

Zwischen Individualität und „evidence based medicine“ – die Rolle des Hausarztes im Rahmen der Disease Management Programme

Joachim Szecsenyi^{1,2} und Antonius Schneider¹

¹ Universitätsklinikum Heidelberg, Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

² AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen

ZUSAMMENFASSUNG

Der Wandel vom erfahrungsbasiert handelnden „traditionellen Hausarzt“ zum „evidence based“ praktizierenden Koordinator wird durch Einführung der Disease Management-Programme (DMP) beschleunigt. In diesem Artikel werden Maßnahmen im Praxismanagement aufgezeigt, um diese Herausforderungen bewältigen zu können. Aber auch Bedingungen an das Gesundheitssystem zur Unterstützung der Hausärzte bei der Implementierung des neuen Versorgungsmodells werden formuliert. Es bleibt eine Herausforderung, die Autonomie der Arzt-Patient-Beziehung zu erhalten und eine individuelle Medizin auf solider Basis der „evidence based medicine“ (EBM) zu ermöglichen.

Sachwörter: evidence based medicine, Disease Management-Programm, Hausarztssystem

EINFÜHRUNG: VERÄNDERUNGEN IM GESUNDHEITSSYSTEM DURCH DISEASE MANAGEMENT PROGRAMME

Am 1.7.2002 sind die Rechtsverordnungen für die ersten beiden Disease Management-Programme (DMP) in Kraft getreten, die nun die Erkrankungen Diabetes mellitus Typ II und Brustkrebs einer strukturierten und evidenzbasierten Versorgung zuführen sollen. Unter hohem Zeitdruck wurde diese erste Umsetzung der DMP's realisiert, z.T. war dies mit heftigen Auseinandersetzungen über inhaltliche Fragestellungen einhergegangen. In der Diskussion um die „optimale Therapie“ des Patienten sind wesentliche Grundlagen von Disease Management (4), wie die systematische Neuorganisation komplexer Versorgungsprozesse, bisher untergegangen. Durch diese

Neuorganisation wird die Umsetzung von DMP's mit der Notwendigkeit zur Umstrukturierung von Hausarztpraxen einhergehen. Die Konsequenzen für die hausärztliche Versorgung wurden in Deutschland bislang nicht diskutiert, jedoch liegen hierzu bereits Erfahrungen vor allem aus den USA vor (12, 15). Mit Blick auf diese soll die Bedeutung des Hausarztes/-ärztin für die Zukunft diskutiert werden.

Die Erfahrungen fokussieren auf zwei Ebenen. Die Sachebene ist am auffälligsten repräsentiert durch eine große Zahl von Untersuchungen zum Aufbau von meist multimodalen Konzepten und Organisationsstrukturen, die eine möglichst effektive und effiziente Versorgung der Patienten gewährleisten soll (5, 18). Die andere Ebene wird eher am Rande diskutiert, sie betrifft die mit der Neustrukturierung einhergehen-

de Neudefinition der Rolle des Hausarztes (8). Dieser Paradigmenwechsel, der teilweise ambivalent diskutiert wird (7, 21), soll zuerst dargestellt werden.

VOM TRADITIONELLEN HAUSARZT ZUM KOORDINATOR

Eine Veränderung der hausärztlichen Rolle zeichnet sich bereits seit Anfang der neunziger Jahre ab, nicht zuletzt im Rahmen der Budgetierung und zunehmenden Verwaltungsarbeit. Damit gehen auch Veränderungen einher, die von einer individualisierten zu einer eher standardisierten Medizin führen. Der Hausarzt traditionellen Stils zeichnete sich als lokale Autorität mit „dankbaren“ Patienten aus, war umfassend und 24 Stunden am Tag zuständig, befand sich in isolierter Tätigkeit in der eigenen Praxis und handelte erfahrungsbasiert (8). In der heutigen Rolle ist der Hausarzt/-ärztin mit „kritischen Konsumenten“ konfrontiert, muss unter Berücksichtigung evidenzbasierter Konzepte auf seine Richtgrößen achten und Verwaltungsanforderungen erfüllen. Vorwiegend in städtischen Gebieten ist er tätig in einer arbeitsteiligen Versorgung mit geregelter Notdienst, häufig besteht ei-



