

# Das Chronic Care Modell: Elemente einer umfassenden Behandlung für Patienten mit chronischen Krankheiten

## DEGAM-Serie: Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten

### The Chronic Care Model: Elements of a Comprehensive Care for Patients with Chronic Diseases

Autor **J. Gensichen<sup>1</sup>, T. Rosemann<sup>2</sup>**

Institut <sup>1</sup>Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.  
<sup>2</sup>Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum, Heidelberg

#### Schlüsselwörter

- Chronic Care Modell
- chronische Krankheiten
- Allgemeinmedizin

#### Key words

- chronic illness care
- primary health care
- family medicine

#### Peer reviewed article

eingereicht: 28.9.2007  
akzeptiert: 26.11.2007

#### Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-1004522  
Online-Publikation: 2007  
Z Allg Med 2007; 83: 483–486  
© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York  
ISSN 1433-6251

#### Korrespondenzadresse

**Dr. J. Gensichen**  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Institut für Allgemeinmedizin  
Theodor-Stern-Kai 7  
60590 Frankfurt a. M.  
gensichen@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

#### Zusammenfassung

Das Chronic Care Modell beschreibt Elemente für eine umfassende Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten. Vorausgesetzt wird die Bereitschaft des Praxisteams zu einer Neuorientierung in der Gesundheitsversorgung: vom ausschließlich unmittelbaren Reagieren auf akute Behandlungsanlässe hin zum vorausschauenden Handeln, also der Beachtung langfristiger Patientenentwicklungen und -bedürfnisse. Ärzte, Praxisteams und ihre Patienten erreichen bessere Behandlungsergebnisse, wenn sie eine partnerschaftliche „produktive“ Beziehung aufbauen. Einige Elemente sind hier förderlich: Selbst-Management der Patienten stärkt ihre Rolle im Behandlungsgeschehen, evidenzbasierte Leitlinien unterstützen klinische Entscheidungen, strukturierte Arbeitsabläufe erleichtern die tägliche Patientenversorgung und klinische Informationssysteme, wie krankheitspezifische Register, stellen Erkenntnisse für besondere Patientengruppen zur Verfügung. Nicht zuletzt kann das umliegende Gemeinwesen mit seinen Ressourcen die Praxis und die Patienten im Umgang mit den chronischen Krankheiten unterstützen.

#### Bullet points

- ▶ Chronic Care Modell: Verbesserung der Behandlungsergebnisse für Menschen mit chronischen Krankheiten durch ein vorausschauend handelndes Praxisteam und ihre aktiven Patienten.
- ▶ Selbst-Management, klinische Informationssysteme, gezielte Entscheidungsunterstützung und Umgestaltung der Leistungserbringung können die Versorgung für diese Patienten in der Hausarztpraxis unterstützen.

#### Abstract

The Chronic Care Modell describes elements of a comprehensive care for patients. Essential is the motivation for change in care delivery in the practice team: from an immediate reaction on acute events to a proactive care – focusing on long-term trajectories and patients needs. Doctors, practice teams, and patients achieve improved clinical outcomes, when realizing “productive interactions” based on a cooperative relationship. Some elements strengthen this interaction: Patients’ self-management empowers his central role in the treatment process. Evidence based guidelines support clinical decisions, structured processes of care help in daily patient care, and clinical information-systems (i.e. patient registers) provide relevant information for special patient populations. Resources and support for the practice team may come from the community.

#### Die Versorgung für Patienten mit chronischen Krankheiten

Die Versorgung für Menschen mit chronischen Krankheiten ist eine aktuelle Herausforderung. Die Behandlung von chronischen Erkrankungen wird zum einen durch die Besonderheiten der jeweiligen Erkrankung bestimmt. Darüber hinaus können übergreifende Behandlungselemente beschrieben werden, wie sie im Chronic Care Modell zusammengefasst sind. Letztlich ist die Bereitschaft zu einer Neuorientierung des Gesundheitswesens von einer „reaktiven“ hin zur „pro-

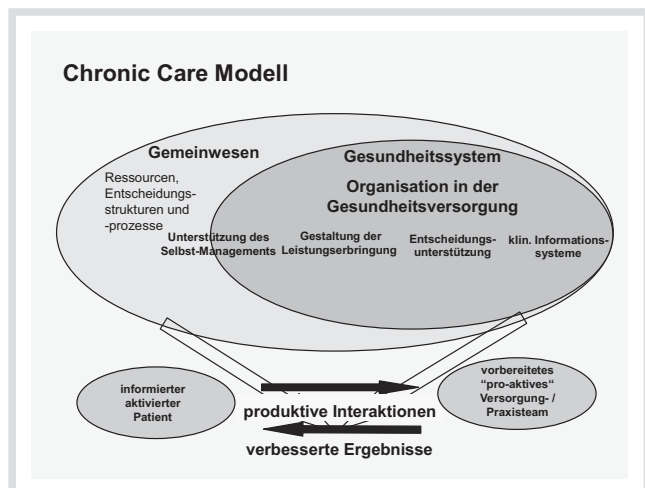


Abb. 1 Wagner 1996, Dt. Adaptation: Gensichen, Knieps, Schlette 2006.

aktiven“ also einer vorausschauenden Patientenversorgung notwendig.

