

Claudia Steurer-Stey, Thomas Rosemann

# Das Chronic-Care-Modell nutzen

Die Versorgung von chronisch Kranken lässt sich mit einem evidenzbasierten Ansatz verbessern

In Zukunft wird der Einfluss chronischer Krankheiten auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Kosten weiter steigen. Deshalb ist eine Optimierung der ambulanten Versorgung chronisch kranker Menschen unabdingbar. Dabei gilt das Chronic-Care-Modell auch in der Schweiz als vielversprechender Lösungsansatz. Eine entsprechende Transformation und Weiterentwicklung benötigt aber effektive Disseminationsmodelle und Anreize, um die Umsetzung in der hausärztlichen Praxis zu ermöglichen.



Claudia Steurer-Stey



Thomas Rosemann

Chronische Krankheiten sind heute die Hauptursache für Tod und Morbidität weltweit. Nach Schätzungen der WHO werden diese Krankheiten in den nächsten zehn Jahren 60% aller Erkrankungen ausmachen; 43% der Gesamtbevölkerung und 70% der über 65-Jährigen werden an einer, häufig sogar an zwei und mehr chronischen Erkrankungen leiden. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Krebserkrankungen und Depression sind hier vor allem zu nennen. Bereits heute werden 70% der Gesundheitskosten in Europa und Amerika durch chronische Krankheiten und Multimorbidität verursacht [1]. Trotz der unbestreitbaren Fortschritte in der Therapie vieler Krankheiten zeigen wissenschaftliche Untersuchungen, dass Patienten häufig nicht die Versorgung erhalten, die sie mit einer chronischen Erkrankung benötigen [2]. Das Versorgungsmodell für chronisch Kranke, das «Chronic-Care-Modell» (CCM), wurde als Unterstützung der ambulanten, hausärztlichen Versorgung entwickelt, um patientenrelevante, klinische Endpunkte zu verbessern [3]. Die «Routineversorgung» erfährt dabei durch sechs zueinander in Beziehung stehende Systemänderungen einen Wandel, der auf eine patientenzentrierte und auf Evidenz basierende Versorgung ausgerichtet ist. Proaktive, also vorbereitete und vorausschauende Praxisteams, erzielen zusammen mit

informierten, kompetenten Patienten gemeinsam verbesserte Behandlungsergebnisse (Abb. 1). Die initiale Evidenz, auf der das Chronic-Care-Modell aufbaute, stammt von einem Review über Interventionen zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker [4]. Diese Evaluation und ein Cochrane Review zeigten, dass die Erhöhung der Expertise und Fähigkeiten der Anbieter, die Schulung und Unterstützung der Patienten, eine teambasierte, geplante Versorgung und der Einsatz von Informationssystemen die besten klinischen Endpunkte erzielten [5]. Beim CCM, dem Versorgungsmodell für chronisch Kranke, handelt es sich um einen organisatorischen Ansatz, der inzwischen international, v.a. in den USA, Holland und Dänemark weit verbreitet und ein integraler Bestandteil des «Patient-Centered-Medical-Home-Modells» (PCMH) [6, 7] ist.

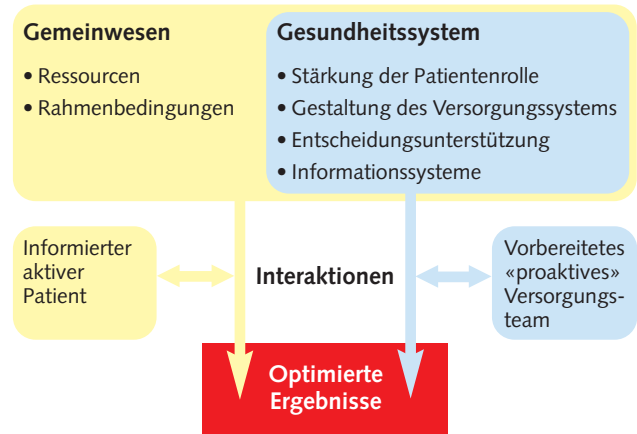


Abbildung 1  
Das Chronic-Care-Modell und seine Elemente. Adaptiert nach Wagner 1996 [3].

informierten, kompetenten Patienten gemeinsam verbesserte Behandlungsergebnisse (Abb. 1).

