

Interview mit Thomas Bodenheimer, Arzt und Dozent an der University of California, San Francisco

Das Chronic-Care-Modell auf dem Prüfstand

Chronisch Kranke bei der Selbsthilfe unterstützen, die Teambildung in den Praxen fördern, bessere Arbeitsbedingungen für Hausärzte schaffen und die Kommunikation zwischen Spital und Praxis optimieren – dies könnte alles mit dem Chronic-Care-Modell erreicht werden. Doch damit das Konzept funktionieren kann, müssen zuerst die passenden Rahmenbedingungen geschaffen werden. Davon ist Thomas Bodenheimer als Mitbegründer des Modells überzeugt.

Care Management: Welche beiden Elemente des Chronic-Care-Modells sind für sie die wichtigsten?

Thomas Bodenheimer: Lassen Sie mich kurz die sechs Komponenten des Modells rekapitulieren. Die vier internen Komponenten betreffen die Hausarztpraxen. Dies sind die Unterstützung des Selbstmanagements, die Gestaltung der Leistungserbringung, die klinische Entscheidungs-Unterstützung und die klinischen Informationssysteme. Die zwei anderen, externen Komponenten betreffen das gesamte Gesundheitswesen. Dies ist die Restrukturierung des ganzen Gesundheitssystems und dessen Finanzierung. Wenn Sie mich nun fragen, welche zwei dieser sechs Elemente für mich die wichtigsten sind, sind dies einerseits die Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten und andererseits die Anpassung der Finanzierungssysteme.

Weshalb spielt für Sie die Patientenrolle eine so zentrale Rolle?

Chronisch Kranke wenden 1% ihrer Zeit mit der Behandlung ihrer Krankheit auf, die restlichen 99% verbringen sie im Job, mit der Familie und anderen Beschäftigungen. Wenn sie ihre Krankheit und die Gründe für eine Medikation oder nötige Anpassungen ihres Lebensstils nicht verstehen, fehlt ihnen die Motivation diese im Alltag auch umzusetzen. Viele Studien zeigen, dass es aktiven und informierten Patienten besser geht verglichen mit ihren unmotivierten und uninformierten Leidensgenossen. Zudem belasten informierte Patienten das Gesundheitswesen weniger stark. Sie können die nötigen Anpassungen und die Kontrolle ihrer Krankheit selber übernehmen und sie brauchen bloss jemanden, der ihre Medikation und die Laborwerte überwacht. Doch jemand muss ihnen diese Selbsthilfe beibringen, sie dabei unterstützen und motivieren. Ein Gesundheitswesen kann noch so gut sein, wenn die chronisch Kranken nicht selber mitmachen, ist man machtlos. Deshalb ist für

mich die Komponente des Selbstmanagements die wichtigste.

Als zweites wichtiges Element erwähnten Sie die Anpassung des Finanzierungssystems. Können Sie diese Wahl begründen?

Der Grund, weshalb ich auch eine Veränderung in diesem Bereich als äusserst wichtig erachte, ist die Tatsache, dass ohne diese das gesamte Chronic-Care-Modell nicht funktionieren kann. Primär muss die Bezahlung der Hausärzte daran angepasst werden. In den USA wird die Mehrheit der Hausärzte auf einer «Fee-for-Service»-Basis bezahlt, somit wird nur der Arzt und seine Konsultation bezahlt.

Der grösste Teil der Unterstützung des Selbstmanagements sollte jedoch nicht durch den Arzt selber erfolgen. Dieser hat meistens zu wenig Zeit dafür und ist auch nicht immer für diese Aufgabe geeignet. Wir haben in San Francisco die besten Erfahrungen mit sogenannten «Health-Coaches» gemacht. Dies sind meist Patienten, die selber an einer chronischen Krankheit leiden und die damit verbundenen Bedürfnisse und Probleme kennen. Wir versuchen den Einsatz dieser «Health-Coaches» auf die jeweiligen ethnischen und sprachlichen Gruppen der zu betreuenden Patienten abzustimmen. Damit stossen sie rascher auf eine breite Akzeptanz. Das Problem ist jedoch, dass diese «Health-Coaches» nicht bezahlt werden. Aus diesem Grund muss man weg vom «Fee-for-Service»-Prinzip damit auch die Nichtmediziner für ihre Leistungen bezahlt werden können. Ansonsten kann das Modell gar nicht funktionieren.