Mit der Einführung von „Disease Management-Programmen (DMP)“ und der Möglichkeit zu Verträgen der „integrierten Versorgung“ wurden erste entsprechende Schritte in Deutschland unternommen [1]. Die gezielte Weiterentwicklung dieser Programme ist sinnvoll, um insbesondere die individuellen Bedürfnisse der Patienten und die häufige Multimorbidität besser zu berücksichtigen.

### Das Chronic Care Modell

Das derzeit international am häufigsten umgesetzte Konzept zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit chronischen Krankheiten ist Ed Wagners Chronic Care Modell [2, 3] (s. Abb. 1). Dieses evidenzbasierte Modell ist interdisziplinär und multidimensional angelegt. Es beschreibt verbesserte Versorgungsprozesse und stellt fördernde Ressourcen des Gemeinwesens und der einzelnen ärztlichen Praxis vor. Im Kern beschreibt es, wie pro-aktiv, also gut vorbereitete und vorausschauend tätige Praxisteams und ihre informierten Patienten – mit aktiver Rolle in ihrer Behandlung – gemeinsam verbesserte Behandlungsergebnisse erzielen. Erreicht werden diese über den Aufbau „produktiver Interaktionen“. Hier ist zum einen die im medizinspsychologischen Sinne gelungene partnerschaftliche und vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt, Praxisteam und Patienten angesprochen. Darüber hinaus werden Elemente genannt, die sich in ihrem Zusammenwirken auch produktiv auf die Gesundheit des Patienten auswirken.

- ▶ Die Unterstützung des Selbst-Managements ist die Hilfe zur Selbstsorge des Patienten (und ggf. seiner Angehörigen). Hier wird eine Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz im Sinne eines sogenannten Empowerments beabsichtigt. Es umfasst Hilfen für das Selbstbeobachten von klinischen Ergebnissen und für den sicheren Umgang mit ihnen [4].
- ▶ Die klinische Entscheidungsfindung werden z. B. mit evidenzbasierten Leitlinien für Ärzte und Patienten unterstützt [5]. Eine bessere Kooperation mit Fachspezialisten oder anderen Leistungserbringern und Versorgungsstufen kann mit sogenannten Versorgungspfaden erreicht werden. Sie beschreiben definierte Schnittstellen je nach Komplexität des gesundheit-

lichen Problems und des Versorgungsbedarfs des einzelnen Patienten [6].

- ▶ Bei der Gestaltung der alltäglichen Praxisabläufe in der Patientenversorgung, also der Leistungserbringung, ist die verantwortliche Aufgabenteilung innerhalb des Praxisteams entscheidend. Medizinische Fachangestellte können u. a. spezielle Sprechstunden mit Patientenschulungen oder regelmäßige Follow-ups im Case Management anbieten [7].
- ▶ Klinische Informationssysteme, wie krankheitsspezifische Patientenregister, können dem Praxisteam zeitgerechte Erinnerungen melden, aktuelle Patienteninformationen erstellen oder Langzeitverläufe und -planungen einzelner Patienten abbilden sowie Ergebnisse der Qualitätsentwicklung im Praxisteam darstellen, die dann als Grundlage für die Reflexion über die eigene Arbeit genutzt werden können [8,9].

Eine Anwendung in der alltäglichen Behandlungspraxis wird sicher durch die Bedingungen in den verschiedenen Organisationen bestimmt. In der ambulanten hausärztlichen Einzelpraxis oder in der Klinik eines großen Trägers können unterschiedliche Kulturen im Umgang mit Qualitätsbemühungen bestehen. Die jeweils Verantwortlichen können aber die Behandlungspraxis über differenzierte (nicht nur finanzielle) Anreize steuern und die Qualität fördern [10]. Die einzelne Arztpraxis, das Medizinische Versorgungszentrum oder das Krankenhaus sind eingebettet in ein sie umgebendes Gemeinwesen. Hier können lokale und kommunale Ressourcen, also gemeindenaher Angebote wie Gemeindedienste oder Selbsthilfe, Patienten und Praxisteam erfolgreich unterstützen [11]. Außerdem wirken hier auch übergreifende Gesundheitsangebote, wie themenspezifische Präventionskampagnen [12], aber auch die Entscheidungsstrukturen und -prozesse der Kommunal-, Landes- und Bundesgesundheitspolitik, insbesondere die der Gesetzlichen Krankenversicherung.