ne Kooperation in Form von Gemeinschaftspraxen oder gelegentlich auch Ärzthäusern. In näherer Zukunft wird hier eine Verdichtung dieser „modernen“ Arbeitsweise erfolgen, so dass sich diesbezüglich bereits neue Begriffe wie „Der Arzt als Disease Manager“ (19), „Kordinator“ (6) oder „gatekeeper“ (2) abzeichnen. Hiermit wird eine neue Form der Tätigkeit bezeichnet, die sich auf das Management von Populationen bezieht, seien es Kranke oder Gesunde. Medizinische Verantwortung soll sektorenübergreifend gebündelt, diagnostische und therapeutische Aktivitäten koordiniert werden. In diesem Zusammenhang soll der Hausarzt als gatekeeper und Koordinator in der Leistungskette Praxis – Ambulanz – Krankenhaus – Praxis fungieren und somit die Eintrittspforte in das Gesundheitssystem regeln (2). Im Hinblick auf die Vorerfahrungen in den USA muss dabei beachtet werden, dass dem Hausarzt nicht die undankbare Funktion eines Leistungsbegrenzers zukommt, sondern dass die Koordinierungsfunktion im Vordergrund stehen sollte (6). Die Effizienz (Kosten/Nutzen-Relation) des Gesundheitssystems soll durch Ausrichtung der Diagnostik und Therapie an Prinzipien der „evidence based medicine“ gesteigert werden. Eine erste Annäherung an diese zukünftige Form der ambulanten Medizin wird bereits durch Einführung der DMP's erfolgen. Was dies an Herausforderungen, aber auch Möglichkeiten für die hausärztliche Praxis bedeuten könnte, soll nachfolgend aufgezeigt werden.

DMP'S – HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE HAUSÄRZTLICHE PRAXIS

Ansätze zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker sind in der Regel durch Veränderungen auf mehreren Ebenen verknüpft, z.B. Einbindung der Patienten und Praxisorganisation. Um den Verände-

rungen durch Einführung der DMP's entsprechen zu können, sind folgende Umstrukturierungen auf mehreren Ebenen nötig, wie bereits an anderer Stelle aufgezeigt (10).

Patientenregister mit einem Remindersystem

In einem Register sollten alle Patienten mit der Zielerkrankung eindeutig gekennzeichnet sein. Geeignet hierfür wären ziehbare Reiter auf einer Patientenakte. Ideal wäre eine Integration in ein EDV-System mit Erinnerungsfunktion.

Strukturierte Wieder-einbestellung (Recall)

Die Effektivität eines Systems, das den Arzt oder das Personal an Patienten-anrufe/Wiedereinbestellungstermine erinnert, konnte in mehreren Studien herausgearbeitet werden (23, 27). Hierzu würde jedoch auch eine Qualifizierung bzw. Weiterbildung der Helferinnen erforderlich werden.

Dokumentation und Feedback

Wichtig ist, dass der Aufwand für die Dokumentation gering gehalten wird, um nicht einen Boykott durch Frustration bei den Ärzten hervorzurufen, denn die Evaluation der DMP's kann nur auf dem Boden einer zuverlässigen Dokumentation gelingen. Daneben könnte die Erfassung von Indikatoren dann Vorteile für die eigene Praxis bieten, wenn in einem geeigneten strukturierten Feedback Stärken und Schwächen der eigenen Versorgungsqualität bemerkt werden können. Dies wird für die Beteiligten aber nur dann akzeptabel sein, wenn das Feedback von einer vertrauenswürdigen Institution gegeben wird.

