

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

Teil 2: Chronic Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärzt- lichen Versorgung

Ferdinand M. Gerlach, Martin Beyer, Kristina Saal, Monika Peitz und
Jochen Gensichen

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

Zusammenfassung

Im ersten Teil des Beitrags wurde die zunehmende praktische und ökonomische Bedeutung von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität als spezifische Herausforderung für die hausärztliche Versorgung analysiert, die bis heute noch stark vom Modell einer reaktiven Akutmedizin („Dominanz des Dringlichen“) und der damit einhergehenden Fragmentierung von Versorgungsstufen geprägt ist.

Im vorliegenden zweiten Teil werden zukunftsorientierte Leitvorstellungen und konkrete Instrumente dargestellt, welche die Hausarztpraxis der Zukunft bei ihren Versorgungsaufgaben leiten und unterstützen können. Das Chronic Care-Modell (nach Wagner) wurde auf der Basis zahlreicher kontrollierter Studien entwickelt und integriert unterschiedliche empirische Befunde, theoretische Vorstellungen sowie konkrete Erfahrungen zu einem umfassenden Konzept für die Versorgung chronischer Krankheiten.

Das Modell stellt die „produktive Interaktion“ zwischen Patienten, die eine aktive Rolle in ihrer Behandlung übernehmen, und einem proaktiv, vorausschauend agie-

renden Praxisteam in den Mittelpunkt. Die Modellelemente helfen, die Versorgung in der allgemeinmedizinischen Praxis besser zu verstehen und zum Beispiel durch Erinnerungs- und Wiedereinbestellungs-Systeme, Patientenregister, die Einrichtung spezieller Chroniker-Sprechstunden sowie Patiententrainings strukturiert umzugestalten.

Ein vielfach entscheidender Erfolgsfaktor strukturierter Versorgung ist das „Case Management“. Am Beispiel der Betreuung von Patienten mit Major Depression wird deutlich, dass ein Case Management durch Arzthelferinnen hausärztlicher Praxen ein an den individuellen Bedürfnissen chronisch Kranker orientiertes Vorgehen ermöglicht.

Die Professionalisierung des Praxisteams mit neuen Rollen und Aufgabenteilungen sowie die Implementierung moderner Strategien zur Versorgung chronisch Kranker bieten neue Chancen und ein geschärftes Profil für die Hausarztpraxis der Zukunft.

Sachwörter: Chronische Krankheiten – Allgemeinmedizin – Case Management – Praxisteam – Depression

Schwerpunkt

New perspectives in the primary care of the chron- ically ill – against the “tyranny of the urgent”

Part 2: The Chronic Care Mod-
el and case management as
the basis of a forward-look-
ing approach to primary care

Summary

Family medicine remains strongly influenced by reactive medicine (‘tyranny of the urgent’) and the fragmentation of healthcare associated with it. In the first part of the present article the increasing practical and economic relevance of chronic diseases and multimorbidity were analyzed as a fundamental challenge for primary care and family medicine in particular. Part two describes a forward-looking approach to guidelines and special tools which are able to guide and support future health-care tasks of general practice. Wagner’s Chronic Care Model, which was developed on the basis of numerous controlled studies, integrates empirical results, theoretical ideas and real experience within a comprehensive concept for the treatment of chronic diseases. The model focuses on the ‘productive interaction’ between an active patient and a proactive practice team. The various elements of the model help to better understand healthcare in general practices, for example by establishing reminder and recall systems by means of a structured reorganization, through patient registers, the implementation of consultation hours for chronically ill patients as well as patient training.

‘Case management’ is essential to the success of structured care. Taking care of patients with major depression as an example, it is demonstrated how case management through practice assistants in general practices enables the individual needs of chronically ill patients to be better taken into account.

The professionalism of the practice team with new roles and task sharing as well as the implementation of modern strategies for the care of chronically ill patients provide a new chance and a sharpened profile for general practices of the future.

Key words: chronic disease – family practice – case management – patient care team – depressive disorder

¹ Überarbeitete Fassung der Antrittsvorlesung von Prof. Gerlach an der Johann Wolfgang Goethe-Universität am 11. Mai 2005 in Frankfurt am Main. Die in diesem Teil erwähnte PRoMPT-Studie (Primary care Monitoring for depressive Patients Trial, ISRCTN66386086) wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (Förderkennzeichen 01GK0302).



Veränderungen am (nicht im) System

Im ersten Teil des Beitrags [1] wurde die zunehmende Bedeutung chronischer Erkrankungen beschrieben und die Herausforderungen analysiert, die sich in der hausärztlichen Versorgung angesichts des zumeist vorherrschenden, auf akute Probleme ausgerichteten Versorgungsstils ergeben. Darüber hinaus wurden Ansätze strukturierter Versorgung, insbesondere Konzepte des Disease und Case Managements skizziert. Mit Blick auf die hierzulande fortschreitende Einführung flächendeckender „Programme“ zum Disease Management und die im einzelnen durchaus positiven Verbesserungsansätze wurde darauf hingewiesen, dass es sich noch allzu häufig um pragmatische Kombinationen unterschiedlicher Wirkungselemente handelt, die in ihrem Zusammenspiel wenig evaluiert und verstanden sind. Überdies wird bislang ein erheblicher Teil der Umsetzungsproblematik auf die einzelnen Beteiligten (insbesondere Praxen) verlagert, die sich mit dieser Aufgabe oft alleingelassen und überfordert fühlen.

