

Der Hausarzt als Manager chronisch Kranker – wie wird Gesundheit gefördert?

Paradigmen- und Perspektivenwechsel sind angesagt

Eines machte PD Claudia Steurer-Stey, Leiterin Chronic Care am Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich und Fachärztin für Lungenkrankheiten/Innere Medizin FMH, praktizierende Ärztin mediX Gruppenpraxis, in ihrem Vortrag klar: «Wir können unsere Augen nicht vor der Tatsache verschliessen, dass die Zukunft der Grundversorger und unseres Gesundheitssystems mitbestimmt werden wird durch ihre Fähigkeit, die menschlichen und klinischen Bedürfnisse einer alternden, chronisch kranken Population zu managen.»

Schon in den nächsten 10 Jahren werden chronische Krankheiten insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Lungenkrankheiten, Krebserkrankungen und Depression auf Grund der demografischen und medizinischen Entwicklungen weltweit zunehmen:

- 43% der Gesamtbevölkerung und 70% der über 65-Jährigen werden an einer, häufig sogar an zwei und mehr chronischen Erkrankung leiden.
- 80% aller Konsultationen in der Hausarztpraxis werden chronische Krankheiten betreffen.

Gerade chronisch kranke, multimorbide Patienten sind auf einen Hausarzt angewiesen, der die Prioritäten entsprechend den Patientenbedürfnissen und der Patientensicherheit setzt, der den Überblick behält und der den Patienten kontinuierlich, ja oft ein Leben lang medizinisch begleitet. Es gibt niemanden im Gesundheitssystem, der diese Lotsen- und Betreuungsfunktion besser wahrnehmen kann.

Bereitschaft zur Veränderung

Eine nutzbringende Versorgung chronisch kranker Menschen braucht Bereitschaft zur Veränderung auf individueller und System-Ebene. Zahlreiche Studien belegen eine Diskrepanz zwischen der Versorgung, die chronisch Kranke benötigen und der Betreuung, die sie erhalten. Häufig kann in der Praxis nur reaktiv auf die akuten Probleme und komplexen Situationen chronisch kranker Patienten eingegangen werden. Der Ist-Zustand ist durch mangelnde Koordination und Fragmentierung gekennzeichnet. Das Versorgungsmodell für chronisch Kranke, das «Chronic Care Model» (CCM), ist ein Lösungssatz, der sich auf Systemveränderung und auf Methoden zur Qualitätssteigerung durch verbesserte Kollaboration, Kommunikation, Kontinuität und Integration stützt. Sechs Elemente werden dabei berücksichtigt: die Gesellschaft, das Gesundheitssystem und eine

Organisation der Gesundheitsversorgung, in der moderne klinische Informationssysteme, Entscheidungshilfen und evidenzbasierte Richtlinien sowie eine Umgestaltung der Leistungserbringung und die Selbstmanagement-Unterstützung der Patienten Eckpfeiler darstellen. Die nutzbringende Interaktion zwischen aktiven Patienten und einem nicht reagierenden, sondern proaktiven und vorausplanenden Team steht im Zentrum und ermöglicht bessere Ergebnisse.

Der Nachweis der Wirksamkeit ist für «Chronic Care Model» erbracht. Interventionen, die mindestens ein «Chronic Care Model»-Element enthalten, verbessern klinische Endpunkte und Versorgungsprozesse.

Wo liegen die Barrieren?

Die Referentin fragte sich, wo denn die Barrieren liegen, dass solche Konzepte in der Schweiz nicht

verfolgt und implementiert werden. Ein wesentlicher Faktor ist der fehlende Anreiz für zeitintensive, aber bisher nicht oder ungenügend vergütete Massnahmen in der Betreuung chronisch Kranker. Das dominierende «fee for service»-Zahlungssystem, die Vergütung für die Dienstleistung, die Konsultation, die Medikation, die Hospitalisation, sieht keine oder nur ungenügende Entschädigung vor für Zeit und Massnahmen, die für Koordination und integrierte Versorgung investiert und geleistet werden. Weniger Inanspruchnahme teurer Dienstleistungen, Vermeidung von Notfällen und Hospitalisationen wird nicht belohnt. Es wird Quantität, aber nicht unbedingt Qualität bezahlt. Das sind falsche Anreize!

«Wenn wir uns der grossen Herausforderung der chronischen Krankheiten erfolgreich stellen wollen, dann müssen wir also in verschiedenen Bereichen den Kurs ändern», verlangte Claudia Steurer-Stey, «Hausarztmedizin der Zukunft ist das durch einen Hausarzt koordinierte interprofessionelle Team, das



eine kontinuierliche und integrierte Versorgung im Sinne des patientenzentrierten Zuhauses ermöglicht und nicht nur mit dem Image des «gatekeepers» behaftet ist.»

