Chronische Krankheiten – Herausforderungen für Fachpersonen und Betroffene

Prof. Dr. Dr. Thomas Rosemann

Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich

Agenda

Epidemiologie chronischer Erkrankungen

Chronische Krankheiten als Krankheitskontinuum

Herausforderungen in der Behandlung chronisch Kranker

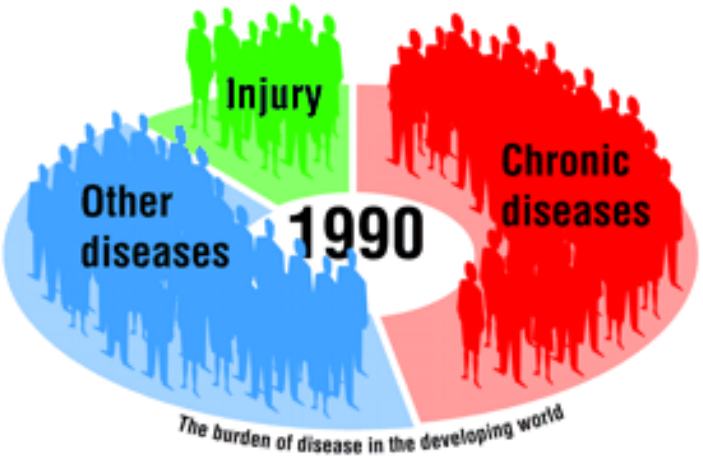
Wo stehen wir im internationalen Vergleich?

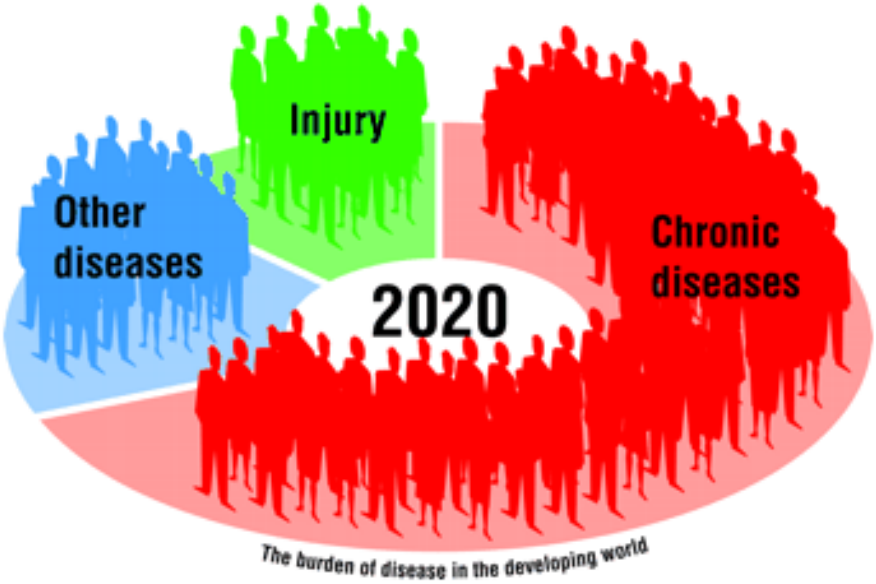
«Who needs doctors»

Mikro- Meso- und Makroebene der Versorgung

Epidemiologie

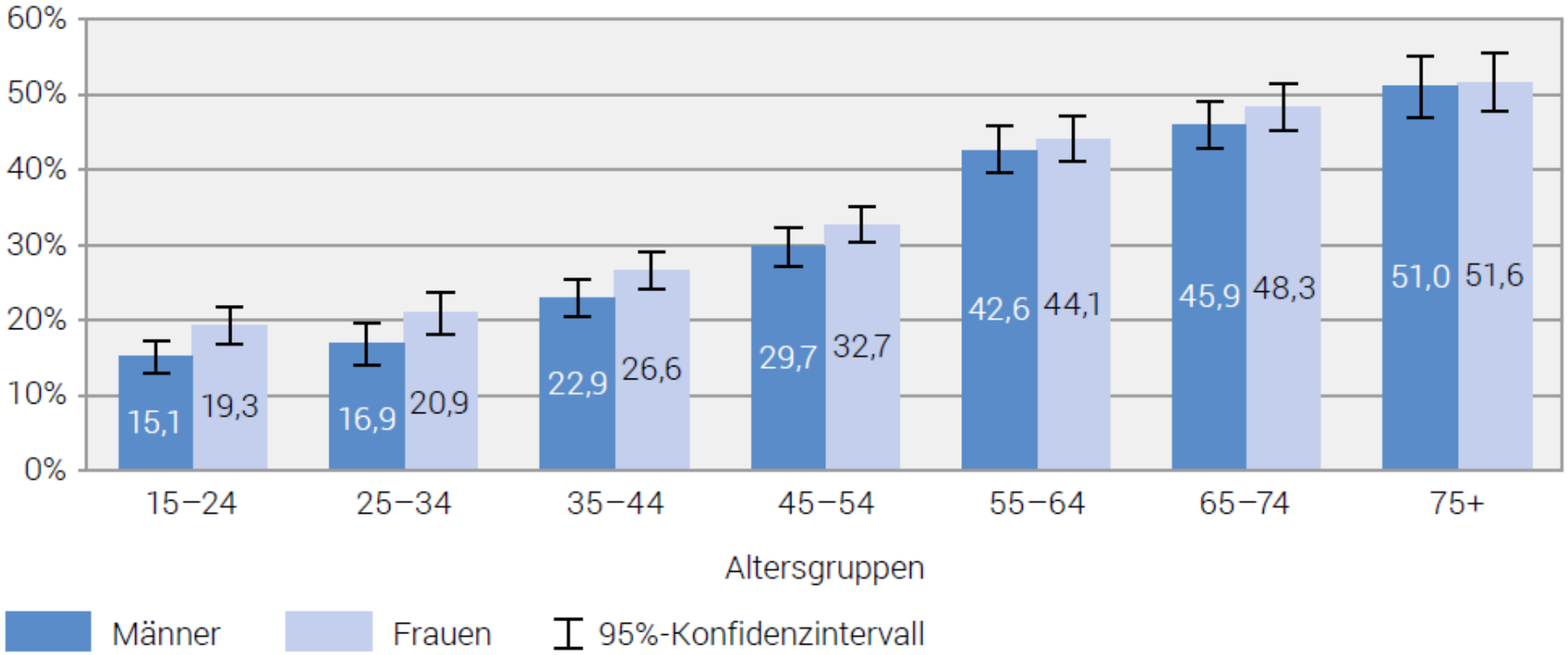
Der Erfolg eines guten Gesundheitssystems: Zunahme chronischer Erkrankungen





Wagner et al., BMJ 2002;325:913-914

Lang andauerndes Gesundheitsproblem nach Alter, 2012

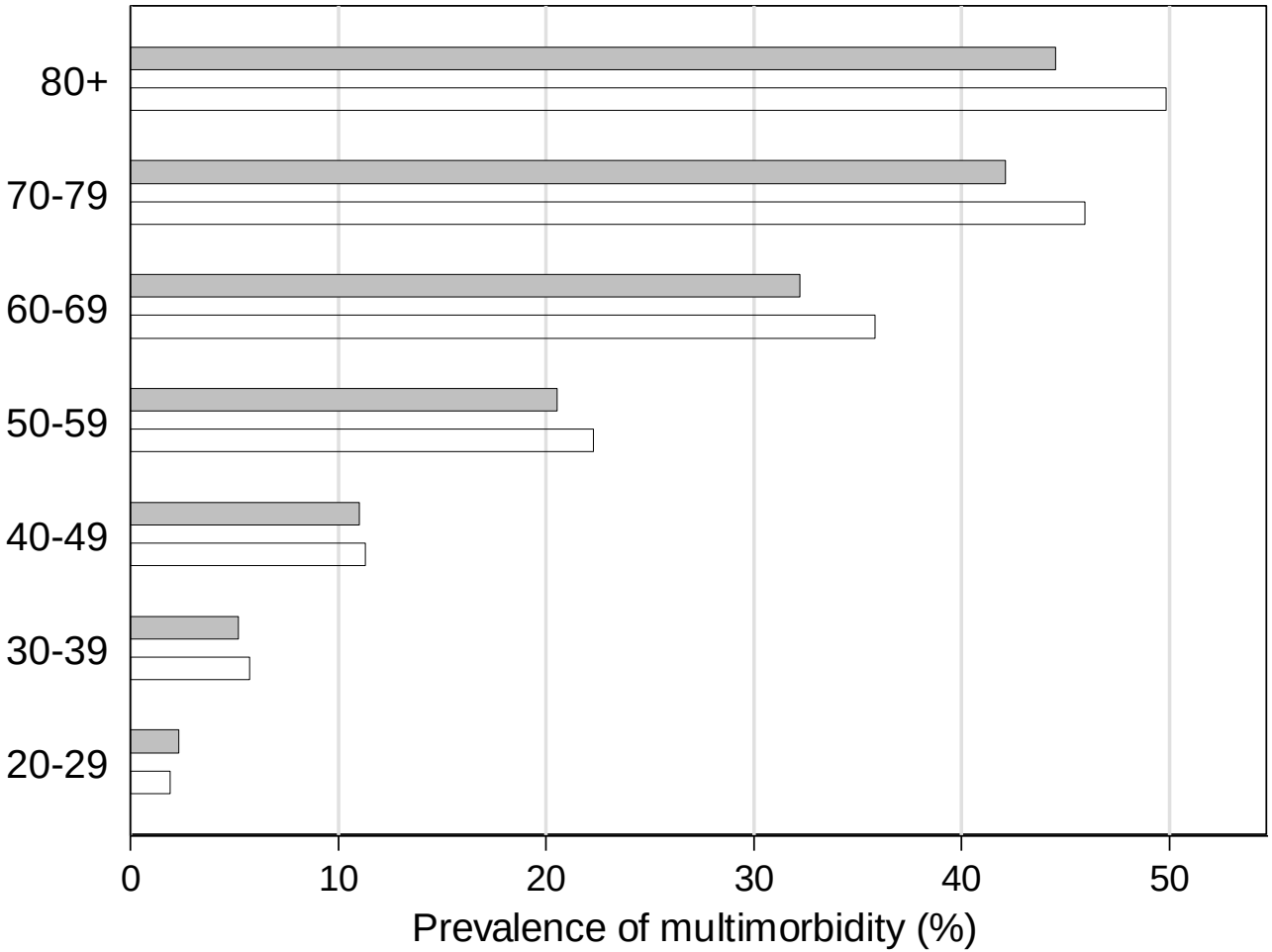


Quelle: BFS – SGB

© Obsan 2015

Alter & Multimorbidität in Schweizer Hausarztpraxen

Patienten mit mehr als 2 chronischen Erkrankungen (N=98’152)

