

Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Krankter – Wider die Do- minanz des Dringlichen¹

Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis

Ferdinand M. Gerlach, Martin Beyer, Christiane Muth, Kristina Saal
und Jochen Gensichen

Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Zusammenfassung

Chronische Erkrankungen und Multimorbidität bestimmen zunehmend den Versorgungsauftrag der Allgemeinmedizin und erfordern bereits jetzt einen sehr hohen Ressourceneinsatz. Hausärztliche Praxen, die aufgrund ihrer großen Reichweite und Kontinuität eine besondere Rolle haben, sind jedoch bisher kaum für eine strukturierte Langzeitversorgung chronisch Kranker gerüstet. Die Versorgungsrealität in der Alltagspraxis ist vielmehr noch primär durch eine „Dominanz des Dringlichen“, die Reaktion auf akute Probleme gekennzeichnet und führt zu erkennbaren Defiziten in der Dauerbetreuung. In diesem ersten Teil einer zweiteiligen Artikelfolge werden demographischer Wandel und medizinische Fortschritte als Ursachen diskutiert.

Es gibt inzwischen zahlreiche empirische Belege für verbesserte Ergebnisse durch eine strukturierte, vorausschauende Versorgung chronisch Kranker. Disease-Management-Programme werden in Deutschland zwar zunehmend etabliert, auf deren konkrete Umsetzung im Praxisalltag fühlen sich viele Praxen jedoch wenig vorbereitet. Die Gegenüberstellung zweier Fallbeispiele verdeutlicht, wie die hausärztliche Versorgung chronisch Kranker zukünftig aussehen könnte.

In Teil 2 der Artikelfolge werden auf der Basis vorhandener wissenschaftlicher Evidenz sowie des weltweit breit akzeptierten „Chronic Care-Modells“ zukunftsfähige Strategien und konkrete Instrumente vorgestellt, die eine angemessene Betreuung chronisch Kranker in allgemeinärztlichen Praxen ermöglichen.

Sachwörter: Chronische Krankheiten – Allgemeinmedizin – Demographischer Wandel – Case Management – Disease Management

New perspectives in the primary care of the chronically ill – against the “tyranny of the urgent”

Part 1: Chronic diseases as a challenge for primary care

Summary

Chronic diseases and multimorbidity are becoming a fundamental challenge for primary care which already requires a very high input of resources. Due to their broad

range and continuity, general practices play a major role, but are poorly prepared to succeed in the structured healthcare of chronically ill patients. The reality of care in everyday practice is primarily characterized by the ‘tyranny of the urgent’, and such a reaction to acute problems leads to noticeable deficits in permanent care. Part one of a two-part article series asks to what extent demographic changes and medical progress are responsible for this development. Meanwhile, a large quantity of empirical evidence indicates that results improve when case management is implemented for chronically ill patients. Though disease management programs are being increasingly established in Germany, many general practices are only poorly prepared for their tangible implementation in everyday routine. The comparison of two case studies shows how the primary care of chronically ill patients might look like in the future. On the basis of both scientific evidence and the globally acknowledged ‘Chronic Care Model’, part two of the article looks at sustainable strategies and special tools which allow for an adequate care of chronically ill patients in general practice.

Key words: chronic disease – family practice – population dynamics – case management – disease management

¹ Überarbeitete Fassung der Antrittsvorlesung von Prof. Gerlach an der Johann Wolfgang Goethe-Universität am 11. Mai 2005 in Frankfurt am Main.

Manche Themen erleben im Gesundheitswesen eine rasche Konjunktur und erlangen kurzfristig öffentliche Aufmerksamkeit, wie z. B. zahlreiche Diskussionen zum Stellenwert einzelner Gesundheitsleistungen. Andere Entwicklungen verlaufen langsamer, nahezu unbemerkt, werden aber die Realität im Gesundheitssystem nachhaltig und entscheidend prägen. Es ist unsere These, dass insbesondere die Zunahme chronischer Erkrankungen Strukturen und Prozesse im Gesundheitswesen zukünftig maßgeblich herausfordert. Wir stellen in diesem zweiteiligen Beitrag konkrete Lösungsmodelle für diese Herausforderungen vor. Mit ihnen könnten Hausarztpraxen künftig ihren bislang zumeist auf Akutprobleme ausgerichteten Versorgungsstil verbessern und so die vorherrschende „Dominanz des Dringlichen“ (*the tyranny of the urgent* [25]) überwinden.

Die Zukunft ist chronisch

Chronische Erkrankungen dominieren zunehmend die Krankheitslast (Morbidität) der Bevölkerung ebenso wie den medizinischen Versorgungsbedarf. Darauf weisen u. a. Analysen und Projektionen der Weltgesundheitsorganisation [1] hin, und dies spiegeln auch die Erfahrungen aus deutschen Allgemeinpraxen wider.

Aktuelle Definitionen zu chronischen Krankheiten (auch „long time conditions“) sind für eine adäquate Problemerkennung und epidemiologische Beschreibung oft nicht umfassend genug. Wir schließen uns der Definition an, die u. a. dem Index medicus hinterlegt ist: *„Diseases which have one or more of the following characteristics: they are permanent, leave residual disability, are caused by nonreversible pathological alteration, require special training of the patient for rehabilitation, or may be expected to require a long period of supervision, observation, or care.“* [2]

In dieser Definition ist implizit bereits die subjektive Seite chronischer Krankheit, die Seite des Patienten und der therapeutischen Beziehung angesprochen: „permanente, irreversible Veränderungen“ bedeuten, dass man sich

chronischen Erkrankungen nicht aktivistisch („Heilung“ erwartend) oder ignorierend entziehen kann, sondern „mit der Erkrankung leben“, sie bewältigen muss. Dies ist für unsere weitere Argumentation wichtig.