Wenn die Transformation und Revitalisierung der Hausarztmedizin in funktionierende «medical homes» gelingen soll, müsse unser Gesundheitssystem aber zu Investitionen bereit sein und dürfe nicht die Augen davor verschliessen, dass der Grossteil der Betreuung kranker Menschen weiterhin und zunehmend in der Grundversorgung stattfindet und niemand die Langzeitbegleitung und Koordination besser übernehmen könne. «Die Belege, dass ein Gesundheitssystem umso besser und kostengünstiger ist, je stärker die Rolle des Hausarztes ist, sind überwältigend», lautet der Schlussakkord des erstklassigen Referats.

Konkrete Ziele der Gesundheitsförderung

Dr. iur. Thomas Mattig, Direktor, Gesundheitsförderung Schweiz, wies auf die hohe Bedeutung der Prävention hin. Unser Gesundheitswesen sei geprägt von der Abwehr gegen die Krankheit. Der salutogenetische Ansatz – die Ausrichtung der Kompassnadel auf die Gesundheit – ist erst etwa vierzig Jahre alt. Darum besteht ein wesentlicher Teil präventiver Arbeit darin, überhaupt ein Bewusstsein zu schaffen für die Ausrichtung auf die Gesundheit.

Dieses Bewusstsein gelte es bei einzelnen Menschen, aber auch in der Politik und in der Wirtschaft zu wecken. In der Sprache der Gesundheitsförderung heisst das: «Health in all Policies». Es bedeutet, bei jeder Entscheidung die möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit zu berücksichtigen. Denn alle Bereiche der Gesellschaft sind mit dem Thema Gesundheit verbunden.

Grenze Öffentlichkeit-Privatleben

Gerade weil Gesundheit alle Bereiche des Lebens betrifft, stellt sich die Frage: Wo ist die Grenze zwischen Öffentlichkeit und Privatleben? Ein Vorwurf gegen Prävention und Gesundheitsförderung lautet bekanntlich, der Bürger werde bevormundet und in seinem Privatleben eingeschränkt. «Geht es um allgemeine Gesundheitsfragen und um Frage des Lebensstils, dann kann man in der Tat nicht mit Gesetzen und Verordnungen operieren», so Mattig, «Ziel der Gesundheitsförderung ist vielmehr, die Voraussetzungen für ein gesundes Leben zu schaffen. Die Gesundheitsförderung Schweiz ist ein privatrechtliche Stiftung, die einen gesetzlichen Auftrag hat und unter staatlicher Kontrolle steht. Wir sind also kein staatlicher Betrieb, sondern ein Beispiel für eine PPP – Public Private Partnership, auf Deutsch: Öffentlich-private Partnerschaft. Das Konzept PPP wird im Moment auf vielen Gebieten kontrovers diskutiert: im Verkehrswesen, in der Bildung und im Gesundheitswesen. Im Fall der Gesundheitsförderung sehe ich in diesem Konzept grosse Vorteile: Wir

treten nicht als Behörde auf, sondern spielen eher die Rolle eines Animators und Vermittlers. Dieses zurückhaltende Auftreten ist wichtig, da wir uns beim Thema Gesundheit auf einem sensiblen Terrain von privatem und öffentlichem Interesse bewegen. Wenn wir die Kompassnadel wirklich auf die Gesundheit ausrichten wollen, müssen wir sagen: Gesundheitsförderung ist unvereinbar mit Zwangsmassnahmen. Die Freiheit, sein Leben zu bestimmen, ist nämlich selber schon gesundheitsrelevant, das haben die Untersuchungen der WHO zu den sozialen Determinanten der Gesundheit ergeben.»

Drei Hauptbereiche

Die Gesundheitsförderung Schweiz bündelt ihre Aktivitäten auf die drei Hauptbereiche gesundes Körpergewicht, betriebliche Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsförderung und Prävention stärken.