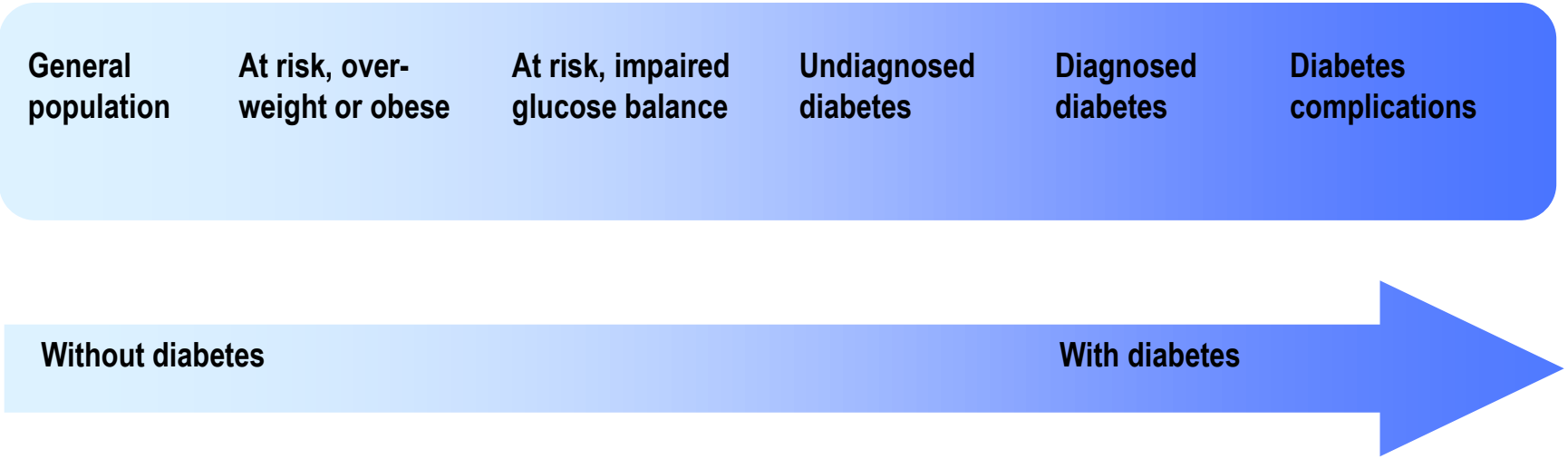


Rizza A et al. BMC Fam Pract. 2012 Nov 24;13:113A

Herausforderung chronischer Krankheiten

Chronisch krank = Kontinuum zunehmender Dauer, Schwere und Komplexität

Beispiel Diabetes:



Epping-Jordan et al. Qual Saf Health Care. 2004 Aug;13(4):299-305.

Herausforderungen in der Versorgung chronisch Kranker

Frühzeitiges Erkennen (und Vermeiden) von Chronifizierung und Exazerbationen (proaktiv statt reaktiv)

Selbstverantwortung und Selbstmanagement der Patienten fördern („patient empowerment“)

Aktive Planung und Steuerung des Versorgungsprozesses

Schnittstellenoptimierung zwischen Versorgungsebenen

Konsequente Prioritätensetzung (Berücksichtigung von Ko- und Multimorbidität) und risiokoadjustierte Umsetzung wirksamer Therapien

Universität Zürich[UZH]

Institut für Hausarztmedizin

Versorgung chronisch Kranker – wo stehen wir?

The Commonwealth Fund
2014 International Health Policy Survey of Older Adults in Eleven Countries

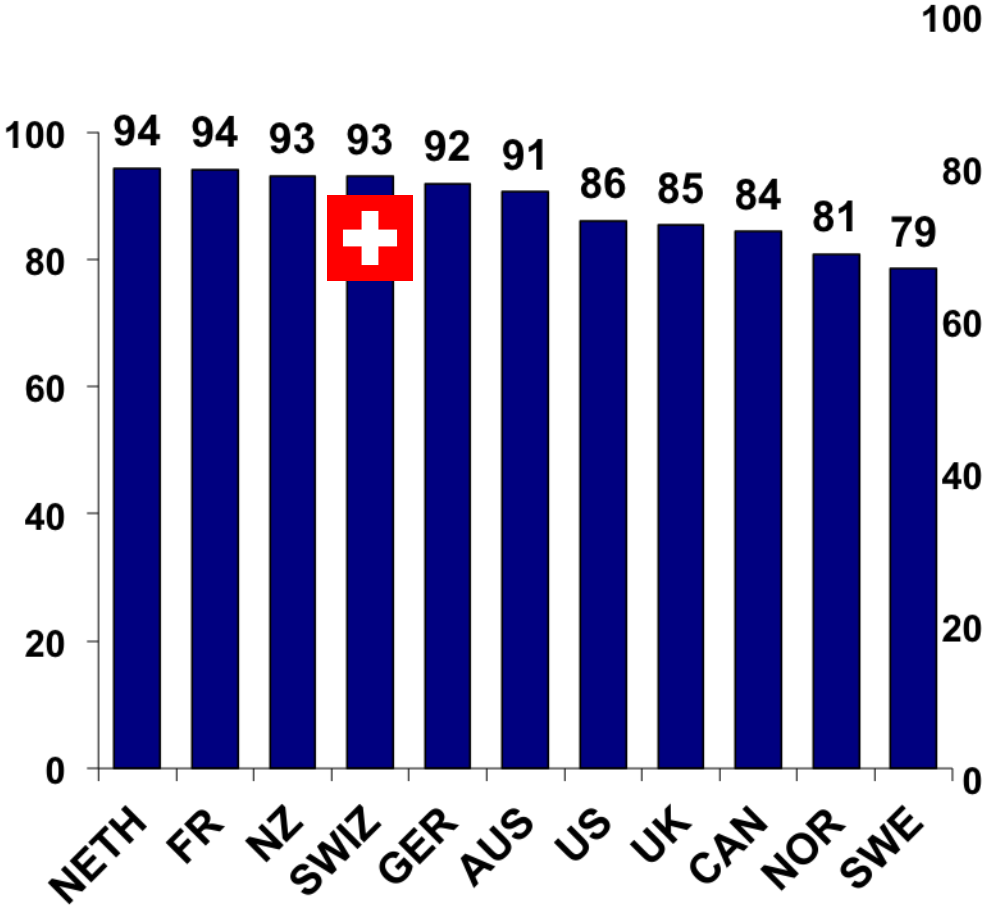
The COMMONWEALTH FUND

Affordable, quality health care. For everyone.