Weltweit stellt sich die Situation bei chronischen Erkrankungen [1] wie folgt dar: etwa 46% aller Erkrankungen im Jahr 2000 waren chronische Erkrankungen, und 59% aller Todesfälle beruhten auf ihnen. Der Anteil chronischer Erkrankungen wird bis zum Jahr 2020 auf 60% steigen. Dabei werden insbesondere Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfall, Depression und Krebs die Krankheitslast bestimmen.

Zahlen aus Deutschland zeigen, dass schon Ende der 90er Jahre 43% der Bevölkerung mindestens eine chronische Erkrankung hatten [3]. Unter den über 65-jährigen gilt dies für etwa 70% (ibid. vgl. für die Gruppe der Hochaltrigen auch [4]). Darüber hinaus wird das Problem der Multimorbidität immer bedeutsamer: Schon heute leidet in den USA fast die Hälfte aller chronisch Kranken an mehr als einer Krankheit und 5% der Gesamtbevölkerung sogar an vier und mehr chronischen Krankheiten [5]. Laut RAND Corporation [5] waren in den USA im Jahr 2000 125 Mio. aller Amerikaner chronisch krank (44,5% von 281 Mio.). Bis 2030 wird diese Zahl im Zuge der demographischen Alterung auf 171 Mio. steigen. Auch in Deutschland sind dabei „sozial Schwächere“ besonders häufig und früh von Multimorbidität betroffen [3].

Demographische Alterung und chronische Erkrankungen

Die zunehmende Bedeutung von chronischen Erkrankungen für die nationale und internationale Gesundheitsversorgung wird an folgenden Fakten deutlich:

Zunächst trägt die demographisch erfass- und prognostizierbare Alterung der Bevölkerung – selbst eine Folge medizinischen Fortschritts wie auch einer Verbesserung grundlegender Lebensverhältnisse – unweigerlich dazu

Tabelle 1. Altersaufbau im Wandel (10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Statistisches Bundesamt 2003).

60 Jahre und älter:

2001: 24,1% (19,9 Mio. Personen)
2050: 36,7% (27,6 Mio. Personen)

80 Jahre und älter:

2002: 4,1% (3,4 Mio. Personen)
2050: 12% (9,1 Mio. Personen)

Unter 20 Jahren:

2001: 20,9% (17,3 Mio. Personen)
2050: 16,1% (12,1 Mio. Personen)

bei. Die wichtigsten Trends in Deutschland illustriert Tabelle 1. Es wird deutlich, dass sich z. B. die Zahl der Menschen, die 80 Jahre und älter sind, bis 2050 verdreifacht haben wird.

Der Zusammenhang zwischen (individuellem) Alter und chronischer Erkrankung ist jedoch keineswegs streng kausal. Zwar „altert“ die Bevölkerung u. a. auch deswegen, weil zahlreiche (chronische) Erkrankungen heute besser beherrschbar sind. Nach einem modernen gerontologischen und geriatrischen Verständnis entwickeln sich funktionale Einschränkungen im Alter aber in einem Prozess: Physiologische und pathologische Funktions- bzw. Gesundheitseinschränkungen („impairment“) führen zu manifesten Funktionsdefiziten („disabilities“) und später ggf. zu Behinderungen mit besonderem Hilfsbedarf („handicap“) [6]. Wichtige moderierende Faktoren in dieser Wirkungskette sind u. a. Präventionseinflüsse, individuelle Gesundheitskompetenzen und soziale Unterstützungsangebote [7]. Das mehr oder weniger optimale Zusammenwirken dieser Faktoren entscheidet also über das gesundheitliche Schicksal einer wachsenden Bevölkerungsgruppe.

Altern ist nicht nur ein „graues Schicksal“, sondern trotz Alterung können „krankheitsfreie Jahre“ gewonnen werden. Nach einer schon älteren kanadischen Studie (1978) konnte eine Frau mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von damals 80 Jahren damit rechnen, dass bezogen auf ihren funktionalen Status 63 Lebensjahre davon weitgehend unbeeinträchtigt sein können. Insgesamt 11 Jahre wird sie

erheblich beeinträchtigt oder pflegebedürftig sein [8]. Dabei müssen sich die zunehmenden objektiven Gesundheitsprobleme im Alter nicht zwingend negativ auf die Lebenszufriedenheit auswirken. Im Alterssurvey des Deutschen Zentrums für Altersfragen [9, 10] zeigte sich, dass die objektiven Beschwerden mit steigendem Alter zwar zunehmen, die Zufriedenheit der Menschen aber deshalb nicht unbedingt schlechter wird.

Des Weiteren ist belegt, dass *Multimorbidität* mit dem Alter zunimmt. Hochaltrige Menschen haben ein höheres Risiko, von einer langdauernden Erkrankung (z. B. Demenz) betroffen zu werden. Von großer Bedeutung ist hierbei, wann und mit welchen Konsequenzen die chronischen Krankheitsfolgen akkumulieren und tatsächlich für den Patienten zum klinischen und sozialen Problem werden. Immer mehr – älter werdende – Menschen leben mit dieser Frage. Der notwendige *Versorgungsaufwand* und die entstehenden Krankheitskosten akkumulieren hingegen insbesondere im letzten Lebensjahr – egal, in welchem tatsächlichen Alter der Patient ist [11].

Schließlich trägt auch der Fortschritt medizinischer Behandlungsmöglichkeiten in mehrfacher Hinsicht zum Bedeutungsanstieg chronischer Erkrankungen bei:

- 1) Schon durch die Erfolge der „Akutmedizin“, der Therapie relativ *altersunabhängiger*, ätiologisch meist gut fass- und therapierbarer Erkrankungen nimmt der Anteil behandlungsbedürftiger chronischer Erkrankungen zu.
- 2) Beachtliche Fortschritte hat aber auch die Akutbehandlung früher lebensbedrohlicher Krisen bei chronischen Erkrankungen gemacht: die Letalität des Myokardinfarkts ist deutlich gesunken, die Notfallbehandlung eines hyperglykämischen Komas beim Diabetes – früher (fast) unausweichlich tödlich – ist heute meist erfolgreich. Konsekutiv hat sich ein Versorgungsstil eingestellt, der unser medizinisches Denken (zu) stark prägt: rasches medizinisches Eingreifen bei punktuellen Normabweichungen und Krisen so-

wie die Konzentration aufwendiger Apparate an teilweise nur wenigen Punkten genießen hohe Priorität.