Die initiale Evidenz, auf der das Chronic-Care-Modell aufbaute, stammt von einem Review über Interventionen zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker [4]. Diese Evaluation und ein Cochrane Review zeigten, dass die Erhöhung der Expertise und Fähigkeiten der Anbieter, die Schulung und Unterstützung der Patienten, eine teambasierte, geplante Versorgung und der Einsatz von Informationssystemen die besten klinischen Endpunkte erzielten [5].

Beim CCM, dem Versorgungsmodell für chronisch Kranke, handelt es sich um einen organisatorischen Ansatz, der inzwischen international, v.a. in den USA, Holland und Dänemark weit verbreitet und ein integraler Bestandteil des «Patient-Centered-Medical-Home-Modells» (PCMH) [6, 7] ist.

## Die Elemente des Chronic-Care-Modells

Das CCM identifiziert die folgenden Elemente für eine effiziente, hochwertige Versorgung chronisch Kranker: Das Selbstmanagement der Patienten, evidenzbasierte Leitlinien/Informationen zur Unterstützung klinischer Entscheidungen, strukturierte Arbeitsabläufe, die die tägliche Patientenversorgung erleichtern, klinische Informationssysteme und das Gemeinwesen. Im Folgenden werden die einzelnen Elemente näher erläutert.

## Die Unterstützung des Selbstmanagements

Alle Patienten mit chronischen Krankheiten treffen täglich Entscheidungen und zeigen ein Verhalten, das ihre Gesundheit bzw. ihre Krankheit beeinflusst. Krankheitskontrolle und klinische Endpunkte hängen in grossem Ausmass von einem effektiven Selbstmanagement

---

Effektive Unterstützung kann Patienten  
und deren Angehörigen dabei helfen,  
mit den Herausforderungen der chronischen  
Krankheit besser umgehen zu können.

---

ab [8, 9]. Selbstmanagement bedeutet nicht, einem Patienten zu sagen, was er zu tun hat. Es bedeutet vielmehr, die zentrale Rolle des Patienten im eigenen Management zu erkennen und Patienten dabei zu unterstützen, diese Rolle zu akzeptieren und wahrzunehmen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Es beinhaltet, Programme zu nutzen, die Basisinformation und Wissen, aber vor allem Strategien vermitteln, um besser mit einer chronischen Krankheit leben zu können. Eine Stärkung der Patientenrolle (und ggf. der Angehörigen) im Sinne der Kompetenz und des Empowerments und die Bewältigung des Alltags auf körperlicher, emotionaler und sozialer Ebene ist das Ziel [10, 11]. Dabei arbeitet das Praxisteam gemeinsam mit den Patienten an der Ausarbeitung realistischer Ziele und überprüft diese regelmässig, um Hürden abzubauen und, wenn angemessen, neue Ziele zu erstellen. Effektive Unterstützung kann Patienten und Familien dabei helfen, mit den Herausforderungen der chronischen Krankheit und der Behandlung besser umgehen zu können, Komplikationen und Symptome zu reduzieren und damit mehr Lebensqualität zu erhalten.

## Unterstützung klinischer Entscheidungen

Wirksame Managementprogramme für chronische Krankheiten stellen sicher, dass Anbieter und Versorger Zugang zu den für die Versorgung von Patienten notwendigen evidenzbasierten Informationen haben. Dies beinhaltet evidenzbasierte Praxisrichtlinien, Spezialisten-sprechstunden und die Schulung der Anbieter. Klinische Entscheidungen werden mit evidenzbasierten Leitlinien für Ärzte und Patienten unterstützt. Eine bessere Kooperation mit Fachspezialisten oder anderen Leistungserbringenden kann mit sogenannten Versorgungspfaden erreicht werden. Sie beschreiben definierte Schnittstellen je nach Komplexität des gesundheitlichen Problems und des Versorgungsbedarfs des einzelnen Patienten [12, 13].