Wie auch an zwei kontrastierenden Fallbeispielen aus der Praxis verdeutlicht wurde, greifen die Herausforderungen tief, und es stellt sich die Frage, ob hier nicht weniger „Veränderungen im System“ als „Veränderungen am System“ erforderlich sind. In diesem Zusammenhang soll an eine von Berwick als „central law of improvement“ bezeichnete Erkenntnis erinnert werden [2]: *„Every system is perfectly designed to achieve the results it achieves“* – „Jedes System ist so konstruiert, dass es genau die Ergebnisse erzielt, die es erzielt.“

Übertragen auf die Gesundheitsversorgung heißt dies, dass alle relevanten Zielgrößen (Outcomes) letztlich aus Systembedingungen resultieren oder selbst solche sind. Versorgungsqualität, Angemessenheit der Versorgung, Patientenzufriedenheit oder auch Kosten werden wesentlich durch die Gestaltung des Systems vorbestimmt. Es macht somit wenig Sinn, dass sich die Einzelnen innerhalb des Systems – hier

des „Systems Hausarztpraxis“ – einfach nur mehr anstrengen, zum Beispiel noch mehr arbeiten und noch stärker versuchen, die Anforderungen zu erfüllen. Eine Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker wird auch nicht allein durch bessere Tests oder neue Medikamente und Therapien gelingen. Wir benötigen vielmehr übergreifende Konzepte für die Umgestaltung der Praxis. Wie also könnte ein neues, speziell auf die Versorgung chronisch Kranker zugeschnittenes System aussehen? Welches müssen die theoretischen Leitideen sein? Wie und mit welchen Mitteln (tools) kann die Hausarztpraxis eine optimale Versorgung chronischer Erkrankungen auch tatsächlich realisieren?

Das Chronic Care-Modell

Das international anerkannte und am häufigsten umgesetzte Konzept ist das von Wagner et al. [3] entwickelte „Chronic Care-Modell“ (Abb. 1). Es beruht auf einer Vielzahl von kontrollierten Studien, die den positiven Einfluss der hier zusammengeführten Elemente auf die Versorgung chronischer Erkrankungen belegen. Auch zahlreiche (US-amerikanische) Erfahrungen mit strukturierten Behandlungsprogrammen aus den letzten fünfzehn Jahren sind hier eingegangen [4]. Das Modell ist interdisziplinär und multidimensional angelegt und beschreibt neben dem konkre-

ten Versorgungsprozess chronischer Erkrankungen auch die Ressourcen, die sich aus dem System- und Gemeinwesenbezug sowie den konkreten Organisationsstrukturen ergeben [5]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das Chronic Care-Modell zur Basis ihres Programms zur innovativen Versorgung chronischer Erkrankungen (Innovative Care for Chronic Conditions, ICC) gemacht [6].

Das Modell beschreibt, wie Patienten mit einer aktiven Rolle in ihrer Behandlung einerseits und pro-aktive, also vorausschauend agierende, Praxisteams andererseits eine „produktive Interaktion“ erreichen und auf diese Weise gemeinsam verbesserte Behandlungsergebnisse erzielen. Im Beitrag von Gensichen et al. werden die übergreifenden Behandlungsprinzipien des Chronic Care-Modells exemplarisch auf die Versorgung von Patienten mit vier wichtigen chronischen Erkrankungen angewandt [7].

Soweit die hier genannten Elemente die Organisation des Gesundheitssystems betreffen, sind hier vor allem vier ‚Pfeiler‘ von Bedeutung:

1. **Unterstützung des Self-Managements**, also die Hilfe zur Selbsthilfe durch den Patienten (und ggf. seine Angehörigen) [8]. Hier wird eine Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz im Sinne eines sogenannten Empowerments beabsichtigt.

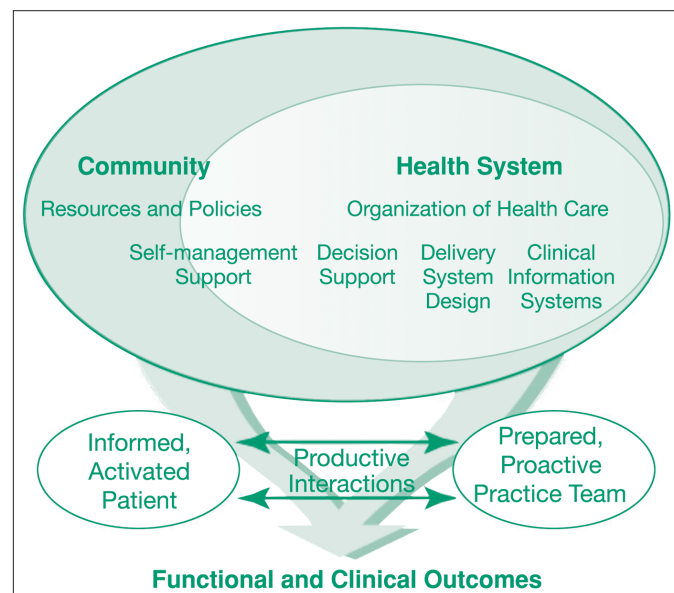


Abb. 1. Chronic Care-Modell (nach [3]).