- 3) Ein dritter Typ medizinischen Fortschritts ist bisher noch nicht ausreichend in der Versorgung umgesetzt worden, hat aber für die langfristige Prognose chronischer Krankheiten möglicherweise die größere Bedeutung. Insbesondere mit dem Einzug der evidenzbasierten Medizin haben wir gelernt, therapeutische Optionen nach ihren langfristigen Gesundheitsergebnissen („outcomes“) und ihren Auswirkungen auf die Mortalität zu bewerten. Die Sekundärprophylaxe einer KHK mit ASS oder die Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz mit einem ACE-Hemmer hat kurzfristig möglicherweise nur wenig, langfristig jedoch einen ganz entscheidenden Einfluss auf die Mortalität bzw. auf den Krankheitsprogress. Voraussetzung ist jedoch, dass möglichst alle Patienten, welche die Indikation haben, auch langfristig tatsächlich so behandelt werden. Es ist nicht zu erwarten, dass hier bestehende Defizite in der flächendeckenden Therapie durch Fortschritte in der Akutbehandlung korrigiert werden könnten [12].

Für das *Versorgungskonzept chronischer Erkrankungen* hat dies bedeutende Konsequenzen: Es muss dafür Sorge getragen werden, dass *flächendeckend bzw. gut erreichbar* eine *Langzeitbetreuung* der Patienten *verlässlich* und *nach hohen Qualitätsmaßstäben* stattfindet, um Fortschreiten und Mortalität der Erkrankung zu minimieren. Insbesondere Hausarztpraxen müssen hierauf vorbereitet sein – und auch darauf, dass Therapien nicht nur eingeleitet, sondern auch durchgeführt werden. Sowohl Patienten als auch Ärzte müssen die hierzu notwendige „*Adherence*“ entwickeln.

Chronische Erkrankungen haben auch deshalb an Bedeutung gewonnen, weil Krankheit von uns inzwischen auch dort erkannt und behandelt wird, wo unsere Vorfahren sie noch nicht sahen oder sehen konnten. So werden chronische Krankheiten heute durch Normab-

weichungen von *objektivierten Parametern* (z. B. Hyperlipidämie, Hypertonie) und resultierenden Risikokonstellationen definiert – also bevor sich überhaupt klinische Symptome feststellen lassen. Die Beachtung von Risikokonstellationen ist im Sinne der Prävention erforderlich. Jedoch wird es problematisch, wenn Normabweichungen so strikt definiert werden, dass z. B. mehr als 50% der erwachsenen Bevölkerung Norwegens als „krank“ zu gelten haben [13]. Von den Praxen verlangt dies, dass sie zur sachgerechten Beratung und Behandlung einen zuverlässigen Überblick über die Risikokonstellationen ihrer Patienten gewinnen müssen. Den Patienten mit chronischen Erkrankungen wird abverlangt, sich in der Therapiebereitschaft weniger an Symptomen als an sinnlich kaum vermittelbaren „Laborwerten“ orientieren zu müssen.

Ressourcenaufwand und Versorgungsbedarf

Chronische Erkrankungen und Multimorbidität erfordern den überwiegenden Ressourcen- bzw. Versorgungsaufwand. Schon Ende der 90er Jahre wurden bei AOK-Versicherten in Berlin 55% aller Arzneiverordnungen für chronisch Kranke ausgestellt [3]. Zu diesem Zeitpunkt waren bereits 52% der Krankenhausfälle Patienten mit chronischer Erkrankung [14]. Aus einem aktuellen Bericht der Bertelsmann Stiftung geht hervor, dass 80% der Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung durch 20% der Versicherten verursacht werden, die eine oder mehrere chronische Erkrankungen haben [15]. Zur Kritik steht dabei insbesondere, dass ein wesentlicher Teil dieser Kosten in reaktive Interventionen bei prinzipiell vermeidbaren Exazerbationen und Komplikationen („Reparaturmedizin“) fließt [3]. Um so mehr muss hinterfragt werden, wie die Versorgung dem Versorgungsbedarf individuell angepasst werden kann.

Am Beispiel des Diabetes mellitus wird deutlich, dass „chronisch krank nicht gleich chronisch krank“ ist. Es handelt

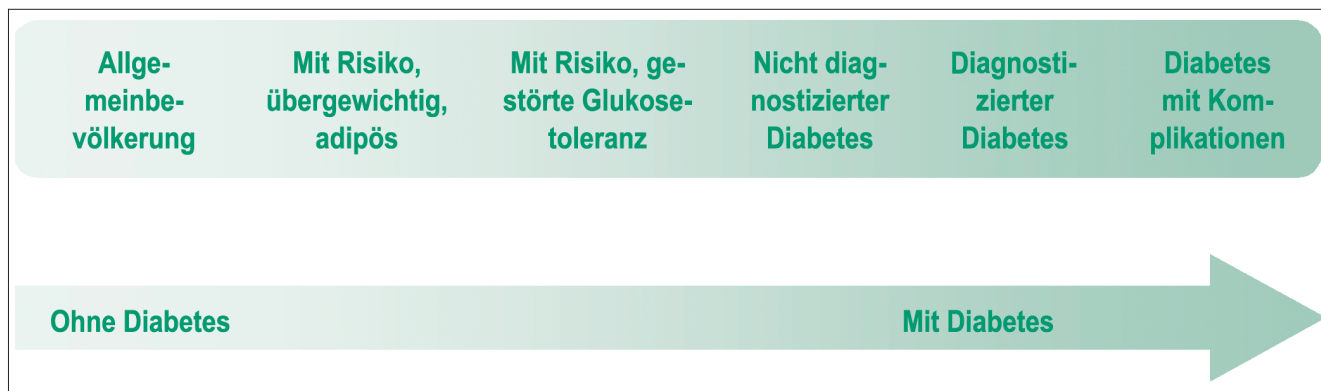


Abb. 1. Chronisch krank: Kontinuum zunehmender Dauer, Schwere und Komplexität.

sich vielmehr um ein Kontinuum zunehmender Dauer, Schwere und Komplexität (Abb. 1, nach [16]).