Patientenbuch

Ein individuelles Buch für jeden chronisch kranken Patienten mit Diagnosen, wichtigen Dokumenten,

Medikamentenplaner und anamnestischen Hinweisen kann als praxisübergreifendes Dokumentationsmittel die Kommunikation zwischen Patienten, niedergelassenen Ärzten und anderen Leistungssektoren, wie z.B. Krankenhäusern erheblich erleichtern und effektiv gestalten (16, 17, 25).

Patientenschulung

Durch Schulungen in Hausarztpraxen wurden bei Diabetes gute Ergebnisse erzielt und Selektionseffekte durch niedrige Zugangsschwellen vermieden (13). Bei Asthma bronchiale führt eine Schulung zur Reduktion der Komplikationsrate (11), so dass diese auch in Leitlinien empfohlen wird (1, 20). Eine Integration in das hausärztliche Management stellt eine Herausforderung dar, die aufgrund des organisatorischen Aufwandes von vielen Praxen nicht alleine gewährleistet werden kann. Hier wären Konzepte zu stärken, die auch andere Anbieter, wie z.B. Schulungsvereine, miteinbeziehen.

Qualifizierung der Arzthelferinnen

Eine systematische Qualifizierung von Arzthelferinnen hat bislang noch nicht stattgefunden. Dabei könnten diese nach entsprechender Schulung auch Beratungs-, Koordinations- und Managementfunktionen einnehmen. Ein hohes Interesse der Helferinnen kann erwartet werden, da dies eine Aufwertung ihrer Tätigkeit bedeuten würde (24).

Integration in Qualitätszirkelprogramme

Erfahrungen aus anderen Ländern legen nahe, auf etablierte Strukturen und Verfahren zur Qualitätsförderung zu setzen und diese schrittweise auszubauen, anstatt völlig neue Maßnahmen zu planen, welche die zeitlichen Ressourcen der Praxen zusätzlich binden würden. In



Deutschland besteht mit zahlreichen Qualitätszirkeln eine Basis für den praxisübergreifenden Erfahrungsaustausch und die Implementierung modular aufgebauter DMP-Inhalte.

AUSBLICK – WAS MUSS BEI BEWÄLTIGUNG DER HERAUSFORDERUNGEN BEDACHT WERDEN?

Mit den vorangestellten Punkten haben wir versucht, auf strukturelle und organisatorische Veränderungen hinzuweisen, die auf Praxen, die sich aktiv an DMP's beteiligen wollen, zukommen. Bereits mit den Punkten Dokumentation/Feedback, Patientenschulung und Qualifizierung von Arzthelferinnen wird deutlich, dass diese Veränderungen von der individualistischen Praxisführung wegführen und mehr Teamarbeit als bisher erforderlich machen werden. Hierfür müssen aber auch Anforderungen bewältigt werden, die in den folgenden Punkten dargestellt werden.

Vernetzung von bestehenden Strukturen

Die Anforderungen einer strukturierten Versorgung sind am ehesten durch eine verstärkte Zusammenarbeit von Praxen zu bewältigen, wie dies z.B. in der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Ried realisiert wurde (26). Patientenschulungsprogramme und Qualifizierungsmöglichkeiten für Arzthelferinnen können dann auch kooperativ entwickelt werden (24).

Die komplexe Verschränkung der Aufgaben macht deutlich, dass eine Lösung am ehesten durch Kooperationsmodelle möglich ist, in der einzelne Partner spezifische Aufgaben übernehmen. Grundlage hierfür könnte eine intensiviertere Vernetzung von Versorgungsstrukturen sein, bei der sich nicht nur Ärzte und Weiterbildungsinstitute, sondern auch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen beteiligen. Hieran

könnten Fortbildungs- und Kommunikationsmöglichkeiten gekoppelt werden, zusätzlich jedoch angereichert mit Informationen zum eigenen Praxismanagement. Neben den Fortbildungsmöglichkeiten, z.B. durch Einrichtung von netzinternen Qualitätszirkeln, bietet sich auch eine Plattform zu emotionalem Austausch. Durch Möglichkeiten zur internen Besprechung komplizierter Patienten oder problematischer Arbeitsbedingungen kann einem burn-out vorgebeugt werden (7). Anforderungen zur Optimierung, wie z.B. Professionalisierung der Inhalte und Bezugnahme auf Praxisorganisation/-management wurden bereits herausgearbeitet (3, 9).