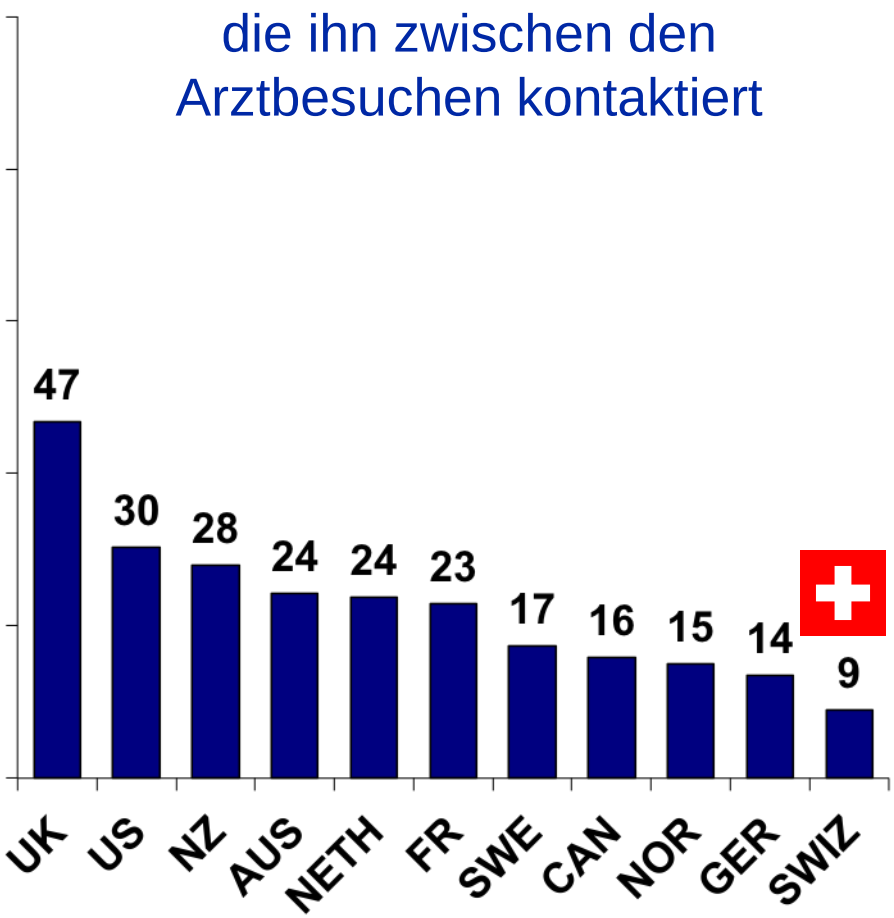
www.commonwealthfund.org

Qualität der Betreuung

Der Arzt nimmt sich genug Zeit

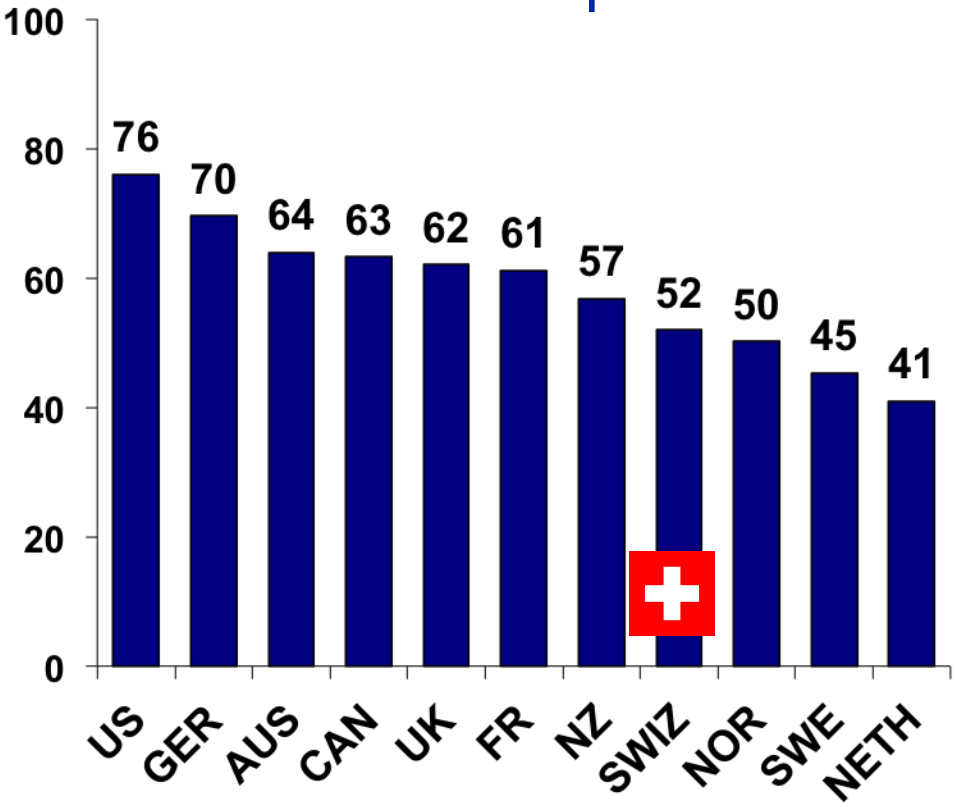


Der Patient hat eine Fachperson, die ihn zwischen den Arztbesuchen kontaktiert

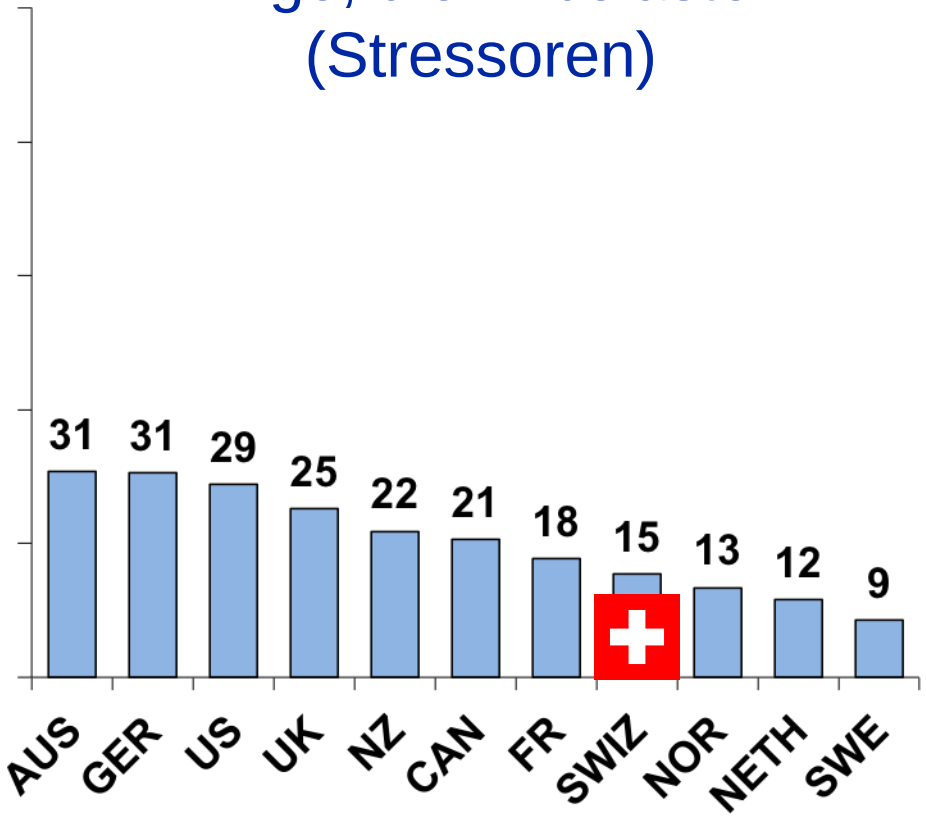


Mit dem Patienten wurde gesprochen über:

Diät oder Sport

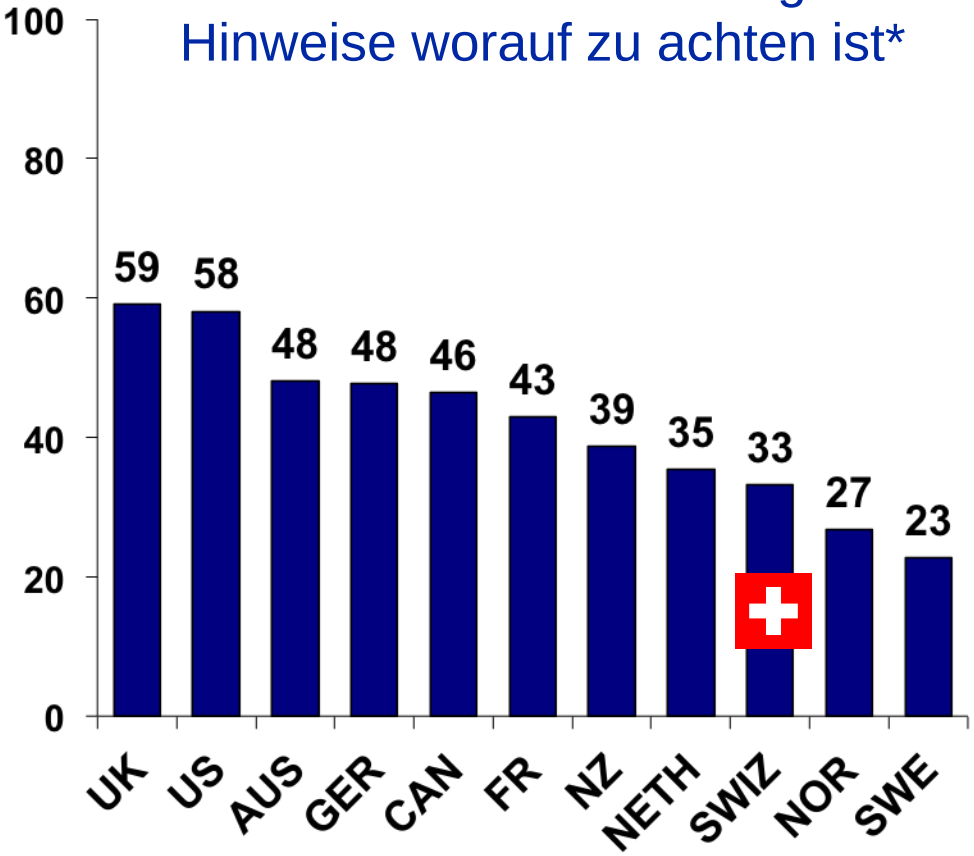


Dinge, die in belasten (Stressoren)

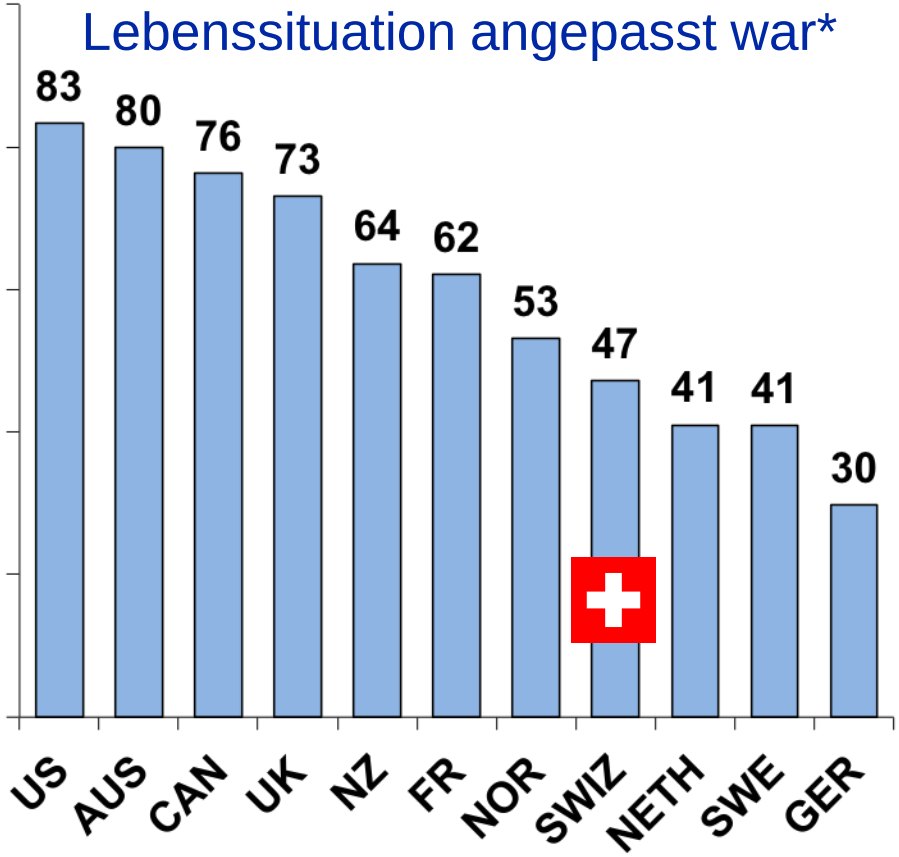


Patienteneinbezug

Eine Fachperson diskutierte die wesentlichen Ziele und gab Hinweise worauf zu achten ist*