Wie wichtig ist für Sie die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung?

Vor zwanzig Jahren gingen die Hausärzte ins Spital, um ihre Patienten zu behandeln. In den letzten Jahren kam es jedoch zu fundamentalen Änderungen. Heute werden in den USA 75%–80% der Patienten von Spitalärzten («Hospitalists») behandelt, was in etwa auch den europäischen Verhältnissen entspricht. Ein Vorteil dieses Systems ist sicherlich die bessere medizinische Versorgung, denn die Ärzte sind immer vor Ort und zudem in statio-



Thomas Bodenheimer

närer Medizin ausgebildet. Folglich können die Patienten auch früher aus dem Spital entlassen werden. Der grosse Nachteil ist hingegen die extreme Trennung von stationärer und ambulanter Betreuung. In den USA ist die Koordination zwischen diesen beiden Seiten äusserst schlecht, da der Informationsfluss in beiden Richtungen nicht funktioniert. So weiss beispielsweise der Hausarzt meistens nicht, wie der Patient im Spital therapiert wurde und umgekehrt.

Inwieweit kann das Chronic-Care-Modell helfen, diese Schwachstelle zu verbessern?

Das Chronic-Care-Modell stellt eine mögliche Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Betreuung dar. Um eine bessere Koordination der Betreuung zu erreichen, müssen der Patient und seine Angehörigen in die einzelnen Prozesse involviert werden. Schliesslich sind sie die Einzigen, die auf beiden Seiten stehen. Aber auch die Umgestaltung der Leistungserbringung ist für das Chronic-Care-Modell wesentlich und dabei vor allem die Optimierung der Kommunikation und Interaktion zwischen Spital und Hausarztpraxis. Das Ganze ist jedoch ein sehr schwieriges Unterfangen, denn niemand nimmt sich für diese Veränderungen und Anpassung die nötige Zeit.

Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Informationstechnologie?

Sie ist sicherlich sehr hilfreich. Im kalifornischen «Kaiser Permanente-» oder «Geisinger-Health-System» im ländlichen Pennsylvania sind die einzelnen Versorgungsbereiche vollständig miteinander verbunden. So kann alles, was im Spital abläuft, vom Hausarzt eingesehen werden und umgekehrt. Das ist natürlich der Idealfall und auch für die USA eher ungewöhnlich. Denn häufig sind die elektronischen Systeme der Praxen nicht mit denen des Spitals verbunden oder nicht kompatibel. Wenn die beiden Seiten jedoch nicht miteinander kommunizieren können, ist das denkbar schlecht.

Durch das Chronic-Care-Modell werden auch neue Berufsfelder beziehungsweise Dienstleistungen wie beispielsweise «nurse-practitioners» oder «nurse-lead-services» geschaffen. Kann damit der Mangel an Hausärzten entschärft werden?

Ja, ganz sicher. Ein wesentlicher Aspekt im Chronic-Care-Modell ist die Teambildung. Das zentrale Problem ist jedoch, dass die Vergütungssysteme der Hausarztmedizin diese Teambildungen nicht fördern. In den USA ist zudem das Pflegepersonal sehr teuer und ihre Leistungen können nicht verrechnet werden. Deshalb bilden wir Praxisassistentinnen aus, die einfache Aufgaben wie Patientenempfang, Blutdruckmessungen, Gewichtskontrolle oder Blutzuckermessungen übernehmen können.

Diese Ausbildung dauert nur rund sechs Monate. In San Francisco versuchen wir diese Assistentinnen anschliessend so weiterzubilden, dass wir sie auch in der Unterstützung des Selbstmanagements oder der Koordination einsetzen können. Aber ohne Vergütung wird auch das nicht möglich sein. Solange also nur ärztliche Konsultationen bezahlt werden, fehlt einer Praxis schlicht das Geld, um solche Assistentinnen einstellen zu können.

Weshalb sollten sich Schweizer Ärzte im Chronic-Care-Modell involvieren?

Hausärzte haben viele chronisch Kranke unter ihren Patienten, Tendenz steigend. Ich praktizierte selber während 32 Jahren als Hausarzt und hatte für jeden Patienten die standardisierten 15 Minuten Zeit. Als ich einmal gefragt wurde, wie viele Diabetiker es in meinem Patientenstamm gibt, wusste ich es nicht. Und wie viele davon einen bestimmten Blutwert hatten? Ich hatte keine Ahnung. Langsam begann ich, mir ein Patientenregister zu wünschen, um solche Daten abfragen zu können. Ich bin überzeugt, dass ich bessere Arbeit geleistet hätte, wenn beispielsweise die Erfolgsrate meiner Therapien abrufbar gewesen wäre. Aber ohne ein entsprechendes Register, wusste ich nicht einmal, was mit meinen Patienten geschehen war, falls ich sie in ein Spital überweisen musste. Zudem hatte ich dazumal das Konzept des aktiven Ein-

Ich muss eingestehen, dass ich vor der Entwicklung des Chronic-Care-Modells wohl einen ungenügenden Job gemacht habe.

beziehens der Patienten zu wenig verstanden. Ich war überzeugt, dass sich meine Aufgabe darauf beschränkt, ihnen zu sagen, was sie tun sollten. Dass partnerschaftliche Zusammenarbeit und aktives Einbeziehen der Patienten mehr Erfolg bringen würde, realisierte ich erst später. Auch fragte ich mich kaum je, welche Bedürfnisse und Fähigkeiten ein Patient hat. Deshalb muss ich eingestehen, dass ich vor der Entwicklung des Chronic-Care-Modells wohl einen ungenügenden Job gemacht habe, aber mir fehlten schlicht die nötigen Daten.

Was bringt denn das Chronic-Care-Modell diesbezüglich?

Einen grossen Unterschied bewirken unsere sogenannten «chronic-disease-registries». Damit wissen wir immer, wer unsere Patienten sind und wie es ihnen geht. Dies löst automatisch einen Perspektivenwechsel aus. Man beginnt vermehrt an die gesamte Patientenpopulation zu denken

und sieht nicht mehr bloss Individuen, die in die Sprechstunde kommen. Plötzlich realisiert man, dass man für Tausende Patienten verantwortlich ist. Und man fragt sich: «Mach ich meinen Job gut?» Das hat mir die Augen geöffnet – und ich hoffe, das gilt auch für die Schweizer Ärzte.

Traditionelle Hausärzte lieben ihre berufliche Unabhängigkeit. Diese würden sie in einem Netzwerk oder im Chronic-Care-Modell zumindest teilweise verlieren. Wie kann man sie trotzdem davon überzeugen?

In den USA gibt es einen klaren Unterschied zwischen jungen und älteren Hausärzten. 46% der Allgemeinpraktiker arbeiten in Praxen mit ein bis zwei Ärzten. Trotz allen Konsolidierungen blieb die Zahl solch kleiner Praxen überraschend hoch. Doch alleine eine Praxis zu führen, bedeutet viel Stress. Deshalb wollen viele junge Ärzte solche Praxen nicht übernehmen. Ich trat vor sieben Jahren aus einer solchen Praxis aus und meine Stelle konnte bisher nicht neu besetzt werden. In den USA gibt es einen deutlichen Trend, dass junge Ärzte in integrierten Systemen arbeiten wollen. So erhalten sie einen geregelten Lohn und sie können zudem mit anderen Ärzten zusammenarbeiten.

