

Claudia Steurer-Stey

# Prävention und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke

**Disease Management ist eine zukunftsorientierte Antwort auf eine der grössten Herausforderungen im Gesundheitswesen – nämlich eine qualitativ hochstehende, kostenbewusste und effiziente Medizin zu betreiben. Für die integrierte und koordinierte Betreuung kommt der Grundversorgung eine ebenso zentrale Funktion zu wie der Kompetenz des Patienten. Grundversorger und Patient werden zu Partnern. Prävention und Gesundheitsförderung sind elementare Bestandteile dieses Ansatzes mit dem Ziel, eine weitere Zunahme von chronischen Krankheiten zu verhindern und sich den medizinischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts zu stellen.**

Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte aller Menschen, unabhängig von Herkunft, Geschlecht, politischer Überzeugung oder Glaube [1]. Anlässlich der ersten internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung 1986 in Ottawa wurde ein überarbeiteter Gesundheitsbegriff in der «Ottawa Charta» vorgelegt. Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt. Dort, wo sie spie-

**Chronic Disease Management stellt daher einen wichtigen Handlungsbereich dar, um sich den Gesundheitsherausforderungen im 21. Jahrhundert stellen zu können.**

len, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht, indem man sich um sich selbst und für andere sorgt, indem man selber Entscheidungen fällt, indem man die eigenen Lebensumstände bestimmt und indem die Gesellschaft Bedingungen herstellt, die den Menschen Gesundheit ermöglichen.

Wichtige Handlungsfelder der Gesundheitsförderung sind die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, das Fördern und Entwickeln von Gesundheits- und persönlichen Kompetenzen sowie eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

Dabei gilt es, folgende Tatsachen zu berücksichtigen:

- Das öffentliche und persönliche Interesse an der Gesundheit und an Lebensqualität hat stark zugenommen.

- Die Menschen leben länger, sind länger gesund oder leben länger mit Erkrankungen, an denen sie früher gestorben wären.
- Das Krankheitsspektrum hat sich signifikant hin zu den chronischen, nur zum Teil vermeidbaren Erkrankungen verschoben.

Es geht in der Gesundheitsförderung somit nicht nur um Primärprävention, d.h. um das Vermeiden von Krankheiten bei Gesunden, sondern auch um die Aufrechterhaltung eines bestmöglichen Gesundheitszustandes

trotz und mit einer bereits manifesten Krankheit. Präventionsmassnahmen (Impfungen oder Ratschläge und Unterstützung für einen gesunden Lebensstil) sind wichtige Komponenten und Teil des ärztlichen Alltags. Die Betreuung Kranker darf aber nicht durch den aktuellen Fokus auf Primärprävention und der Aura einer präventiven Omnipotenz in den Hintergrund geraten.

Die Konsequenz demographischer und medizinischer Entwicklungen ist eine rasche Zunahme chronischer Krankheiten. Chronic Disease Management stellt daher einen wichtigen Handlungsbereich dar, um sich den Gesundheitsherausforderungen im 21. Jahrhundert stellen zu können. Der Fokus wird sich weg vom «Heilen» auf das Erreichen oder Erhalten einer optimalen Lebensqualität richten – trotz (chronischer) Erkrankung.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Lungenkrankheiten, Krebserkrankungen und Depression werden in den nächsten zehn Jahren weltweit die Ursache von 60% aller Erkrankungen ausmachen. Fast die Hälfte der Gesamtbevölkerung und 70% der über 65-Jährigen werden an einer, häufig sogar an zwei und mehr chronischen Erkrankungen leiden. In der Hausarztpraxis betreffen 80% aller Beratungen chronische Krankheiten. Bereits heute sind 70% der Gesundheitskosten in Europa und Amerika durch chronische Krankheiten und Multimorbidität verursacht.

Zu einer Senkung des Kostendruckes käme es durch die Verschiebung von Phasen mit chronischen Erkrankungen in höheres Lebensalter und durch eine Verbesserung des «mittleren Gesundheitszustands» der chronisch Kranken [2]. Effektives Management chronischer Krankheiten be-



Claudia Steurer-Stey

dingt daher eines systematischen Behandlungsansatzes, der eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Versorgung gemäss dem neuesten Standard der Wissenschaft verfolgt und Morbidität verzögert sowie eine Verbesserung des Gesundheitszustandes chronisch Kranker erzielt [3]. Die Prävention und Verhinderung einer weiteren Zunahme chronischer Krankheiten wäre letztlich das Ziel und ist wohl die grösste Herausforderung für die Gesundheitssysteme weltweit.

Im Durchschnitt sieht der Patient mit chronischen Erkrankungen einen Grundversorger, fünf Spezialisten und zahlreiche weitere nichtärztliche Fachpersonen. Eine Koordination der Betreuung ist sowohl zwischen den verschiedenen Fachleuten und Dienstleistenden als auch zwischen Arzt, Patient und Angehörigen nötig. Die effizienteste Struktur für koordinierte Betreuung ist eine starke Grundversorgung, in der Hausarzt und Patient bewusst die Verantwortung annehmen, die Koordination im und durch das System zu verbessern – die Hausarztpraxis als medizinisches «zuhaus» und Angelpunkt für strukturierte, qualitätsgesteigerte Versorgung. An Stelle sektoraler Trennungen stehen das Bemühen um eine Versorgungskette mit aufeinander abgestimmten Interventionen, mit effektiven Programmen und einem Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die Grundversorgung hat das Potential, Qualität in der Betreuung chronisch kranker Menschen aufrechtzuerhalten und präventiv sowie kostensparend zu agieren [4].

Ein interessantes Modell dazu ist das Chronic-Care-Model (CCM) [5]. Bei diesem Modell handelt es sich

nicht um eine abstrakte Theorie, sondern es stellt eine konkrete Orientierungshilfe dar, die die Elemente einer erfolgversprechenden, verbesserten Versorgung chronisch Kranker aufzeigt. (Abb.1). Diese sind die Gesellschaft, das Gesundheitssystem und eine Organisation der Gesundheitsversorgung, in der Selbstmanagementunterstützung, Entscheidungshilfen und evidenzbasierte Richtlinien sowie moderne klinische Informationssysteme Eckpfeiler darstellen, um die Interaktionen zwischen Patient und den Betreuenden zu verbessern und zu koordinieren mit dem Ziel, einen bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen bzw. aufrechtzuerhalten.

Patienten sind in diesem Model nicht passive Empfänger von Betreuung und Leistungen, sondern beteiligen sich aktiv und kompetent an der eigenen Gesunderhaltung und am eigenen Krankheitsmanagement im Sinne eines «geführten Selbstmanagements». Selbstmanagement gilt als das grundlegende Prinzip der modernen Primär- und Sekundärprävention bei chronischen Erkrankungen. Vor allem im englisch-amerikanischen Sprachraum wird der Begriff als Sammelbegriff für Therapieansätze verwendet, die alle gemeinsam haben, dass Patienten mit Blick auf die medikamentöse Therapie, auf die notwendigen Änderungen des Lebensstils und des Verhaltens mehr Verantwortung wahrnehmen, um Langzeitkomplikationen zu verhindern [6–8]. Ein kompetenter Patient versteht sich als Mitproduzent und Mitverantwortlicher für seine Gesundheit.

Diesen Prozess und die Patientenkompetenz zu fördern, ist ein zentrales Konzept von Chronic Care und Disease

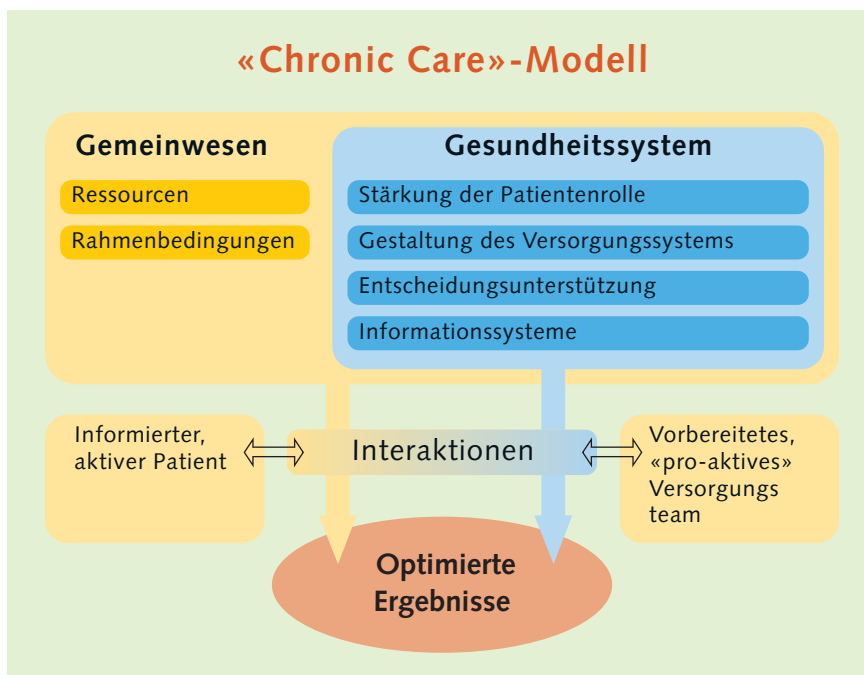


Abbildung 1

Das Chronic-Care-Model  
nach Wagner E. et al. (1998).