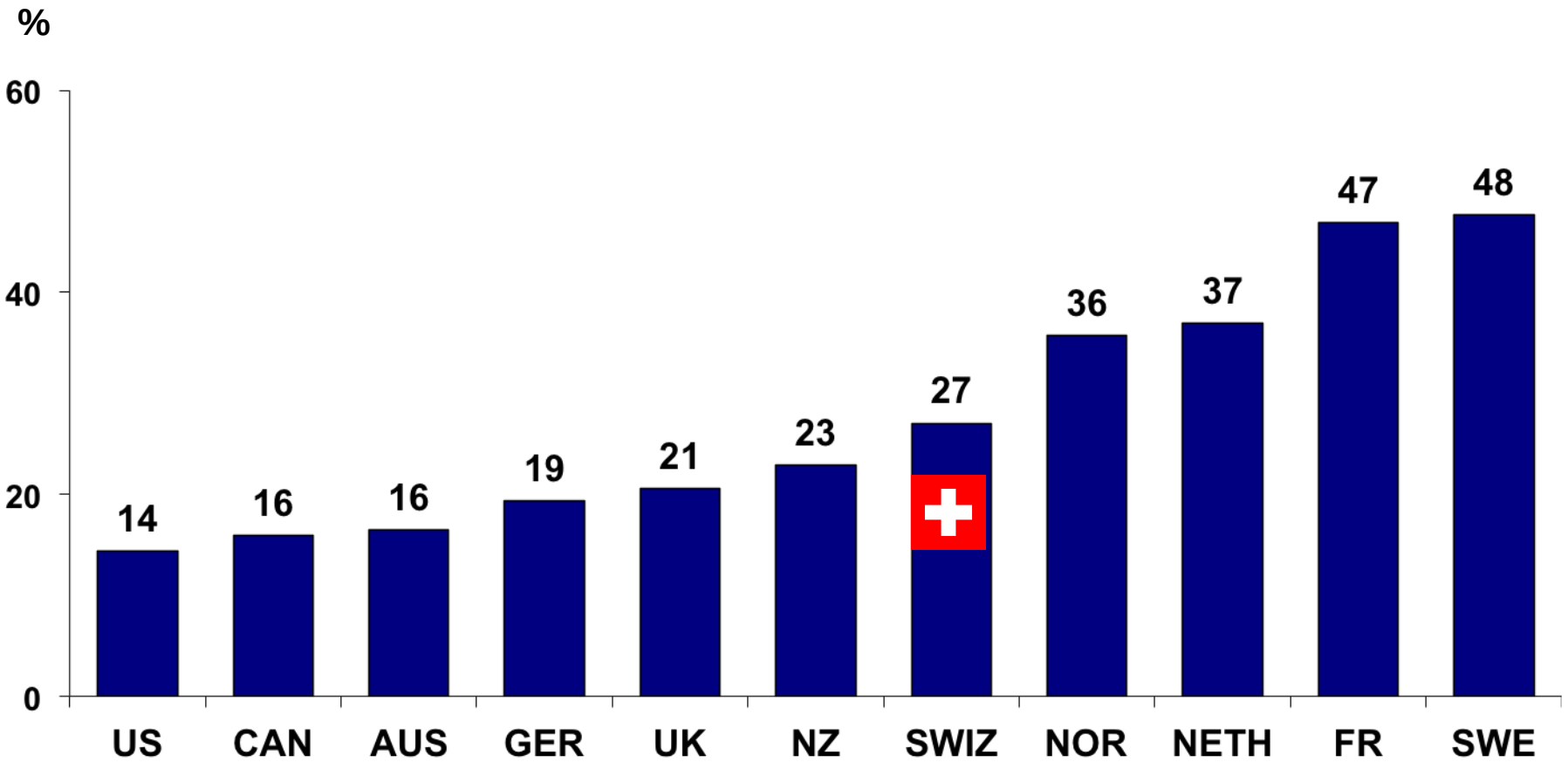


Patient bekam einen Behandlungsplan der an die Lebenssituation angepasst war*

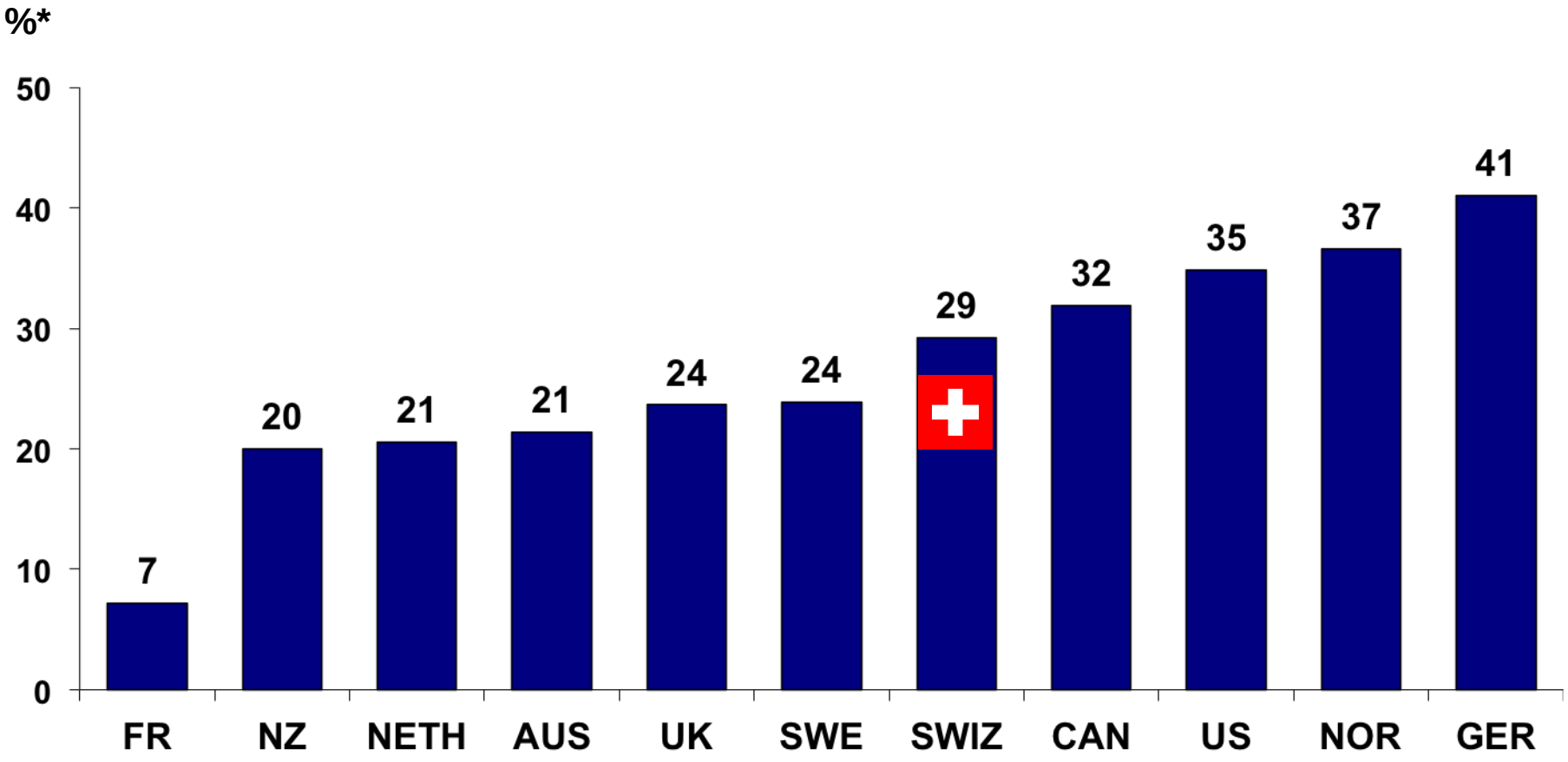


*letzte 12 Monate

Patienten mit 4 oder mehr Medikamenten, bei denen der Arzt die Verordnungen in den letzten 2 Jahren nicht geprüft hat

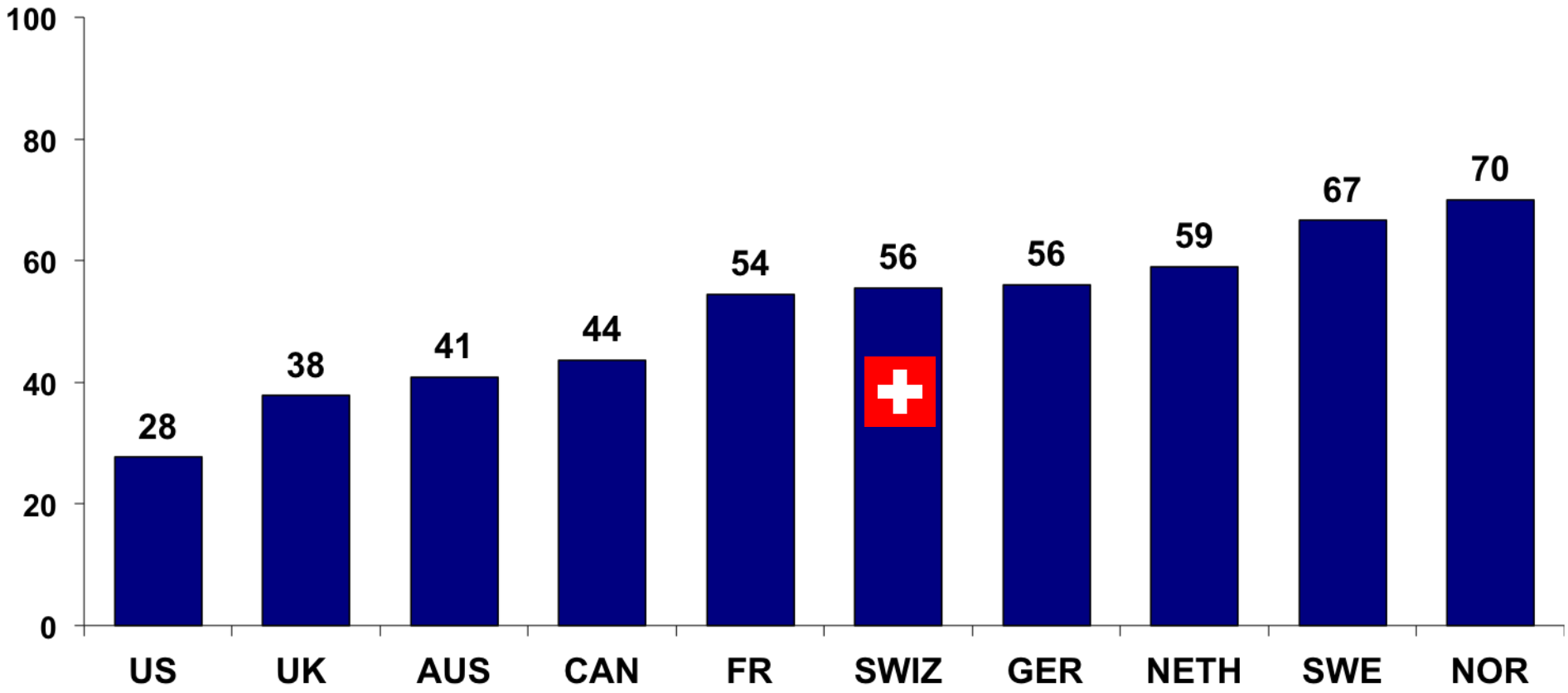


Koordinationsprobleme in der ambulanten Versorgung



* Test results/records not available at appointment or duplicate tests ordered; received conflicting information from different doctors; and/or specialist lacked medical history or regular doctor was not informed about specialist care.

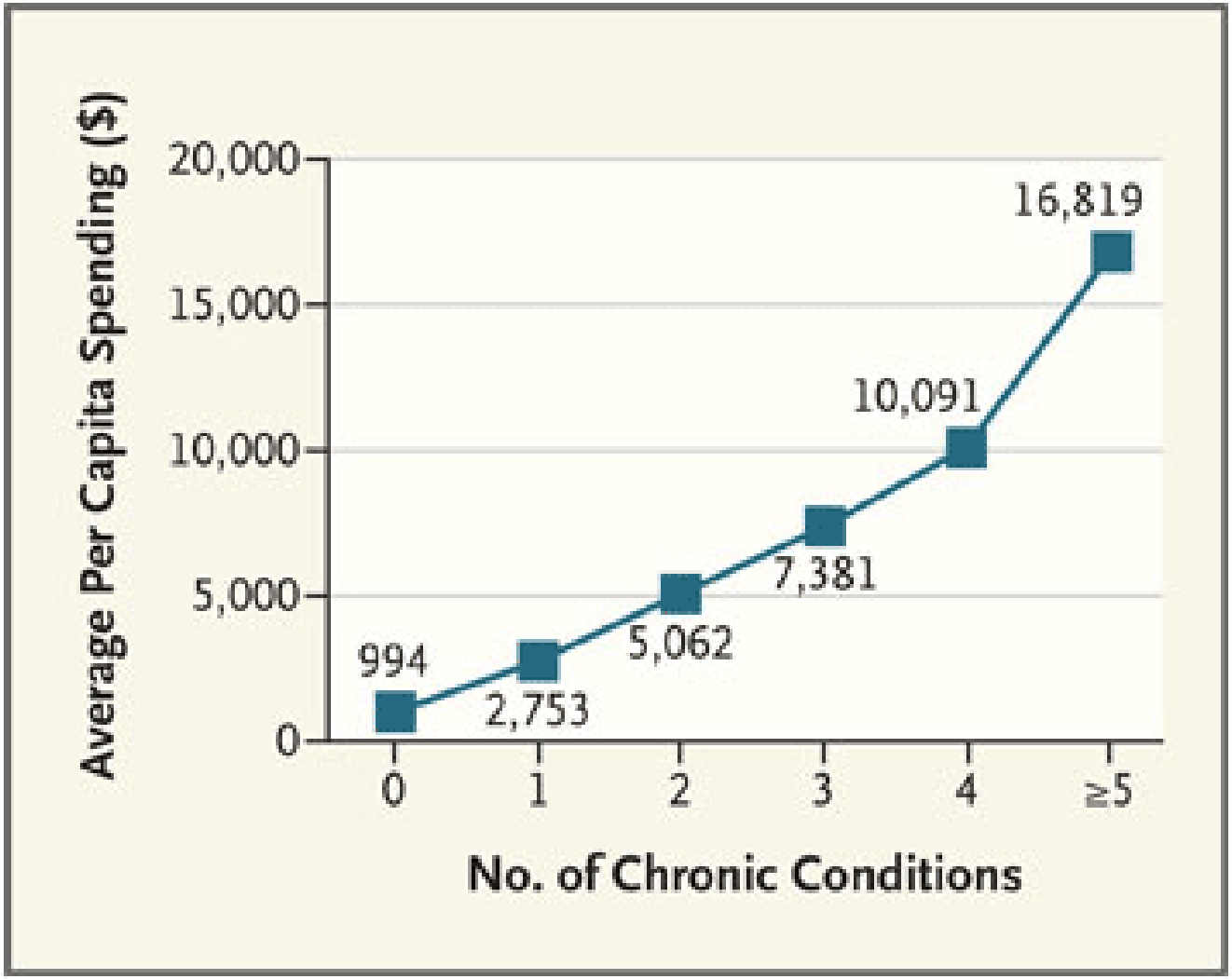
Koordinations-/Follow-up-Probleme bei der Spitalentlassung