### Ein fiktives Beispiel aus der Hausarztpraxis

Die herkömmliche Versorgungssituation chronischer Erkrankungen kann in folgendem hypothetischen Fallbeispiel überspitzt charakterisiert werden (nach: Gerlach et al. 2006 [13]).

Herr Müller, Diabetiker, 64 Jahre, erscheint am Montagmorgen wegen akuter Knieschmerzen in der Hausarztpraxis von Dr. Schmidt. Nach Abklärung der Akutsymptomatik erkundigt sich Dr. Schmidt nach den Blutzuckerwerten seines Patienten und erhält die Antwort, dass diese „in Ordnung“ seien. Da Dr. Schmidt in der Patientenakte vergeblich nach den letzten Laborwerten und dem Bericht des Augenarztes sucht und Herr Müller auch keinen Diabetikerpass dabei hat, misst Dr. Schmidt den Blutdruck und veranlasst eine sofortige Blutentnahme. Die am Abend eingehenden Laborwerte ergeben unter anderem ein deutlich erhöhtes HbA1C. Dr. Schmidt beschließt, sich beim nächsten Besuch des Patienten ausführlicher mit dessen Diabetes zu beschäftigen.

Das Zusammenwirken der Elemente eines strukturierten Behandlungskonzepts in der Hausarztpraxis wird im nachfolgenden Fallbeispiel dargestellt.

Frau Meier kommt zu ihrer geplanten Routinevorstellung in die Hausarztpraxis. Wie sie das in ihrer Patienten-Gruppe erlernt hat, händigt sie der Arzthelferin – nicht dem Arzt – ihren Diabetikerausweis aus. Die Helferin trägt die Daten in die elektronische Patientenakte ein und druckt eine Verlaufskurve u. a. der HbA1C-Werte von Frau Meier für das Arztgespräch aus. Beim Öffnen der Patientenakte erscheint automatisch eine Erinnerungsmeldung für die noch ausstehende Augenhintergrunduntersuchung. Im Gespräch sehen sich Arzt und Patientin die Kurven der Verlaufparameter an – inklusive des regelmässig gemessenen Blutdrucks – und sehen erneut die inzwischen mehrfach wiederholte deutliche Erhöhung des LDL-Wertes. Sie vereinbaren einen Behandlungsplan zur Cholesterinsenkung – sie bekommt bei der Gelegenheit auch ein Statin neu verordnet – beide legen gemeinsam die Behandlungsziele für das nächste Jahr fest. Die Arzthelferin vereinbart zwei Termine für Frau Meier, einen beim Augenarzt und einen bei der Diätberaterin. Arzt und Arzthelferin stellen am Ende des Monats in der Praxisstatistik fest, dass der Anteil an Diabetikern in ihrer Praxis mit jährlicher Augenhintergrunduntersuchung inzwischen deutlich gestiegen ist.

## Diskussion

Inzwischen liegen Studien [14–18] und eine Metaanalyse [19] vor, die robuste Evidenz für die Verbesserung der Versorgungsprozesse und der klinischen Ergebnisse durch Umsetzung des Chronic Care Modells belegen. Die Studien wurden oft in stark strukturierten Gesundheitssystemen durchgeführt (v. a. US Health Maintenance Organizations), so dass eine Übertragung in das deutsche Gesundheitswesen erst geprüft bzw. an hiesige Besonderheiten angepasst werden muss. Dabei kann das vergleichsweise stärker ausgeprägte Vertrauensverhältnis zwischen Hausarzt und Patient in Deutschland [20] eine Akzeptanz für diese Neuorientierung fördern – stellt dieses Modell doch den Arzt bzw. die Praxisteam-Patienten-Beziehung in den Mittelpunkt der Versorgung. Erste erfolgreiche Erfahrungen mit neuen Aufgaben für hausärztliche Arzthelferinnen liegen vor, z. B. im Case Management [21,22]. Spezielle Mitarbeiter von Call-Centern würden hier lediglich zu anonymen, fragmentierenden und letztlich unwirtschaftlichen Parallelstrukturen führen. Darüber hinaus haben Patienten mit chronischen Krankheiten oft mehrere Krankheiten gleichzeitig [23]. Auch hierfür ist die Hausarztpraxis primärer Ansprechpartner.

