

Claudia Steurer-Stey, Thomas Rosemann

Willkommen im Medical Home!

Das «Patientenzentrierte medizinische Zuhause»: Ein zukunftssträchtiges Konzept in der Grundversorgung

In der Hausarztmedizin klafft die Schere zwischen Qualitätssteigerung und knapper werdenden Ressourcen immer weiter auseinander. Zur Überbrückung dieser Diskrepanz bietet sich das «Patientenzentrierte medizinische Zuhause» als Versorgungsmodell an. Dabei unterstützen klinische Informationssysteme die Ärzte und verbessern so die Betreuungsmöglichkeiten ihrer Patienten nachhaltig.

Patientenzentrierte Betreuung erhält in der Diskussion über effizientere Versorgungsstrukturen zunehmend an Gewicht. Bereits 1998 wurde in Salzburg eine Vision für ein patientenzentriertes Gesundheitssystem entwickelt [1]. In dieser «idealen Welt» ist das Patient-Arzt-Verhältnis durch computerbasierte Anleitungen und Kommunikationssysteme ergänzt. Krankengeschichten sind internetbasiert und den richtigen Personen zur richtigen Zeit verfügbar. Patienten erstellen regelmässige Erfahrungsberichte, die dann den Ärzten rückgemeldet werden, damit diese ihre Betreuung entsprechend anpassen können. Patienten und Ärzte gehen einen Vertrag über die Qualität der Betreuung ein, der angemessene Ziele für die Patienten und ihre Krankheiten definiert. Ein anderes Attribut dieser Vision ist die engere Zusammenarbeit zwischen Gesellschaft und Gesundheitssystem. Zudem sind Patientenführsprecher auch im Finanzierungsprozess der Gesundheitsversorgung vertreten.

Während in der Definition einer patientenzentrierten Versorgung inzwischen gute Übereinstimmung besteht, herrscht weniger Klarheit über die Kriterien, die die hausärztliche Grundversorgung aufweisen soll, um als patientenzentriert gelten zu können. Vor fast 30 Jahren beschrieb Malcolm Peterson im Namen des American College of Physicians vier notwendige Attribute hausärztlicher Versorgung. Sie sollte zugänglich, umfassend, koordiniert und kontinuierlich sein [2]. Das Institute of Medicine (IOM) zählt die auf die Bedürfnisse der Patienten zentrierten Versorgung zu einer der sechs wichtigsten Domänen für eine Qualitätsverbesserung [3] und macht auf die zunehmende Kluft zwischen der Art der Betreuung, die Patientinnen und Patienten erhalten und die sie erhalten sollten sowie auf notwendige Veränderungen im Versorgungssystem aufmerksam.

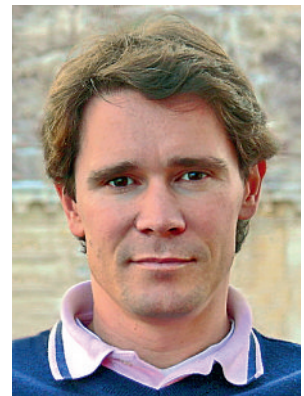
Ein prominentes Modell für eine solche Veränderung, das grosse Beachtung und Erwähnung erfährt, ist das «Patient Centered Medical Home» (PCMH), das im Folgenden erläutert wird.

Was ist das «Patientenzentrierte medizinische Zuhause»?

Das PCMH ist ein Ansatz für eine umfassende Betreuung Erwachsener, Jugendlicher und Kinder in der Grundversorgung. Es stärkt die Patient-Arzt-Beziehung dadurch, dass es die episodische Betreuung basierend auf akuten Beschwerden der Patientinnen und Patienten durch eine koordinierte Langzeitbetreuung ersetzt. Es ist als Versorgungsmodell definiert, indem jeder Patient eine fortlaufende Beziehung mit seinem Arzt hat und der Patient eine aktive Rolle spielt. Die Verantwortung für die Patientenversorgung, wird im Team, das der Arzt leitet, übernommen, wobei der Patient ein wichtiges Teammitglied ist. Das PCMH sorgt dafür, dass den Krankheits- und Gesundheitsbedürfnissen der Patienten im Langzeitverlauf Rechnung getragen wird. Bei Bedarf erfolgt eine Kollaboration mit Spezialisten. Ein «medizinisches Zuhause» legt Wert auf durch klinische Informationssysteme unterstützte verbesserte Betreuungsmöglichkeiten wie Kommunikations- und Konsultationsmöglichkeiten ausserhalb der planmässigen Bürozeiten (Tab. 1).



