

Regine Böler
Dr. med.

**Implementierung des Chronic Care Modells in die Hausarztpraxis
am Beispiel der Hüft- und Kniegelenksarthrose
Chancen und Barrieren aus Sicht von Hausärzten und Medizinischen Fachangestellten
Eine qualitative Studie**

Promotionsfach: Allgemeinmedizin
Doktorvater: Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Joachim Szecsenyi

Die primärärztliche Versorgung steht vor der Herausforderung der zunehmend chronisch krank und multimorbider werdenden alternden Gesellschaft. Chronisch kranke Patienten fordern nicht einfach ein „Mehr an Versorgung“. Die speziellen Anforderungen chronisch erkrankter Patienten lassen die hausärztliche Versorgung vielmehr stetig komplexer werden. Eine strukturierte Anpassung der ambulanten Versorgungsstrukturen an die zunehmenden Anforderungen ist bisher nicht ausreichend verwirklicht worden. In den USA wurde Ende der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts von Ed Wagner das Chronic Care Modell (CCM) entwickelt. Dieses Modell stellt ein evidenzbasiertes Rahmenkonzept zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen dar.

Die sechs Elemente des CCM lauten:

- *Unterstützung des Selbstmanagements (Self-management support)*
- *Entscheidungsunterstützung (Decision support)*
- *Gestaltung der Leistungserbringung (delivery system design)*
- Klinisches Informationssystem (Clinical information system)
- *Gemeinwesen (Community resources)*
- Health system (Gesundheitssystem)

Die vorliegende qualitative Studie stellt eine Bestandsaufnahme der hausärztlichen Erfahrungen und Ansichten zu den sich unmittelbar mit der Patientenversorgung beschäftigenden Elementen des CCM dar (kursive Schrift). Ergänzend werden die Ansichten der Medizinischen Fachangestellten (MFA) zu ihrer neuen Rolle im Praxisteam und der Gestaltung der Leistungserbringungen erhoben. Hauptsächlicher Gegenstand der Studie war die Frage nach der Implementierbarkeit des CCM in Deutschland.

Es wurden dazu Interviews mit 14 Hausärzten und zwei Fokusgruppen mit zehn MFA durchgeführt. Die Auswertung erfolgte qualitativ-inhaltsanalytisch mit Unterstützung des Computerprogramms ATLAS.ti.

Zur Stärkung des Selbstmanagements und der Eigenverantwortung des Patienten ist aus Sicht der Ärzte primär der Einbezug des Krankheitserlebens des Patienten in die Behandlung wesentlich. Das Arzt-Patienten-Gespräch ist neben der gelebten Anamnese ein zentrales Element, um individuelles Krankheitserleben zu erfahren. Zur Unterstützung der Therapieentscheidung halten sie Leitlinien zur Patienteninformation für wenig geeignet. Die Ärzte sehen ein Hauptproblem in der Überforderung vieler Patienten, mit den heute bereits zahlreich vorhandenen Patienteninformationen aus unterschiedlichen Quellen und mit unterschiedlicher Güte angemessen umzugehen. Skeptisch betrachten sie evidenzbasierte Leitlinien, da sie den Bezug zum individuellen Patienten vermissen. Evidenzbasierte Medizin wird zumeist nicht als eine integrative Sichtweise aus den drei Elementen Lebenswelt der Patienten, interne Evidenz des Arztes und externe Evidenz, z. B. in Form einer Leitlinie, wahrgenommen. Im Rahmen der Gestaltung der Leistungserbringung sehen die meisten

befragten Hausärzte die Erreichung des Therapieziels als ihre tägliche Aufgabe. Dazu gehören Beratung, Motivation und Unterstützung der Patienten sowie Förderung der Selbstverantwortung. Gleichzeitig äußern sie einen hohen Respekt vor der Patientenautonomie, die gelegentlich dem Therapieziel entgegensteht. Gegen generelle schriftliche Therapiezielfestlegungen für jeden Patienten sprechen hauptsächlich der hohe Zeitaufwand und unterschiedliche negative Erfahrungen.

Einer Integration der MFA in die regelmäßige Nachsorge steht die Mehrheit der befragten Hausärzte positiv gegenüber. Als Voraussetzung dafür sehen Ärzte eine aufgabenorientierte, spezielle Schulung der MFA. Als förderliche Faktoren werden Erfahrung, die häufig langjährige Beziehung zum Patienten sowie weitgehend selbstständiges und eigenverantwortliches Handeln genannt. Barrieren sehen Ärzte im Zeitaufwand für das eigene Personal. Die Ärzte äußern generelle Zweifel am Sinn eines Follow-ups bei Patienten mit schlechter Therapietreue. Die MFA geben an bereits aktuell häufig einen telefonischen Kontakt mit Patienten zu haben und äußern positive Erfahrungen, die sie mit Recallsystemen, z. B. im Rahmen der Disease Management Programme (DMP), gemacht haben. Sie wünschen sich für die Beteiligung an der kontinuierlichen Nachsorge klare Arbeitsaufträge und vorherige Schulungen. Die Hauptbarrieren sind aus ihrer Sicht die fehlende Zeit und die mangelnde finanzielle Honorierung.

Die Gemeindestrukturen bieten aus Sicht der Ärzte Ressourcen im Rahmen der Prävention. Aktuell beschreiben sie Beeinträchtigungen hinsichtlich der Organisation, Koordination oder Kooperation. Außerdem werden der hohe zeitliche Aufwand und die geringe Motivation der Patienten, kommunale Angebote zu nutzen, als Barriere gesehen. Insbesondere die Schnittstellenprobleme sind für die Nutzung kommunaler Angebote weiter zu evaluieren. Eine Lösungsmöglichkeit kann ein Runder Tisch der Akteure auf Gemeindeebene sein. Weiterhin besteht Bedarf an Studien, die sich speziell mit der Relevanz von Gemeindeangeboten innerhalb der bio-psycho-sozialen Versorgung von chronisch Kranken beschäftigen.

Für eine Implementierung des CCM in die Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens und insbesondere in den Allgemeinarztpraxen sind Anpassungen notwendig. Durch die Integration von Hausärzten in die Evaluation werden konkrete Barrieren und Lösungsmöglichkeiten bei der Umsetzung dieser Versorgungsstrukturen für chronisch kranke Menschen sichtbar.