Diese Form der Patientenversorgung erfordert eine Bereitschaft von Ärzten, Praxismitarbeitern und Patienten, gemeinsam „proaktiv“ bzw. „aktiviert“ in der Behandlung zu wirken. Sie zeigt deshalb insbesondere gute Erfolge bei jüngeren und höher gebildeten Patienten. Es bleibt eine Herausforderung für die Praxisteam, inwieweit sie ältere oder geringer gebildete oder andere bislang weniger aktive Patienten motivieren kann, eine stärkere Verantwortung in ihrer Behandlung zu übernehmen und sie so deutlicher von einer Versorgung unter Nutzung der Elemente aus dem Chronic Care Modell profitieren können.

Eine Versorgung, die das Chronic Care Modell nutzt, bietet für deutsche Hausarztpraxen die Chance, sich als ein „gemeindenahes Kompetenzzentrum“ für Menschen mit chronischen Krankheiten zu professionalisieren [24], und stärkt Patienten, aktiv gestaltend im Behandlungsprozess ihrer Krankheit zu wirken.

**Interessenskonflikte:** keine angegeben.

## Literatur

- Schlette S, Knieps F, Amelung V. Versorgungsmanagement für chronisch Kranke. Lösungsansätze aus den USA und Deutschland. KomPart Bonn 2005
- Wagner EH, Davis C, Schaefer J, et al. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature. *Man Care Qu* 1999; 7: 56–66
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care-model. *JAMA* 2002; 288: 1909–1914
- Korff M von, Gruman J, Schäfer J, Curry S, Wagner E. Collaborative management of chronic illness. *An Intern Med* 1997; 127: 1097–1102
- Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence based guidelines. *Medical Care* 2001; 39: II46–II54
- Katon W, Korff M von, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psych* 2001; 23: 138–144
- Korff M von, Goldberg D. Improving outcomes in depression. The whole process of care needs to be enhanced. *BMJ* 2001; 323: 948–949
- Greenlick M. The emergence of population-based medicine. *HMO Pract* 1995; 9: 120–122
- Katon W, Korff M von, Lin E, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. *JAMA* 1995; 273: 1026–1031
- Rosenthal M, Fernandopulle R, RyuSong H, Landon B. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Affairs* 2004; 23: 127–141
- Döhner H, Schick B. Stadtteilbezogene Kooperation in der Primärversorgung älterer Menschen. In: Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hrsg). *Public Health Forschung in Deutschland*. Hans Huber Berlin 1999; 317–321
- Hegerl U, Althaus D, Pfeifer-Gerschel T. Früherkennung und Awareness. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz Fw (Hrsg). *Volkskrankheit Depression?* Springer Berlin 2006; 371–386
- Gerlach FM, Beyer M, Muth C, Saal K, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2006; 100: 335–343
- Battersby M. Health reform through coordinated care. *SA Health Plus*. *BMJ* 2005; 330: 662–665
- Lozano P, Finkelstein J, Carey V, et al. A multi-site randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: health outcomes of the pediatric asthma care outcomes research team II study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 875–883
- Piatt G, Orchard T, Emerson S, et al. Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. *Diabetes Care* 2006; 29: 811–817
- Bauer M, McBride L, Williford W, et al. Cooperatives Study Program 430 study team. Collaborative care for bipolar disorder: Part II impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 937–945
- Homer C, Forbes P, Horvitz L, et al. Impact of a quality improvement program on care and outcomes for children with asthma. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159: 464–469
- Tsai A, Morton S, Mangione C, Keeler E. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illness. *Am J Manag Care* 2005; 11: 478–488
- Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 1999; 93: 437–445
- Rosemann T, Joos S, Laux G, Gensichen J, Szecseyi J. Case Management of arthritis patients in primary care: cluster randomized trial [ISRCTN87252339]. *Arthritis Care and Research* 2007, (In press)
- Gensichen J, Torge M, Peitz M, 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
- Akker vd M, Buntinx F, Metsemakers J, Roos S, Knottnerus J. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of

co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiology* 1998; 51: 337–375

- 24 Gensichen J, Muth C, Butzlaff M, et al. Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung: Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronische Kranke. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2006; 100: 365–374

#### Zur Person

**Dr. med. Dipl. Päd. Jochen Gensichen, MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin**

Erziehungswissenschaftler, Master of Public Health, Teilzeittätigkeit in Allgemeinpraxis, Leitung des Arbeitsbereichs „Chronic Care und Versorgungsforschung“. Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt.