

Nervenarzt 2017 · 88:811–818
 DOI 10.1007/s00115-017-0316-0
 Online publiziert: 20. April 2017
 © Der/die Autor(en) 2017. Dieser Artikel ist
 eine Open-Access-Publikation.



CrossMark

W. Gerlach-Reinholz^{1,2} · L. Drop² · E. Basic^{3,4} · M. Rauchhaus^{5,6} · J. Fritze⁷

¹Praxisgemeinschaft Gerlach-Reinholz/Hadasch, Heek, Deutschland

²Sanvartis GmbH, Duisburg, Deutschland

³Elsevier Health Analytics Germany, Berlin, Deutschland

⁴Health Risk Institute, Berlin, Deutschland

⁵Klinik mit Schwerpunkt Kardiologie, Campus Virchow Klinikum, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

⁶buivm – Beratungsunternehmen Innovatives Versorgungsmanagement, Potsdam, Deutschland

⁷Pulheim, Deutschland

Telefoncoaching bei Depression

Zusatzmaterial online

Die Onlineversion dieses Beitrags (doi:10.1007/s00115-017-0316-0) enthält weitere Informationen zum prognostischen Modelling, den Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmer sowie den Erhebungsbogen zur Zufriedenheit mit der Programmteilnahme. Beitrag und Zusatzmaterial stehen Ihnen im elektronischen Volltextarchiv auf <http://www.springermedizin.de/Der-Nervenarzt> zur Verfügung. Sie finden das Zusatzmaterial am Beitragsende unter „Supplementary Material“.

Depressionen haben eine hohe Prävalenz, gehen mit hohem Leidensdruck und einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität einher und verursachen hohe Krankheitskosten. Telefoncoaching (TC) könnte zu geringeren Krankheitskosten führen. Diese Hypothese wurde in der vorliegenden Studie mithilfe von Sekundärdaten untersucht und die Kostendifferenz zwischen den Gruppen mit und ohne TC als direkter Kosteneffekt des TC angesehen. TC erbrachte über einen Zeitraum von 12 Monaten eine signifikante Reduktion der Gesamtleistungskosten für den Kostenträger.

Hintergrund und Fragestellung

Depressionen haben wegen ihrer hohen Prävalenz und erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität besondere Bedeutung für das Gesundheitssystem. Depressive Störungen sind folgenschwer,

sowohl für den Leidensdruck des Einzelnen und seiner Umgebung (z. B. Familie, Arbeitsplatz) als auch für die Solidargemeinschaft (Krankheitskosten; [1]). Innovative Versorgungskonzepte werden für die transsektorale und interdisziplinäre Betreuung dieser Erkrankung gesucht. Telefoncoaching (TC) als zusätzliche interdisziplinäre Leistung ist ein Ansatz und wurde in der vorliegenden Arbeit untersucht.

Insbesondere die mit der Depression einhergehende Antriebsschwäche kann die Adhärenz und intrinsische Fähigkeit, selbständig Hilfen in Anspruch zu nehmen, einschränken. Darunter leidet die Behandlungskontinuität [2, 3]. Darüber hinaus ist die Depression Risikofaktor für und auch Folge somatischer Krankheiten und hat damit Einfluss auf die Krankheitskosten:

- Versicherte mit Depression haben ein 3-fach höheres Risiko, sich nicht an ein medikamentöses Behandlungsschema zu halten, als Versicherte ohne Depression [2].
- Die Nichteinhaltung des Behandlungsschemas bezieht sich dabei nicht nur auf die Behandlung der Depression, sondern zeigt sich insbesondere auch in der Behandlung chronischer somatischer Erkrankungen [4].
- Bei Versicherten mit Depression und Niereninsuffizienz ist das Risiko einer schlechten Compliance mit der Therapie der Niereninsuffizienz um das 3,4-Fache erhöht gegenüber Versicherten mit Niereninsuffizienz ohne Depression [2, 4].

- Ähnliche Unterschiede zeigten sich bei der Behandlung von Krebs und rheumatoider Arthritis [5, 6].

Telefoncoaching scheint laut einer australischen Studie bei chronischen Krankheiten wie Typ-2-Diabetes, Herzinsuffizienz, koronarer Herzkrankheit, chronisch obstruktiver Lungenkrankheit und Bluthochdruck Gesundheitsverhalten, Selbstwirksamkeit und den Gesundheitszustand zu verbessern [7]. Zum Nachweis des klinischen Nutzens bei Depression bedarf es weiterer Forschung [8–11]. In der vorliegenden Arbeit sollte daher untersucht werden, ob das TC depressiv Kranker, die wegen einer hohen Wahrscheinlichkeit künftiger Hospitalisierungen ausgewählt wurden, als ergänzende Maßnahme zur Regelversorgung zu geringeren direkten Krankheitskosten führt.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Hypothese

Ein die Regelversorgung ergänzendes TC führt bei Patienten mit Depression zu einer Reduktion der Gesamtleistungsausgaben.

Diese Hypothese gründet sich auf die Annahme, dass ein TC zusätzlich zur Standardbehandlung („treatment as usual“, TAU) zu einer höheren Selbstbefähigung der Patienten führen kann und bewirkt, dass der Patient durch krankheitsgerechtes Verhalten akute

Tab. 1 Vergleich der ausgewählten Matching-Merkmale vor und nach dem Propensity-Score-Verfahren

Merkmal	Nicht-PSV-gematcht		PSV-gematcht		p-Wert
	IG n = 1586	Potenzielle Vergleichs- gruppe n = 206.881	IG n = 1586	KG n = 1586	
Alter (Jahr, MW ± SD)	44,1 ± 10,9	55,9 ± 19,5	44,1 ± 10,9	43,6 ± 12,1	0,2673
Anzahl Medikamente (MW ± SD)	4,1 ± 2,4	6,4 ± 3,8	4,1 ± 2,4	4,1 ± 2,6	0,6387
Männer (%)	31,7	35,3	31,7	29,9	0,8638
<i>Diagnosen (%)</i>					
F31.x	2,2	2,0	2,2	2,0	0,6527
F32.x	71,5	60,0	71,5	70,2	0,7897
F33.x	24,0	20,2	24,0	25,4	0,1804
F34.x	9,8	8,0	9,8	10,6	0,2284
Diabetes (E10x – E14x)	3,0	17,3	3,0	2,7	0,6941
Hypertonie (I10x, I11x)	12,5	42,5	12,5	13,6	0,1789
COPD (J40x – J44x)	14,6	19,4	14,6	13,9	0,7135
Rückenschmerzen (M53x, M54x)	44,8	15,8	44,8	43,5	0,7694
Adipositas (E66x)	8,7	15,1	8,7	8,5	0,5796
<i>Medikamente (%)</i>					
Antidepressiva (N06x)	69,6	61,7	69,6	68,7	0,7083
Betablocker (C07x)	7,7	28,7	7,7	8,4	0,2344
Schilddrüsenmedikamente (H03x)	15,6	20,9	15,6	16,3	0,2952
Antibiotika zur systemischen Anwendung (J01x)	49,7	46,2	49,7	48,9	0,6738
Antiphlogistika und Antirheumatika (M01x)	35,3	43,1	35,3	37,0	0,1596
Antihistaminika (R06x)	5,2	6,3	5,2	5,5	0,3537

■ **Tab. 1** zeigt ein ausgewogenes Matching der klinischen Parameter zwischen IG und KG (alle $p > 0,05$)
 COPD „chronic obstructive pulmonary disease“, IG Interventionsgruppe, KG Kontrollgruppe, PSV Propensity-Score-Verfahren

Verschlechterungen proaktiv vermeidet und in die Lage versetzt wird, eine sich entwickelnde Verschlechterung des Gesundheitszustands frühzeitig wahrzunehmen und sich rechtzeitig in Behandlung zu begeben. Dies führt zu einer Reduktion stationärer Krankenhausaufenthalte und, da Hospitalisierungen bei Depression einen Großteil der Gesamtleistungsausgaben ausmachen, zu einer Reduktion der Gesamtleistungskosten.

Studiendesign

Die Evaluation des TC erfolgte durch den Vergleich von Hospitalisierungen, Gesamtleistungskosten und Krankenhauskosten zu einer Kontrollgruppe (KG), die

nicht am TC teilnahm. Um eine vergleichbare KG zu konstruieren, wurde für die Bildung der KG das Propensity-Score-Verfahren (PSV) angewendet. Um am TC teilnehmen zu können, mussten zuvor definierte Kriterien, die ein hohes Risiko künftiger Krankenhausbedürftigkeit und Krankheitskosten prädictieren, erfüllt sein (siehe unten). Entsprechend wurde die KG gemäß PSV aus den Versicherten derselben Krankenkasse, denen TC nicht angeboten worden war, ausgewählt.

Prognostisches Modelling

Die Prognosegüte zweier Prädiktionsmodelle wurde anhand eines separaten

Testdatensatzes ermittelt. Zu den Prädiktoren gehörten neben den soziodemographischen Daten die frühere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und hier insbesondere frühere Behandlungen im Krankenhaus. Für Details verweisen wir auf das Supplementary Material sowie ■ **Tab. 1**. Das Kostenprognosemodell verfügt über ein R^2 von 33,1% (das aktuelle Morbi-RSA-Klassifikationsmodell für das Ausgleichsjahr 2014 verfügt nur über ein R^2 von 24,7%) und das Hospitalisierungsprognosemodell über eine Fläche unter der „receiver operator curve“ (ROC-Kurve) von 0,77 [12].

Studienpopulation

Die Teilnehmer am TC wurden aus allen Patienten, welche die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten und gemäß den Prädiktionsmodellen künftig steigenden Ressourcenverbrauch erwarten ließen, durch die Krankenkasse ausgewählt (Interventionsgruppe, IG). Von den 4268 grundsätzlich die Kriterien erfüllenden Patienten erklärten sich 1605 Patienten bereit, am TC teilzunehmen.

Ein- und Ausschlusskriterien

Als Voraussetzung für die Teilnahme der Patienten am TC mussten bestimmte Kriterien erfüllt sein. Die Details der Ein- und Ausschlusskriterien sind im Zusatzmaterial online aufgeführt [13].

Arztpraxen für Allgemeinmedizin bzw. Psychiatrie, bei denen sich die Programmteilnehmer in Behandlung befanden, wurden über jeden eingeschriebenen Patienten auf Basis dessen schriftlichen Einverständnisses über das Programm mit einem Standardbrief informiert und zur Zusammenarbeit eingeladen, insbesondere sich mit dem Telefoncoach auszutauschen und Impulse für die telefonische Betreuung einzubringen (von diesem Angebot machten nur 10% Gebrauch).