## Strukturierte Arbeitsabläufe und klinische Informationssysteme

Erfolgreiches Management chronischer Krankheiten beinhaltet Veränderungen in der Praxisorganisation, die die Art der Versorgung beeinflussen. Bei der Gestaltung der alltäglichen Praxisabläufe in der Patientenversorgung, also der Leistungserbringung, ist die verantwortliche Aufgabenteilung innerhalb des Praxisteams entscheidend. Medizinische, spezifisch ausgebildete Fachpersonen können unter anderem spezielle Sprechstunden mit Patientenschulungen oder regelmässige Follow-ups im Case Management anbieten [14, 15].

Zeitgerechte, nützliche Informationen über einzelne Patienten und Patientengruppen mit chronischen Krankheiten sind ein wichtiges Merkmal effektiver und effizienter Versorgung. Klinische Informationssysteme können dem Praxisteam aktuelle Patienteninformationen erstellen oder Langzeitverläufe abbilden sowie Ergebnisse der Qualitätsentwicklung im Praxisteam darstellen, die dann als Grundlage für die Reflektion über die eigene Arbeit genutzt werden können [16, 17].

Die Anwendung in der alltäglichen Behandlungspraxis wird sicher durch die Bedingungen und unterschiedlichen Praxiskulturen in den verschiedenen Organisationen bestimmt. Die jeweils Verantwortlichen können aber die Behandlungspraxis über differenzierte Anreize steuern und die Qualität fördern [18].

## Das Gemeinwesen

Die einzelne Arztpraxis, das Medizinische Versorgungszentrum oder das Spital sind eingebettet in ein Gemeinwesen. Vernetzung zwischen Versorgungssystem/Versorgerpraxis und Gemeinderessourcen wie etwa Angebote für sportliche Aktivitäten oder aber auch mit Selbsthilfegruppen spielen eine wichtige Rolle im CCM. Auch übergreifende Gesundheitsangebote wie themenspezifische Präventionskampagnen können wirken.

## Verbessert das Chronic-Care-Modell die Betreuung?

Es liegen zahlreiche Studien, ein systematischer Review und eine Metaanalyse vor, die gute Evidenz für die Verbesserung der Versorgungsprozesse und der klinischen Ergebnisse durch Umsetzung des CCM liefern [19–21].

Zu beachten ist jedoch, dass die meisten dieser Studien von stark strukturierten und zentral organisierten Gesundheitsdienstleistern durchgeführt wurden (v.a. US Health Maintenance Organizations), so dass eine direkte Übertragung auf das schweizerische Gesundheitswesen erst geprüft bzw. an hiesige Besonderheiten angepasst werden muss. Das Modell stellt allerdings die Arzt- bzw.

Praxisteam-Patienten-Beziehung in den Mittelpunkt der Versorgung, was die Akzeptanz für diese Neuorientierung in der Schweiz fördern könnte. Darüber hinaus haben Patienten mit chronischen Krankheiten oft mehrere

**Für Patienten, die gleichzeitig an mehreren  
Krankheiten leiden, ist und bleiben der Hausarzt  
als der Spezialist für Multimorbidität  
und das Praxisteam primäre Ansprechpartner.**

Krankheiten gleichzeitig. Für diese Patienten ist und bleiben der Hausarzt als der Spezialist für Multimorbidität und das Praxisteam primäre Ansprechpartner [22]. Ein grosser Vorteil des CCM ist, dass es auf verschiedenste chronische Krankheiten oder Zielpopulationen angewendet werden kann und es auch aus Patientensicht wissenschaftlich belegte positive Effekte aufweist.

Erste erfolgreiche Erfahrungen mit neuen Aufgaben für medizinische Fachangestellte und Praxisassistentinnen liegen in Deutschland bereits vor [23, 24].