2. Eine gezielte **Entscheidungsunterstützung**, zum Beispiel durch evidenzbasierte Leitlinien für Ärzte und Patienten, aber auch durch eine bessere Kooperation mit Fachspezialisten.
3. Die **Gestaltung der Leistungserbringung** bedeutet eine (**Neu-)Konzipierung** der Abläufe einer hausärztlichen Praxis insbesondere durch eine (neue) Aufgabenteilung im Praxisteam, Einrichtung einer Chroniker-Sprechstunde oder regelmäßiges Follow-up durch Case Management. Hierzu gehört auch der „stepped care“ genannte Ansatz einer stufenweise bzw. arbeitsteilig integrierten Versorgung, in dem die Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Versorgungsstufen und Leistungserbringern je nach der Komplexität des gesundheitlichen Problems und dem konkreten Versorgungsbedarf des einzelnen Patienten definiert werden [9].
4. **Klinische Informationssysteme**, die schon bei einem einfachen Patientenregister beginnen können, in dem alle Patienten mit einer bestimmten chronischen Erkrankung erfasst sind. Auch ein individueller Therapieplan oder Erinnerungssysteme gehören dazu.

Diese vier Aspekte der Versorgungs- bzw. Behandlungspraxis ordnen sich in übergeordnete Organisationen der Gesundheitsversorgung ein, z. B. als Teil der ambulanten Versorgung, einer Klinik oder einer Krankenkasse, deren Struktur ebenfalls im Sinne des Modells gestaltet werden kann. Organisationen und ihre Verantwortlichen können, flankiert durch differenzierte Anreize, eine Kultur der Qualitätsmessung und -verbesserung fördern.

Die Arztpraxis ist außerdem Teil eines umliegenden Gemeinwesens, d. h. eingebettet in weitere lokale Ressourcen und gemeindenahere Angebote, z. B. Gemeindedienste oder Selbsthilfe. Hier wirken übergreifende Gesundheitsangebote, wie themenspezifische Präventionskampagnen, aber auch die Entscheidungsstrukturen und -prozesse der Kommunal-, Landes- und Bundespolitik zur gesundheitlichen Versorgung. Insbesondere Anreizsysteme innerhalb der

Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. deren Steuerungsinstrumente in der Sozialgesetzgebung sind in diesem Zusammenhang hervorzuheben.

Produktive Interaktionen

Im Kern des Modells stehen ‚*produktive Interaktionen*‘ zwischen einem ‚vorbereiteten, pro-aktiven‘ Praxisteam und einem informierten und aktivierten Patienten. Die verschiedenen theoretischen Fäden des Modells laufen hier zusammen. Hier sind die weitreichendsten Veränderungen der Alltagspraxis erforderlich. Liegt Disease-Management-Programmen (DMPs) typischerweise ein *handlungsregulierender* Ansatz zugrunde (wie veranlasse ich Partner im Programm, dieses oder jenes zu tun?), so argumentiert das Chronic Care-Modell v. a. *ressourcenorientiert*: Welcher Partner in der produktiven Interaktion kann welche Ressourcen aktivieren und für einen strukturierten und auf Ergebnisse gerichteten Behandlungsverlauf fruchtbar machen? Diese Betrachtungsweise entspricht übrigens auch einem Ergebnis der modernen sozialwissenschaftlichen Debatte um Dienstleistungen. Personenbezogene Dienstleistungen beruhen ganz allgemein auf einer Mittätigkeit der Konsumenten [vgl. z. B. 10]; die ‚Produktivität‘ kann hierdurch gesteigert werden. Dies kann für die Medizin ganz besonders gelten.

Die – sicher oft schwierige, manchmal auch unmögliche – Aktivierung und Einbeziehung der Patienten ist essentieller Bestandteil aller modernen medizinisch-psychologischen Konzepte zum gesundheitlichen Verhalten. Unter den Konzepten zur Verhaltensänderung wird derzeit z. B. das Transtheoretische Modell nach Prochaska und DiClemente [11] diskutiert, aber auch die Prinzipien der Partizipativen Entscheidungsfindung („shared decision making“) [12]. Bisher wurden diese Erkenntnisse jedoch noch nicht systematisch für die Organisationsentwicklung und strukturelle Gestaltung von Versorgungsprozessen bei chronischen Erkrankungen genutzt [13]. Insbesondere in den deutschen DMP fristet die Pa-

tientenaktivierung in Form von gemeinsam festgelegten Behandlungszielen bisher noch ein Schattendasein.

Um übersichtlich darzustellen, wie der ‚produktive‘ Austausch zwischen Patienten und Praxisteam in einem neu strukturierten Versorgungsprozess verlaufen kann, wählen wir ein Kreislaufmodell – ähnlich dem physiologischen Prozess des Krebs-Zyklus soll hier das Zusammenwirken „aktivierter Metaboliten“ verdeutlicht werden.

Beratung und Versorgung bei chronischen Erkrankungen ist Dauerbetreuung und durchläuft immer wieder vier Phasen:

1. *Entscheidungsfindung und Zielvereinbarung* als gemeinsame Handlungsgrundlage für Praxisteam und Patienten.
2. *Durchführung und Unterstützung der Therapie* als ein abgestimmtes Vorgehen.
3. *Feststellung* (oft: Messung) *von Gesundheitsergebnissen und Bewertung der Therapie* als gemeinsame Grundlage für die Einschätzung der Effekte und der angemessenen Konsequenzen.
4. Einflüsse auf das *Krankheitserleben* und die *Motivation* als mitbestimmender Behandlungskontext. Nur durch eine positive Krankheitsbewältigung und Therapieeinstellung wird beim Patienten die weitere Bereitschaft zur Verhaltensänderung gestärkt, die wiederum neue Entscheidungen und Zielsetzungen in der weiteren Therapie ermöglicht.

Abbildung 2 stellt schematisch die Phasen und die jeweils vermittelnden Bedingungen auf Seiten des Patienten zur Aufrechterhaltung der produktiven Interaktion dar: Bereitschaft zur Verfolgung von Handlungsentschlüssen, Adherence zur Therapie, Bestärkung der Therapiemotivation durch angemessene Kontrollüberzeugungen und die Bereitschaft zu weiteren Verhaltensänderungen.

Im folgenden soll gezeigt werden, wie eine produktive Interaktion zwischen der Praxis von Dr. Schmidt und seinem Patienten, dem Diabetiker Herrn Müller, aussehen könnte. Dr. Schmidt hatte sich ja im ersten Praxisbeispiel (vgl. Teil 1



Abb. 2. Produktive Interaktion in der Praxis.

dieses Beitrags) vorgenommen, „sich beim nächsten Besuch des Patienten ausführlicher mit dem Diabetes zu beschäftigen“. Dr. Schmidt könnte es nun gelingen, Herrn Müller in einem weiteren Gespräch umfassend zu informieren und davon zu überzeugen, dass der derzeitige Hämoglobin-A1C-Wert von 8,5% ein relativ rasches Fortschreiten diabetischer Komplikationen erwarten lässt. Er schlägt vor, ein anfänglich moderates, wahrscheinlich realisierbares Ziel anzustreben, um den Wert in den kommenden drei Monaten auf 7,5% zu senken. Wichtig ist dabei, dass er Herrn Müller auch auf verfügbare Hilfen hinweist, die ihn in seiner Situation unterstützen. Sie verabreden, dass Herr Müller hierzu seinen Blutzucker häufiger kontrollieren wird und anstrebt, ihn z. B. durch tägliches Spaziergehen mit einem Hund günstig zu beeinflussen. Eine solche Verhaltensänderung ist keineswegs einfach. Fehlende Ausdauer und Geduld bei der Umsetzung sowohl auf Seiten des Patienten als auch auf Seiten des Praxisteam sowie unzureichende Unterstützung des Patienten können eine Umsetzung behindern. Die Praxis kann die Therapiedurchführung durch Anerkennung für erreichte Zwischenziele und Hilfen bei auftretenden Schwierigkeiten unterstützen. Hier bieten sich die mit dem Patienten abgestimmte Gestaltung der Folgetermine und ein Diabetikerpass an. Anhand dessen kann er selbst feststellen, inwieweit ihm die Blutzuckereinstellung gelungen

ist und es ggf. als motivierenden Erfolg erleben. Produktiv wird die Beziehung, wenn ein falschverstandener ‚Therapiegehorsam‘ (Compliance) vermieden und eine auf einem eigenen Entschluss beruhende Mitwirkung (Adherence) erreicht wird.

In regelmäßigen Abständen wird der Grad der Zielerreichung überprüft, d. h. inwieweit man den vereinbarten Zielen näher gekommen ist, und ob die Therapiemaßnahmen zweckdienlich sowie für den Patienten akzeptabel waren. Bis heute erfahren die Patienten häufig die Verlaufskontrollen, z. B. der Blutfettwerte, als ein ‚Orakel‘ und nicht als für sie relevante Zwischenergebnisse. Auftretende Diskrepanzen zwischen subjektiven und objektiven Bewertungen sollten beachtet werden, weil effektive Therapieoptionen wie eine Insulintherapie oft besonders hohe Ansprüche an Patienten stellen.

In unserem Beispiel kommt es zur erwünschten Bestärkung. Herr Müller merkt, dass er seinen Krankheitsverlauf tatsächlich beeinflussen kann. Motivation sowie das Gefühl von Selbstwirksamkeit werden zunehmen und Kontrollüberzeugungen bezüglich Krankheit und Gesundheit angemessener. Wir wissen, wie wichtig es ist, dass der Patient vom Sinn einer Verhaltensänderung tatsächlich überzeugt ist. Ohne diese Motivationsgrundlage wäre er zu weiterer Verhaltensänderung kaum bereit oder würde bereits erreichte Fortschritte wieder verwerfen. Oft sind es

nicht die tatsächlichen Misserfolgs-erlebnisse, die dafür ursächlich sind, sondern organisatorische Hindernisse wie eine mangelnde Zugänglichkeit der Praxis oder ein Fehlen von Kontinuität in der Betreuung.

Das Chronic Care-Modell versucht diese Zusammenhänge zum Ausgangspunkt der organisatorischen Gestaltung (des ‚Re-Designs‘) im gesamten Behandlungsablauf zu machen.

Werkzeuge für die Praxis

Spezielle klinische Werkzeuge oder „Tools“, die bereits erfolgreich in hausärztlichen Praxen eingesetzt wurden und sich im Alltag bewährt haben, sollen die Kontinuität dieser „produktiven Interaktionen“ stärken.

Tabelle 1 zeigt eine beispielhafte Übersicht über solche Werkzeuge. Ihnen ist gemeinsam, dass sie für sich jeweils wenig aufwendig gestaltet sind – wenn sie auch in der Alltagspraxis genau jenes Quentchen Arbeit mehr verlangen, das die unter der „Dominanz des Dringlichen“ stehende Praxis oft nur mit Mühe aufbringen kann. Sie erbringen jedoch organisatorisch mehr Strukturiertheit und Planbarkeit der Versorgung, die wiederum entlastend wirken kann.