Intervention

Die Intervention wurde durch die Sanvartis GmbH entwickelt und durchgeführt. Sie ist manualisiert und besteht aus einer 12-monatigen intensivierten

Coachingphase mit einem über die gesamte Zeit stabilen persönlichen Coach, basierend auf und in Ergänzung zur Regelversorgung. Das Manual wurde auf Basis der aktuellen Versorgungsleitlinie für unipolare Depression erstellt und berücksichtigt insofern die adhärenzfördernden Vorgehensweisen der Fachgesellschaften. Grundansatz der Intervention ist das „Abholen“ der Patienten in seiner spezifischen, kritischen Lebenssituation und die Unterstützung bei deren Bewältigung, also die Mitwirkung des Patienten bei der Behandlung und sein krankheitsgerechtes Alltagsverhalten. Die Erreichung dieser Adhärenz steht im Mittelpunkt des Coachings: informieren, nachfragen, motivieren und unterstützen. Patienten und ihre Angehörige erhalten „Hilfe zur Selbsthilfe“ mit dem Ziel eines angemessenen („adaptiven“) Hilfesuchverhaltens, gesteigerter Medikamentencompliance und adäquater Reaktion auf Symptomenzunahme und soziale Isolation.

Die Teilnehmer wurden innerhalb eines Jahres je nach individueller Krankheitssituation, Motivation, Informationsstand sowie der Bereitschaft zur Umsetzung von Lebensstilveränderungen 6- bis 20-mal telefonisch kontaktiert (im Mittel 9-mal). Grundlage des Coachings war ein Gesprächsleitfaden mit Themen für jedes der ersten 4 nach Präferenz und Bedarf des Klienten wöchentlichen bis monatlichen Telefonate. Zu den Themen gehörte zunächst der Beziehungsaufbau, dann ein medizinisches und psychosoziales (Partnerschaft, Beruf, Freizeit, Hobbys, Sport, Stressoren usw.) Assessment, dann Informationen zum Krankheitsbild Depression und seinen Behandlungsmöglichkeiten, Assessment der Akzeptanz, zu denen an den Folgeterminen mittels motivierender Gesprächsführung Änderungen in Richtung adaptiven Verhaltens angestrebt wurden. Frequenz und Anzahl weiterer Termine mit dem Inhalt der Stabilisierung wurden durch Präferenz und Bedarf des Klienten bestimmt. Jeder Versicherte konnte im Interventionsprogramm jederzeit an 24 h pro Tag und 365 Tagen des Jahres die medizinische Hotline in Anspruch nehmen. Diese Notfallinanspruchnahme wurde ggf. er-

Nervenarzt 2017 · 88:811–818 DOI 10.1007/s00115-017-0316-0
© Der/die Autor(en) 2017. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.

W. Gerlach-Reinholz · L. Drop · E. Basic · M. Rauchhaus · J. Fritze

Telefoncoaching bei Depression

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Depression ist mit einem substanziellen Ressourcenverbrauch im deutschen Gesundheitssystem assoziiert. Ein Leitsymptom der Depression ist Antriebslosigkeit, welche möglicherweise zu einer schlechten therapeutischen Adhärenz beiträgt und damit die Kosten steigert.
Ziele der Arbeit. Es wurde mithilfe von Routinedaten eines Kostenträgers die Hypothese überprüft, dass das Telefoncoaching depressiv Kranker zu geringeren Krankheitskosten führt.
Material und Methoden. Basierend auf ca. 80 verschiedenen Kovariablen wurde auf der Basis von 1586 Versicherten mit gesicherter Diagnose der Depression mittels Propensity Score Matching eine Interventions- und Kontrollgruppe mit vergleichbarer Komorbiditätsstruktur modelliert und die Effekte eines 12-monatigen Telefoncoachings auf die Gesamtleistungskosten gemessen.

Ergebnisse. Im Interventionszeitraum (Quartal 3/2012 bis Quartal 4/2013) konnte ein positiver Programmeffekt zugunsten der Interventionsgruppe bei den Gesamtleistungskosten (2332 € vs. 2626 €, $p = 0,0015$) und damit Einsparungen in Höhe von 415.532,00 € für den Kostenträger verzeichnet werden. Die Investitionskosten lagen bei 256.683,42 €, was einem erzielten „return on invest“ von 1,62 € entspricht (Gesamteinsparungen/Gesamtinvestitionskosten). Das Coachingprogramm wurde von den Patienten angenommen und positiv bewertet (96 %).
Diskussion. Telefoncoaching bei Depression konnte die Gesamtleistungsausgaben senken und wurde von den Patienten positiv bewertet.

Schlüsselwörter

Depression · Patientencoaching · Routinedaten · Telefoncoaching · Versorgungsforschung

Telephone coaching for depression

Abstract

Background. Depression is associated with a substantial utilization of resources in the German healthcare system. A typical symptom in depression is loss of drive, which possibly contributes to non-adherence and increased costs.
Objective. The study is based on routine healthcare data and tested the hypothesis that telephone coaching in cases of depression leads to a reduction in total healthcare costs.
Material and methods. Based on approximately 80 covariates and using propensity score matching, a total of 1586 persons who had received telephone coaching for depression and covered by a German statutory health insurance fund were matched to a comparable cohort of patients with depression to whom telephone coaching had not been provided.