* When discharged from the hospital: you did not receive written information about what to do when you returned home and symptoms to watch for; hospital did not make sure you had arrangements for follow-up care; someone did not discuss with you the purpose of taking each medication; and/or you did not know who to contact if you had a question about your condition or treatment.

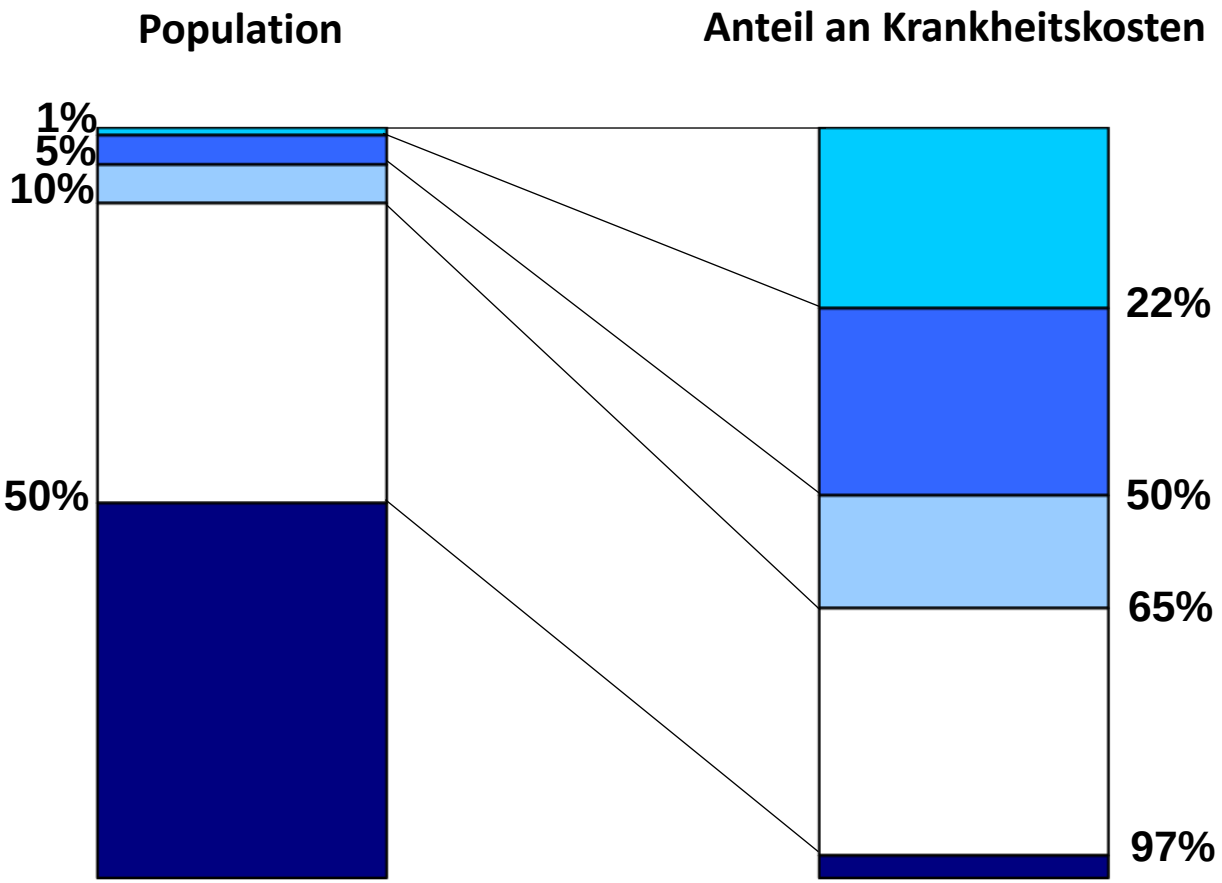
Kosten

Krankheit und Kosten



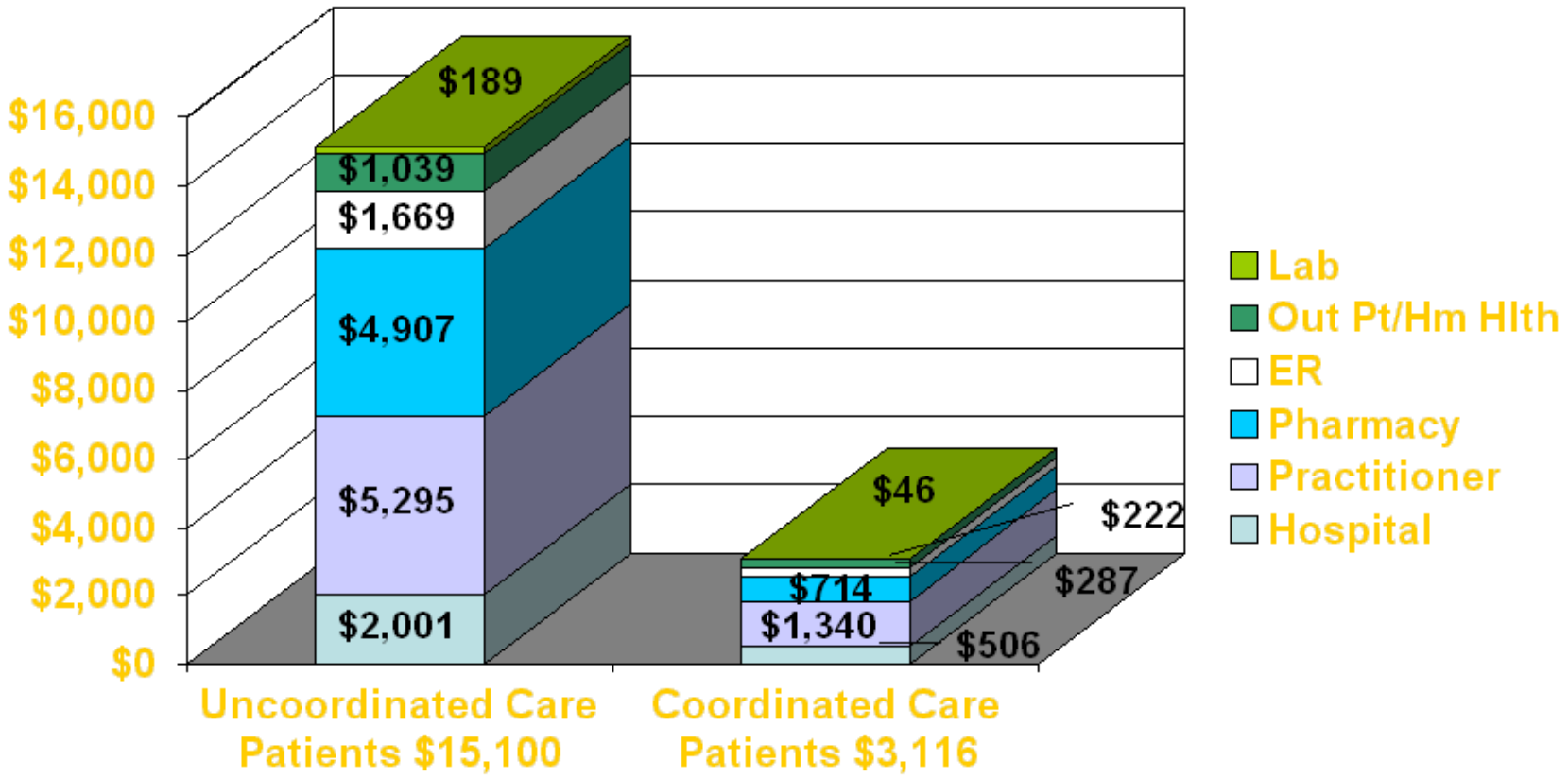
Bodenheimer et al. NEJM (2009) 361 (16): 1521

Die Kränkesten 10% verursachen 65 Prozent der Kosten



Agency for Healthcare Research and Quality analysis of 2009 Medical Expenditure Panel Survey.

unkoordinierte Versorgung ist 5 mal so teuer



Southeastern Consultants, www.sec-rx.com

Kosten chronischer Krankheiten und Effekte integrierter Versorgung/Managed Care in der Schweiz

- Retrospektive Kohortenstudie mit Routinedaten (Helsana)
- **Patienten mit Diabetes mellitus (N=12'563), Kardiovaskuläre Erkrankungen (N=71'778) und Asthma/COPD (N=17'498)**
- (ATC Code, ICD-10)
- Mind. 18 Jahre
- Durchgängig versichert 2012-2013, 2012 als Basisjahr
- Grundversicherte (OKP) mit und ohne Managed Care Modell
- Definition MC als "echtes" MC-Modell mit Steuerungswirkung: Hausarzt-/HMO-Modell mit Budgetmitverantwortung

Effekt der Multimorbidität auf Diagnose-bezogene Hospitalisationen im Folgejahr (2013)