Ein **Patientenregister** erfasst in unserem Beispiel alle bekannten Patienten mit Diabetes. Es schafft so die Voraussetzung dafür, dass einer definierten Gruppe spezielle Angebote gemacht werden können. Auch lassen sich so Aussagen zur Versorgungsqualität dieser Gruppe (zum Beispiel: Anteil der Diabetiker mit Augenhintergrunduntersuchung) machen. Karteikarten und Praxis-EDV enthalten zwar zumeist eine Vielzahl von Informationen. Neben einer häufig unzureichenden Übersichtlichkeit fehlt in der Alltagspraxis jedoch noch oft eine, der hausärztlichen Arbeitsweise angepasste, inhaltliche Verknüpfung der patientenbezogenen Informationen [14].

Auch Instrumente für eine **situationsgerechte Wiedereinbestellung**, mit der Patienten systematisch an Folgeuntersuchungen erinnert werden (Patienten-Recall), sowie ein **praxisinternes**

Tabelle 1. „Werkzeuge“ für die Praxis

Werkzeug	Beispiel
Patientenregister	z. B. alle Patienten mit Herzinsuffizienz
Chroniker-Sprechstunde	z. B. für Diabetiker
Patienten-Recall	geplante Einbestellung
Remindersystem	z. B. Erinnerung an Funduskopie
Patiententraining	z. B. Blutzucker-Selbstmanagement
Patientenpass	z. B. patient held record
Klinische Leitlinien	z. B. als Kurzfassung für die Praxis
Checklisten	z. B. Telefon-Monitoring durch Arzthelferin
Benchmarking	indikatorengestütztes Praxisassessment

Erinnerungssystem, das den Arzt z. B. an eine anstehende Funduskopie erinnert (Remindersystem) fehlen in den meisten Praxen.

Eine Praxis muss sich zudem einen angemessenen Zeitrahmen schaffen, in dem die Versorgung der chronisch kranken Patienten adäquat stattfinden kann. Praktische Erfahrungen zeigen, dass sich auf eine zeitökonomische Weise Raum dafür schaffen lässt, z. B. durch die Einrichtung von speziellen Chroniker-Sprechstunden („disease clinics“), die bewusst von der normalen, durch akute Anliegen dominierten Sprechstunde getrennt wird.

Die erwähnte Aktivierung der Patienten kann durch Angebote innerhalb der Praxis gefördert werden. Ein aktives, über die passive Schulung (Wissensvermittlung) hinausgehendes **Patiententraining** gehört dazu, ergänzt durch geeignete Materialien zum Selbstmonitoring, wie Patientenpässe. Gerade bei chronischen Erkrankungen macht es ggf. sogar Sinn, das Bedürfnis der Patienten zu unterstützen, wichtige Informationen selbstverantwortlich (in einem Patientenbuch, „patient held record“) zu sammeln. Die Patienten werden dabei zum Informationsträger bzw. Ko-Therapeuten. Die bessere Verfügbarkeit relevanter Informationen hat sich z. B. auch im Notdienst sowie bei Ein- und Überweisungen als nützlich erwiesen.

Ein zentrales Instrument des Chronic Care-Modells ist das praxisbasierte Case Management.

Case Management in der allgemeinmedizinischen Praxis

Die beschriebene, pro-aktiv strukturierte, klinische Betreuung eines chronisch Kranken – in der Regel unter Zuhilfenahme von einem oder mehreren der beschriebenen Werkzeuge – wird auch als „Case Management“ bezeichnet. Case Management umfasst nach von Korff [15] vor allem:

- Übernahme der Verantwortung für die kontinuierliche Betreuung (Follow-up) der Patienten
- Feststellung, ob bzw. inwieweit die Patienten eine verordnete Therapie fortsetzen
- Feststellung, ob bzw. inwieweit sich der Krankheitsverlauf bessert
- Zeitnahes Reagieren, wenn Patienten die evidenz- bzw. leitlinienbasierte Therapie nicht einhalten oder wenn erwartete Verbesserungen nicht eintreten

Beispiel: Major Depression

Die praktische Umsetzung eines Case Managements in der hausärztlichen Praxis soll im folgenden anhand der Major Depression genauer betrachtet werden. Nach Schätzungen der WHO werden Depressionen 2020 die zweithäufigste Ursache dauerhafter Beeinträchtigung, ausgedrückt in disability adjusted life years, sein [16]. Aus einer europäischen Bevölkerungsstudie [17] ist bekannt, dass durchschnittlich zwei Drittel dieser Patienten Hilfe suchen,

und dass sie etwa dreimal mehr Arztkontakte sowie viermal mehr Arbeitsunfähigkeitstage haben als andere Patienten.

In Hausarztpraxen haben etwa 6% aller Patienten eine Major Depression [18]. Das bedeutet, dass in einer Praxis mit zum Beispiel 1.000 Patienten im Quartal etwa 60 Patienten betroffen wären. Zu den besonderen Herausforderungen in der allgemeinmedizinischen Praxis gehört es, gerade hier Kontinuitätsbrüche zu verhindern: Depressive Patienten weisen z. T. ausgeprägte Rückzugstendenzen auf, leiden unter Medikamentennebenwirkungen oder der Angst davor, setzen ihre Tabletten ab und gehen von sich aus nicht wieder in die Praxis. Die Praxis verliert sie aus den Augen – die Patienten „verschwinden vom Radarschirm“. Falls die Patienten nicht von sich aus wieder den Kontakt zur Praxis suchen, erfährt die Praxis ggf. erst spät oder gar nicht, dass es zu schweren bzw. chronischen Verläufen bis hin zum Suizid gekommen ist.