Results. Within the study period of 12 months (3rd quarter 2012–4th quarter 2013) a positive program effect was observed for the intervention group by a significant reduction of total healthcare costs (2332 € vs. 2626 €, $p = 0.0015$) resulting in total savings to the statutory health insurance fund of 415,532 €. Investment costs amounted to 256,683.42 € leading to a return on investment of 1.62 € (total savings/total investment). The coaching program was well accepted by patients.
Conclusion. Telephone coaching for depression was able to significantly reduce total healthcare expenditure and the intervention was well accepted by patients.

Keywords

Depression · Patient coaching · Routine data · Telephone coaching · Healthcare research

gänzt durch erneute Kontaktaufnahme des persönlichen Coaches. Alle Programminhalte und Aktivitäten erfolgten orientiert an der nationalen Versorgungsleitlinie für unipolare Depression [14].

Das Programm ersetzt keine Psychotherapie und wurde strikt darauf ausge-

legt, nicht in Konflikt mit der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung zu geraten, sondern diese auf Ebene des Gesundheitsverhaltens des Kranken zu unterstützen. Unerwünschte Wirkungen der Intervention wurden – wie bei psychologischen und häufig auch pharmakologischen Interventionen üblich – im

Tab. 2 Ergebnisse des Telefoncoachings in der „Intention-to-treat“-Analyse

Bezugsjahr	IG (n)	KG (n)	IG mittlere Kosten (€)	KG mittlere Kosten (€)	Differenz KG vs. IG (€)	p-Wert
Gesamtleistungskosten						
Matching	1586	1586	1857,85	1889,89	32,04	0,6310
Intervention	1586	1586	2332,04	2626,41	294,40	0,0015
Krankenhauskosten						
Matching	1586	1586	422,64	451,47	28,83	0,4560
Intervention	1586	1586	554,72	773,86	219,10	0,0001

Die Zuordnung von Patienten zur KG erfolgte mithilfe des PSV aus den Versicherten derselben Krankenkasse, denen TC nicht angeboten worden war, anhand der Patientencharakteristika aus 4 Quartalen vor Aufgriff („-1“ Matching), deren Vorhersagewert anhand eines Datenpools von ca. 4 Mio. Deutschen GKV-Versicherten aus 80 verschiedenen Krankenkassen (Eichstichprobe) quantifiziert worden war. Ziel des Matchings im Matching-Jahr war eine Ausbalancierung klinischer und gesundheitsökonomischer Parameter zwischen IG und KG (siehe Methodik). **Tab. 1** zeigt, dass sich zum Zeitpunkt des Matchings wesentliche prognostische Merkmale der IG nicht signifikant von denen der PS-balancierten KG unterschieden (Gesamtleistungskosten, Alter, Aufgreifdiagnosen, Komorbiditäten, Medikamente)

KG Kontrollgruppe, IG Interventionsgruppe, PSV Propensity-Score-Verfahren

Wege der sog. Spontanerfassung dokumentiert, ggf. bei der bedarfsgetriggerten Supervision durch einen Arzt (W. G.-R.) und einen psychologischen Psychotherapeuten bzw. bei der monatlichen Supervision von 15 zufällig ausgewählten Gesprächen diskutiert und am Folgetermin berücksichtigt.

Die jeweils grundsätzlich 20-minütigen Telefonate wurden ausschließlich von medizinischem Assistenzpersonal durchgeführt. Alle Coaches verfügen über eine 3-jährige Ausbildung als Medizinischer Fachangestellter (MFA) oder Gesundheitspfleger und über Berufserfahrung in der Psychiatrie.

Der persönliche Coach verfügte darüber hinaus über eine interne Schulung zum Gesundheitscoach (siehe Supplementary Material) sowohl bezüglich des Coachings generell als auch des Coachings speziell bei Depression. Die Schulung wird mit einer praktischen Prüfung abgeschlossen und muss von den Mitarbeitern einmal pro Jahr erneut erfolgreich absolviert werden. Die Coaches werden fortlaufend ärztlich beraten und unterstützt.

Endpunkte

Primärer Endpunkt im „Intention-to-treat“(ITT)-Ansatz waren die Gesamtleistungsausgaben des Kostenträgers. Die Krankenhauskosten wurden als sekundärer Endpunkt erfasst. Daten zur

Zufriedenheit mit dem Programm (siehe Supplementary Material) wurden im Rahmen des Coachings abgefragt und waren Gegenstand gesonderter Prä-Post-Vergleiche in der Interventionsgruppe.

Statistik

Die statistische Planung und Auswertung wurde durch ein unabhängiges Wissenschaftsinstitut (Health Risk Institute, Berlin) durchgeführt. Das Ziel der statistischen Auswertung bestand darin, den Effekt der Teilnahme auf Gesamtleistungs- und Krankenhauskosten zu schätzen. Die detaillierte Darstellung der statistischen Methodik ist als Supplementary Material online einzusehen [15–17].

Patienten- und Datensicherheit

Der Kostenträger holte das schriftliche Einverständnis der Versicherten ein, deren Daten an die Sanvartis GmbH zu übermitteln. Datenschutz und Datensicherheit wurden über die Datenschutzkonzepte der Sanvartis GmbH und des beteiligten Kostenträgers gewährleistet; die Konzepte wurden durch ein unabhängiges Gutachten auf Konformität mit dem Bundesdatenschutzgesetz und § 284 SGB V geprüft.

Ergebnisse

Basisdaten

Von den insgesamt 4268 die Kriterien erfüllenden und von der Krankenkasse eingeladenen Patienten konnten 1605 für das Programm gewonnen werden.

Tab. 1 zeigt die Verteilung der ausgewählten Merkmale vor und nach dem PSV im Matching-Zeitraum und beschreibt die Studienpopulation und die Qualität des Matchings. Die Verteilung der Matching-Merkmale der Programmteilnehmer (Spalte „IG“) und der Nichtteilnehmer (Spalte „potenzielle Vergleichsgruppe“) unterschieden sich erheblich. Durch das PSV konnten die Unterschiede der Verteilungen der Merkmale von Teilnehmern (Spalte „IG“) und den nun gematchten Kontrollen (Spalte „KG“) gut ausgeglichen werden. Die Zweistichproben T-Tests bzw. Tests auf Anteilswerte zeigten keine signifikanten Unterschiede in den Mittel- bzw. Anteilswerten nach dem Matching. Die mittleren Gesamtleistungs- und Krankenhauskosten im vor dem Interventionszeitraum liegenden Matching-Zeitraum („Matching“) unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (**Tab. 2**); das Matching war also erfolgreich.

Primärer Endpunkt

Die mittleren Gesamtleistungs- und Krankenhauskosten im Matching- („Matching“) und Interventionszeitraum („Intervention“) in der IG und KG zeigt **Tab. 2**. Im Interventionsjahr stiegen die Gesamtleistungskosten in der IG signifikant weniger an als in der KG. Im ITT-Ansatz ergab sich im Interventionszeitraum zugunsten der IG ein mittlerer positiver Programmeffekt von 294 € pro Patient bei den Gesamtleistungskosten ($n = 1586, 2332 \text{ € vs. } 2626 \text{ €, } p = 0,0015$). Hierbei wurden unter effektmindernder Berücksichtigung des Gruppenunterschieds von 32 € im Matching-Zeitraum damit insgesamt Einsparungen in Höhe von 415.532,00 € ($262 \text{ €} \times 1586 \text{ Patienten}$) für den Kostenträger erzielt (**Tab. 2**). Programmabbrecher (1,9 %) während

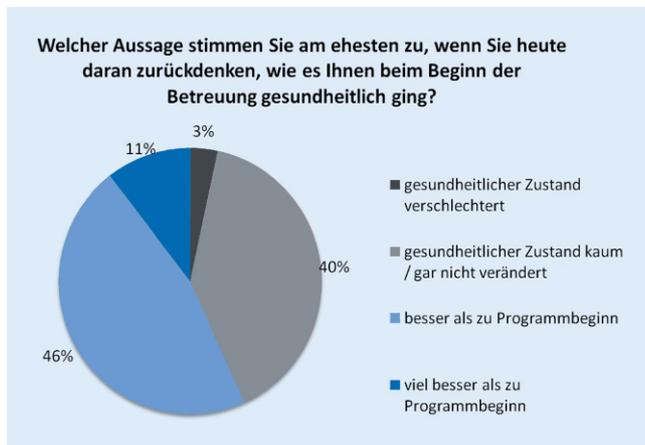


Abb. 1 ▲ Gesundheitlicher Zustand

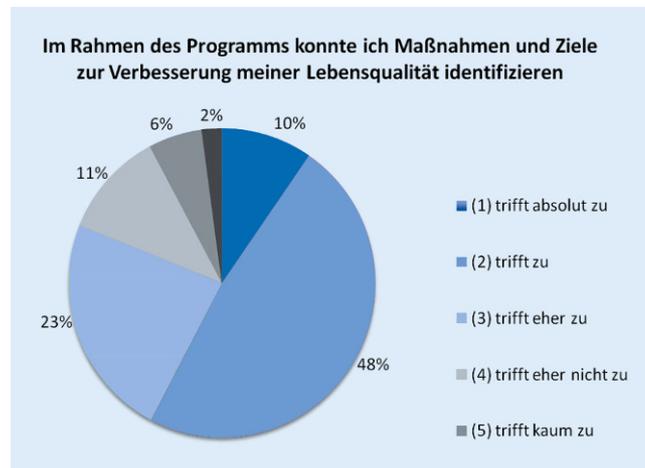


Abb. 2 ▲ Identifizierung von Maßnahmen und Zielen

der Coachingphase wurden in die ITT-Analyse einbezogen.

Dem gegenüber standen interne Programmadministrationskosten des Kostenträgers in Höhe von 34.766,01 €, Akquisekosten in Höhe von 43.511,70 € und Dienstleisterkosten für die Durchführung des Programms in Höhe von 178.405,71 €. Insgesamt betrug die Investition in das Programm somit 256.683,42 €.

Netto ist für den Kostenträger durch die 12-monatige Intervention ein positiver Effekt von 158.848,58 € entstanden (Einsparungen in Höhe von 415.532,00 € abzüglich der Investitionen zur Durchführung des Programms von 256.683,42 €). Der erzielte „return on invest“ (ROI) betrug somit 1,62, d. h. für jeden investierten Euro konnten binnen 12 Monaten Einsparungen von 1,62 € realisiert werden.

Diese Einsparungen sind hauptsächlich auf die Reduktion von Krankenhauskosten zurückzuführen: Es ergab sich im Mittel eine Reduktion von Krankenhauskosten in Höhe von 190,27 € pro Patient. Der Gruppenunterschied von 28,83 € im Matching-Zeitraum wurde auch hier effektmindernd berücksichtigt. Diese Kostenreduktion war überwiegend Folge vermiedener Krankenhausaufnahmen.

Präspezifizierte Vorher-Nachher-Überprüfungen der Versichertenzufriedenheit

Am Ende der Interventionszeit wurde eine Befragung zur Zufriedenheit der Versicherten mit dem Programm durch den Dienstleister durchgeführt (Abb. 1 und 2). 96 % der Teilnehmer waren mit dem „Eingehen des Gesundheitscoaches auf die persönlichen Bedürfnisse“ zufrieden. 81 % der Teilnehmer identifizierten in eigener Wahrnehmung dank des Programms „Maßnahmen und Ziele zur Verbesserung ihrer Lebensqualität“. 57 % der Teilnehmer bewerteten ihren „Gesundheitszustand am Programmende“ als gebessert.

Nur 10 % der jeweils mit explizitem Einverständnis des Versicherten, vom Versicherten benannten, angeschriebenen Ärzte machten vom Angebot, die vom Coach gewonnenen Informationen zu nutzen, Gebrauch.

Diskussion

In dieser prospektiven, kontrollierten, offenen Parallelgruppen-Interventionsstudie konnte anhand der Auswertung von Routinedaten eines Kostenträgers gezeigt werden, dass durch ein Telefoncoaching bei depressiv kranken Versicherten innerhalb der Interventionsgruppe die Gesamtleistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung signifikant im Vergleich zur Kontrollgruppe gesenkt wurden (-294 €). Das ergänzende Tele-

foncoaching wurde von den Patienten sehr gut angenommen (Drop-out-Rate 1,9 %). Dass sich 38 % der Eingeladenen für die Teilnahme entschieden, ist eher ein beachtlich hoher Wert. Gründe für die Ablehnung der Teilnahme konnten aus Gründen des Sozialrechts (Kostenträger dürfen nur Daten erheben, die sie für die Erfüllung ihrer gesetzlich definierten Aufgaben benötigen) wie auch der guten Forschungspraxis (jeder hat das Recht, ohne Nennung von Gründen und ohne Nachteile die Teilnahme an einer Studie abzulehnen) nicht erfasst werden. Dies kann an der Validität der Ergebnisse nichts ändern, da – sonst wären sie nicht eingeladen worden – die ablehnenden Versicherten dasselbe Kostenrisikoprofil (gemäß den beiden Prädiktionsmodellen) aufwiesen wie die teilnehmenden.

Das Sozialrecht verbietet den Kostenträgern die Durchführung experimenteller Studien. Damit waren also die Versicherten einer Krankenkasse einer randomisierten Studie (RCT) unzugänglich. Das pseudoexperimentelle Design mit Propensity-Score-Matching wie hier angewandt stellt eine wissenschaftlich akzeptierte Alternative dar, wenn auch die dabei generierte Evidenz nicht das Niveau einer RCT erreicht.

Depressive Störungen sind häufig und folgenswer, das betrifft den einzelnen Patienten, aber auch die Solidargemeinschaft im Hinblick auf die Krankheitskosten [1]. Der Zugang zu qualifizierter Psychotherapie

ist in Deutschland regional sehr unterschiedlich ausgeprägt und zum Teil schwierig, die alleinige medikamentöse Therapie erbringt nicht regelhaft den angestrebten Erfolg. Deshalb werden innovative, niederschwellige und ergänzende Betreuungsangebote im Sinne eines einfachen Case-Managements oder psychoedukativer Stärkung der Selbsteffizienz des Patienten von verschiedenen Leistungserbringern angeboten [9–11].

Wie für andere chronische Erkrankungen wurde auch für die Depression in klinischen Studien überwiegend die Wirksamkeit solcher unterstützenden Maßnahmen nachgewiesen [2–4]. In der alltäglichen Versorgungsrealität unterscheiden sich die Patienten aber weitgehend von denen unter kontrollierten Bedingungen innerhalb klinischer Studien. Deshalb ist es wichtig, angebotene Maßnahmen auf ihre Anwendbarkeit in der Regelversorgung zu testen und neben den medizinischen Effekten auch gesundheitsökonomisch zu evaluieren. Ziel dieser Studie war es deshalb, ein Telefoncoaching zur Unterstützung für Patienten mit Depression im Rahmen der Regelversorgung zu erproben.

Die Hypothese der Studie, durch Telefoncoaching die Gesamtleistungskosten zu mindern, wurde bestätigt, im Wesentlichen durch eine geringere Krankenhausbedürftigkeit in der IG.

Ähnliche Ergebnisse einer telefonischen Patientenbegleitung im Vergleich zu einer KG berichtete die mhplus BKK in einer Vortragsveranstaltung [18]; die ausführliche Publikation bleibt aber abzuwarten. Auch die Debeka Krankenversicherung berichtete über positive Ergebnisse eines Telefoncoachings, das in Zusammenarbeit mit einem professionellen Dienstleister durchgeführt wurde [19]. Somit können neben den von Dennis et al. [7] in ihrem Review berücksichtigten somatischen chronischen Krankheiten auch depressiv Kranke von einem Telefoncoaching profitieren [12]. Weitere Studien sind unterwegs [9–11]. Neu in unserem Ansatz ist die Fokussierung der Intervention auf die Subgruppe mit dem höchsten zu erwartenden Ressourcenverbrauch (Kostenprognosemodell; [20–22]). Der positive Gesamt-

effekt auf die Gesamtleistungsausgaben war so groß, dass selbst nach Berücksichtigung der internen Programmkosten beim Kostenträger Kostenreduzierungen auftraten.

Das von der Krankenkasse finanzierte Telefoncoaching ist konzipiert, den jeweils behandelnden Arzt und/oder Psychotherapeuten zu unterstützen, ohne für ihn Risiken zu bergen. Typischerweise befindet sich ein chronisch depressiv Kranker in Behandlung bei mehreren Leistungserbringern, in der Regel Ärzte und psychologische Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe [1]. Entsprechend hoch ist der Koordinierungsbedarf. Hier könnten alle Beteiligten einschließlich des psychiatrischen Krankenhauses zugunsten des Patienten vom Coaching profitieren. Als ein Beispiel wäre das Arzneimittelmanagement zu nennen (kennt jeder behandelnde Arzt immer alle Medikamente, die sein Patient einnimmt? Weiß jeder behandelnde Arzt immer von allen anderen Ärzten, die sein Patient konsultiert?). Die Kenntnisse des Coaches könnten von den behandelnden Ärzten umfänglicher genutzt werden. Nur etwa 10 % der Ärzte machten davon Gebrauch. Warum 90 % der behandelnden Ärzte keinen Gebrauch machten, konnte zwangsläufig nicht erfasst werden, eben weil sie die Kooperation implizit ablehnten. Spekulationen über mögliche Gründe wären nicht zielführend.

In der Studie konnten keine klinischen Endpunkte erhoben werden. Die Zufriedenheit der Patienten mit dem Programm könnte dafür sprechen, dass sich die Patienten durch das Programm gesundheitlich zumindest nicht geschädigt fühlten (Abbruchrate 1,9 %). Zwar kann vermiedene Inanspruchnahme des Krankenhauses für den Patienten einen unmittelbaren emotionalen und qualitativen Vorteil darstellen, da alle Krankenhausaufnahmen einen erheblichen Eingriff in die Lebenskontinuität bedeuten. Andererseits kann aber vermiedene Inanspruchnahme des Krankenhauses auch als Verhindern oder Hinauszögern einer eigentlich indizierten stationären Behandlung interpretiert werden. Zwar haben die Teilnehmer der IG sich zufrieden über das Telefoncoaching geäußert.

Ob sie aber auch „gesünder“ als die KG wurden, lässt sich allein anhand von Routinedaten der Krankenkasse nicht klären. Da die Versicherten der KG nicht hätten befragt werden können, wurde bei der IG auf eine Erhebung klinischer Endpunkte verzichtet.

Fazit für die Praxis

Von Krankenkassen initiiertes Telefoncoaching durch einen professionellen, externen Dienstleister bei Patienten mit depressiven Erkrankungen senkt mittelfristig die Gesamtleistungsausgaben durch eine Reduktion der Krankenhausaufnahmen. Inwieweit die Patienten nicht nur subjektiv vom Coaching profitieren, sondern auch wirklich gesünder werden, bedarf weiterer Forschung. Das Telefoncoaching für die Patienten kann auch für den Arzt attraktiv sein.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. M. Rauchhaus
 buivm – Beratungsunternehmen Innovatives
 Versorgungsmanagement
 Jägersteig 26, 14482 Potsdam, Deutschland
 mathias.rauchhaus@buivm.de

Danksagung. Die Autoren danken der Heimat Krankenkasse, Herforder Str. 23, 33602 Bielefeld für die gute Zusammenarbeit und die Möglichkeit der Datenanalyse einschließlich Auswertung nach erfolgter Intervention.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. W Gerlach-Reinholz ist freiberuflich für die Firma Sanvartis GmbH tätig. L. Drop ist als Mitarbeiter für die Firma Sanvartis GmbH tätig. M. Rauchhaus ist freiberuflich für die Firma Sanvartis GmbH tätig. J. Fritze hat in den letzten 2 Jahren Honorare für Beratungen bzw. als Mitglied von Advisory Boards erhalten von: Lundbeck, Roche, Novartis, Teva, St. Jude Medical, 3M, Sanvartis, Verband der privaten Krankenversicherung e. V. J. Thome hat Honorare für Vorträge, Beratung und Projekte erhalten (Actelion, AstraZeneca, Bristol-Meyers Squibb, Ever Neuro Pharma, Janssen-Cilag, Lilly, Lundbeck, Medice Arzneimittel Pütter, Merz Pharmaceuticals, Novartis Pharma, Pfizer Pharma, Roche, Sanvartis, Servier, Shire). E. Bais gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe

in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. Gerste B, Roick C (2014) Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B-P, Schmacke N (Hrsg) Versorgungsreport 2013/2014, Schwerpunkt Depression. Schattauer, Berlin, S21–51
2. DiMatteo M, Lepper HS, Croghan TW (2000) Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 160:2101–2107
3. Simon GE, Ralston JD, Savarino J et al (2011) Randomised trial of depression follow-up care by online messaging. *J Gen Intern Med* 26:698–704
4. Johnson S, Dwyer A (2008) Patient perceived barriers to treatment of depression and anxiety in hemodialysis patients. *Clin Nephrol* 69:201–206
5. Maneeton B, Maneeton N, Mahathep P (2012) Prevalence of depression and its correlations: a cross-sectional study in Thai cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 13:2039–2043
6. Cabrera-Marroquin R, Contreras-Yanez I, Alcocer-Castillejos N et al (2014) Major depressive episodes are associated with poor concordance with therapy in rheumatoid arthritis patients: the impact on disease outcomes. *Clin Exp Rheumatol* 32:904–913
7. Dennis SM, Harris M, Lloyd J et al (2013) Do people with existing chronic conditions benefit from telephone coaching? A rapid review. *Aust Health Rev* 37:381–388
8. Sikorski C, Luppä M, Riedel-Heller SG (2014) Innovative Versorgungsansätze zur Behandlung von Depression. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B-P, Schmacke N (Hrsg) Versorgungsreport 2013/2014, Schwerpunkt Depression. Schattauer, Berlin, S82–98
9. Mohr DC, Duffecy J, Ho J et al (2013) A randomized controlled trial evaluating a manualized telecoaching protocol for improving adherence to a web-based intervention for the treatment of depression. *PLOS ONE* 8:e70086
10. Dwinger S, Dirmaier J, Herbarth L et al (2013) Telephone-based health coaching for chronically ill patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 14:337
11. Lerner D, Adler DA, Rogers WH et al (2015) A randomized clinical trial of a telephone depression intervention to reduce employee presenteeism and absenteeism. *Psychiatr Serv* 66:570–577
12. Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Faktencheck Depression. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S28–31
13. <https://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2014/index.htm>. Zugegriffen: 17. Mai 2015
14. <http://www.leitlinien.de/nvl/depression>. Zugegriffen: 30.11.2016
15. Rosenbaum P, Rubin D (1983) The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 70:41–50
16. Rosenbaum P, Rubin D (1985) Constructing a control group using multivariate matched sampling methods that incorporate the propensity score. *Am Stat* 39:33–38
17. Greenacre MJ (1988) Clustering rows and columns of a contingency table. *J Classif* 5:39–51
18. Osterloh F (2014) Patientenversorgung. Betreuung spart Geld. *Dtsch Arztebl* 111:A1190
19. Berger K, Kittlick C, Pallor J et al (2011) Debeke weist positive Effekte beim Telefoncoaching von psychisch Kranken nach. In: Beiträge zur Gesellschaftspolitik. MC.B, Berlin
20. Diehr P, Yanez D, Ash A et al (1999) Methods for analyzing health care utilization and costs. *Annu Rev Public Health* 20:125–144
21. Fenn P, McGuire A, Backhouse M et al (1996) Modelling programme costs in economic evaluation. *J Health Econ* 15:115–125
22. Griswold M, Parmigiani G, Potosky A et al (2004) Analyzing health care costs: A comparison of statistical methods motivated by medicare colorectal cancer charges. *Biostatistics* 1:1–23

Förderpreis 2016 der Fachzeitschrift neuropsychiatrie vergeben

Die Zeitschrift neuropsychiatrie, vereinigt mit psychiatrie & psychotherapie vergibt jährlich einen Förderpreis für den besten Fallbericht, der im Vorjahr erschienen ist. Die Fachzeitschrift, die im Springer-Verlag in Wien publiziert wird, fördert damit gezielt den wissenschaftlichen Nachwuchs im Fachbereich Psychiatrie.

Preisträger im Jahr 2017 ist **Dr. Alexander Kaltenboeck** für seinen Fallbericht *Diagnose eines 22q11.2-Mikrodeletionssyndroms im Rahmen einer neu aufgetretenen psychotischen Symptomatik*, erschienen in *neuropsychiatrie 2016 (Heft 4/16)*.

In der Kasuistik beschäftigt sich ein Expertenteam um den Humanmediziner Kaltenboeck mit der genetischen Erkrankung 22q11.2-Mikrodeletionssyndrom, klinisch auch als velokardiofaziales Syndrom oder auch DiGeorge-Syndrom bekannt. Anhand eines Fallberichts über einen 22 Jahre alten Patienten wird seine Erkrankung in Bezug auf verschiedene klinische Auffälligkeiten diskutiert. Eine Expertenjury lobte während der Preisverleihung die besondere Transparenz und die didaktisch herausragende Aufbereitung des Artikels. Beispielhaft sei er für seine differentialdiagnostische Abklärung der psychotischen Zustände. Des Weiteren zeige er laut Jury deutlich auf, dass die Neuropsychiatrie klare Kriterien braucht, wann Patienten auf eine mögliche Mikrodeletion 22q11.2 getestet werden sollten. Der Artikel thematisiere zudem sinnvolle Therapieoptionen.

Quelle: Springer Medizin

Hier steht eine Anzeige.