Wer übernimmt die Kosten der Praxisumstrukturierung?

Die Einrichtung der DMP's hat eine Intensivierung der Betreuung chronisch kranker Patienten zur Folge. Dies geht bereits aus den oben aufgeführten Punkten zur Umstrukturierung der hausärztlichen Praxis hervor. Letztlich wird dies nicht nur vermehrt Zeit des Hausarztes in Anspruch nehmen, sondern auch eine Erhöhung der Personalinvestitionen bedingen. Auf Ebene der Krankenversicherungen werden hingegen Einspareffekte erhofft, die sich in den USA bereits gezeigt haben (15). Es sollte daher eine finanzielle Unterstützung zur Systemverbesserung bereitgestellt werden.

Evidence based medicine als Stütze der ärztlichen Entscheidung

Bislang ist der Begriff „evidence based medicine“ deutlich negativ behaftet durch Assoziationen mit Überregulation, Therapievorgaben und Bürokratie. Jedoch bieten die Kriterien der EBM Hilfe bei ärztlichen Entscheidungen, nicht zuletzt auch in Bezug auf das Überangebot an Diagnostik und Therapie, besonders in Deutschland. Unter Berufung auf Ergebnisse der Cochrane

Library lassen sich sicherlich in dankbarer Übereinkunft mit zahlreichen Patienten manche überflüssigen Eingriffe vermeiden. Dabei muss bedacht werden, dass EBM vom Urheber nie als rigide Vorgabe gedacht war, wie Medizin durchzuführen sei, sondern als Entscheidungshilfe für Arzt und Patient mit Zugang zu Quellen der „evidence“ im Sinne von „available facts“ – daher nicht zu verwechseln mit dem Begriff „Evidenz“ (22). Die Aufgabe der evidenzbasierten Medizin besteht vor allem darin, Optionen in Bezug auf Wirksamkeit, Akzeptanz, Praktikabilität und Kosten aufzuzeigen. Die hausärztliche Beratungsaufgabe bezieht sich dementsprechend auf gemeinsam mit dem Patienten zu fällende Entscheidungen unter Berücksichtigung patientenindividueller Präferenzen, ärztlicher Notwendigkeit und der zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Erhalt des ganzheitlichen Patientenbildes

Selbstverständlich werden die in Disease Management-Programme eingeschriebenen Patienten häufig mehrere unterschiedliche gesundheitliche Probleme haben. Hier gilt es, in hausärztlicher Sichtweise ein ganzheitliches Patientenbild zu bewahren und nicht einseitig auf die Indexerkrankung zu fokussieren. Das definitionsgemäß standardisierte Vorgehen im Rahmen der DMP's muss dabei der Subjektivität des Patienten vermittelt werden, um eine optimale Mitarbeit erreichen zu können. Dies ist insbesondere notwendig im Hinblick auf Verhaltensänderungen zur Prävention im Rahmen der Grunderkrankung und zur Bearbeitung krankheitsbezogener Ängste und Sorgen. Nicht zuletzt kann dadurch die Motivation und Compliance zu Kontrollbesuchen und anderen medizinischen Maßnahmen erhöht werden. Auf dieser individuellen Ebene kann der Hausarzt entscheidend zum Gelingen eines DMP's beitragen.