Betrachten wir vor allem den dritten Bereich näher: Gesundheitsförderung und Prävention stärken. «Hier geht es uns darum, Gesundheitsförderung und Prävention auf allen gesellschaftlichen Ebenen besser zu verankern», betonte Mattig. «Wir pflegen auch den Wissens- und Erfahrungsaustausch über die Grenzen hinweg. Höhepunkt in dieser Hinsicht war die Durchführung der 20. Weltkonferenz der Gesundheitsförderung von 2010 in Genf mit über 2'000 Teilnehmern aus der ganzen Welt. Dort lancierten wir auch die Healthy3-Initiative, die zum Ziel hat, die Bereiche Gesundheitsförderung und Nachhaltige Entwicklung zusammenzubringen. Im Rahmen dieser Initiative ist es uns gelungen, neue Partner für die Gesundheitsförderung zu gewinnen, u.a. die Caritas, welche in Luzern beheimatet ist.»

Lohnt sich Gesundheitsförderung? Die Frage wird zu Recht immer wieder gestellt. Im Mikrobereich – zum Beispiel bei der betrieblichen Gesundheitsförderung – gibt es dazu aussagekräftige Daten. Vor wenigen Monaten erschien in der renommierten «Harvard Business Review» ein Artikel unter dem Titel: «What's the Hard Return on Employee Wellness Programs?» Welchen finanziellen Gewinn bringen also Gesundheitsprogramme einem Betrieb? Der Artikel liefert eindrückliche Zahlen: Die Pharmaziefirma Johnson & Johnson, die seit 1995 systematisch Gesundheitsprogramme für die Mitarbeitenden anbietet, schätzt die Summe der eingesparten Gesundheitskosten auf 250 Millionen Dollar. Jeder Dollar, der zwischen 2002 und 2008 in die Gesundheit investiert wurde, löste einen Return von 2,71 Dollar aus.

Freiwilligkeit bleibt Trumpf

Die Gesundheitsförderung Schweiz hat auch eigene Zahlen erarbeitet. Sie wird in diesem Jahr Forschungsergebnisse aus dem Projekt SWiNG präsentieren. Dieses Projekt zur Stressreduktion läuft seit anfangs 2008 in zahlreichen Pilotbetrieben. Die

aufwändige Evaluation kann wichtige Wirkungsnachweise erbringen, welche im Herbst dieses Jahres publiziert werden.

Mattig schloss: «Gesundheitsförderung bringt in erster Linie einen Perspektivenwechsel, indem sie nicht die Krankheit, sondern die Gesundheit ins Zentrum rückt. Wir setzen auf Freiwilligkeit und wollen die Voraussetzungen schaffen für ein gesundes Leben. Gesundheit kann nicht verordnet werden wie ein Medikament. Als Stiftung stiften wir andere zur Gesundheitsförderung an. Nur wenn sich möglichst viele Akteure auf allen unterschiedlichen Ebenen für die Gesundheit einsetzen, können unsere Bemühungen eine Wirkung erzielen. Unsere ersten Resultate sind ermutigend. Die Salutogenese sieht Krankheit und Gesundheit nicht als Gegensätze, sondern als Kontinuum.»

Neue Betreuungsmodelle: patientenorientiert und interprofessionell

Rebecca Spirig, Prof, PhD, RN UniversitätsSpital Zürich & Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel, forderte schliesslich neue Betreuungsmodelle. Dazu brauche es folgende Komponenten:

- Zugang zu und Kontinuität der Betreuung
- Strikte Patientenbeteiligung am Betreuungsprozess
- Unterstützungsleistungen zur Selbsthilfe bzw. zum Selbstmanagement
- Koordination der Betreuung zwischen einzelnen Strukturen bzw. Institutionen und Leistungserbringern

«Von der üblichen Betreuung zum gemeinsamen Krankheitsmanagement», so lautet der Paradigmawechsel. Die neuen Behandlungsmodelle sind interprofessionell. Das bedeutet:

- Evidenzbasierte Medizin und Pflege nach Richtlinien
- Strukturierte Zusammenarbeit nach Prozessen
- Krankheitsmanagementprogramme für definierte Patientengruppe:
 - Kollaborative Beziehung zwischen Patient und Betreuenden
 - Behandlungs- und Pflegeplan
 - Unterstützung des Selbstmanagement des Patienten
 - Proaktives Follow Up
 - Evidenzbasierte Protokolle und Interventionen

In der Praxis bedeutet das einen Wechsel von der üblichen Betreuung zur strukturierten Zusammenarbeit in neuen Behandlungsmodellen. Am Beispiel eines Herzinsuffizienzmanagement, das patientenorientiert, interprofessionell und über-institutionell abgewickelt wurde, zeigte die Referentin positive Resultate: tiefere Re-Hospitalisation, Spitalaufenthaltsdauer und Gesundheitskosten sowie einen höheren Funktionsstatus und bessere Lebensqualität.

Text: Dr. Hans Balmer