Evidenz für die Wirksamkeit von Case Management

Für die Behandlung der Depression konnten von Korff und Goldberg auf besonders eindrucksvolle Weise die Bedeutung von Case Management herausarbeiten [15]. In einem (qualitativen) Review über 12 Interventionsstudien zur strukturierten Versorgung zur Major Depression fragten sie: Wurden evidenzbasierte Leitlinien eingesetzt? Wurden Patienten durch Screening identifiziert? Gab es eine Patientenschulung bzw. Psychoedukation? Wurde Case Management eingesetzt? Wie intensiv war die Zusammenarbeit mit psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Fachspezialisten? Und schließlich: War die Intervention insgesamt effektiver als die normale Versorgung? Im Ergebnis wurde deutlich, dass es *nur dann* zu einer Verbesserung der Versorgung kam, wenn Case Management eingesetzt wurde. Ohne Case Management waren die Interventionen nicht effektiver als die Standardversorgung. Eine Arbeitsgruppe unseres Instituts hat daran anschließend in einem systeme-

matischen Review die Wirksamkeit von Case Management bei Major Depression anhand von 13 randomisierten kontrollierten Studien untersucht [19]. Signifikant positive Effekte ergaben sich für den Anteil der Therapieresponder, für den Anteil der Remissionen und vor allem der Therapieadhärenz. Als Effektstärke auf die Symptome einer Depression ergab sich zusammengefasst ein mit 0,40 moderater, aber klinisch relevanter Effekt von Case Management. Aufbauend auf diesen Ergebnissen wird in Hessen derzeit die bundesweit erste randomisierte kontrollierte Interventionsstudie durchgeführt, die der Frage nachgeht: Verbessert Case Management die Symptomatik und die Therapietreue bei Patienten mit Major Depression in hausärztlichen Praxen? – PRoMPT Primary care Monitoring for depressive Patients Trial [ISRCTN66386086] [20].

Case Management: Das Konzept in der Praxis

Am Beispiel eines Patienten mit Depression wird deutlich, wie Arzthelferinnen hausärztlicher Praxen das von uns als „Case Management-Kreislauf“ bezeich-

nete Betreuungskonzept umsetzen können. Nach entsprechender Aufklärung des Patienten vereinbaren Patient und Arzthelferin zu diesem Zweck einen separaten Telefontermin, zu dem der Patient von der Praxis angerufen wird. Die in einem bestimmten Abstand festgelegten Telefontermine erfolgen *zusätzlich* zu den ohnehin erfolgenden Sprechstundenbesuchen in der Praxis. Die Arzthelferin ruft, mit einer entsprechenden Monitoring-Liste vorbereitet, den Patienten an und geht elf Fragen durch. Der Patient kennt die ihm gestellten Fragen bereits aus dem Erstgespräch in der Praxis und ist auf sie vorbereitet. Abbildung 3 zeigt einen Auszug aus der Depressions-Monitoring-Liste (DeMoL), die in knapper und z. T. validierter Form Informationen zum Depressionsstatus sowie zur Medikamenteneinnahme erfragt. Auch Maßnahmen, die getroffen werden könnten oder müssten, werden hier dokumentiert. Der gestaffelte Informationsfluss zum Arzt wird über ein einfaches Ampelschema gesteuert. Der Hausarzt erhält anhand der ausgefüllten Monitoring-Liste und ggf. über zusätzliche mündliche Informationen eine strukturierte Rückmeldung durch die Arzthelferin. Er gewinnt dabei schnell

einen Überblick über den Verlauf der Behandlung und den Zustand des Patienten. Umgekehrt gibt der Hausarzt ein kurzes Feedback über mögliche Maßnahmen an die Arzthelferin.

Warum Case Management in der allgemeinmedizinischen Praxis?

Für den Einsatz von Case Management in der allgemeinmedizinischen Praxis sprechen vor allem folgende Gründe:

- Das oft besondere Vertrauen zum Hausarzt und seinem Praxisteam sichert die Akzeptanz der Patienten.
- Der Ausbau vorhandener Praxisstrukturen ist wirtschaftlicher als der Aufbau neuer Parallelstrukturen (z. B. spezieller Call Center).
- Chronisch Kranke haben oft mehrere Probleme; diese können in der Hausarztpraxis gleichzeitig mitbedacht bzw. -betreut werden.
- Hausärzte kennen in der Regel ihre chronisch kranken Patienten und deren Umfeld besonders gut.
- Case Management lässt sich nahtlos in die ohnehin bestehende Betreuung integrieren.

Datum des Telefonats	<input type="text"/>	Uhrzeit	<input type="text"/>	Gespräch sofort zum Arzt Information unverzüglich an Arzt Bericht an Arzt
Familienname Patient	<input type="text"/>	Patienten ID	<input type="text"/>	
Name der Case Managerin	<input type="text"/>			
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
1.	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten			
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit			
A	Beinahe jeden Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	An mehr als der Hälfte der Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	An einzelnen Tagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abb. 3. Depressions-Monitoring-Liste, DeMoL.

- Case Management fokussiert unbürokratisch auf individuelle Probleme der Patienten und kann daher primär bevölkerungsbezogene Disease-Management-Programme gut ergänzen.

Case Management durch Arzthelferinnen?