Management: Alles andere als ein einfacher Prozess, bei dem die Früchte des Erfolgs meist nicht unmittelbar geerntet werden können und auch eine (mögliche) wirtschaftliche Entlastung langfristig betrachtet werden muss. Im Gegensatz zum Disease Management im Sinne eines rein kommerziellen «Carve-out-Modells», das auch dazu führen kann, dass bei den Primärversorgern Kompetenzen

**Nur Disease-Management-Programme,  
die die Grundversorgung stärken,  
haben das Potential, die Betreuung  
chronisch kranker Menschen zu verbessern.**

auf diesem Gebiet verloren gehen, betont ein «Primary care based model of disease management» die Wichtigkeit und Rolle der Grundversorger, die die Kontinuität, Koordination und Synthese in der Betreuung gewährleisten sollen.

Nur Disease-Management-Programme, die die Grundversorgung stärken und nicht unterlaufen, haben daher das Potential, die Betreuung chronisch kranker Menschen zu verbessern und einen bestmöglichen Gesundheitszustand zu erhalten [9]. Die Zukunft der Grundversorgung wird mitbestimmt werden durch die Motivation und Fähigkeit, die menschlichen und klinischen Bedürfnisse einer alternden chronisch kranken Population zu managen. Letztlich stellt Disease Management die Bündelung bewährter Konzepte dar, führt aber zu einem Paradigmenwechsel in mehreren Bereichen des Versorgungsprozesses.

Die Umsetzung solcher Modelle stellt damit eine Herausforderung an die etablierte Kultur unseres Gesundheitssystems dar und bedingt eine Bereitschaft zu Veränderungen, die nicht nur Arzt und Patient betreffen. Auch Politik und Krankenkassen sollten klare Akzente zugunsten von Chronic Care und Disease Management setzen. Die Gesundheit ihrer Mitglieder zu erhalten und Folgekomplikationen von Krankheiten zu verringern bzw. hinauszuzögern, sollte das Ziel auch der Krankenkassen sein. Dies bedeutet, auf neue Weise aktiv zu werden und die Präventionskompetenz innerhalb des medizinischen Versorgungssystems zu stärken und jene Ärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationszentren zu belohnen, die im Disease Management besondere Erfolge aufzuweisen haben.

Finanzierungsmodelle hierfür müssen aber erst entwickelt werden. Aktuell sieht das System keine oder nur ungenügende Entschädigung für eine geringere Inanspruchnahme teurer Dienstleistungen, für die Prävention von Notfällen und Hospitalisationen oder für Selbstmanage-

mentschulung und Fallmanagement durch geschulte Fachpersonen vor. Ärzte und Spitäler verlieren Geld, wenn sie technische Dienstleistungen reduzieren, um Aktivitäten und präventive Massnahmen zu steigern, die zwar bewiesenen Nutzen haben, aber nicht oder ungenügend vergütet werden. Das sind falsche Anreize.

Wir können es uns nicht leisten, chronische Krankheiten und Multimorbidität zu ignorieren, sondern müssen den Tatsachen ins Auge sehen, die die demographischen Veränderungen für die medizinische Versorgung mit sich bringen. Das bedeutet: Strukturen schaffen, Abläufe verbessern und diejenigen Dienstleistungen entsprechend abgelenken, die Prävention und eine Verbesserung in der Betreuung chronisch kranker Menschen bewirken.

#### Literatur

- 1 WHO. Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York 1946.
- 2 Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med.* 2002;162:2269–76.
- 3 Bodenheimer T. Coordinating care – a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med.* 2008; 358:1064–71.
- 4 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA.* 2002; 288:1775–9.
- 5 Wagner E. Chronic disease management: what will it take to improve care? *Effective Clinical Practice.* 1998;1:2–4.
- 6 Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns.* 2002;48:177–87.
- 7 Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet.* 2004;364:1523–37.
- 8 De Ridder D, Geenen R, Kuijjer R, van Middendorp H. Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet.* 2008; 372:246–55.
- 9 Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002;288:2469–75.

Korrespondenz:

PD Dr. med. Claudia Steurer-Stey  
Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich  
Universitätsspital Zürich  
Rämistrasse 100  
8091 Zürich  
claudia.stey@usz.ch