

# Neue Versorgungsformen für chronisch Kranke

Der Blick ins Ausland kann oft neue Perspektiven eröffnen. Das International Network Health Policy & Reform, initiiert von der deutschen Bertelsmann Stiftung, ist ständig auf der Suche nach Konzepten und Modellen, die sich andernorts für Reformen des Gesundheitssystems nutzen lassen. Die folgenden beiden Beiträge beleuchten Ansätze aus Israel und den USA zur Betreuung von chronisch kranken Menschen – ein Thema, das auch in der Schweiz an Bedeutung gewinnt.

## Israel: Ein Duo ersetzt den allein praktizierenden Arzt

Maccabi, die zweitgrösste Krankenkasse Israels, revolutioniert ihr System der Primärversorgung: An die Stelle der hergebrachten Einzelpraxen soll ein Duo aus einem Arzt und einer Krankenpflegekraft treten. Die Zweiergruppen sollen nach dem Vorbild von Einheiten für die Versorgung chronisch Kranker arbeiten und ausser für die Primärversorgung auch für aktive Prävention, Lebensstilberatung

Ziel des Maccabi-Modells ist eine Steigerung der Versorgungsqualität und eine stärkere Patientenorientierung der Versorgung.

und dauerhafte Betreuung von Patienten zuständig sein. Ziel ist eine Steigerung der Versorgungsqualität und eine stärkere Patientenorientierung der Versorgung. In 50 ambulanten Gesundheitsstationen ist das neue Modell bereits umgesetzt worden.

Bei der Krankenkasse Maccabi – benannt nach Judas Makkabäus, einem jüdischen Freiheitskämpfer des zweiten nachchristlichen Jahrhunderts – sind 25 Prozent der israelischen Bevölkerung versichert. Die Versicherung ist, wie im israelischen System üblich, zugleich ein grosser Anbieter von Gesundheitsleistungen und unterhält eine reiche gemeindebasierte Infrastruktur aus Kliniken und Polikliniken.

Bisher organisierte Maccabi seine Primärversorgung wie in Deutschland mit allein praktizierenden Ärzten, zu denen man ging, wenn man sich krank fühlte. Prävention und Gesundheitsförderung fanden nur sporadisch statt und wurden auch gar nicht immer als eigentliche Aufgabe einer Praxis verstanden.

Das neue Modell beruht auf fünf Prinzipien:

- Träger der Versorgung ist ein multidisziplinäres Team mit einem Arzt und einer Pflegekraft an der Spitze. Angeschlossen sind auch Angehörige anderer Gesundheitsberufe.
- Das Team übernimmt die Verantwortung für eine bestimmte Anzahl von Versicherten. Sie laden ihre Klientel von sich aus zu Massnahmen der Gesundheitsförderung und Vorbeugung ein und betreuen chronisch Kranke dauerhaft. Dabei arbeiten sie mit der Pflegekraft zusammen, der die Aufgabe zukommt, die Versorgung zu koordinieren.
- Das dauerhaft etablierte Verhältnis zwischen Arzt und Patient wird für ein umfassendes Gesundheitsmanagement genutzt. Es schliesst Lebensstilberatung ebenso ein wie periodische Tests für chronisch Kranke oder die Diagnose von emotionalem Stress. Zum umfassenden Gesundheitsmanagement gehören auch vorbereitete, längere Konsultationen, die der Nachsorge und Gesundheitserhaltung dienen.
- Die Teams bieten eine einzige gemeinsame Adresse für alle Routineuntersuchungen.
- Die Versorgung orientiert sich am Patienten und bezieht seine Werte und Wünsche in die klinischen Entscheidungen mit ein. Ziel ist, den Patienten selbst Mittel an die Hand zu geben, um mit chronischen Krankheiten umgehen und dauerhaft die Erhaltung ihrer Gesundheit organisieren zu können.

Maccabi bietet den Ärzten verschiedene Anreize, auf das neue System umzusteigen. So erhalten sie Unterstützung in ihren Bemühungen, die Gesundheit ihrer Patienten zu verbessern und Fortschritte anhand von 25 Prüfparametern messen zu lassen. Zugleich werden sie von Verwaltungs- und Dokumentationspflichten entlastet und können sich mehr auf ihre klinischen Aufgaben konzentrieren. Schliesslich bekommen sie finanzielle Mittel, um eine speziell ausgebildete Pflegekraft einzustellen, die sie bei der Chronikerversorgung unterstützt.