An einem Ende dieses Kontinuums steht die gesunde Allgemeinbevölkerung. Ein Teil der Bevölkerung hat schon ein spezifisches Risiko, zum Beispiel eine Adipositas, ein weiterer Teil hat vielleicht schon eine gestörte Glukosetoleranz. Es gibt dann eine Gruppe, bei der bereits ein Diabetes mellitus vorliegt, welcher jedoch noch nicht erkannt wurde. Am anderen Ende des Kontinuums gibt es die Gruppe der manifest erkrankten (und diagnostizierten) Diabetiker und schließlich die Diabetiker mit krankheitsbedingten Komplikationen.

Ein derartiges Modell chronischer Erkrankungen ermöglicht es, einzelne Morbiditätsrisiken und deren adäquate Behandlung in unterschiedlichen Stadien des Krankheitsverlaufs zu unterscheiden. Dies ist für Modelle strukturierter Versorgung chronischer Erkrankungen konstitutiv, die den jeweils unterschiedlichen Bedarf an hausärztlichen, fachspezialistischen und pflegerischen Leistungen zu bestimmen versuchen („stepped care“) [17]. Gefordert ist ein abgestimmtes Ineinandergreifen von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege. Zu wenig berücksichtigt wird bis heute in der Versorgung (aber auch den sie tragenden Studien und Leitlinien) das häufige Vorliegen von Ko- und Multimorbidität [18]. Funktionale Defizite und unbefriedigende Ergebnisse in der medizinischen Versorgung chronisch Kranker werden auch in Deutschland kritisiert [3]. Als

problematisch gilt neben einer immer noch zu geringen Verbreitung evidenzbasierter Therapieelemente vor allem die Fragmentierung der Versorgung. Auffällig ist insbesondere ein von der Akutmedizin geprägter, an einzelnen krankheitsbezogenen Anlässen und Symptomen orientierter Behandlungsstil, der eine geplante und übergreifend abgestimmte Behandlung kaum zulässt. Dies betrifft nicht nur, aber auch die hausärztliche Praxis.

Bedeutung chronischer Krankheit in der Allgemeinpraxis

Die Hausarztpraxis ist der Ort für die Versorgung chronisch Kranker. 80% aller Beratungen betreffen direkt oder indirekt chronische Erkrankungen [2, 3]. Die 3-Jahres-Kontaktgruppe hausärztlicher Praxen kommt der Erwachsenenpopulation aller Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung sehr nahe. Innerhalb von 3 Jahren ist fast jeder, egal welchen Alters, einmal bei seinem Hausarzt gewesen. In der Ein-Jahres-Kontaktgruppe finden sich schon 90% der älteren und chronisch kranken Versicherten, in der Quartals-Kontaktgruppe sind bereits mehr als zwei Drittel der über 50-jährigen [4]. Hausarztpraxen haben damit eine große Reichweite. Die meisten Patienten – insbesondere chronisch Kranke – suchen regelmäßig ihren Hausarzt auf. Hier entsteht eine hohe Kontinuität [19] und Longitudinalität [20] in der

Versorgung. Beide Faktoren zusammen gelten in der internationalen Literatur als Qualitätskriterien und gleichzeitig als Erfolgsfaktoren eines guten Systems der Primärversorgung [21, 23]. Die große Reichweite der hausärztlichen Versorgung ist somit Chance und Herausforderung zugleich.

Die Hausarztpraxis bietet als einzige medizinische Versorgungsinstanz für den einzelnen chronisch erkrankten Patienten die Chance, nacheinander über verschiedene Phasen der Erkrankung von ein und demselben Arzt bzw. Praxisteam betreut zu werden. Die Kontinuität erstreckt sich auch auf das gleichzeitige Vorliegen weiterer chronischer und akuter Erkrankungen. Auf jeder anderen Versorgungs- oder Spezialisierungsstufe wird dieser Patient zumeist nur unregelmäßig und nur in den für den Fachspezialisten relevanten Stadien der Erkrankung gesehen.

Beispiel 1: Versorgungsrealität in der Hausarztpraxis

Die derzeit zumeist noch vorherrschende Versorgungssituation chronischer Erkrankungen wird in einem Fallbeispiel charakterisiert, das wir (modifiziert) einem Aufsatz von Bodenheimer et al. [22] entnommen haben.

Alltagspraxis heute

Herr Müller, Diabetiker, 64 Jahre, erscheint am Montagmorgen wegen akuter Knieschmerzen in der Hausarztpraxis von Dr. Schmidt. Nach Ab-

klärung der Akutsymptomatik erkundigt sich Dr. Schmidt nach den Blutzuckerwerten seines Patienten und erhält die Antwort, dass diese „in Ordnung“ seien. Da Dr. Schmidt in der Patientenakte vergeblich nach den letzten Laborwerten und dem Bericht des Augenarztes sucht und Herr Müller auch keinen Diabetikerpass dabei hat, misst Dr. Schmidt den Blutdruck und veranlasst eine sofortige Blutentnahme.