Huber CA et al. International Journal of Integrated Care. 2016; 16(1):11

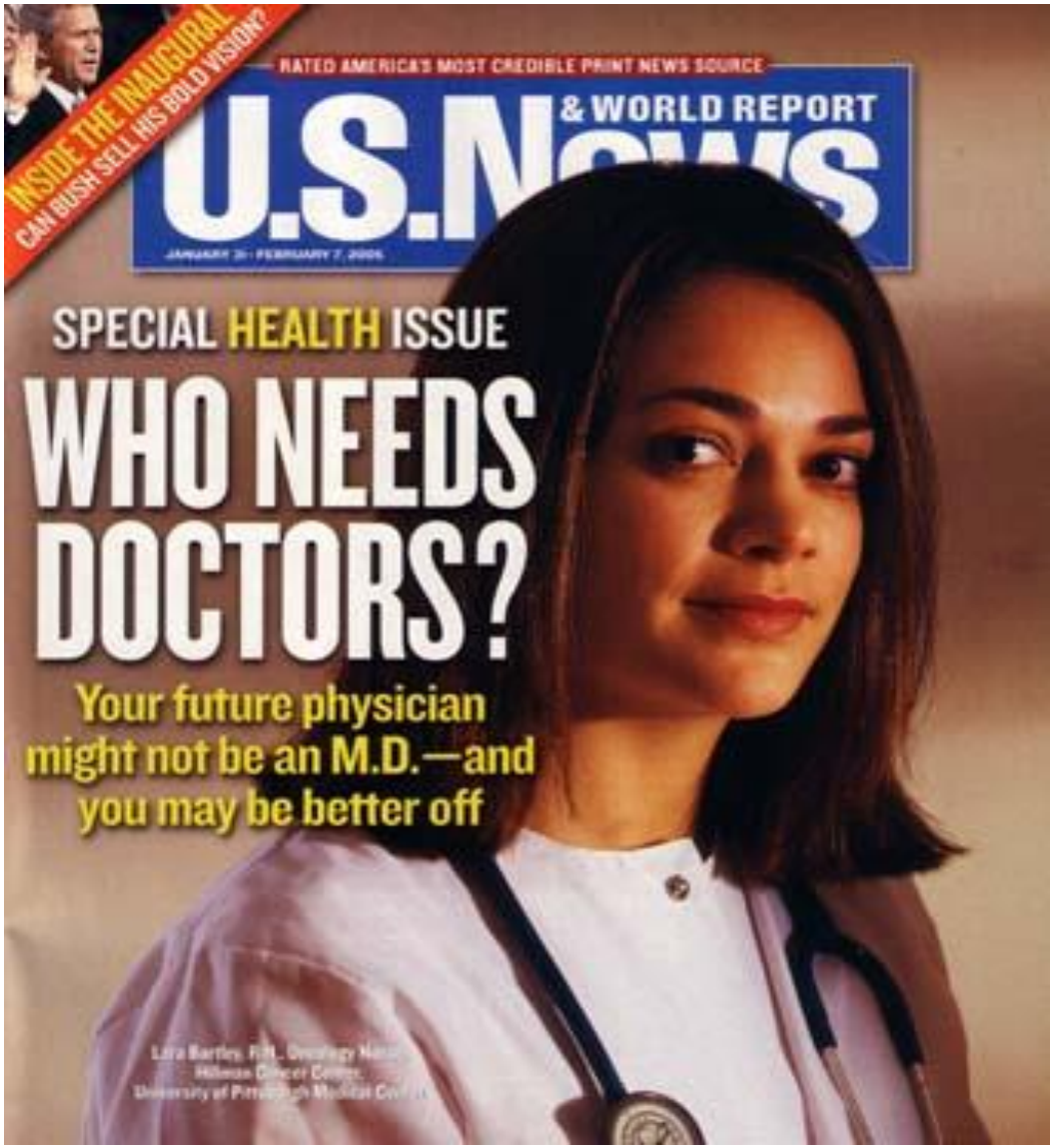
	Diabetes mellitus		Kardiovaskuläre Erkrankungen		Asthma/COPD	
Charakteristika	**Odds Ratio**	**95%-CI**	**Odds Ratio**	**96%-CI**	**Odds Ratio**	**95%-CI**
Geschlecht						
Frauen	0.79***		0.75***		0.64***	
Altersgruppen (Jahre)						
45-54	1.49***		2.26***		1.99***	
55-64	1.90***		3.42***		4.31***	
65-74	2.47***		5.11***		6.54***	
75-84	3.57***		7.25***		7.15***	
≥85	5.11***		10.45***		9.19***	
Managed Care	0.87***		0.92***		0.95*	
Franchise						
Hoch (< CHF 500)	0.89***		0.79***		0.56***	
Chronic Disease Score						
Level 2	**1.33**		**1.25*** **		**1.15**	
Level 3	**1.66** **		**1.49*** **		**1.51** **	
Level 4	**2.33*** **		**2.02*** **		**1.93*** **	
Level 5	**3.51*** **		**2.92*** **		**3.05*** **	

Diabetes mellitus (N=12'563), Kardiovaskuläre Erkrankungen (N=71'778) Asthma/COPD (N=17'498)

Effekt von Multimorbidität auf Total-Kosten im Folgejahr (2013)

	Diabetes mellitus		Kardiovaskuläre Erkrankungen		Asthma/COPD	
Charakteristika	**Estimate (CHF)**	**95%-CI**	**Estimate (CHF)**	**96%-CI**	**Estimate (CHF)**	**95%-CI**
Geschlecht						
Frauen	-669.1***		-412.2***		284.0***	
Altersgruppen (Jahre)						
45-54	-769.7**		213.4**		220.4**	
55-64	-84.5		431.2***		1'127.3***	
65-74	740.1**		1'242.4***		1'942.7***	
75-84	1'850.8***		2'300.5***		2'655.6***	
≥85	3'379.8***		3'499.8***		3'368.2***	
Managed Care	-777.8***		-441.3***		-217.9***	
Franchise						
Hoch (< CHF 500)	-344.2		-1'051.0***		-1'266.0***	
Chronic Disease Score						
Level 2	**642.2****		**861.4*****		**1'054.1*****	
Level 3	**2'189.6*****		**2'019.8*****		**1'855.1*****	
Level 4	**3'750.8*****		**4'405.9*****		**4'820.9*****	
Level 5	**10'022.8*****		**11'260.3*****		**11'960.6*****	

Huber CA et al. International Journal of Integrated Care. 2016; 16(1):11


INSIDE THE INAUGURAL
CAN BUSH SELL HIS BOLD VISION?
RATED AMERICA'S MOST CREDIBLE PRINT NEWS SOURCE
U.S.News & WORLD REPORT
SPECIAL HEALTH ISSUE
WHO NEEDS DOCTORS?
Your future physician might not be an M.D.—and you may be better off

Horizontale Integration – nurse led/assisted care

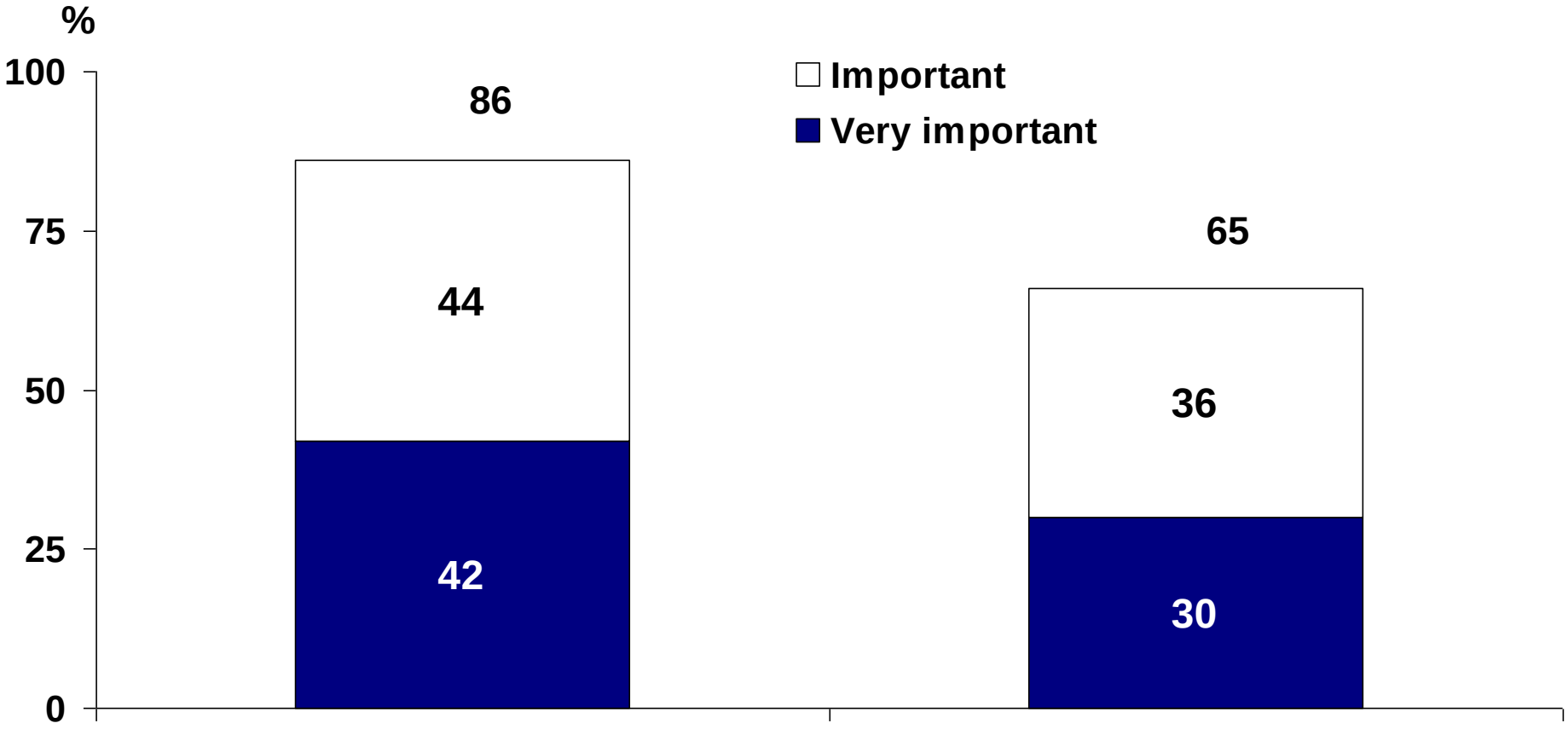
A primary care physician with an panel of 2500 average patients will spend **7.4 hours per day** doing recommended **preventive care**

Yarnall et al. Am J Public Health 2003;93:635

A primary care physician with an panel of 2500 average patients will spend **10.6 hours per day** doing recommended **chronic care**

Ostbye et al. Annals of Fam Med 2005;3:209

Patientensicht: um die Versorgung zu verbessern:



Ärzte und Pflegende sollen eng im Team arbeiten mit umfangreichen Aufgaben für die Pflegenden

