

Ein Anruf genügt? - Telefoncoaching allein senkt weder Kosten noch Einweisungen

Inge Brinkmann | 9. August 2013

Mit einer regelmäßigen telefonischen Gesundheitsberatung für chronisch Kranke hatte man im britischen Birmingham gehofft, die Kosten im Gesundheitswesen und die Zahl der Klinikaufenthalte zu senken. Doch diese Hoffnung scheint sich nicht zu erfüllen.

Zumindest offenbar jetzt eine im *BMJ* veröffentlichte kontrollierte Kohortenstudie von **Adam Steventon**, Vorstand des in der Versorgungsforschung tätigen Nuffield Trusts, sogar einen gegenteiligen Effekt: Die telefonische Beratung führte innerhalb eines Jahres zu einer deutlichen Steigerung der Krankenhauskosten statt zu deren Senkung. Und anstatt die Zahl der Krankenhausaufenthalte zu reduzieren, stieg diese bei den per Telefon gecoachten Patienten sogar an [1].

Damit habe sich das Thema Patientencoaching aber nicht erledigt, meint **Helmut Hildebrandt**, Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Managed Care (BMC) und Vorstand der auf Integrierte Versorgung spezialisierten OptiMedis AG. Für ein effizientes Coaching müsse man jedoch eine sehr dezidierte Methodik einsetzen. Ansonsten laufe man Gefahr, dass die Anrufe der Coachs von den Patienten sogar als „lästig“ empfunden werden.

Patientencoaching als Mittel zur Kostenreduktion

Mit verschiedenen Methoden versucht man weltweit, den steigenden Kosten im Gesundheitswesen zu begegnen. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei auch der Nutzung technologiebasierter Anwendungen bei der Versorgung chronisch Kranker gewidmet.

Vorangegangene Studien über die Effektivität einer telefonischen Gesundheitsberatung chronisch Kranker hatten jedoch widersprüchliche Ergebnisse erbracht. Und nur wenige Wissenschaftler hatten zuvor explizit die Auswirkungen solcher Programme auf die Kosten und die Zahl der Krankenhausaufenthalte untersucht. Diese Lücke sollte die aktuelle Studie nun schließen.

Mit „Birmingham OwnHealth“, das 2006 in der britischen Industriestadt gestartet ist, analysierte Steventons Team in ihrer Studie dasjenige Coaching-Angebot mit den größten Patientenzahlen im Vereinigten Königreich. Es richtet sich speziell an Menschen mit Herzinsuffizienz, koronaren Herzerkrankungen, Diabetes mellitus oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD).

Die an diesem Programm teilnehmenden Patienten werden einer durch den nationalen Gesundheitsdienst ausgebildeten Pflegekraft zugewiesen. Diese rufen die Teilnehmer in der Regel einmal monatlich an und erstellen u. a. persönliche Behandlungspläne, überprüfen die korrekte Medikamenteneinnahme oder beraten über eine gesündere Lebensführung.

Die Hoffnung: Die telefonische Gesundheitsberatung fördert ein gesünderes Verhalten und hilft bei der Identifizierung von Problemen, bevor sie ein kritisches Stadium erreichen. Letztendlich soll sie Krisen vermeiden, die zu einer – kostenintensiven – Krankenhauseinweisung führen.

Gleich große Kontrollgruppe mit gleichen Charakteristika

Insgesamt 3.525 Patienten wurden zwischen April 2006 und Dezember 2008 in das Birmingham OwnHealth-Programm aufgenommen. Steventon und seine Kollegen nahmen davon wiederum 2.698 in ihre eigene Untersuchung auf (Interventionsgruppe).

Eine gleich große Kontrollgruppe wurde aus Patienten rekrutiert, deren Daten in der britischen Krankenhausstatistik gespeichert waren. Bei der Zusammensetzung achtete Steventons Team vor allem darauf, dass Interventions- und Kontrollgruppe dieselben Charakteristika aufwiesen, damit eine Vergleichbarkeit gewährleistet war. So hatten die Gruppen z. B. das gleiche Durchschnittsalter (65,5 Jahre) und die Teilnehmer wiesen im Mittel gleich viele gesundheitliche Beschwerden oder zurückliegende Krankenhausaufenthalte auf.

Primärer Endpunkt der Studie war die Zahl der ungeplanten (bzw. Notfall-)Einweisungen pro Patient innerhalb von 12 Monaten. Sekundäre Endpunkte umfassten ferner u. a. die Zahl der geplanten Krankenhausaufenthalte, die Häufigkeit einer ambulanten Klinikbetreuung sowie die Krankenhauskosten.

Enttäuschendes, aber nicht überraschendes Ergebnis

Die Ergebnisse der Untersuchung entsprachen am Ende ganz und gar nicht den in das Programm gesetzten Erwartungen: So stieg zum Einen in der Interventionsgruppe die mittlere Zahl der Notfallanweisungen von 0,31 (vor Studienbeginn) auf 0,38 (12 Monate nach Studienbeginn) pro Patient an – und damit sogar um 13,6% mehr als in der Kontrollgruppe (0,29 bzw. 0,32).

Aber auch die ambulante Betreuung im Krankenhaus hatten die gecoachten Patienten häufiger in Anspruch genommen als die Patienten ohne telefonische Unterstützung; ein signifikanter Unterschied ergab sich hier jedoch vor allem dadurch, dass die Kontrollgruppe am Ende der Studie – im Gegensatz zur Interventionsgruppe – sogar seltener ambulant behandelt wurde als zu Beginn der Untersuchung (-0,30 Behandlungen pro Kopf in der Kontrollgruppe; +0,06 in der Interventionsgruppe).

Schlussendlich spiegelten sich die Ergebnisse auch in den Kosten wieder: Bei den Teilnehmern von Birmingham OwnHealth stiegen die Pro-Kopf-Krankhauskosten innerhalb des Beobachtungszeitraumes um 203 € mehr als bei den Patienten, die nicht in das Programm involviert waren.

Steventon sprach denn auch in einem Videoabstract von „enttäuschenden“ Ergebnissen. Überrascht haben können ihn die Resultate indes genauso wenig wie Hildebrandt: „Ähnliche Ergebnisse haben auch schon andere Studien erbracht.“

Er gibt allerdings gegenüber *Medscape Deutschland* zu bedenken, dass die Interpretation der Daten in diesem Fall schwierig sei, da Patienten mit verschiedenen chronischen Krankheiten involviert gewesen seien. Eine Patientengruppe habe möglicherweise mehr profitiert als eine andere, das ließe sich aus der Veröffentlichung aber nicht ablesen.

Er geht davon aus, dass sich solche Disease Management-Programme durchaus rentieren können, dabei dürfe man sich aber nicht nur auf monatliche Anrufe eines anonymen Call-Center-Mitarbeiters beschränken. Durch einen persönlicheren Kontakt zwischen Patient und Coach ließen sich die Ergebnisse vermutlich bereits verbessern, meint Hildebrandt. Er verweist auf eine ähnlich angelegte, wenn auch mit 68 Teilnehmern ungleich kleinere Vergleichsstudie der Integrierten Versorgung (IV) „Gesundes Kinzigtal“ zur Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz [2].

Persönliche Ansprache statt anonymes Callcenter

Hildebrandt, Geschäftsführer des IV-Projekts, sagt: „Die Case Manager, die die Programmteilnehmer ebenfalls telefonisch kontaktierten, waren in diesem Fall speziell geschulte Praxismitarbeiter, die die Patienten meist persönlich kannten und auch bei den Praxisbesuchen trafen.“ Dies erhöhe seiner Ansicht nach die Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit an dem Programm.

„Case Manager und Patient haben in diesem Fall denselben kulturellen Kontext, sprechen dieselbe Sprache. Solche Voraussetzungen hat man bei einem externen Telefonzentrum natürlich nicht.“

Auch **Dr. Brenda R. Motheral** von CareScientific in Brentwood, USA, kommt in ihrem 2011 veröffentlichten Review „Telephone-Based Disease Management: Why It Does Not Save Money“ zu einem ähnlichen Schluss [3]. So hätten die ersten Studien, die das Interesse an Disease Management erst richtig weckten, noch unter gänzlich anderen Voraussetzungen stattgefunden, „face-to-face“-Kontakte zwischen Patient und Team seien die Regel gewesen.

Ebenfalls von Bedeutung: ein multidisziplinäres Netzwerk

Motheral schreibt, dass heute die Interventionen in erster Linie per Telefon durch eine Pflegekraft durchgeführt würden, die „nur selten eine Beziehung zu dem Patienten“ aufgebaut hätte. Und auch nicht zu dem behandelnden Arzt.

Ein multidisziplinäres Netzwerk sei jedoch ebenfalls wichtig, schreibt sie. Und auch Hildebrandt sagt, dass sich eine jederzeit mögliche Rücksprache durch die Case Manager mit dem behandelnden Arzt vermutlich auszahle. In der Kinzigtaler Vergleichsstudie war zumindest die Überlebensrate der Programmteilnehmer nach 8 Quartalen höher und die Kosten pro Quartal pro Kopf niedriger.

Auch Steventon möchte die Idee des Patientencoachings noch nicht ad acta legen. Allerdings gibt er zu, dass wohl an den einzelnen Elementen eines erfolgreichen Programms zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen noch gefehlt werden müsse.



Helmut Hildebrandt

„Die Case Manager ... waren in diesem Fall speziell geschulte Praxismitarbeiter, die die Patienten meist persönlich kannten und auch bei den Praxisbesuchen trafen.“

Helmut Hildebrandt