Was sind die hauptsächlichsten Hürden bei der Einführung des Chronic-Care-Modells?

In Amerika ist das Hauptproblem der zunehmende Mangel an Hausarztpraxen. Ich weiss, deswegen macht man sich vermehrt auch in Europa Sorgen, aber bei uns besteht dieser Mangel seit langem. So arbeiten bloss 30% der Ärzte

**Doch ohne Hausärzte funktioniert
die Betreuung chronisch Kranker nicht und das
System wird folglich auseinanderfallen.**

in einer Hausarztpraxis und gerademal 7% der Studienabgänger möchten in der Hausarztmedizin tätig werden. Das heisst, dass wir in zehn Jahren, wenn die heutigen Hausärzte in Pension gehen, zu wenig Allgemeinpraktiker haben werden. 75%–80% der Sprechstunden beim Hausarzt betreffen jedoch chronische Krankheiten wie Bluthochdruck, Arthritis, Diabetes und so weiter. Doch ohne Hausärzte funktioniert die Betreuung chronisch Kranker nicht und das System wird folglich auseinanderfallen. Deshalb ist es so wichtig, dass die Hausärzte besser bezahlt werden, ihre Lebensqualität verbessert und ihr Fachgebiet aufgewertet wird. Viele Studienabgänger haben zudem das Gefühl, Hausarztmedizin sei zu anspruchslos und keine

intellektuelle Tätigkeit. Tatsache ist jedoch, dass gerade die Allgemeinmedizin eine der anspruchsvollsten Disziplinen ist. Täglich ist man mit den unterschiedlichsten Diagnosen und dem Patienten als ganzes konfrontiert. Ich denke, dass das Chronic-Care-Modell und die chronisch Kranken mitten in dieser Krise der Hausarztmedizin stehen. Präsident Obama hat dieses Problem zwar erkannt, aber ich zweifle, ob er viel daran ändern kann.

Machen Netzwerke den Beruf eines Hausarztes attraktiver?

Es kann sein. In Nordkalifornien haben wir das «Kaiser Permanente» als grosses integriertes System und die meisten Allgemeinmediziner treten diesem bei. Ein wichtiger Grund dafür ist sicherlich die bessere Bezahlung. Aber auch die Arbeitsbedingungen, die Möglichkeit, Teilzeit zu arbeiten und die Teamarbeit machen das integrierte System attraktiv. Ich will damit nicht sagen, dass es einfacher ist, bei «Kaiser» zu arbeiten als in einer kleinen Praxis. Die Ärzte arbeiten an beiden Orten hart. Tatsache ist aber, dass ein integriertes System den Unterschied zwischen dem Salär eines Spezialisten und dem eines Allgemeinmediziners schmälert. Das Management von «Kaiser» verteilt das Geld gerechter. Damit verdient der Hausarzt auf Kosten der Spezialisten mehr, womit er ein höheres Einkommen hat als in einer herkömmlichen Praxis.

Ist also der Lohn das entscheidende Argument?

Nicht nur. Viele Ärzte würden trotzdem «Kaiser» wählen. Und zwar, weil man sich in einer kleinen Praxis ganz alleine sowohl mit der Medizin als auch dem Administrativen beschäftigen muss. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Arbeitsbedingungen sogar etwas stärker gewichtet werden als das Einkommen. Ideal ist natürlich, wenn beide Komponenten stimmen.

Interview: Peter Berchtold, Matthias Scholer

Das Interview fand im Oktober anlässlich des Schweizerischen Kongresses für Gesundheitsökonomie in Bern statt. Thomas Bodenheimer trat an der Veranstaltung unter anderem als Referent zum Thema «Integrierte Versorgung und Hausarztmedizin – ein Widerspruch?» auf.

Korrespondenz:

Thomas Bodenheimer MD
Department of Family and Community Medicine
San Francisco General Hospital
San Francisco, California
tbodenheimer@fcm.ucsf.edu