#### **Ist das Chronic-Care-Modell kosteneffizient?**

Kosteneffizienz ist für Disease-Management-Programme vor allem für jene Programme nachgewiesen, die ein wichtiges Element des CCM, das Selbstmanagement der Patienten, fördern und eng mit der hausärztlichen Versorgung verknüpft sind [25]. Obwohl die vorhandene Evidenz den Nutzen des CCM für Patienten und auf klinische Endpunkte unterstreicht, ist der Einfluss auf die Gesundheitskosten letztlich nicht klar [19]. Für einzelne chronische Krankheiten besteht zunehmend mehr Evidenz für Kosteneffizienz [26], aber Multimorbidität und individueller Versorgungsbedarf müssen in einer dem CCM entsprechenden Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen (DMP) miteinfließen. Die gegebene Praxis gemäss des CCM zu transformieren, bedeutet eine grosse Anstrengung und macht Investitionen notwendig. Wahrscheinlich variiert die Kosteneffizienz mit Krankheit und Population. Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig.

#### **Literatur**

- 1 World Health Organization. Chronic Disease and Health Promotion. 2009 [cited 10.7.2009]; Available from: [www.who.int/chp/en](http://www.who.int/chp/en)
- 2 McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *The New England journal of medicine*. 2003;348(26):2635–45.

- 3 Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank quarterly*. 1996;74(4):511–44.
- 4 Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2–4.
- 5 Renders CM. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane database of systematic reviews* no 1 2002.
- 6 Iglehart JK. No place like home – testing a new model of care delivery. *The New England journal of medicine*. 2008;359(12):1200–2.
- 7 Berenson RA, Hammons T, Gans DN, Zuckerman S, Merrell K, Underwood WS, et al. A house is not a home: keeping patients at the center of practice redesign. *Health affairs (Project Hope)*. 2008;27(5):1219–30.
- 8 Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*. 2004(2):143–64.
- 9 Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Jr., Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical care*. 1999(1):5–14.
- 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 Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002;288(19):2469–75.
- 12 Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical care*. 2001(8 Suppl 2):II46–54.
- 13 Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *General hospital psychiatry*. 2001(3):138–44.
- 14 Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Annals of internal medicine*. 1997;127(12):1097–102.
- 15 Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. *BMJ (Clinical research ed)*. 2001 Oct 27;323(7319):948–9.
- 16 Dorr D, Bonner LM, Cohen AN, Shoai RS, Perrin R, Chaney E, et al. Informatics systems to promote improved care for chronic illness: a literature review. *J Am Med Inform Assoc*. 2007(2):156–63.
- 17 Young AS, Chaney E, Shoai R, Bonner L, Cohen AN, Doebbeling B, et al. Information technology to support improved care for chronic illness. *Journal of general internal medicine*. 2007;Suppl 3:425–30.

18 Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health affairs (Project Hope)*. 2004;23(2):127–41.

19 Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health affairs (Project Hope)*. 2009;28(1):75–85.

20 Battersby MW. Health reform through coordinated care: SA HealthPlus.

*BMJ (Clinical research ed)*. 2005 Mar 19;330(7492):662–5.

21 Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *The American journal of managed care*. 2005;11(8):478–88.

22 van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases.

*Journal of clinical epidemiology*. 1998;51(5):367–75.

23 Rosemann T, Joos S, Laux G, Gensichen J, Szecsenyi J. Case management of arthritis patients in primary care: a cluster-randomized controlled trial.

*Arthritis and rheumatism*. 2007;57(8):1390–7.

24 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 Patient's Trial) [ISRCTN66386086] – study protocol. *BMC public health*. 2005;5:101.

25 Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW, Jr., Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical care*. 2001(11):1217–23.

26 Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Villagra VG, Duffy J. Return on investment in disease management: a review. *Health care financing review*. 2005;26(4):1–19.

#### 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

mediX Gruppenpraxis  
 Rotbuchstrasse 46  
 8037 Zürich  
 claudia.steurer@medix.ch  
 www.medix-gruppenpraxis.ch