Ärzte sollten in Teams zusammenarbeiten anstatt alleine

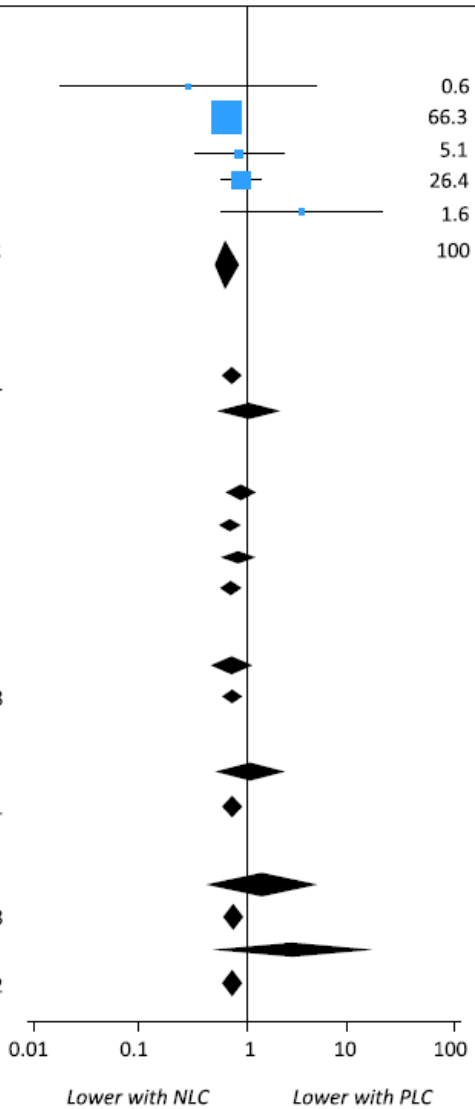
Universität Zürich[UZH]

Institut für Hausarztmedizin

Nurse led care und Hospitalisation

Martínez-González et al. BMC Health Services Research 2014, 14:214

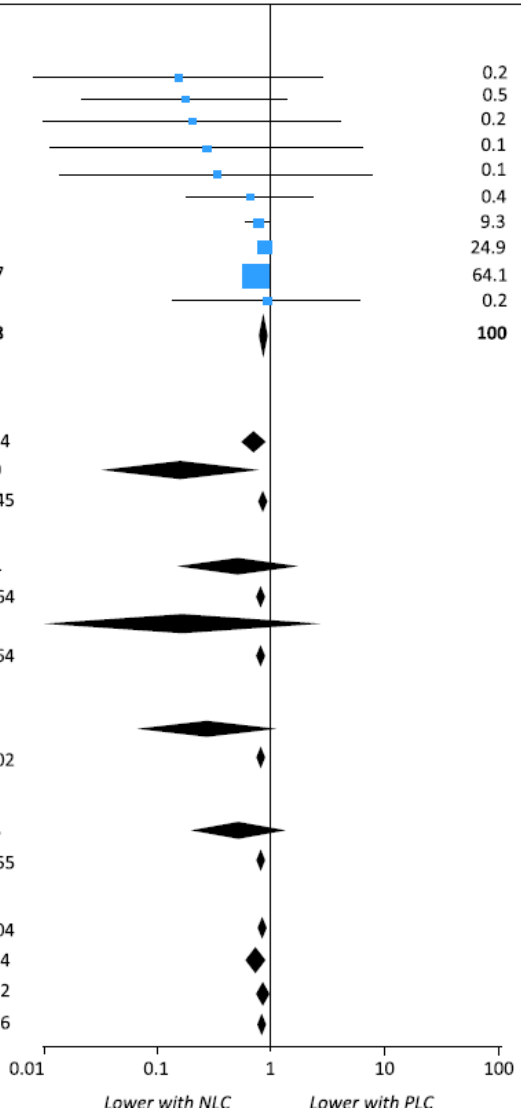
Study/Subgroup	RCTs, n	Nurses N/Total	Physicians N/Total	Weight %	RR(95%CI)	Heterogeneity Chi²	df	P	I²,%	Overall effect, P
A) *all trials*										
Shum, 2000		1/684	3/694	0.6	0.34 (0.04 to 3.24)					
Campbell, 1998		106/540	145/518	66.3	0.70 (0.56 to 0.87)					
Andryukhin, 2010		9/44	10/41	5.1	0.84 (0.38 to 1.85)					
Mundinger, 2000		68/800	50/509	26.4	0.87 (0.61 to 1.23)					
Flynn, 1974		10/40	2/20	1.6	2.50 (0.60 to 10.34)					
Overall (95% CI)	**5**	**194/2108**	**210/1782**	100	**0.76 (0.64 to 0.91)**	**4.30**	**4**	**0.37**	**7**	**0.003**
B) *subgroups*										
Employed nurses										
NP	3	175/2024	198/1721		0.74 (0.62 to 0.89)	1.47	2	0.48	0	0.001
RN/LN	2	19/84	12/61		1.09 (0.54 to 2.17)	1.73	1	0.19	42	0.81
Type of care										
single contact	3	79/1524	55/1223		0.90 (0.64 to 1.26)	2.76	2	0.25	27	0.53
ongoing care	2	115/584	155/559		0.71 (0.57 to 0.88)	0.18	1	0.67	0	0.002
urgent care visits	2	69/1484	53/1203		0.85 (0.60 to 1.19)	0.65	1	0.42	0	0.34
non-urgent visits	3	125/624	157/579		0.73 (0.59 to 0.90)	3.13	2	0.21	36	0.003
Follow-up*										
<12 months	4	48/1568	42/1264		0.74 (0.49 to 1.12)	3.94	3	0.27	24	0.16
≥12 months	3	183/1384	205/1068		0.75 (0.63 to 0.90)	1.09	2	0.58	0	0.002
Study size										
N≤200	2	19/84	12/61		1.09 (0.54 to 2.17)	1.73	1	0.19	42	0.81
N>200	3	175/2024	198/1721		0.74 (0.62 to 0.89)	1.47	2	0.48	0	0.001
Risk of bias										
adequate concealment	1	1/684	3/694		0.34 (0.04 to 3.24)	NA				0.35
inadequate concealment	4	193/1424	207/1088		0.76 (0.64 to 0.91)	3.81	3	0.28	21	0.003
<20% attrition	1	10/40	2/20		2.50 (0.60 to 10.34)	NA				0.21
≥20% attrition	4	184/2068	208/1762		0.75 (0.62 to 0.89)	1.56	3	0.67	0	0.001



Nurse led care und Mortalität

Martínez-González et al. BMC Health Services Research 2014, 14:214

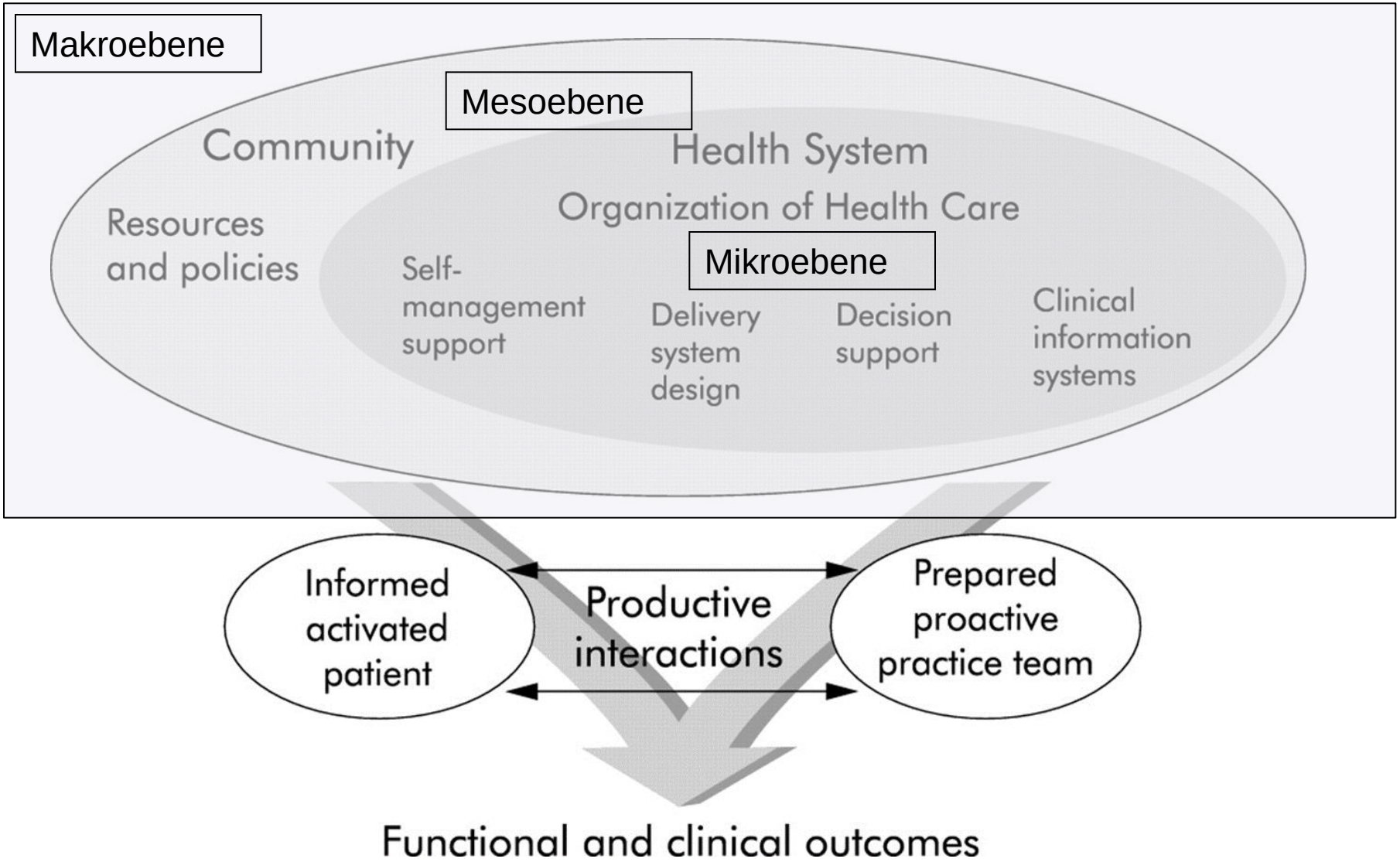
Study/Subgroup	RCTs, n	Nurses N/Total	Physicians N/Total	Weight %	RR(95%CI)	Heterogeneity Chi²	df	P	I²,%	Overall effect, P
A) *all trials*										
Hiss, 2007		0/95	3/102	0.2	0.15 (0.01 to 2.93)					
Voogdt-Pruis, 2010		1/314	7/387	0.5	0.18 (0.02 to 1.42)					
Shum, 2000		0/684	2/694	0.2	0.20 (0.01 to 4.22)					
Hesselink, 2004		0/115	1/94	0.1	0.27 (0.01 to 6.62)					
Denver, 2003		0/60	1/60	0.1	0.33 (0.01 to 8.02)					
Hemani, 1999		3/150	9/300	0.4	0.67 (0.18 to 2.43)					
Campbell, 1998		100/673	128/670	9.3	0.78 (0.61 to 0.99)					
Jarman, 2002		353/1016	307/803	24.9	0.91 (0.80 to 1.03)					
Fairall, 2012)		997/4943	747/3407	64.1	0.92 (0.85 to 1.00)					
Andryukhin, 2010		2/44	2/41	0.2	0.93 (0.14 to 6.31)					
Overall (95% CI)	**10**	**1456/8094**	**1207/6558**	**100**	**0.89 (0.84 to 0.96)**	**7.52**	**9**	**0.58**	**0**	**0.001**
B) *subgroups*										
Employed nurses										
NP	3	103/1507	139/1664		0.76 (0.60 to 0.96)	0.8	2	0.67	0	0.02
NP+	3	1/469	11/549		0.19 (0.04 to 0.85)	0.15	2	0.93	0	0.03
RN/LN	4	1352/6118	1057/4345		0.92 (0.85 to 0.98)	0.58	3	0.9	0	0.01
Type of care										
single contact	2	3/834	11/994		0.53 (0.17 to 1.70)	0.51	1	0.48	0	0.29
ongoing care	8	1453/7260	1196/5564		0.90 (0.84 to 0.96)	6.38	7	0.5	0	0.001
urgent care visits	1	0/684	2/694		0.20 (0.01 to 4.22)	NA				0.3
non-urgent visits	9	1456/7410	1205/5864		0.90 (0.84 to 0.96)	6.59	8	0.58	0	0.001
Follow-up*										
<12 months	4	1/883	8/897		0.26 (0.07 to 1.06)	0.4	3	0.94	0	0.06
≥12 months	7	1456/7255	1201/5702		0.90 (0.84 to 0.96)	4.82	6	0.57	0	0.002
Study size										
N≤200	4	5/349	15/503		0.54 (0.21 to 1.36)	1.21	3	0.75	0	0.19
N>200	6	1451/7745	1192/6055		0.90 (0.84 to 0.96)	5.54	5	0.35	10	0.002
Risk of bias										
adequate concealment	3	1350/6643	1056/4904		0.92 (0.85 to 0.98)	0.97	2	0.61	0	0.01
inadequate concealment	7	106/1451	151/1654		0.73 (0.58 to 0.91)	3.83	6	0.7	0	0.006
<20% attrition	4	354/1485	318/1352		0.89 (0.78 to 1.00)	4.18	3	0.24	28	0.05
≥20% attrition	6	1102/6609	889/5206		0.90 (0.83 to 0.97)	3.37	5	0.64	0	0.008



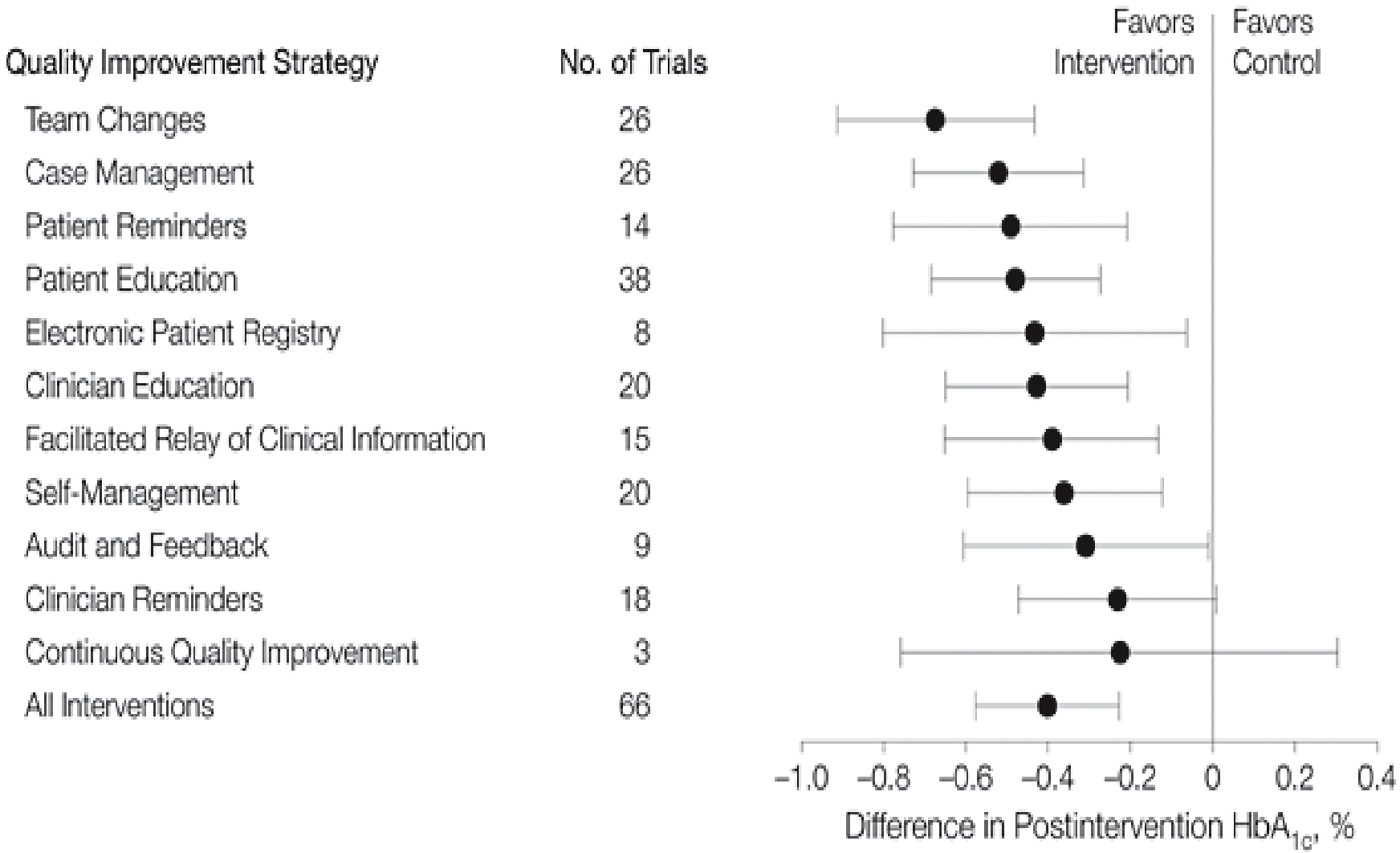
Mikro- Meso- und Makroebene in der Versorgung chronisch Kranker

The Chronic Care Model (CCM)

Epping-Jordan et al. Qual Saf Health Care 2004;13:299-305

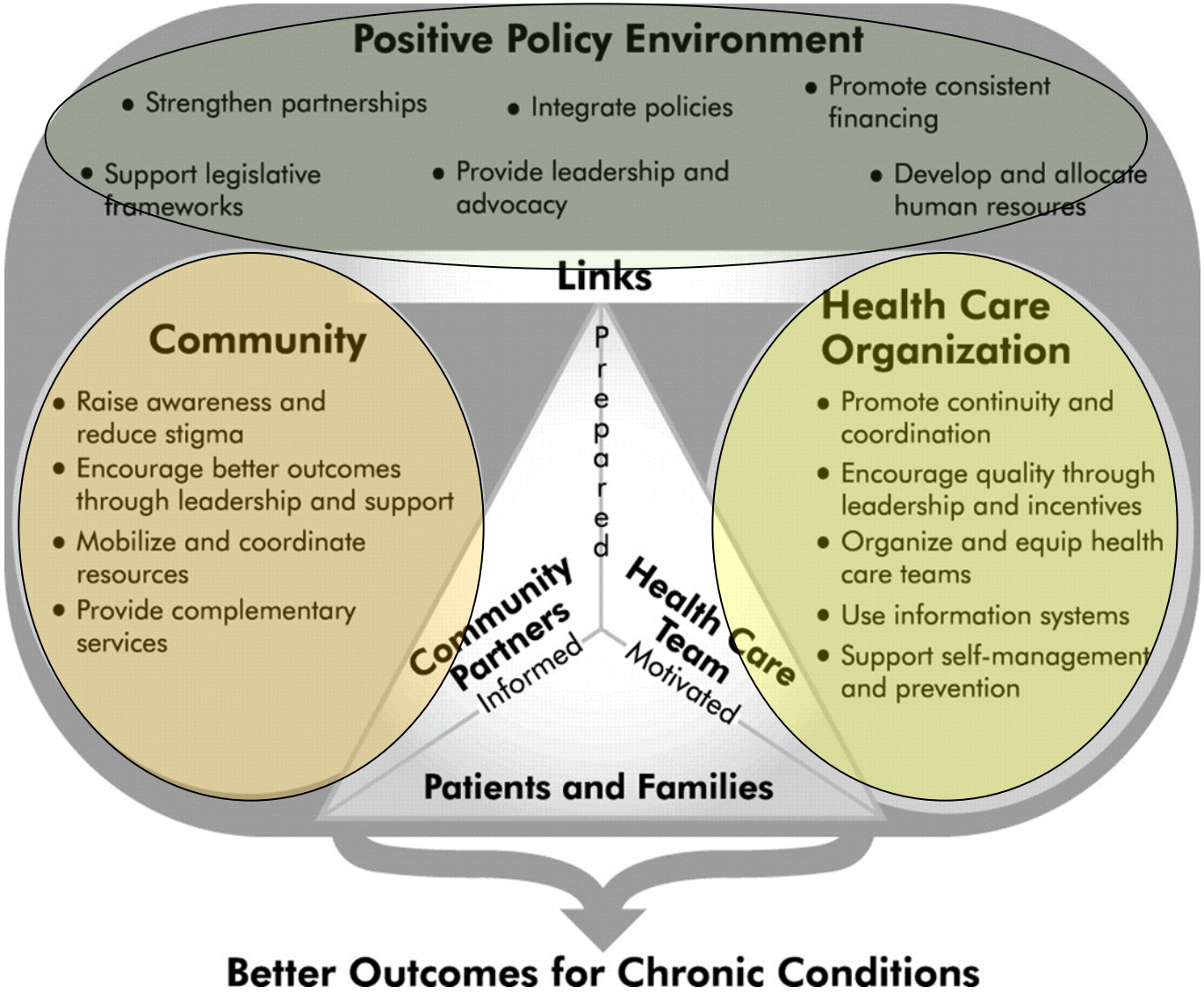


Welche CCM Massnahme (auf Mikroebene) bringt wieviel?



Shojania, K. G. et al. JAMA 2006;296:427-440

The Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) framework.



Epping-Jordan et al.
Qual Saf Health Care 2004;13:299-305

Conclusion

Chronische Krankheiten und Multimorbidität sind die zentrale Herausforderung des 21. Jahrhunderts

Es braucht eine entsprechende Orientierung auf der **Mikro-Ebene**:

einen umfassenden und proaktiven Behandlungsansatz (CCM) statt eines krankheits-fokussierten «event-driven»-Ansatzes

Der **Meso-Ebene**:

Ausrichtung der Provider (ambulant wie stationär) und Unterstützung und Begleitung auf kommunaler Ebene

Und der **Makro-Ebene:**

Ausrichtung des Incentivierungssystems auf eine qualitativ hochwertige Versorgung («quality and outcomes framework/ pay-for- performance»)

Legislative Massnahmen im Kontext der Bedürfnisse chronisch Kranker

Gesellschaftspolitische Umorientierung