Claudia Steurer-Stey



Thomas Rosemann

Die vier Eckpfeiler des PCMH-Modells

Das PCMH-Modell ruht auf den vier Säulen Hausarztmedizin, Patientenzentriertheit, neuen Praxismodellen und innovativen Vergütungsmodellen [4].

Hausarztmedizin:

Die Bedeutung der Hausarztmedizin basiert auf einer umfangreichen Datenlage, die eine positive Korrelation zwischen Lebensqualität und Kosteneffizienz in Gesundheitssystemen mit hoher Hausarztorientierung belegt [5]. Die primäre Versorgung durch den Hausarzt ist im PCMH-Modell definiert als umfassende, akute, chronische, präventive und über die Lebensspanne erfolgende Versorgung durch ein Team, das der persönliche Arzt des Patienten führt. Es beinhaltet die Funktion der Koordi-

Tabelle 1 Prinzipien des «Patientenzentrierten medizinischen Zuhause».

Persönlicher Arzt	Jeder Patient hat eine kontinuierliche Beziehung zu einem persönlichen Arzt, der so ausgebildet ist, dass er eine kontinuierliche und umfassende Betreuung gewährleisten kann.
Ärztlich geleitete und koordinierte Praxis	Der persönliche Arzt leitet auf Praxisniveau ein Team, das die Verantwortung für die Kontinuität der Betreuung übernimmt.
Ganzheitliche Ausrichtung	Der Arzt ist zusammen mit anderen qualifizierten Fachpersonen bemüht, den Gesundheitsbedürfnissen des Patienten in allen Lebensphasen (akute Versorgung, chronische Betreuung, Prävention und Betreuung am Lebensende) Rechnung zu tragen.
Koordinierte und/oder integrierte Versorgung	Koordinierte und/oder integrierte Versorgung in allen Bereichen des Gesundheitssystems (Spezialisten, Spitäler, Spitex, Pflegeheim) und auf Patientenseite (Familie, öffentliche und private Dienstleister). Die Betreuung wird durch Informationstechnologie erleichtert. Sicherstellung einer kulturell und sprachlich geeigneten Versorgung.
Qualität und Sicherheit	Qualität und Sicherheit sind Güteigenschaften des «Medical Home», vorangetrieben durch eine tragfähige Partnerschaft zwischen Arzt und befähigtem Patient, evidenzbasierter Medizin und klinischen Entscheidungshilfen, freiwillige Performance-Messungen, Akkreditierungsprozess.
Niederschwelligkeit	Erleichterter, erweiterter Zugang durch ausgebauten Sprechstundenzeiten und neue Möglichkeiten der Kommunikation.
Vergütungssystem	Die Vergütung spiegelt in angemessener Weise den zusätzlichen Wert für Patienten wieder, den das patientenzentrierte medizinische Zuhause hat. Ärztliches und nichtärztliches patientenzentriertes Management, das auch ausserhalb der persönlichen Visiten stattfindet sowie Koordinationsaufgaben werden berücksichtigt. Anreize zum Einsatz von Informationstechnologie zur Qualitätsverbesserung und Risikoausgleich durch zusätzliche Vergütung für erreichte messbare Qualitätsverbesserung.

nation der Versorgung und der verschiedenen Dienstleistungen.

Trotz einer starken Evidenz für die Hausarztmedizin sieht sich die Grundversorgung in vielen westlichen Gesundheitssystemen mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert, allen voran dem Nachwuchsmangel als Folge einer schwindenden Attraktivität des Berufs [6]. Eine notwendige Renaissance der Hausarztmedizin und die bessere Aus- und Weiterbildung sind seit langem erkannte Themen. Prognosen zeigen, dass auch der Schweiz ein Mangel an Hausärzten bevorsteht. Die Hausarztmedizin gilt unter Studierenden als unattraktiv, nur einer von zehn will

Im PCMH hat jeder Patient
eine fortlaufende Beziehung mit seinem Arzt
und spielt eine aktive Rolle.