In unserem Forschungs- und Erprobungsansatz basiert das Case Management vor allem auf der praxisinternen Tätigkeit von Arzthelferinnen. Dies wirft zum einen die Frage nach Qualifikation und Praktikabilität auf, berührt zum anderen aber auch Fragen des Rollenverständnisses innerhalb der Hausarztpraxis sowie der berufspolitischen Implikationen.

Case Management wird international mit ganz unterschiedlicher Komplexität praktiziert [21]: Das Spektrum reicht von einem Standardvorgehen, wie in unserem Beispiel, bis hin zu sehr aufwendigen und komplexen Formen, z. B. bei der Betreuung von Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz durch kardiologisch geschulte Krankenschwestern oder Arzthelferinnen („Cardio-Nurses“). Im Rahmen eines gestuften Versorgungskonzeptes („stepped care“) ist jeweils zu prüfen, welche Form bzw. Intensität den Bedürfnissen eines individuellen Patienten angemessen ist.

Der größere Anteil von chronisch kranken Patienten in der primärärztlichen Versorgung kann vermutlich mit vergleichsweise unaufwendigem (Case) Management betreut werden. Hausärzte arbeiten oftmals bereits heute an ihrer Belastungsgrenze und haben für die persönliche Übernahme zusätzlicher Aufgaben zu wenig Zeitressourcen. Im Rahmen der PRoMPT-Studie fanden wir bisher aber hinreichende Qualifikationspotentiale bei Arzthelferinnen, die ein solches Case Management-Konzept gerade in der Hausarztpraxis als vielversprechend erscheinen lassen. Für klar strukturierbare und stark routinisierte Prozesse der Behandlung zeigen internationale Erfahrungen, dass diese gut vom Praxisteam übernommen werden können. Ein Cochrane Review mit 40 randomisierten kontrollierten Studien folgert aufgrund der effektiven Verbesserung in der Diabetesversor-

gung: „Nurses (...) can even replace physicians in delivering many aspects of diabetes care, if detailed management protocols are available or if they receive training.“ [22] Eine enge Anbindung an den letztverantwortlichen Arzt verhindert, dass – wie manchmal befürchtet – „para-medics“ die ärztliche Bewertung und Verantwortung übernehmen oder die Patientenbetreuung innerhalb der Praxis auseinanderläuft.

Chancen für die Hausarztpraxis der Zukunft

Da chronisch Kranke in Deutschland nicht in hochstrukturierten Managed Care-Organisationen und nicht im Rahmen eines staatlichen Gesundheitssystems, sondern in der Regel in hausärztlichen Praxen versorgt werden, ist es erforderlich, auch hierzulande Studien zur Wirksamkeit von Case Management durchzuführen. Bereits jetzt zeichnen sich jedoch sehr deutlich bemerkenswerte Chancen für die Hausarztpraxis der Zukunft ab:

- Hausarztpraxen haben die Chance, sich als lokale „Kompetenzzentren“ für die strukturierte Versorgung chronisch Kranker weiter zu professionalisieren.
- Praxen haben die Möglichkeit, Routinen einzuführen und – statt ständig der Dominanz des Dringlichen ausgeliefert zu sein – die Versorgung proaktiv, vorausschauend zu gestalten.
- Konzepte zur Patientenaktivierung zielen darauf, diesen mehr Verantwortung zu übertragen, und chronisch kranke Patienten – angepasst an ihre Möglichkeiten bzw. soweit diese dies können und wünschen – sogar zu „Ko-Therapeuten“ zu machen.
- Arzthelferinnen in hausärztlichen Praxen könnten in einer neuen Rolle Aufgaben erfüllen, die sie bisher in dieser Form nicht ausüben konnten und somit eine Teilverantwortung übernehmen².

² Um Missverständnissen vorzubeugen: Die Gesamtverantwortung bleibt natürlich beim betreuenden Hausarzt. Arzthelferinnen werden – als Teil des Praxisteams – hier nur im Sinne einer Delegation von Aufgaben und Leistungen tätig, deren Ausführung und Ergebnisse vom Arzt überprüft und verantwortet werden müssen.

- Besonders attraktiv für den Hausarzt ist, dass er in seiner medizinischen und organisatorischen Arbeit entlastet werden kann. Es ist weniger ‚Krisenmanagement‘ nötig, die Abläufe werden besser organisiert. „Stress“ aufgrund von Zeitmangel wird reduziert.

Konsequenzen für die Allgemeinmedizin der Zukunft

Aus den Ausführungen bzw. Überlegungen zur Versorgung von chronisch Kranken in Teil 1 und 2 dieses Beitrags lassen sich zusammenfassend sechs wesentliche Konsequenzen ableiten:

1. In der allgemeinmedizinischen Praxis sollte der Weg von der Reaktion (Dominanz des Dringlichen) zur Aktion (proaktiv-strukturierten Versorgung) führen. Dabei kommt es u. a. darauf an, das Wichtige vom Dringlichen zu trennen, und dem Wichtigen – im konkreten Fall der nachhaltigen Langzeitbetreuung chronischer Erkrankungen – Priorität einzuräumen.
2. Um dies zu erreichen, ist es unabdingbar, das Selbstverständnis und die Organisation der Praxis weiterzuentwickeln. Dazu gehört es, Aufgaben neu zu verteilen und das Praxisteam zu professionalisieren, welches insbesondere das Monitoring chronischer Erkrankungen als Kernkompetenz erkennt und optimiert.
3. Um gezielte Veränderungen möglich zu machen bzw. zu unterstützen, ist es sinnvoll, (finanzielle) Anreizsysteme entsprechend auszurichten. Hier könnte der Einsatz von Qualitätsindikatoren bei der Vergütungssteuerung eine Rolle spielen, wodurch ein sogenanntes „performance“ oder „condition based payment“ ermöglicht würde [23].
4. Die Betreuung chronisch Kranker ist eine der größten, wenn nicht die größte Herausforderung für die Allgemeinmedizin. Wie diese Aufgabe bewältigt wird, hat prägenden Einfluss auf das zukünftige Arbeitsfeld

der Allgemeinmedizin bzw. der hausärztlichen Versorgung insgesamt. Damit wird die Herausforderung zur Chance: Die Chroniker-Versorgung kann das Profil der Allgemeinmedizin der Zukunft prägen und gleichzeitig schärfen.

5. Vorhaben zur Versorgungsforschung müssen neue Konzepte unter den Bedingungen der Alltagspraxis untersuchen und hier deren Funktionsfähigkeit und Effektivität überprüfen. Es ist zwar einerseits wichtig, neue, noch differenzierter wirkende Medikamente zu entwickeln. Es reicht aber andererseits nicht aus, wenn diese (und alle anderen bereits bewährten Medikamente) einen großen Teil der Patienten mit zum Beispiel Hypertonie gar nicht erreichen. Die so gewonnenen Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung müssen unmittelbar in die Aus-, Weiter- und Fortbildung Eingang finden. Studierende müssen genauso wie Weiterbildungsassistenten und bereits praktizierende Kolleginnen und Kollegen lernen, was chronische Krankheit bedeutet und wie betroffene Patienten am besten behandelt bzw. betreut werden können.
6. Zur Sicherstellung einer optimalen Versorgung chronisch Kranker ist eine strukturierte Kooperation zwischen Allgemeinmedizinern sowie Kolleginnen und Kollegen fachspezialisierter Disziplinen notwendig. Modelle zur integrierten Versorgung oder Medizinische Versorgungszentren bieten hier neue Optionen. Die Zukunft ist – wie ausführlich dargelegt – chronisch. Die daraus resultierenden enormen Herausforderungen sind nur im Rahmen eines koordinierten und arbeitsteiligen Vorgehens sinnvoll zu bewältigen.

Literatur

- [1] Gerlach FM, Beyer M, Muth C, Saal K, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungs-

- praxis. *Z ärztl Fortbild Qual* 2006;100:335–43.
- [2] Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *BMJ* 1996;312:619–22.
- [3] Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs* 2001;20:64–78.
- [4] Wagner EH, Davis C, Schaefer J, von Korff M, Austin B. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature. *Man Care Qu* 1999;7(3):56–66.
- [5] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model. *JAMA* 2002;288:1909–14.
- [6] World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: World Health Organization; 2002.
- [7] Gensichen J, Muth C, Butzlaff M, Rosemann T, Raspe H, Müller de Cornejo G et al. Die Zukunft ist chronisch: Das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer pro-aktiven Versorgung für Diabetes, Depression, Herzinsuffizienz und Erkrankungen des Bewegungsapparats. *Z ärztl Fortbild Qual* 2006;100:365–74.
- [8] Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002;288:2469–75.
- [9] 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.
- [10] Offe C. Das Wachstum der Dienstleistungsarbeit: Vier soziologische Erklärungsansätze. In: Olk T, Otto H-U, editors. *Soziale Dienste im Wandel*. 1. Helfen im Sozialstaat, Neuwied/Frankfurt: Luchterhand; 1987. p. 171-98.
- [11] Prochaska JO, DiClemente CC. Trans-theoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1982;19:276–88.
- [12] Elwyn G. Shared decision making. Patient involvement in clinical practice. Nijmegen: Diss; 2001.
- [13] von Korff M, Glasgow RE, Sharpe M. ABC of psychological medicine. Organising care for chronic illness. *BMJ* 2002;325:92–4.
- [14] Körner T, Saad A, Laux G, Rosemann T, Beyer M, Szecsenyi J. Die Episode als Grundlage der Dokumentation. *Deutsches Ärzteblatt* 2005;102(46):A-3168.
- [15] von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. The whole process of care needs to be enhanced. *BMJ* 2001;323:948–9.
- [16] Murray CJ, Lopez AD. Global burden of Disease. Cambridge MA: Harvard University Press; 1996
- [17] Lépine J-P, Gastpar M, Medlewick J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12:19–29.
- [18] Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D. Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *BMJ* 2002;325:1016–7.
- [19] Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, von Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol Med* 2005;35:1–8.
- [20] Gensichen J, Torge M, Peitz M, Wendt-Hermainski H, Beyer M, Rosemann T et al. Case Management for the treatment of patients with Major Depression in General Practices – Rationale, design and conduct of a cluster randomized controlled trial – PRoMPT (PRimary care Monitoring for depressive Patients Trial) [ISRCTN66386086] – Study protocol. *BMC Public Health* 2005 Oct 5;5:101.
- [21] Gensichen J, Beyer M, Küver C, Wang H, Gerlach FM. Case Management für Patienten mit Herzinsuffizienz in der ambulanten Versorgung. Ein kritischer Review. *Z ärztl Fortbild Qual* 2004;98(2):143–54.
- [22] 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 Review* 2001;(1):CD001481.
- [23] DiPiero A, Sanders D. Condition based payment: improving care of chronic illness. *BMJ* 2005;330:654–7.

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