Die am Abend eingehenden Laborwerte ergeben unter anderem einen HbA1C von 8,5%. Dr. Schmidt beschließt, sich beim nächsten Besuch des Patienten ausführlicher mit dem Diabetes zu beschäftigen.

An diesem Beispiel fällt u. a. folgendes auf:

1. Die Inanspruchnahme durch den Patienten erfolgt nicht strukturiert, sondern anlassbezogen. Das akute Anliegen, der Knieschmerz, bestimmt das Geschehen. Der Patient erscheint in der Praxis, wann (Montagmorgen) und wie er es für sich entscheidet²; für die Praxis wird er auch nur zu diesem Termin sichtbar. Das hier deutlich werdende Phänomen wird auch als ‚Radar-Syndrom‘ [23] bezeichnet: Der Patient kommt in die Praxis und wird behandelt. In diesem Augenblick hat ihn die Praxis „auf dem Radarschirm“; sie kann sich ad hoc ein Bild vom Befinden des Patienten machen. (Haus-) Ärztinnen und Ärzte sind darauf trainiert, innerhalb weniger Minuten auf ein Patientenproblem zu reagieren – was in vielen Fällen durchaus notwendig und sinnvoll ist. Wenig später verlässt der Patient die Praxis jedoch wieder und „verschwindet“ im gleichen Moment vom ‚Radar-

schirm‘. Die Praxis hat ihn aus den Augen verloren. Solange der Patient nicht wiederkommt, wird implizit angenommen, dass er wohl ‚gesund‘ sein muss und kein weiterer Interventionsbedarf besteht. Diese Annahme kann für die Knieschmerzen aus unserem Beispiel durchaus zutreffen, sie gilt aber ganz sicher nicht mit Blick auf den ebenfalls vorliegenden Diabetes mellitus. Der Patient ist (und bleibt) weiterhin chronisch krank und bleibt vulnerabel für die damit einhergehenden kritischen Entwicklungen.

2. Die Praxis pflegt einen von der Akutversorgung (und Einzelleistung) geprägten Versorgungsstil. Die chronische Erkrankung und deren Auswirkungen, die das gesundheitliche Schicksal von Herrn Müller in entscheidender Weise bestimmen, bleiben im Hintergrund.
3. Die Patientenakten sind nicht systematisch geführt und verschaffen dem Arzt keinen angemessenen Überblick über Therapieverlauf und anstehende Aufgaben. Auch fehlen praxistaugliche Pläne für ein krankheitsspezifisches Beobachten der Ergebnisse (zum Beispiel regelmäßige Kontrollen (Follow up) von Blutzucker und Blutdruck). Daher fallen Versäumnisse (hier fehlende Augenhintergrunduntersuchung) eher zufällig auf.
4. Praxisteam und Patient sind unzureichend auf das aktuelle Treffen vorbereitet. Schon der enge Zeitrahmen an einem Montagmorgen lässt ausführliche Beratung oder vorausschauende Planungen kaum zu. Hier dominiert das Dringliche, also die Lösung des akuten Problems: Ausstehende Aufgaben können – genauso wie klare Absprachen zu Behandlungszielen mit dem Patienten – nicht mehr an diesem Tag nachgeholt werden. Wir dürfen außerdem annehmen, dass der Patient sich eher passiv und wenig informiert zu seiner Krankheit verhält.

Selbstverständlich bestehen die hier typisierend deutlich werdenden Defizite nicht nur in der hausärztlichen Versorgung. Nachteilig auf die Versorgung chronisch Kranker wirkt sich ganz be-

sonders die Fragmentierung zwischen primärärztlicher, (ambulant) fachspezialisierter und stationärer (bzw. rehabilitativer) Behandlung aus. Der Sachverständigenrat hat die Defizite der Versorgungsrealität chronischer Erkrankungen in Deutschland umfassend aufgezeigt [3]. Damit wurde auch in Deutschland die gesundheitspolitische Debatte über die Versorgungsqualität chronischer Erkrankungen ganz entscheidend gefördert.

Mehrere Studien aus den USA zeigten beispielsweise, dass dort über 50% der Patienten mit Hypertonie, Depression, Diabetes und Asthma keine angemessene Behandlung erhalten [24–27]. In Europa gibt es bevölkerungsbezogene Studien – hier sind insbesondere die beiden EUROASPIRE-Studien [28] zu nennen –, die zeigen, dass in neun verschiedenen Ländern 50% der Patienten mit einer koronaren Herzkrankheit einen erhöhten Blutdruck haben. Für Deutschland sind die Zahlen alarmierend, denn die Zahl der gut eingestellten Patienten mit bekannter KHK ist sogar von 42% (1995/96) auf nur noch 33% im Untersuchungszeitraum 1999/2000 gefallen. Mit anderen Worten: Nur noch ein Drittel der Patienten mit einer bekannten KHK hatte in einer bevölkerungsbezogenen Untersuchung einen gut eingestellten Hypertonus. Bezogen auf die deutsche Gesamtbevölkerung liegen dazu auch Daten aus dem in der Region Augsburg durchgeführten WHO-MONICA-Projekt vor [29]. Danach gelingt eine adäquate Blutdruckkontrolle nur bei 7% der hypertonen Männer und 13% der Frauen.

Unabhängig von der wichtigen Frage nach den genauen Ursachen für die geschilderte Situation lässt sich anhand dieser Zahlen annehmen, dass die Versorgung chronisch Kranker (Hypertoni-ker) noch verbessert werden kann.

Der Versorgungsansatz strukturierter Behandlungsprogramme

In unterschiedlichen Gesundheitssystemen wird die Behebung dieser Defizite

² Um Missverständnissen vorzubeugen: Selbstverständlich ist es sinnvoll und richtig, dass in erster Linie der Patient selbst entscheidet, ob und wann er aus akutem Anlass ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt. Die weiteren Überlegungen lassen jedoch erkennen, dass mit Blick auf die Notwendigkeit kontinuierlicher Betreuung chronischer Erkrankungen auch gemeinsam vereinbarte (regelmäßige) Kontakte notwendig sind.

bereits seit längerem in Angriff genommen. Strukturierte Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen wurden in den USA zunächst im Zusammenhang mit der Herausbildung der sogenannten Managed Care [30], d. h. ganz wesentlich aus Motiven der gesundheitsökonomischen Effizienz heraus entwickelt. Im Ergebnis ähnliche Entwicklungen gab es auch in ganz anderen Systemen mit einer starken Hausarztzentrierung in der Primärversorgung (z. B. National Framework, Großbritannien).

Dabei ist Disease Management in der Versorgung der wichtigsten chronischen Erkrankungen inzwischen zum Standard geworden. Als *Zielrichtungen* werden in der Definition der Disease Management Association of America [31] die Unterstützung der Arzt-Patienten-Beziehung, die Behandlungsplanung und die Verhinderung von Exazerbationen sowie Komplikationen durch Anwendung evidenzbasierter Leitlinien und Patientenstärkung sowie die kontinuierliche Therapieevaluation anhand von Outcome-Feststellungen genannt. Als wesentliche *Komponenten* gelten in dieser Definition:

- populationsbezogene Identifikation der Zielgruppe,
- evidenzbasierte Leitlinien,
- Kooperation zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern,
- Patientenschulung und -selbstmanagement,
- Prozess- und Outcomemessung sowie
- angemessene Feedbackstrategien.

Keineswegs klar wird dabei jedoch, wie die einzelnen Beteiligten am Versorgungsprozess in die Lage versetzt werden, diese Elemente auch im (Praxis-)Alltag zu realisieren.

In Deutschland wurden seit 2002 [32] Disease-Management-Programme (DMP) durch den Gesetzgeber massiv implementiert. Kritik wird vor allem am bürokratischen Aufwand geübt sowie an der schwer nachvollziehbaren Verknüpfung mit den Steuerungsinstrumenten im Risikostrukturausgleich der Krankenkassen [33].

Effekte strukturierter Versorgung chronisch Kranker – Disease und Case Management³

In der international beobachtbaren Entwicklung der DMP wurden weitgehend evidenzbasierte einzelne Elemente unter meist pragmatischen Gesichtspunkten kombiniert. Studien und systematische Reviews zeigen grundsätzlich gute Evidenz dafür auf, dass sich durch strukturierte Versorgung bzw. DMP die Versorgung chronisch Kranker erheblich verbessern lässt. Im Fall Diabetes mellitus wird u. a. eine bessere Blutzuckereinstellung erreicht [34, 35]. Ähnliche Ergebnisse gibt es u. a. zu Herzinsuffizienz [36] und Depression [37] sowie als systematische Bewertung verschiedener Konditionen [38]. Allerdings ist zu bedenken, dass sich viele Evaluationsstudien angesichts der langen Zeiträume, bis sich sog. ‚harte Outcomes‘ bei chronischen Erkrankungen einstellen, auf Surrogatparameter [39] beschränken müssen, deren tatsächliche Aussagekraft nur eingeschränkt gültig ist.

Die international diskutierten Programme zum Disease Management sind dann besonders erfolgreich, wenn sie *erstens* „multifacettiert“ sind, *zweitens* ein geplantes Follow-up einschließen, *drittens* die Patienten qua Selbst-Management aktiviert sind und *viertens* Elemente des Case Managements einschließen [40]. Unklar bleibt jedoch, ob sie die Kosten der Versorgung (insbesondere durch die Reduktion von Komplikationen und deren aufwendiger Behandlung) nachhaltig senken können [41].

Die zugrundeliegenden Studien sind allerdings zumeist in hochstrukturierten Versorgungssystemen (managed care settings) in Nordamerika durchgeführt worden, womit sich die Frage nach der

³ Die Konzepte haben allesamt englische Namen, weil wir diese Aufgaben in Deutschland zum Teil erst spät erkannt haben und sich die Begriffe im (internationalen) Sprachgebrauch weitgehend etabliert haben. Aus diesem Grund stößt der Leser an zahlreichen Stellen auf Anglizismen. Wenn möglich, haben wir vorhandene deutsche Übersetzungen dieser Begriffe verwendet (z. B. „partizipative Entscheidungsfindung“ statt „shared decision making“). An anderen Stellen haben wir bewusst auf Übersetzungen verzichtet, da bei einer Eindeutigung die Gefahr einer Sinnverzerrung besteht.

Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem stellt. Die deutschen DMP sind als Gesamtprogramme bisher nur völlig unzureichend evaluiert worden. Es ist nicht bekannt, welche Elemente und welche Kombinationen hier wirksam sind. Erste Evaluationsdaten (auf Grundlage der Routedokumentation, ohne kontrolliertes Design!) liegen für das DMP Diabetes Typ II vor. Es zeigte sich, dass sich einzelne Versorgungsparameter (z. B. Durchführung von Therapiekontrollen wie Fußinspektion und Augenhintergrunduntersuchungen) bei eingeschriebenen Patienten bereits im ersten Jahr der Laufzeit positiv veränderten. In geringem Maße wurden auch die Stoffwechseleinstellung (HbA1C-Wert) sowie die Blutdruckkontrolle verbessert [42].

DMP stärken in der Regel die hausärztliche Versorgungsrolle, da sie die strukturierte Versorgung im primärärztlichen Versorgungsrahmen forcieren. Wenig Evidenz gibt es dafür, dass man durch die bloße Schaffung zusätzlicher Versorgungsrollen (Call Center, ‚matrons‘ (unabhängig vom Hausarzt operierende spezialisierte Schwestern) [43]) Erfolge erzielen kann [44], wenn diese nicht eng an die Primärversorgung durch Hausärzte gebunden sind. Schlimmstenfalls trügen diese Strukturen zu einer zusätzlichen Fragmentierung der Versorgung bei.

Wenn daher die Elemente, die unter dem Begriff des Disease Managements zusammengefasst werden, tatsächlich neue Wege zur Bewältigung einer wachsenden Aufgabe der Allgemeinmedizin bieten können: wie muss die Praxis des Hausarztes dann darauf reagieren?

Beispiel 2: Wie die Versorgung aussehen könnte

Das Zusammenwirken der Elemente eines strukturierten Behandlungskonzepts in der Hausarztpraxis wird nachfolgend in einem zweiten Fallbeispiel (ebenfalls modifiziert nach Bodenheimer et al. [25]) dargestellt:

Die Praxis von morgen

Frau Meier kommt zu ihrer geplanten Routinevorstellung in die Hausarzt-

praxis von Dr. Becker. Wie sie das in ihrer Selbstmanagement-Gruppe erlernt hat, händigt sie der Arzthelferin – nicht dem Arzt – ihren Diabetiker- ausweis aus. Die Helferin trägt die Daten in die elektronische Patientenakte ein und druckt eine Verlaufskurve der HbA1C-Werte von Frau Meier für Dr. Becker aus. Beim Öffnen der Patientenakte erscheint automatisch eine Erinnerungsmeldung für die noch ausstehende Augenhintergrunduntersuchung. Die Kurven der Verlaufsparemeter, die Arzt und Patientin sehen, sind – inklusive des Blutdrucks – bis auf eine Erhöhung des LDL-Wertes unauffällig. Dr. Becker vereinbart mit der Patientin einen Behandlungsplan zur Cholesterinsenkung – sie bekommt bei der Gelegenheit auch ein Statin neu verordnet – und legt gemeinsam mit Frau Meier die Behandlungsziele fest. Die Arzthelferin vereinbart zwei Termine für Frau Meier, einen beim Augenarzt und einen bei der Diätberaterin. Dr. Becker stellt in seiner Praxisstatistik erfreut fest, dass der Anteil seiner Diabetiker mit jährlicher Augenhintergrunduntersuchung von 45 auf 67% gestiegen ist.

Was fällt in diesem wiederum typisierenden Beispiel einer Praxis „von morgen“ im Vergleich zum eingangs dargestellten Beispiel auf?

Die Praxis von Dr. Becker ist vorbereitet und praktiziert eine vorausschauende Betreuung. Die Praxis ist nicht darauf beschränkt zu reagieren, sondern sie hat ein klares, prospektiv ausgerichtetes Konzept.

- Der Patient ist informiert und aktiviert. Er bringt seinen Diabetes-Pass mit, er weiß, worauf es ankommt.
- Es erfolgt keineswegs eine Behandlung nach „Schema F“, sondern eine konsequent am individuellen Risikoprofil orientierte Therapie. Es geht um den einzelnen Patienten, für den eine auf diesen individuell zugeschnittene Strategie entwickelt wird.
- Im Hintergrund hat die Praxis eine aktuelle Wissensbasis, zum Beispiel in Form von Leitlinien.

- Die Versorgungsprozesse sind strukturiert. Es gibt definierte Schnittstellen, die Arzthelferinnen sind einbezogen, und auch der Patient kennt seine Rolle.
- Es gibt eine Ergebnismessung. Die Praxis weiß, wo sie steht, und zwar bezogen auf den einzelnen Patienten, aber auch auf die Gruppe aller chronisch Kranken, in diesem Fall aller Diabetiker. Diese Standortbestimmung ist wiederum Voraussetzung für einen systematischen, kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Erst wenn die Praxis weiß, wo sie steht und bestimmen kann, wo sie hin will, ist eine zielgerichtete Verbesserung möglich.
- Es werden verschiedene Organisationshilfen oder auch -werkzeuge, sogenannte „Tools“, eingesetzt, die z. B. durch eine moderne Praxissoftware ermöglicht werden.

Zwischenresümee

Demographischer Wandel und die zunehmende Bedeutung chronischer Erkrankungen stellen wichtige Herausforderungen für das System der Gesundheitsversorgung dar. Die Versorgung chronischer Erkrankungen ist ressourcenintensiv und verlangt einen strukturierten, an den Bedarf angepassten und vorausschauenden Versorgungsstil, der nicht von der „Dominanz des Dringlichen“ bestimmt werden darf.

Die Hausarztpraxis hat hierbei aufgrund ihrer großen Reichweite und ihrer hohen Kontinuität eine besondere Rolle. An der Gegenüberstellung zweier Fallbeispiele wurde verdeutlicht, wie die hausärztliche Versorgung chronisch Kranker zukünftig aussehen könnte. Leitvorstellungen und konkrete Instrumente, welche die Hausarztpraxis der Zukunft bei ihrem „hausärztlichen Kerngeschäft“ unterstützen können, stellen wir im zweiten Teil des Beitrags dar.

Literatur

- [1] World Health Organization (Pruitt S, Epping-Jordan JA, Diaz JMF, Khan M, Kisa A, Klapow J et al.) Innovative care

for chronic conditions: Building blocks for actions. Global Report, Geneva: WHO; 2002.

- [2] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=mesh&list_uids=68002908&dopt=Full; Nach: Dictionary of Health Services Management, 2d ed.; acc. 01.02.06.
- [3] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III.1 Grundlagen, Übersicht, Versorgung chronisch Kranker. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2001.
- [4] Steinhagen-Thiessen E, Borchelt M. Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer KU, Balthes PB, editors. Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie-Verlag; 1996.
- [5] Wu S, Green A. Projection of chronic illness prevalence and cost inflation. Washington DC: RAND Health; 2000.
- [6] Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ICF/index.html> acc. 01.02.06
- [7] Mayer KU, Balthes PB, editors. Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie-Verlag; 1996.
- [8] Schwartz FW. Gewonnene Lebensjahre – biologische Betrachtungen und Fragen zur Nutzen- und Kostendiskussion in der Medizin aus sozialmedizinischer Sicht. In: Robert-Bosch-Stiftung, editors. Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen und ihre ökonomische Bedeutung. Gerlingen: Bleicher-Verlag; 1991.
- [9] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Der Alterssurvey – Beobachtung gesellschaftlichen Wandels und individueller Veränderungen. www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=35236.html (acc.01.02.2006).
- [10] Tesch-Römer C, Wurm S. Veränderung von subjektivem Wohlbefinden und Lebensqualität in der zweiten Lebenshälfte. In: Tesch-Römer C, Engstler H, Wurm S, editors. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften; 2005.
- [11] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Manuskript S. 182 ff. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Langfassung2.pdf>, acc. 01.02.2006.



- [12] Woolf SH, Johnson RE. The Break-Even Point: When medical advances are less important than improving the fidelity with which they are delivered. *Ann Fam Med* 2005;3:545–2.
- [13] Gertz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Romundstad S, Sigurdsson JA. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. A descriptive epidemiological study. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22:202–8.
- [14] Arnold M, Litsch M, Schwartz FW, editors. *Krankenhausreport 1999*. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 1999.
- [15] Bertelsmann Stiftung, editor. *Symposium: Perspektiven der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen. Empfehlungen der Expertenkommission 'Ziele in der Altenpolitik' der Bertelsmann Stiftung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2005.
- [16] Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004;13:299–305.
- [17] Katon W, von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psych* 2001;23:138–44.
- [18] Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. Implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294:716–24.
- [19] Murphy E. Case management and community matrons for long term conditions. A tough job that will need highly trained professionals. *BMJ* 2004; 329:1251–2.
- [20] Wilson T, Buck D, Ham C. Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions? *BMJ* 2005;330:657–61.
- [21] Gerlach FM, Szecsenyi J. Warum sollten Disease-Management-Programme hausarztorientiert sein? – Gründe, Grenzen und Herausforderungen. In: AOK Bundesverband, editor. *Disease-Management-Programme im Rahmen des Risikostrukturausgleichs*. *Dt Ärzteblatt* 2002;99:S20–6.
- [22] Freemantle GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract* 2003;20:623–7.
- [23] Starfield B. *Primary care. Balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press; 1998.
- [24] Health Council of the Netherlands, editor. Knottnerus JA. *European primary care*. The Hague: 2004. www.healthcouncil.nl. (acc. 15.02.2005).
- [25] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288: 1775–9.
- [26] Bengoa R. 5 years on international networking on chronic care – What have we learnt? *Die Zukunft ist chronisch – das Chronic Care Modell in der Primärmedizin*. Frankfurt am Main 17.10.2005. www.chronic-care.de (acc. 29.2.2006).
- [27] Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Int Med* 1997;157:2413–46.
- [28] Young AS, Klap R, Sherbourne C, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58: 55–61.
- [29] Clark CM, Fradkin JE, Hiss RG, Lorenz RA, Vinicor F, Warren-Boulton E. Promoting early diagnosis and treatment of type 2 diabetes. The National Diabetes Education Program. *JAMA* 2000; 284:363–5.
- [30] Legoretta AP, Liu X, Zaher CA, Jatulis DE. Variation in managing asthma: experience at the medical group level in California. *Am J Manag Care* 2000;6: 445–53.
- [31] EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001;357: 995–1001.
- [32] Gasse C, Hense HW, Stieber J, Döring A, Liese AD, Keil U. Assessing hypertension management in the community: trends of prevalence, detection, treatment, and control of hypertension in the MONICA project, Augsburg 1984–1995. *J Hum Hypertens* 2001; 15:27–36.
- [33] Arnold M; Lauterbach KW, Preuss K-J, editors. *Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte*. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft; 1997.
- [34] <http://www.dmaa.org/definition.html> (acc 27.02.2006).
- [35] Vierte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) 27.06.2002. Vgl. SGB V § 137 f. i.d.F. v. 10.12.2001.

- [36] Busse R. Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. A Gordian solution to the adverse selection of chronically ill people in competitive markets? *Health Affairs* 2004;23(1):56–67.
- [37] Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack Jr L et al. and the Task Force on Community Preventive Services. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Prev Med* 2002;22:15–38.
- [38] Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; CD001481.
- [39] Whellan D, Hasselblad V, Peterson E, O'Connor CM, Schulman K. Meta-analysis and review of heart failure disease management randomized controlled clinical trials. *Am Heart J* 2005;149: 722–9.
- [40] Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medical Care* 2004;42:1211–21.
- [41] Ofman JJ, Badamgarav E, Henning JM, Knight K, Gano AD Jr, Levan RK et al. Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review. *Am J Med* 2004;117: 182–92.
- [42] Mühlhauser I, Berger M. Surrogat-Marker: Trugschlüsse. *Dt Ärzteblatt* 1996; 93(49):A-3280–3.
- [43] Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs* 2001;20(6):64–78.
- [44] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model, part 2. *JAMA* 2002;288(15): 1909–14.
- [45] Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme, editor. Qualitätssicherungsbericht 2004. Disease-Management-Programme in Nordrhein. Dezember 2004. http://www.kvno.de/importiert/qualbe_dmp04.pdf (acc. 02.02.2006).
- [46] Wilson T, Buck D, Ham C. Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions? *BMJ* 2005; 330:657–61.
- [47] Hutt R, Rosen R, McCauley J. Case-managing long-term conditions. What impact does it have in the treatment of older people? London: King's Fund; 2004.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
 Institut für Allgemeinmedizin
 Johann Wolfgang Goethe-Universität
 Theodor-Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt
 Tel.: ++49-(0)69-6301-5687
 Fax: ++49-(0)69-6301-6428
 E-Mail:
gerlach@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de
 Homepage:
www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