sich später in diese Richtung spezialisieren [7, 8]. Hauptgründe sind neben dem zunehmend schwierigen Arbeitsumfeld mit immer mehr Dienstleistungen in zunehmend weniger Zeit, den massgeblichen Unterschieden in der Bezahlung zwischen Hausärzten und Spezialisten auch der Umstand, dass die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in der Schweiz nur unzureichend strukturiert und organisiert ist. Die Politik scheint gerade die Vergütung als Determinante der Berufswahl immer noch zu

unterschätzen, die Studierenden offenbar nicht. England ist derzeit das einzige Land Europas, das einen deutlichen Zuwachs an Hausärzten hat. Der Hintergrund dafür ist, dass das Einkommen der britischen Hausärzte durch die Einführung einer qualitätsorientierten Bezahlung («pay-for-performance») um etwa 23% gestiegen ist [9].

Andere Fachpersonen wie «Nurse practitioners» sind zudem auf dem Vormarsch und es wird diskutiert, ihnen hausärztliche Aufgaben und Funktionen zu übertragen, was zu Besorgnis und Widerstand bei den Hausärzten führt. Die Vorstellung einer teambasierten Versorgung, die der Hausarzt leitet und in der die Rollen und Verantwortlichkeiten zwischen Arzt und anderen nichtärztlichen Fachpersonen klar definiert sind, dürfte auf mehr Akzeptanz stossen. Die «ideale Teamzusammensetzung» in der Grundversorgung ist allerdings bisher ungenügend untersucht.

Patientenzentriertheit:

Die zweite Säule des PCMH ist die Patientenzentriertheit. Das heisst, das Ausrichten der Betreuung auf die Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten sowie ihre Befähigung, aktiv am Krankheitsmanagement teilnehmen zu können.

Patient, Arzt und Betreuungsteam erfüllen komplementäre Rollen und der Patient ist nicht passiver Empfänger von Information sondern vorbereiteter, mit Wissen und Kompetenzen ausgestatteter Partner im Krankheitsmanagement [10]. Patientenzentrierte Versorgung ist auch durch erleichterte, niederschwellige Kontaktmöglichkei-

ten und Kommunikationswege, beispielsweise via Internet, elektronische Visiten und andere, über die vier Wände des traditionellen Untersuchungsziimmers hinausgehende Optionen gekennzeichnet.

Neue Praxismodelle:

Die Verabschiedung vom «Business as usual» bildet die dritte Säule. Sie baut auf notwendige Innovationen auf, die sich im Zeitalter von Qualitätsverbesserung, Patientensicherheit, Transparenz und Verantwortlichkeit unweigerlich ergeben. Hausarztpraxen des 21. Jahrhunderts

Eine Schlüsselkomponente neuer Praxisorganisationen ist die elektronische klinische Informationstechnologie.

sind aufgefordert, auf Evidenz basierte Versorgungsprozesse zu inkorporieren, inklusive Patientenregister, Performance-Messungen, Systeme zur Entscheidungsunterstützung und neue Informationstechnologie. Die umfangreichen Aufgaben der Koordination der Betreuung eines Patienten im Sinne eines «Medical Home» kann durch den einzelnen Arzt, wie motiviert, hingebungsvoll und kompetent auch immer er sein mag, kaum erfüllt werden. Die wahrscheinlich grösste Herausforderung besteht daher für die kleinen Einzel- und Gruppenpraxen. Einige Ärzte in solchen «settings» sind bereit für Veränderungen, andere nicht.

Eine Schlüsselkomponente neuer Praxisorganisationen ist die elektronische klinische Informationstechnologie. Gut geplante und mit ausreichend Ressourcen eingeführte, systemkompatible elektronische Krankengeschichten erleichtern die Koordination und Effizienz und haben das Potential, wichtige Gesundheitsendpunkte zu verbessern [11].