Die Prüfparameter für die neuen Einheiten beziehen sich auf Gesundheitsförderung und Früherkennung von Brust- und Dickdarmkrebs – durch Tests auf okkultes Blut und Koloskopie – sowie die Dokumentation von Risikofaktoren für Herz- und Gefässerkrankungen, darunter Blutfettwerte, Body-Mass-Index und Blutdruck. Erhoben werden ausserdem die Werte von chronisch Kranken: bei Diabetikern der Hämoglobinwert, das LDL-Cholesterin und die Ergebnisse von Augennetzhautuntersuchungen, bei Herzkranken die Medikation nach Herzmuskelinfarkt sowie bei Depressiven die Diagnose und Therapie.

Eine Erprobungsphase hat das neue Modell schon bei Clalit, der anderen grossen Krankenkasse Israels, und im Ausland durchlaufen, besonders in den USA. Die Umorientierung bei Maccabi geht auf das Jahr 2004 zurück. Treibende Kraft war die Abteilung für Qualitätsmanagement. Schon 2005 wurde die Reform unter dem Schlagwort «persönlicher Arzt» in elf Praxen in allen fünf Regionen getestet. Nach anfänglicher Skepsis sind nun sowohl die Zentrale als auch die meisten regionalen Untergliederungen von Maccabi vom neuen Modell überzeugt und haben es in ihre Arbeitspläne aufgenommen. Die meisten Patienten haben die Umstrukturierung bisher kaum bemerkt. Das dürfte sich erst ändern, wenn eine Reihe von Konsultationen stattgefunden hat.

Voraussetzungen für die Einführung waren zunächst Schulungsmassnahmen. Pflegekräfte mussten in ihre neue Rolle als Koordinatoren der Versorgung eingeführt werden, und eine Informationsstruktur musste bereitstehen, um eventuelle Fragen zu beantworten. Dann musste sichergestellt sein, dass die Parameter zur Messung des klinischen Erfolges auch ausgewertet wurden. Gelder mussten vorhanden sein, damit die Ärzte eine Pflegekraft einstellen konnten. Schliesslich wurden einzelne Gesundheitsfachkräfte gezielt zu Qualitätsvorbildern gemacht: Sie erhielten eine spezielle Unterweisung in Qualitätsverbesserung und wurden angeleitet, ihre Erfahrungen auch in ihrer ärztlichen oder pflegerischen Kollegenschaft zu verbreiten.

Einige Mitglieder der Gewerkschaft selbstständiger Ärzte, die für Maccabi tätig sind, standen dem Projekt zunächst skeptisch bis ablehnend gegenüber. Die Gewerkschaft wurde aber von Anfang an miteinbezogen und akzeptiert das neue Modell heute de facto. Die Gewerkschaft der Krankenschwestern dagegen erkannte die Umorganisation als Chance für die Aufwertung ihres Berufsstands und leistete aktive Unterstützung bei der Einführung.

#### Literatur

- Wilf-Miron R, Kokia E, Gross R. Redesigning primary care services in Maccabi. *Health Policy Monitor*. 2007. [www.hpm.org/survey/is/a10/3](http://www.hpm.org/survey/is/a10/3).

- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model. *Journal of the American Medical Association* 2002; (288):1775–9.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model, part 2. *Journal of the American Medical Association* 2002; (288):1909–14.
- Wang MC, Hyun JK, Harrison MI, Shortell SM, Fraser I. Redesigning health systems for quality: Lessons from emerging practices. *Joint Commission Journal of Quality and Patient Safety* 2006;11(32):599–611.

## USA: Das «medizinische Zuhause» wird Wirklichkeit

Das «medizinische Zuhause», jüngstes Produkt der Versorgungsforschung in den USA, ist dabei, Wirklichkeit zu werden. Das Konzept sieht enge, technisch unterstützte Zusammenarbeit zwischen Arztpraxis, Hauskrankenpflege, Sozialarbeit und Apotheke vor, basierend auf zentralen Leitlinien und auf evidenzbasierter Medizin. Obwohl das Konzept zunächst vor allem für Kinder gedacht war, werden besonders ältere Menschen profitieren, die immer häufiger unter mehreren chronischen Erkrankungen leiden und mit der Steuerung der vielen Hilfsangebote überfordert sind.

Doch auch Kinder bleiben eine wichtige Zielgruppe. Nach einer Studie des Kinderärztesverbandes von 2003 erhalten Kinder und Jugendliche im traditionellen System nur die Hälfte der Leistungen, mit denen sie im neuen System rechnen könnten. Bei Erwachsenen sehen die Zahlen ähnlich aus: 2006 fand der Commonwealth Fund heraus, dass im medizinischen Zuhause 74 Prozent ihren Bedürfnissen entsprechend betreut werden, im herkömmlichen

#### Vorbilder für Reformen in Gesundheitssystemen

Das International Network Health Policy & Reform wurde 2002 von der Bertelsmann Stiftung initiiert. Heute sind darin Gesundheitsexperten aus 20 Industrieländern vereint. Ziel ist die Suche und Darstellung von nachhaltigen, langfristig konsensfähigen und finanzierbaren Lösungen für Reformen im Gesundheitssystem. Die Ergebnisse der Experten werden unter anderem in der Buchreihe «Gesundheitspolitik in Industrieländern» zusammengefasst. Die hier publizierten Beiträge stammen aus dem jüngsten Band 10. Weitere Informationen: [www.HealthPolicyMonitor.org](http://www.HealthPolicyMonitor.org) [www.bertelsmann-stiftung.de/verlag](http://www.bertelsmann-stiftung.de/verlag)

System dagegen nur 38 Prozent. Erste Pilotprojekte haben gute Ergebnisse hervorgebracht: Die Zahl der Krankenhauseinweisungen und besonders der Notaufnahmen ging zurück, ebenso die Zahl der Fehltag, die chronisch Kranke einlegen mussten.

Entsprechend steigt der Druck zur Umsetzung des Modells. Besonders stark machen sich für das neue System Kinderärzte und Geriater, weil Kinder und alte Leute am stärksten davon profitieren würden. Der Begriff «medizinisches Zuhause» (Medical Home) kam in der Pädiatrie schon 1967 auf.

Die US-Kinderärzte-Akademie (AAP) gründete Lerngruppen für Beschäftigte in den Agenturen der Bundesstaaten für Kinder mit besonderen Bedürfnissen, die in das neue System einführen sollen. Jede Agentur wählte drei Gruppenpraxen zur Mitarbeit aus. Die Akademie für Hausärzte rief das Programm «TransforMED» ins Leben, mit dem unionsweit 36 Gruppenpraxen auf das medizinische Zuhause umsteigen sollen.

Aber auch die Ärzteschaft in den USA unterstützt die neue Versorgungsform. Nach einem Vorschlag des American College of Physicians sollen Ärztegruppen ein Zertifikat bekommen, wenn sie erfahrungsgestützte Richtlinien nutzen, das Chronic-Care-Modell anwenden, mit Patienten und deren Familien übergreifende Versorgungspläne erstellen, den Zugang zu ihren Praxen erleichtern, Qualitätsindikatoren verwenden, Informationstechnologie nutzen und ihren Mitarbeitern fachliche Rückmeldungen geben.

Der Bundesstaat North Carolina schliesslich zahlt Ärzten, die das medizinische Zuhause einführen, einen Bonus. Der Ostküstenstaat hat mit integrierten Systemen gute Erfahrungen gemacht: Zwischen 2002 und 2004 sparten die acht Millionen Einwohner über 60 Millionen Dollar durch Fallmanagement für chronisch Kranke.

Haupthindernis für eine flächendeckende Umsetzung des medizinischen Zuhauses ist das System der Kostenersatzung. Versicherer vergüten Ärzten in der Regel nur Einzelleistungen. Wenn Ärzte für ihre Arbeit ihrerseits auf andere Dienstleistende zurückgreifen, bleibt das im Erstattungs-system unberücksichtigt. Ein Demonstrationsprojekt von Medicare, dem staatlichen Versicherungsprogramm für über 65-Jährige, soll deshalb neben neuen Versorgungs- auch neue Vergütungsformen erproben.

Die Initiativen zur Einführung des medizinischen Zuhauses fallen in eine Testphase. Drei Jahre lang sollen Allgemeinärzte in acht Bundesstaaten für ihre chronisch kranken Patienten, die älter als 65 sind, das neue Modell erproben. Grundlage ist ein Konzept für die völlige Umgestaltung der Primärversorgung, wie es das American College of Physicians entwickelt hat. Danach sollen Arztpraxen eine umfassende patientenorientierte Ver-

sorgung anbieten und sich zu diesem Zweck einem offiziellen Anerkennungsverfahren unterwerfen. Patient und Versorgungsteam arbeiten nach dem Modell dauerhaft zusammen.

