Ass-Prof. Dr. Dorothee Gänshirt PhD
Ass-Prof. Dr. Dr. Fred Harms MD PhD

Compliance Management

Bei vielen chronischen Erkrankungen beträgt die Compliancerate nicht einmal 30 %. Da jeder Prozentpunkt einer entsprechenden Verbesserung den europäischen Gesundheitssystemen eine Ersparnis zwischen 1 bis 3 Mrd. Euro bringen könnte, gewinnt dieses Thema vor allem von Seiten der Kassen zunehmend an Interesse.

Abstract

Für die Volkswirtschaft bedeutet Non-Compliance, dass sich die Zeiten der Erkrankung verlängern, sich die Heilung hinauszögert oder sogar verhindert wird. Folglich werden vermehrte Einweisungen in Krankenhäuser und Pflegeheime verursacht, wobei nicht unerhebliche zusätzliche Kosten für Arzneimittel sowie therapeutische und diagnostische Maßnahmen entstehen. Nach Schätzungen belaufen sich die durch die „geringe" Compliance der Patienten resultierenden Folgekosten in Europa auf 200 bis 300 Mrd. Euro pro Jahr. Alleine die Folgen der Drug Non-Compliance werden mit 70 Mrd. Euro jährlich beziffert. In Deutschland entstehen nach Schätzungen etwa 13 Prozent aller Krankheitskosten alleine durch Non-Compliance. Basierend auf diesen Zahlen existiert vor allem für die Krankenkassen ein hoher Bedarf an Konzepten zum Compliance-Management. Diese Forschungsarbeit zeigt unter anderem auf, inwiefern sich Krankenkassen z.Z. mit diesem Thema auseinandersetzen.

Schlüsselbegriffe

Grundlagen Compliance Management; Status Quo der Implementierung von Compliancemanagement bei Krankenkassen

>> Der Begriff Compliance stammt aus dem Englischen und bedeutet direkt übersetzt Therapietreue, Zuverlässigkeit, Einwilligung. Non-Compliance kann verschieden definiert werden. Definitionen von Non-Compliance variieren in der Literatur von der Weigerung der Patienten, einer ihnen vorgeschlagenen Therapie zuzustimmen, über einen vorzeitigen Abbruch der Therapie, bis hin zum Versäumen von Arztterminen.

Die European Health Care Foundation (EUHCF) definiert Compliance als „... Mitarbeit bzw. Kooperation des Patienten bei einer medizinischen Behandlung durch die Einhaltung definierter Verhaltensregeln". Somit zeigt die Compliance den Grad der Übereinstimmung des Verhaltens der Patienten im Hinblick auf einen sinnvoll formulierten medizinischen Rat an (Harms/Gänshirt/Lonsert 2005; Harms/Gänshirt 2006). Soviel zur Theorie. Was bedeutet dieser Ansatz für das „normale Leben"?

„Wenn jemand krank ist, geht er zum Arzt. Er lässt sich untersuchen, beraten und bekommt unter Umständen ein Medikament verschrieben. Er wird das Rezept einlösen, sein Medikament vorschriftsmäßig einnehmen und alle Empfehlungen seines Arztes und seines Apothekers hundertprozentig befolgen". Die Realität sieht leider anders aus. Ein nicht unerheblicher Teil der ausgestellten Rezepte wird gar nicht erst eingelöst. Kommt es doch zur Übergabe des Arzneimittels, geht man davon aus, dass bei den großen Volkskrankheiten, wie Asthma, Bluthochdruck, Diabetes mellitus und Rheuma mehr als zwei Drittel der Patienten ihre Medikamente nicht vorschriftsmäßig einnehmen, d.h. den Empfehlungen ihres Arztes nicht folgen und somit „non-compliant" sind (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2002; Arzneiverordnung in der Praxis 2006).

Folgen der Non-Compliance

Für die Patienten bedeutet Non-Compliance, dass sie damit rechnen müssen, dass die verordneten Therapien keinen oder nur einen teilweisen Erfolg erzielen. Darüber hinaus können unerwünschte Arzneimittelwirkungen entstehen. Die Patienten tragen ein erhöhtes Risiko dafür, dass ihre Erkrankungen schneller wiederkehren, sich der Gesundheitszustand signifikant verschlechtert, sie gravierende Folgeerkrankungen erleiden und im schlimmsten Fall vorzeitig versterben.