Innovative Vergütungssysteme:

Die letzte und enorm wichtige Säule ist das Vergütungssystem. Das PCMH-Modell skizziert ein Vergütungsmodell, das «Fee for Service», «Pay for Performance» und eine separate Vergütung für Koordination und Integration der Versorgung kombiniert. Diese Vergütungsstruktur zielt explizit auf Kompensation von Dienstleistungen für Koordinationsaufgaben und Konsultationen, die nicht nur «face to face» erfolgen. Anreize für Qualitätsverbesserung und den Einsatz von Informationstechnologie sind Inhalte eines solchen Vergütungsmodells, das für weniger Inanspruchnahme teurer Dienstleistungen, Vermeidung von Notfällen und Hospitalisationen durch Selbstmanagement-Schulung und Fall-Management eine finanzielle Berücksichtigung fordert. Praxen, die als medizinisches Zuhause funktionieren, werden Patienten mit chronischen Krankheiten und Komorbidität besonders anspre-

chen, daher ist ein Risikoausgleich wichtig. Praxen, die als PCMH fungieren, dürfen wegen einer solchen «negativ Selektion» nicht bestraft werden sondern sollten im Gegenteil belohnt werden, für die Verbesserung der Betreuung chronisch kranker Menschen, für die Vorbeugung kostenintensiver Komplikationen und Notfallsituationen.

Eine klare Ausrichtung der Anreize zwischen Grundversorgern, Spezialisten und Spitälern wird nötig sein. Primärversorgung durch den Hausarzt kann nicht unabhängig und für sich alleine betrachtet werden. Letztlich sollten im Interesse einer patientenzentrierten Versorgung diejenigen belohnt werden, die kollaborativ zu einer qualitativ hochstehenden, kosteneffizienten Versorgung unabhängig von Spezialität und Ort beitragen.

Evidenz des «Patientenzentrierten medizinischen Zuhause»

Positive Auswirkungen auf klinisch relevante Endpunkte, insbesondere bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, sind in Gesundheitssystemen mit einer starken Hausarztversorgung und Betreuung nach den Prinzipien eines medizinischen Zuhause nachgewiesen [5, 12, 13].

Der Nutzen einer solchen Versorgung kann aber nicht kurzfristig erwartet werden. Sie spiegelt sich mittelfristig durch verbesserte Qualität in der Betreuung, erhöhter Patientensicherheit, reduzierter Notfallkonsultationen, weniger Hospitalisationen und Rehospitalisationen für Patienten, die nach kurzer Hospitalisationszeit entlassen werden. Zudem können kostspielige Komplikationen vermieden und die Patientenzufriedenheit und Lebensqualität gesteigert werden. Die sorgfältige Evaluation solcher Modelle ist notwendige Voraussetzung, um vorschnelle und falsche Konklusionen zu verhindern.

Zusätzliche Herausforderungen

Um Hausarztpraxen, die als medizinisches Zuhause fungieren, kennzeichnen zu können, bedarf es standardisierter Qualitätskriterien. In Amerika hat das National Committee for Quality Assurance (NCQA) ein freiwilliges Programm zur Annerkennung als PCMH entwickelt [14]. Dieses Programm wurde aber wegen einer zu starken Gewichtung der Infrastruktur für Informationstechnologie und ungenügender Berücksichtigung anderer essentieller Aspekte, wie zum Beispiel die Verbesserung der Patientenkompetenz, kritisiert.

Die Entwicklung und der Einsatz von Messinstrumenten, die Erfahrungen und Beziehungen im Betreuungsprozess widerspiegeln, in Ergänzung zum aktuellen Status quo der Performance-Messungen, ist daher zu fordern.

Eine andere Herausforderung für eine erfolgreiche Implementierung des Konzeptes «Medical Home» ist die Wahrnehmung in der Öffentlichkeit. Es besteht die Gefahr, dass der Begriff falsche Vorstellungen und sogar Befürchtungen wecken könnte, wenn er fälschlicherweise im Sinne von «Pflege- oder Altersheim» besetzt wird. Zusätzlich ist die hausärztliche Tätigkeit zu sehr mit dem Image des Gatekeepers behaftet. Hausärzten würde das Image des persönlichen Arztes und Koordinators besser stehen.

Last but not least erfordert die erfolgreiche Umsetzung des PCMH-Modells entsprechende Infrastruktur und Investitionen sowie eine Aufrüstung und Restrukturierung der Hausarztmedizin. Innovative Technologien und Arbeitsprozesse müssen in die tägliche Hauptaufgabe der Patientenbetreuung integriert werden, ohne diese zu behindern. Es wird den persönlichen Einsatz von sehr vielen Ärzten und Praxen brauchen, um neue Organisations- und Geschäftsmodelle, neue Strukturen und Zusammensetzungen im Praxisteam zu schaffen.

Vor unrealistischen Erwartungen hinsichtlich rascher Kosteneinsparungen muss daher gewarnt werden. Eine Lektion aus der Finanzkrise kann und muss für die drohende Krise im Gesundheitssystem auch gelernt werden. Es ist gefährlich, zu kurzfristig zu denken. Den Fokus nur auf schnelle Kosteneinsparungen oder Gewinne zu legen, ist verführerisch, könnte sich aber am Ende als verheerend erweisen.

Bereitschaft zu Veränderungen

Die aus verschiedenen Ländern gewonnene Evidenz qualifiziert das Model des «Medical Home» zu einer vielversprechenden Versorgungsform für mehr Qualität in der Grundversorgung unter Berücksichtigung zunehmend knapper werdender Ressourcen. Es beruht auf den vier Säulen Hausarztmedizin, Patientenzentriertheit, neuen Praxisformen sowie innovativen Vergütungsmodellen. Substantielle Hürden stellen die Investitionen dar, die zur Restrukturierung der typischen Arztpraxis in ein «Medical Home» geleistet werden müssen und das Festhalten an traditionellen Rollenverteilungen in der Patientenversorgung. Wenn die Transformation der Hausarztmedizin in funktionierende «Medical Home» gelingen soll, braucht es Verfechter dieses Konzepts vor allem unter den Hausärzten und den Politikern. Es braucht Bereitschaft zur Veränderung, Kreativität und Flexibilität bei allen Beteiligten. Mit der entsprechenden Bereitschaft für langfristig erfolgreiche Änderungen, den nötigen und vorausschauenden Führungsqualitäten und politischen Veränderungen, vor allem was die Wertschätzung einer solchen Betreuung anbelangt, könnte sich die Vision einer patientenzentrierten Versorgung in der Schweiz realisieren lassen.

Literatur

- 1 Delbanco T, Berwick DM, Boufford JI, Edgman-Levitan S, Ollenschlager G, Plamping D, et al. Healthcare in a land called People Power: nothing about me without me. *Health Expect.* 2001 Sep;4(3):144–50.
- 2 Peterson ML. The Institute of Medicine report, «A Manpower Policy for Primary Health Care»: a commentary from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine.* 1980 Jun;92(6):843–51.
- 3 Medicine Io, ed. *Crossing the Quality Chasm: A new Health sytem for the 21st Century, Vol 6* 2001.
- 4 Rittenhouse DR, Shortell SM. The patient-centered medical home: will it stand the test of health reform? *JAMA.* 2009 May 20;301(19):2038–40.
- 5 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank quarterly.* 2005;83(3):457–502.
- 6 Lee TH, Bodenheimer T, Goroll AH, Starfield B, Treadway K. Perspective roundtable: redesigning primary care. *The New England journal of medicine.* 2008 Nov 13;359(20):e24.
- 7 Landon BE, Reschovsky J, Blumenthal D. Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997–2001. *JAMA.* 2003 Jan 22–29;289(4):442–9.
- 8 Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal. *Annals of internal medicine.* 2003 Feb 4;138(3):244–7.
- 9 Smith PC, York N. Quality incentives: the case of U.K. general practitioners. *Health affairs (Project Hope).* 2004 May–Jun;23(3):112–8.
- 10 Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ (Clinical research ed.)* 2000 Feb 26;320(7234):526–7.
- 11 Friedberg MW, Safran DG, Coltin KL, Dresser M, Schneider EC. Readiness for the Patient-Centered Medical Home: structural capabilities of Massachusetts primary care practices. *Journal of general internal medicine.* 2009 Feb;24(2):162–9.
- 12 Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract.* 2001 Apr;51(465):303–9.
- 13 Beal AC, Doty M., Hernandez S.E., Shea K., Davis K. Closing the Divide: How Medical Homes Promote Equity in Health Care : Results from the Commonwealth Fund 2006 Health Quality Survey. *The Commonwealth Fund* 2007.
- 14 Site. P-P-CNCfQAW. 2009 [cited 2009 june 26]; Available from: <http://www.ncqa.org/tabid/631/Default.aspx>

Korrespondenz:

PD Dr. med. Claudia Steurer-Stey, Leitende Ärztin Chronic Care
 Prof. Dr. med. Thomas Rosemann, Institutsdirektor
 Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich
 Universitätsspital, Sonneggstrasse 6, 8091 Zürich
claudia.stey@usz.ch, www.hausarztmedizin.uzh.ch