Das medizinische Zuhause sticht aus den vielfältigen neuen Versorgungsformen vor allem deshalb heraus, weil es stark mit moderner Informationstechnologie unterlegt ist. Körpergewicht, Blutdruck oder Laborwerte eines einbezogenen Patienten werden automatisch erfasst und in einem Computersystem mit Besuchen beim Arzt, beim Physiotherapeuten und in der Apotheke zusammengeführt. Eine ins Pillendöschen eingearbeitete Waage ermöglicht sogar die Kontrolle darüber, ob die verschriebenen Medikamente auch wirklich eingenommen wurden. Darüber hinaus sind die Teilnehmenden mit einem Versorgungsteam vernetzt, zu dem Sozialarbeiter ebenso gehören können wie etwa Ernährungsberater, Physiotherapeuten oder Apotheker. Hausarzt und Versorgungsteam verstehen sich als Lotsen, die den Patienten durch die Versorgungslandschaft dirigieren. Solange er dazu selbst in der Lage ist, soll der Patient eigene Entscheidungen treffen und dafür verständliche Informationen an die Hand bekommen.

Ausgangspunkt für die Idee des medizinischen Zuhauses ist das sogenannte Chronic-Care-Modell des Arztes und Versorgungsforschers Ed Wagner, wie es der kalifornische Managed-Care-Plan Kaiser Permanente seit Jahren erfolgreich anwendet. Es umschliesst Hilfen für chronisch

---

Das medizinische Zuhause sticht aus den  
vielfältigen neuen Versorgungsformen  
vor allem deshalb heraus, weil es stark mit  
moderner Informationstechnologie unterlegt ist.

---

Kranke beim Selbstmanagement ebenso wie Neuerungen in der Versorgung: besondere Sprechstunden, neue Formen der Kooperation, viel klinische Information und ein gut vorbereitetes, proaktives Versorgungsteam. Ausgangspunkt ist der Patient mit seinen besonderen Bedürfnissen und nicht irgendeine vorhandene Versorgungsstruktur. Ambulant geht vor stationär; letztlich entscheidet, was der Patient will. Auch vor den Grenzen des Gesundheitswesens macht das Modell nicht halt, sondern greift ins Wohnumfeld und in den Sozialsektor ein.

Während die Disease-Management-Programme (DMP) etwa für Diabetiker oder Herzpatienten von bestimmten Krankheiten ausgehen, stellt Ed Wagners Chronic-Care-Modell zum ersten Mal radikal den einzelnen Patienten mit seinen individuellen Bedürfnissen in den Mittel-

punkt. Die Idee vom medizinischen Zuhause geht noch einen Schritt weiter und führt das ursprünglich für chronisch Kranke entwickelte Modell in die Regelversorgung ein.

#### Literatur

- Petigara T Anderson G. Strategies to Implement Medical Homes in the US. Health Policy Monitor 2007. [www.hpm.org/survey/us/a10/5](http://www.hpm.org/survey/us/a10/5).
- American Academy of Family Physician News Now (AAFP NN). 36 Practices Selected: AAFP's TransforMED Launches Project to Prove Innovative Model of Care. [www.aafp.org/online/en/home/publications/news/news-now/practice-management/20060405transformed.html](http://www.aafp.org/online/en/home/publications/news/news-now/practice-management/20060405transformed.html).
- American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Physicians, and American Osteopathic Association. Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home 2007. [www.pcpcc.net/node/14](http://www.pcpcc.net/node/14).
- Barr M, Ginsburg J. For the Health and Policy Committee of the American College of Physicians. The Advanced Medical Home: A Patient-Centered, Physician-Guided Model of Health Care 2006.
- Beal AC, Doty MM, Hernandez SE, Shea KK, Davis K. Closing the Divide: How Medical Homes Promote Equity in Health Care. The Commonwealth Fund 2007.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. Details for Medicare Medical Home Demonstration Project. Demonstration Projects and Evaluation Reports 2007.
- Starfield B, Shi L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. Pediatrics. 2004;5(113):1493–8.
- Strickland B, McPherson M, Weissman G, Van Dyck P, Huang Z, Newacheck P. Access to the Medical Home: Results of the National Survey of Children With Special Health Care Needs. Pediatrics. 2004;5(113):1485–92.

#### Korrespondenz:

Sophia Schlette, MPH  
 International Network Health Policy & Reform  
 (Internationales Netzwerk Gesundheitspolitik)  
 Bertelsmann Stiftung  
 Carl-Bertelsmann-Strasse 256  
 D-33311 Gütersloh  
[sophia.schlette@bertelsmann.de](mailto:sophia.schlette@bertelsmann.de)  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)  
[www.healthpolicymonitor.org](http://www.healthpolicymonitor.org)

#### Vorschau

Care Management 2/09 erscheint am 20. April mit dem Schwerpunktthema «Patientenedukation und -beratung».