibenden oder sogar niedrigeren Versorgungskosten. Klinische Outcomes wie Morbidität, Mortalität und Lebensqualität scheinen sich aber dabei nicht zu verbessern.

Die Frage, ob die erzielbaren Vorteile die Kosten der Entwicklung und Implementierung integrierter Betreuungspfade und der dazu notwendigen strukturellen und organisatorischen Umstellungen in einem Gesundheitssystem rechtfertigen, bleibt offen.

August 2012

Simon Kostner für das EBM-Team
Südtiroler Akademie für
Allgemeinmedizin SAKAM, Bozen

Literatur

1. Mad P, Johanson T, Guba B, Wild C. Klinische Pfade: Systematischer Review zur Ergebnismessung der Wirksamkeit klinischer Pfade. HTA-Projektbericht #16, 2008; Ludwig Boltzmann Institut Wien. Online: http://eprints.hta.lbg.ac.at/801/1/HTA-Projektbericht_016.pdf (Letzter Aufruf 18.07.12)
2. Rotter T, Kinsman L, James EL, et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Art. No.: CD006632
3. Horwitz L, Krumholz H. Strategies to reduce hospitalizations in patients with heart failure. Uptodate. Literature review current through: May 2012. Online: www.uptodate.com (Letzter Aufruf 18.07.2012)
4. Peikes D, Chen A, Schore J, Brown R. Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among medicare beneficiaries: 15 randomized trials. JAMA 2009; 301: 603–618
5. Drewes HW, Steuten LM, Lemmens LC, et al. The Effectiveness of Chronic Care Management for Heart Failure: Meta-Regression Analyses to Explain the Heterogeneity in Outcomes. Health Serv Res. 2012 Mar 14. doi: 10.1111/j.1475-6773.2012.01396.x.

6. Elissen AM, Steuten LM, Lemmens LC, et al. Meta-analysis of the effectiveness of chronic care management for diabetes: investigating heterogeneity in outcomes. *J Eval Clin Pract*. 2012 Feb 29. doi: 10.1111/j.1365-2753.2012.01817.x.
7. Lemmens KM, Lemmens LC, Boom JH, et al. Chronic care management for patients with COPD: a critical review of available evidence. *J Eval Clin Pract* 2011 Dec 2. doi: 10.1111/j.1365-2753.2011.01805.x.
8. Allen D, Gillen E, Rixson L. Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances? *Int J Evid Based Healthcare*. 2009; 7: 61-74
9. Miksch A, Laux G, Ose D, et al. Is there a survival benefit within a German primary care-based disease management program? *Am J Manag Care* 2010; 16: 49-54
10. Stark R, Schunk M, Leidl R, Meisinger Ch, Holle R. Prozessevaluation von Disease Management Programmen bei Typ 2 Diabetes auf Basis einer bevölkerungsrepräsentativen Studie in der Region Augsburg (KORA). Betriebswirtschaftliche Fortbildung und Praxis 2009, 61: 283-302
11. Schunk M, Stark R, Reitmeir P, Rathmann W, Meisinger Ch, Holle R. Verbesserungen in der Versorgung von Patienten mit Typ-2-Diabetes? Gepoolte Analyse dreier bevölkerungsbasierter Studien (KORA) in der Region Augsburg zwischen 1999 und 2008, *Bundesgesundheitsbl* 2011, 54: 1187-1196
12. Gawlick Ch, Bundesversicherungsamt. DMP: Vergleichende Evaluation. Vortrag in Berlin 09/2011 10 Jahre DMPs. <http://www.bundesversicherungsamt.de> (Letzter Aufruf 18.07.12)
13. Linder R, Ahrens S, Köppel D, Heilmann T, Verheyen F. Nutzen und Effizienz des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108: 155-62
14. Gerst T. Disease-Management-Programme: Zehn Jahre DMP – wenig Begeisterung. *Dtsch Arztebl* 2011; 108: A-2001 / B-1705 / C-1689
15. ASL Cuneo 2 Alba-Bra. Riconfigurare un percorso diagnostico terapeutico assistenziale: l'Health Pathway Design. Report del 08.11.2011 su "Elaborazione Meridiano Sanità". Online: www.quotidianosanità.it (Letzter Aufruf 27.07.2012)



© H. Schmidt

Leserfoto

Als Dankeschön für jedes veröffentlichte Foto vergeben wir einen 3-monatigen Online-Zugang zu den EbM-Guidelines (Hrsg.: Rabady/Sönnichsen/Kunnamo). Also schicken Sie uns weiter Ihre Fotos.