Akzeptanz von Patientenscheidungen

Selbst der größte Aufwand an Strukturenerneuerung und Leitlinienimplementierung kommt nicht am Wunsch des Patienten vorbei. Hier entscheidet sich schließlich das Gelingen eines DMP's. Dass der Wille des Patienten häufig nicht mit dem Ziel der Leitlinien konform geht, wurde eindrucksvoll von Howitt et al. (14) bei Patienten mit Vorhofflimmern gezeigt, die zu einem hohen Prozentsatz die Einnahme von Marcumar trotz Hinweis auf ein hohes Schlaganfallrisiko verweigerten. Unter der Berücksichtigung, dass Noncompliance letztlich auch Ausdruck der Autonomie der Patienten ist, darf dem Hausarzt ein individuelles Misslingen vorgegebener Therapieschemata nicht angelastet werden. Hier sollten Qualitätssindikatoren entwickelt werden, die eine aufklärende Beratung über verschiedene Optionen positiv berücksichtigt und die Entscheidung des Patienten gegen ein medizinisches Verfahren oder Medikament nicht zu Ungunsten des beratenden Arztes auslegt.

Autonomie der ärztlichen Entscheidung?

Bei Überlegungen zur Entwicklung der ärztlichen Autonomie hilft ein Blick auf das amerikanische Gesundheitssystem, in dem über die Health Maintenance Organisations bereits zahlreiche Erfahrungen im Bereich Managed Care gemacht wurden (6, 12, 15). Die ärztliche Position wurde von Iglehart, dem ehemaligen Vizepräsidenten der Kaiser Foundation, USA, herauskristallisiert (15). Im System des Managed Care ist es schwierig, der medizinischen Professionalität Priorität zu verleihen, da Ärzte weniger Einfluss haben als im „traditionellen“ System. Es wird das Bild des Arztes aufgezeigt, der einen Spagat zwischen den Ansprüchen des Patienten und den Kostenrestriktionen von

Health Maintenance Organisations leisten muss. Die Weiterentwicklung in Deutschland sollte diese Erfahrungen berücksichtigen. Welche Mechanismen zur Umsetzung evidenzbasierter Medizin am besten geeignet sind, ist noch offen und wird zwischen den Professionen, den Kostenträgern und der Politik heftig diskutiert, wie die gegenwärtige Debatte um die Etablierung eines „Deutschen Institutes für Qualität“ zeigt. Wünschenswert wäre hierbei der Erhalt einer individuellen Medizin auf solider Basis der EBM.

ABSTRACT

Between individuality and „evidence-based medicine“ – the general practitioner's role within the scope of disease management programmes

In Germany, the change from the „traditional“, experience-based general practitioner (GP) to the evidence-based practising co-ordinator may be accelerated by the introduction of disease management programmes. Here, we will discuss some tools that can help to meet this challenge. Also, a set of requirements will be defined that the health care system will have to provide in support of GPs. Maintaining the relationship between doctor and patient and also allowing for individual care on the basis of evidence-based medicine will remain a challenge.

Key words: evidence-based medicine, disease management programme, system of primary care.

LITERATUR

1. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (2001) Empfehlungen zur Therapie des Asthma bronchiale im Erwachsenenalter. 1. Aufl. Köln: Deutscher Ärzteverlag
2. Baumberger J (2000) Managed Care in Europa. Z Allg Med 76: 587–591
3. Beyer M, Gerlach FM, Breull A (1999) Qualitätsförderung und Qualitätszirkel aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – re-

präsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen-Anhalt. Z ärztl Fortbild-Qualsich 93: 677–687