Für die Volkswirtschaft bedeutet Non-Compliance, dass sich die Zeiten der Erkrankung verlängern, sich die Heilung hinauszögert oder sogar verhindert wird. Folglich werden vermehrte Einweisungen in Krankenhäuser und Pflegeheime verursacht, wobei nicht unerhebliche zusätzliche Kosten für Arzneimittel sowie therapeutische und diagnostische Maßnahmen entstehen. Nach Schätzungen belaufen sich die durch die „geringe" Compliance der Patienten resultierenden Folgekosten in Europa auf 200 bis 300 Mrd. Euro pro Jahr. Alleine die Folgen der Drug Non-Compliance werden mit 70 Mrd. Euro jährlich beziffert. In Deutschland entstehen nach Schätzungen etwa 13 Prozent aller Krankheitskosten alleine durch Non-Compliance (Harms/Gänshirt/Mahl 2007; Hauner 2005).

Die Gründe für Non-Compliance sind meist vielschichtig. Die wesentlichen Ursachen werden in vier Bereiche eingeteilt (WHO 2003):

- Krankheit
- Therapie
- Interaktion zwischen Patient und Arzt oder Apotheker
- Patient

Bei akuten Erkrankungen ist die Compliance wesentlich höher als bei chronischen Zuständen. Je schmerzhafter und lebensbedrohender eine Krankheit ist, desto größer sind Leidensdruck, Krankheitsbewusstsein und Compliance eines Patienten. Verursacht die Erkrankung hingegen nur wenige oder gar keine Schmerzen, wie z. B. Bluthochdruck oder hohe Cholesterinwerte, so ist die Akzeptanz einer Behandlung und somit auch die Compliance oftmals gering (Diabetes Portal 2006; Kommer 2005).

Vielfach ist der Grund für die schlechte Compliance vor allem auf die Unkenntnis bzw. Furcht über die Nebenwirkungen der verordneten Medikamente zurückzuführen.

Sehr wichtig für die Compliance ist die Interaktion zwischen dem Patienten, dem Arzt oder Apotheker. Für Informationen bezüglich Compliance werden in ärztlichen Praxen durchschnittlich nicht einmal 60 Sekunden pro Gespräch aufgewandt (Harms/Gänshirt/Mahl 2007).

Patienten bilden sich ihre eigenen Vorstellungen von ihren Erkrankungen und entwickeln als „medizinische Laien" so genannte „Laienhypo-

thesen", die oftmals nicht mit dem medizinischen Rat übereinstimmen, jedoch eine dominierende Rolle bei individuellen Verhaltensentscheidungen spielen. Viele Patienten experimentieren beispielsweise mit ihren Arzneimitteln, indem sie die Dosis verändern, Medikamente absetzen oder sie nur bei akutem Bedarf einnehmen (Sonnenmoser 2006).

Somit sind die wesentlichen Ursachen der Non-Compliance insbesondere auf die unzureichende Information, Betreuung und Motivation der Patienten zurückführen (Harms/Gänshirt/Mahl 2007).

Arzneimittel alleine bringen keinen Erfolg. So kann beispielsweise ein Diabetes-Patient, der zwar – wie verordnet – sein Insulin perfekt spritzt, sich jedoch gleichzeitig falsch ernährt und zu wenig bewegt, langfristig vor den Folgeschäden seiner Krankheit nicht geschützt werden. Die Patienten selbst spielen die entscheidende Rolle. Durch maßgeschneiderte Maßnahmen müssen sie zum Selbst-Management ihrer Krankheiten befähigt werden.

Im Folgenden werden daher Komponenten dargelegt, welche stringent aufeinander abgestimmt einen sinnvollen Lösungsansatz für das Problem der Non-Compliance ergeben. Durch die Kombination der folgenden drei Faktoren wird ein effektives Compliance Management realisiert:

- Patientenorientierung
- Patienteninformation
- Kontinuierliche Betreuung und Beratung der Patienten

Wir wissen, dass durch Compliance Management nicht alle betroffenen Patienten erreicht werden. Diese Maßnahmen können allerdings chronisch kranke Patienten dazu befähigen, als „Manager ihrer Erkrankungen" aufzutreten. Dieser Aspekt ist gesundheitspolitisch relevant, da bis zu 90 Prozent der Behandlungserfolge in den Händen der Patienten liegen (Harms/Gänshirt 2005, Harms/Gänshirt/Mahl 2007).

Bedeutung von Compliance Management für Krankenkassen

Aufgrund der demographischen Entwicklung, Fehlernährung und mangelnden Bewegung wird die Anzahl der chronisch Erkrankten in Zukunft drastisch steigen. Vor dem Hintergrund, dass derzeit etwa 80 Prozent der gesamten Gesundheitskosten von chronisch kranken Menschen „verursacht" werden, liegt es auf der Hand, dass mit der Zunahme chronischer Krankheiten auch die Ausgaben der Krankenkassen kontinuierlich ansteigen (Harms/Gänshirt 2005, Harms/Gänshirt/Mahl 2007).

Zur Abklärung des Sachverhaltes wurden daher ausgewählte Krankenkassen in Deutschland zu folgenden Themengebieten befragt:

- Allgemeine Wertschätzungen kundenbezogener Aktivitäten
- Einschätzung der Wirksamkeit verschiedener kostensenkender Konzepte
- Zeitraum, in dem Kosteneinsparungen wirksam werden müssten
- Bereitschaft zur Investition in Compliance Management
- Zeitraum und Höhe der evtl. Investitionen
- Derzeitige Bedeutung verschiedener gesundheitsfördernder Maßnahmen
- Zukünftige Bedeutung verschiedener gesundheitsfördernder Maßnahmen

In die Befragung wurden im ersten Schritt 40 ausgewählte Krankenkassen eingebracht. Um ein möglichst repräsentatives Ergebnis zu erlangen, wurde bei der Auswahl der befragten Krankenkassen darauf geachtet, dass sowohl größere als auch kleinere Kassen eingebunden wurden.

Zu den oben genannten Themengebieten wurden sieben geschlossene Fragensegmente in einem Fragebogen erfasst. Diese Fragen ermöglichen eine Momentaufnahme der aktuellen Situation der Krankenkassen, ihrer

Literatur

Harms, F./Gänshirt, D./Lonsert, M. (2005): Zukunftsperspektiven für pharmazeutisches Marketing. Marktempowerment: Eine Herausforderung für pharmazeutische Dienstleister. In: Pharm. Ind. 67, Nr. 8: 865 – 870

Harms, F./Gänshirt, D. (2006): Direkte Patientenkommunikation als Herausforderung für die Pharmaindustrie. In: Pharm. Ind. 68, Nr. 6, : 673 – 677

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002): Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung. Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung, Bonn; Essen; Bergisch Gladbach; Bochum; Hamburg; Kassel; Siegburg

Arzneiverordnung in der Praxis (2006): Zum Problem der Therapietreue, Band 33, Ausgabe 1

Harms , F./Gänshirt, D./Mahl, D. (2007): Direkte Patienteninformation; Herausforderung für die pharmazeutische Industrie. PMJ 3: 93-98

Hauner, H.: Diabetesepidemie und Dunkelziffer. In: Deutsche Diabetes-Union (Hrsg.): Deutscher Gesundheitsbericht. Diabetes 2006, Mainz (2005), S. 7ff <http:// www.diabetes.uni-duesseldorf.de/download/DDU_Gesundheitsbericht.pdf>

World Health Organisation (WHO) (2003): Adherence to long-term therapies. Evidence for action, Geneva (Schweiz)

Diabetes-Portal: Wie kommt es zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen (2006)? <http://www.diabsite.de/aktuelles/gesundheitspolitik/kostenexplosion.html>

Kommer, K. (2005): Krankheits- und Behandlungsverlauf schizophrener Patienten unter Berücksichtigung der subjektiven Sichtweise, Univ. Diss., Tübingen

Sonnenmoser, M. (2006): Compliance in der Arzneimitteltherapie. In: ABDA-Referat 2002, S. 3

Harms, F./Gänshirt, D. (2005): Gesundheitsmarketing; Patientenempowerment als Kernkompetenz, Lucius-Verlag Stuttgart

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007a), <http://www.bmg.bund.de/nn_600110/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/gesundheit-node,param=.html__nnn=true>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007b), <http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/effizienz_im _gesundheitswesen.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007c), <http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/gesetzliche_ krankenversicherung.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007d), <http://www.bmg.bund.de/nn_600116/DE/Themenschwerpunkte/Praevention/praevention-node,param=.html__nnn=true>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007e), <http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/ integrierte_versorgung.html>

Einstellung zu Compliance Management Projekten sowie ihrer Bereitschaft in Compliance Management zu investieren.

Die Fragebögen wurden abteilungsübergreifend von den entsprechenden Mitarbeitern der Krankenkassen ausgefüllt. Oftmals verhielten sich diese Mitarbeiter mit ihren Aussagen eher zurückhaltend. Die Begründung dafür war, dass sie sich in einem bestimmten politisch gesetzten Rahmen bewegen müssten, und in vielen Fällen nicht so agieren könnten, wie sie es wollten.

Somit waren viele der Meinung, dass Compliance Management eher ein Thema für die Politik als für die Krankenkassen als größtem Leistungsfinanzierer des Gesundheitswesens sei. Dies wurde durch einige Aussagen noch verschärft, in denen sich Krankenkassen lediglich als passive „Umsetzer" politischer Entscheidungen und Reformen definierten.

Wenn man bedenkt, dass von 1.000 chronisch Kranken nur ein Viertel richtig diagnostiziert, davon nur die Hälfte richtig therapiert und wiederum davon nicht mal ein Viertel der Patienten compliant sind, wird deutlich, dass chronisch Kranke in Deutschland nicht über- oder unter-, sondern fehlversorgt sind (Abb. 1).

Abgesehen von den erheblichen Defiziten, liegt der Fokus der DMPs auf der prozessorientierten Optimierung der Versorgung chronisch Kranker. Sie beziehen dabei Krankenhäuser und Ärzte ein, „vernachlässigen" jedoch den individuellen Patienten. Genau an dieser Stelle setzt Compliance Management ein.



Abb1: Patienten mit chronischen Erkrankungen sind nicht optimal versorgt

Primär sind es die 125 von den 1.000 Patienten, welche für das Compliance Management relevant sind. Ohne die Bereitschaft bzw. Befähigung der Patienten, ihre Erkrankungen selbst zu managen – um somit die von der Politik gewünschte Eigenverantwortung zu übernehmen -, werden keine Maßnahmen in dem Maße wirksam, dass der Leistungsumfang des deutschen Gesundheitswesens in Zukunft beibehalten werden kann (Harms/Gänshirt/Mahl 2007).

Im Gegensatz zu anderen bisher umgesetzten Maßnahmen wie z. B. DMPs oder auch der Integrierten Versorgung wird durch Compliance Management nicht an der „Stellschraube" System, sondern vor allem am Patienten „gedreht", denn für die Förderung und den Erhalt der eigenen Gesundheit sind die Bürgerinnen und Bürger in hohem Maße selbst verantwortlich (BMG 2007a).

Immerhin könnten nach Angaben der WHO bzw. der European Health Care Foundation 80 Prozent der Herzerkrankungen, 80 Prozent der Schlaganfälle, 80 Prozent der Diabetesfälle sowie 40 Prozent der Krebserkrankungen „verhindert bzw. verzögert" werden, falls die Patienten die Hauptrisikofaktoren, wie z. B. falsche Ernährung oder mangelnde Bewegung „eliminieren" würden.

Ergebnisse

Unabhängig von den medizinischen Fragestellungen sind sich alle Befragten der Gesetzlichen Krankenversicherungen einig darüber, dass die Betreuung der Kunden/Patienten im Mittelpunkt aller Interessen steht. Hierbei hat z.B. für viele Mitarbeiter der Krankenkassen die Kundenbetreuung einen höheren Stellenwert als die Bereitstellung verbesserter diagnostischer und therapeutischer Verfahren. Bei dieser Frage waren lediglich 52 Prozent der Befragten der Meinung, dass dieser Punkt sehr wichtig sei.

Trotz der enormen Ausgaben erreicht Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern zu wenig Qualität. Das bedeutet, dass die Effizienz des Gesundheitssystems zu gering ist (BMG 2007b). Diese Aussage des BMG wird durch 96 Prozent der befragten GKV-Mitarbeiter bestätigt, die ihrerseits die Effizienzsteigerung als einen entscheidenden Faktor bei der Qualitätsverbesserung im Gesundheitssystem sehen. Darüber hinaus gaben 87 Prozent der befragten Kassen an, dass die Kostenreduzierung im eigenen Unternehmen ebenfalls einen hohen Stellenwert besitze. Daraus erschließt sich, dass diese beiden Schlagwörter zur Erhaltung des deutschen Gesundheitssystems, nämlich Effizienzsteigerung und Kostenreduzierung einen hohen Anklang bei den gesetzlichen Krankenkassen gefunden haben.

Kostenreduzierungen in verschiedenen Bereichen zur Regulierung der Ausgaben der GKV werden von den Kassen als unterschiedlich wirksam empfunden. Die Reduzierung der Therapiekosten durch Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben wird von 70 Prozent der Befragten als sehr wirksames Instrument gesehen.

Deutlich weniger Kassen hingegen vertreten die Auffassung, dass die Kostenreduzierungen in den Bereichen Diagnostik, ärztliche Betreuung und vor allem im Hinblick auf die Verringerung der Liegezeiten wirksam sind. Zwar beschreiben 23 Prozent der befragten GKV-Mitarbeiter z.B. die Aktionen zur Reduzierung der Kosten im Bereich der Diagnostik als sehr wirksam. Im Gegensatz dazu sind jedoch 27 Prozent der Befragten der Meinung, dass diese Maßnahmen fast keine Wirkung entfalten.

Ähnlich verhalten sich die befragten Kassen bei den Fragen zur Kostenreduzierung in den Bereichen der ärztlichen Betreuung bzw. der Verringerung der Liegezeiten im Krankenhaus. So meinen 26 Prozent der Krankenkassen, dass die Schritte zur Reduzierung dieser Aufwendungen keinen Sinn machen. Nur 22 Prozent der GKVen äußerten, dass diese Maßnahmen sehr wirksam sind.

Nur 9 Prozent der befragten GKV-Mitarbeiter sind der Auffassung, dass die Reduzierung firmeninterner Kosten zur Regulierung der eigenen Kostenstrukturen sehr wirksam sei. Interessant ist, dass bei dieser Frage der Anteil derer, die diese Maßnahmen zur Kostenreduktion für „ wirksam" halten, genauso hoch ist, wie der Anteil derer, die diese Handlungen als „nicht sehr wirksam" bezeichneten. Diese Aussage legt die Vermutung nahe, dass viele Kassen das firmeninterne Kosteneinsparungspotenzial in den Bereichen Personal und Marketing für nahezu ausgeschöpft halten.

Zur gegenwärtigen Rolle der Prävention in ihren Organisationen antworteten 74 Prozent der Kassen, dass sie der Prävention gegenwärtig eine sehr große Rolle beimessen. Nur neun Prozent der GKVen sehen die Rolle der Prävention als untergeordnet an. Vor allem das Disease

Management spielt gegenwärtig – und auch zukünftig – bei den Krankenkassen eine dominierende Rolle. Immerhin bestätigen nur 17 Prozent der Kassen den DM-Konzepten eine untergeordnete Funktion.

Die Einführung der integrierten Versorgung ebnete den Weg für eine verstärkte Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer. Dabei steht die Verzahnung von Akteuren unterschiedlicher Versorgungsstufen im Vordergrund. Durch Vernetzung z.B. von Arztpraxis, Krankenhaus und Rehabilitationsklinik soll die Koordination und der Informationsfluss zwischen den Versorgungsbereichen optimiert werden (BMG 2007c).

Die Erhebung zur Rolle der Integrierten Versorgung in den GKVen ergab, dass ein größerer Anteil der Kassen dieser Art der Gesundheitsversorgung in der Zukunft eine entsprechende Relevanz bescheinigt. Gegenwärtig spielt für 57 Prozent der befragten Krankenversicherungen die integrierte Versorgung eine sehr große Rolle. Allerdings sind 70 Prozent der Befragten der Meinung, dass diese Versorgungsmethode in der Zukunft eine sehr große Rolle in ihrer Organisation spielen wird.

Im Gegensatz zur integrierten Versorgung bzw. der DMPs, die sehr stark vom System gesteuert werden, befasst sich Compliance Management mit den Möglichkeiten, die vom Patienten aus beeinflusst werden können.

Das Resultat der Befragung zur derzeitigen und zukünftigen Bedeutung verschiedener gesundheitsfördernder Maßnahmen zeigt daher, dass Compliance Management in Zukunft an Wichtigkeit gewinnen wird. Obwohl sich die Strategische Planung – geschweige denn die Implementierung – noch in den Kinderschuhen befindet, waren nur 13 Prozent der Befragten der Meinung, das Compliance Management für sie keine Rolle spielt. Beachtenswert ist dabei vor allem, dass 35 Prozent die Meinung vertraten, dass Compliance Management in Zukunft eine sehr große Rolle in ihren Organisationen spielen wird.

Fasst man die Daten derer zusammen, die die Meinung vertreten, dass CM-Konzepte in Zukunft eine sehr große oder eine gewisse Rolle spielen werden, dann sagen 87 Prozent der Befragten dem Compliance-Management eine entsprechende Relevanz voraus.

Daher sind die meisten Kassen bereit in Compliance Management zu investieren, sofern die Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen evidenzbasiert nachgewiesen wird. Immerhin sind 32 Prozent der Befragten bereit bis zu 5 Prozent der Einnahmen für derartige Projekte zu veranschlagen. Allerdings setzen 86 Prozent der Befragten Kosteneinsparungen durch die Umsetzung von Compliance Management innerhalb von zwei bis drei Jahren voraus (Abb. 2). <<

Compliance-Management

Economically con-compliance means an increased duration of disease or prevention of cure, which causes increased hospital- or nursing home admittance. Considerable additional costs are caused by medications and therapeutic or diagnostic measures. In Europe the costs of poor patient compliance are estimated to amount to 200-300 billion EUR per year. The sole costs of drug non-compliance are 70 billion EUR per year. In Germany 13 % of the total health care costs are caused by non-compliance alone. In view of these numbers health care insurances have a very high need for compliance-management concepts. This research paper demonstrates how health care insurances are dealing with this topic.

Keywords
Compliance; Non-Compliance

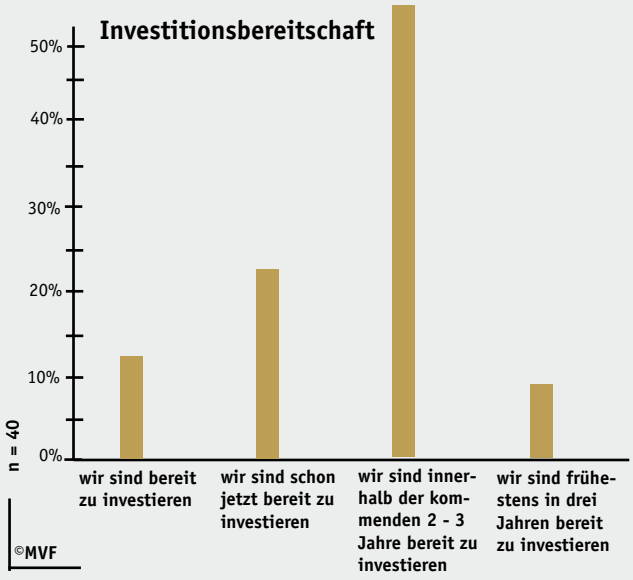


Abb. 2: Ist Ihre Organisation bereit, in Compliance Management zu investieren?

Ass. Prof. Dr. Dorothee Gänshirt PhD
Geschäftsführende Präsidentin der European Health Care Foundation / Jahrgang 1955
Sie ist Mitglied der European Medical Writers Association, der American Association for the Advancement of Science und der New York Academy of Sciences. Mitbegründerin und gegenwärtig Geschäftsführerin des Health Care Competence Centers (HC3) und ist dort spezialisiert auf Technologiebewertungen medizinischer Innovationen.



Ass. Prof. Dr. Dr. Fred Harms MD PhD
Vorstand des Health Care Competence Centers (HC3) / Jahrgang 1965
Er st Mitglied der New York Academy of Sciences, der American Association for the Advancement of Science, des High-Technology Entrepreneur Post-Graduate Programms und der Society for Marketing Advances. Mitglied des Vorstandes der Internationalen Gesellschaft für Prävention (IGP) und Vize-Präsident der European Health Care Foundation (EUHCF).