4. Bodenheimer T (1999) Disease management – promises and pitfalls. N Engl J Med 340: 1202–1205
5. Bodenheimer T (1999) The American health care system – the movement for improved quality in health care. N Engl J Med 340: 488–492
6. Bodenheimer T, Lo B, Casalino L (1999) Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. JAMA 281: 2045–2049
7. Freeman AC, Sweeney K (2001) Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. BMJ 323: 1100–1102
8. Gerlach FM (2002) Allgemeinmedizin in einem modernen Gesundheitssystem – Konsequenzen für Forschung, Lehre und Praxis (Teil 1). Z ärztl Fortbild-Qualsich 96: 243–249
9. Gerlach FM, Beyer M (1999) Ärztliche Fortbildung aus Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – repräsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen-Anhalt. Z ärztl Fortbild-Qualsich 93: 581–589
10. Gerlach FM, Szecsenyi J (2002) Warum sollten Disease Management Programme hausarztorientiert sein? – Gründe, Grenzen und Herausforderungen. Deutsches Ärzteblatt 99: S20–S26
11. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Bauman A, Hensley MJ et al (2002) Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev
12. Ginzberg E (1999) The uncertain future of managed care. N Engl J Med 340: 144–146
13. Haisch J, Remmele W (2000) Effektivität und Effizienz ambulanter Diabetikerschulungen. Ein Vergleich von Schwerpunktpraxis und Allgemeinpraxis. Dtsch Med Wochenschr 125: 171–176
14. Howitt A, Armstrong D (1999) Implementing evidence based medicine in general practice: audit and qualitative study of antithrombotic treatment for atrial fibrillation. BMJ 318: 1324–1327
15. Iglehart J (2001) Managed Care and Quality Assurance – Lessons from the U.S. Health Care System. In: Henke K-D, Dräger C (ed) Gesund-



- heitssysteme am Scheideweg: Zwischen Wettbewerb und Solidarität. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
16. Klingenberg A, Magdeburg K, Szecsenyi J (2002) Bewertung des Patientenbuchs der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Ried durch Hausärzte. *Z Allg Med* 78: 91–95
 17. Klingenberg A, Magdeburg K, Szecsenyi J (2002) Das Patientenbuch der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Ried: eine wertvolle Hilfe in Notfallsituationen. *Z Allg Med* 78: 403–407
 18. Mayer J, Piterman L. The attitudes of Australian GPs to evidence-based medicine: a focus group study. *Fam Pract* 1999; 16: 627–632
 19. Müller de Cornejo G, Hoyer JM, Baas JC (2002) Disease Management Programme: eine Chance zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen. *Deutsches Ärzteblatt* 99: S4–S11
 20. National Institute of Health (2002) Global Initiative for Asthma – Global Strategy for Asthma Management and Prevention. www.ginasthma.com
 21. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P (2000) General practice – time for a new definition. *BMJ* 320: 354–357
 22. Raspe H (2001) „Die Heilkunde wird eine Wissenschaft sein, oder sie wird sie nicht sein“ – Anmerkungen zur evidenzbasierten Medizin und ihrer Kritik durch Rogler und Schölmerich (2000). *Z ärztl Fortbild-Qualsich* 95: 495–501
 23. Rosser WW, McDowell I, Newell C (1991) Use of reminders for preventive procedures in family medicine. *CMAJ* 145: 807–814
 24. Schröder P, Wiesenäcker P (1999) Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten. Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried. In: Szecsenyi J, Magdeburg K, Kluthe B, Weber C, Schindler H, Bausch (ed) Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten. Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried. AQUA-Materialien, Band VII. Göttingen: Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
 25. Szecsenyi J, Klingenberg A, Pelz J, Magdeburg K (2001) Bewertung eines Patientenbuches durch Patienten – Ergebnisse aus der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Ried. *Z ärztl Fortbild-Qualsich* 95: 407–412
 26. Szecsenyi J, Magdeburg K, Kluthe B, et al. (1999) Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten. Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried. AQUA-Materialien, Band VII. Göttingen: Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
 27. Weingarten MA, Bazel D, Shannon HS (1989) Computerized protocol for preventive medicine: a controlled self-audit in family practice. *Fam Pract* 6: 120–124

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi, Universitätsklinikum Heidelberg, Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Im Neuenheimer Feld 347, 69120 Heidelberg
 Tel.: 06221/564743
 Fax: 06221/561972
 e-mail: Joachim_Szecsenyi@med.uni-heidelberg.de

