

Power-Patienten durch interprofessionelles Chronic Care Management

Zufriedene Patienten, hohe Betreuungsqualität, weniger Arztkonsultationen

Adrian Goeldlin, Marc Jungi, Rahel Sahli
Sanacare AG

Zusammenfassung

Wir beschreiben ein interprofessionelles Chronic Care Management (CCM) für die Diagnosen Arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2 und chronische obstruktive Lungenkrankheit (COPD), das in 12 urbanen Gruppenpraxen implementiert wurde.

Ärztin/Arzt und Medizinische Praxiskoordinatorin (MPK, Coach) befähigen die Patienten zum Selbstmanagement. Während der anschliessenden jahrelangen Betreuung werden zahlreiche bis anhin ärztliche Kompetenzen an die Coaches delegiert.

1. Ausgangslage

Demografische Veränderungen und Verknappung der Ressourcen prägen das Schweizer Gesundheitswesen: (I) Die Bevölkerung wird immer älter, Polymorbidität und chronische Krankheiten nehmen zu.¹ (II) Die Nachfrage nach Hausärztinnen und Hausärzten übersteigt das Angebot bei weitem: Gemäss einer Erhebung des Universitären Hausarztinstituts beider Basel fehlen im Jahr 2025 über 5000 Vollzeit-Stellenäquivalente.² (III) Jüngere Erhebungen in der Schweiz kritisieren die Betreuungsqualität bei Typ 2 Diabetikern³ oder Hypertonikern.⁴ (IV) In der internationalen Fachliteratur setzen sich interprofessionelle Betreuungsprogramme mit Fokus auf der Stärkung des Patienten-Selbstmanagements als Behandlungsstandard bei chronischen Krankheiten durch, beispielsweise beim Diabetes mellitus Typ 2.⁵ In Schweizer Grundversorgerpraxen wird dieses Konzept zurzeit noch selten praktisch umgesetzt.

Mit unserem Chronic Care Management (CCM) adressieren wir alle diese Herausforderungen nachhaltig.

2. Projektziele

Aufgrund der geschilderten Rahmenbedingungen definierten wir folgende Ziele:

1. Implementierung evidenzbasierter, strukturierter Behandlungspfade für drei häufige chronische Krankheiten.
2. Der informierte Patient steht im Mittelpunkt. Durch ein systematisches Empowerment werden Patientinnen und Patienten befähigt, mit ihrer chronische Erkrankung möglichst selbständig umzugehen.
3. Einsetzen von interprofessionellen Behandlungsteams für die ausgewählten chronischen Krankheiten.
4. Delegation geeigneter ärztlicher Tätigkeiten an Medizinische Praxiskoordinatorinnen.
5. Schaffen einer Akzeptanz für interprofessionelle Behandlungsansätze im Hinblick auf die Zukunft.

3. Vorgehen

Zurzeit bieten wir in 12 urbanen hausärztlichen Gruppenpraxen in 8 Schweizer Städten strukturiertes, interprofessionelles CCM für erwachsene Patientinnen/Patienten mit arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2 und chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) an. Die Umsetzung in den Praxen erfolgte schrittweise seit dem Jahr 2012. Bei der Entwicklung unseres Chronic Care Management stützten wir uns auf das Grundlagenmodell von Wagner.⁶ Im Zentrum steht der informierte und aktivierte Patient. Ihm zur Seite steht ein vorbereitetes, «pro-aktives» Behandlungsteam. In unseren Gruppenpraxen besteht dieses aus Ärztin/Arzt und Coach (Medizinische Praxiskoordinatorin klinischer Richtung mit eidgenössischem Fachausweis oder fortgeschritten in der Ausbildung dazu, d.h. Ausbildung auf Tertiärstufe).

3.1 Ablauf der CCM Programme

Das CCM läuft in Zyklen ab, die jeweils ein Jahr dauern. Wir orientieren uns dabei am *PDCA Zyklus* (Plan – Do – Check – Act), der sich im Qualitätsmanagement als Mittel zur kontinuierlichen Verbesserung bewährt hat.

Plan: Behandlungsplan festlegen

Gemeinsam mit den Patienten werden für jeden Programmzyklus individuelle krankheitsbezogene (z.B. HbA1c) sowie Verhaltensziele (z.B. Gewichtsabnahme) schriftlich festgehalten und unterschrieben

Do: Behandlungen durchführen

Prinzipiell besteht unser CCM aus **zwei Phasen**:

1. Das **Empowerment** befähigt die Patienten zum Selbstmanagement: die Patienten erarbeiten grundlegendes Wissen über ihre Krankheit, Strategien zum Umgang mit ihrer Erkrankung sowie konkrete Lifestyle Modifikationen Die Rolle der Coaches liegt schwerpunktmässig auf der Beratung sowie der Unterstützung bei der Umsetzung von Lifestyle Modifikationen
2. Die folgende **Erhaltungsphase**, während der bei komplikationslosem Verlauf etwa die Hälfte der notwendigen medizinischen Kontrollen oder Medikamentenanpassungen (gemäss ärztlicher Verordnung) durch Coaches durchgeführt wird. **Bisher rein ärztliche Kompetenzen werden delegiert.**

Die Guideline-gerechte Betreuung wird durch klar definierte und elektronisch unterstützte Behandlungspfade garantiert: Frequenz und Inhalt von Beratungen, respektive weiterführenden Abklärungen sind definiert.

Check: Behandlungsprozess beurteilen

Während der Behandlungszyklen **werden Daten zum Gesundheitszustand und zum Betreuungsprozess** (siehe Tabelle 1 und 2) **erhoben**. Bei Abschluss jedes Zyklus werden individuelle Zielerreichung und Patientenzufriedenheit gemessen. Jährlich wird beurteilt, ob die vorgegebenen Behandlungspfade eingehalten wurden.

Act: Behandlungsplan anpassen

Nach Beurteilung eines Behandlungszyklus wird der **Behandlungsplan für den nächsten Zyklus** angepasst, und gemeinsam werden **neue Ziele** formuliert.

3.2 Strukturen

Nach dem gleichen PDCA-System werden für die Gesamtheit des Kollektivs jährlich Ziele definiert, überprüft und durch ein interprofessionelles Fachgremium Anpassungen des CCM durchgeführt. Schulungen der Coaches und der Ärzteschaft werden regelmässig durchgeführt.

Eine klare Rollenverteilung und Delegation von Aufgaben im interprofessionellen Behandlungsteam ist entscheidend. Wie sich diese vom herkömmlichen Betreuungskonzept unterscheidet, illustriert Abb. 1.

Der kontinuierliche Informationsaustausch zwischen Ärztinnen/Ärzten und Coaches findet im elektronischen Patienteninformationssystem statt.

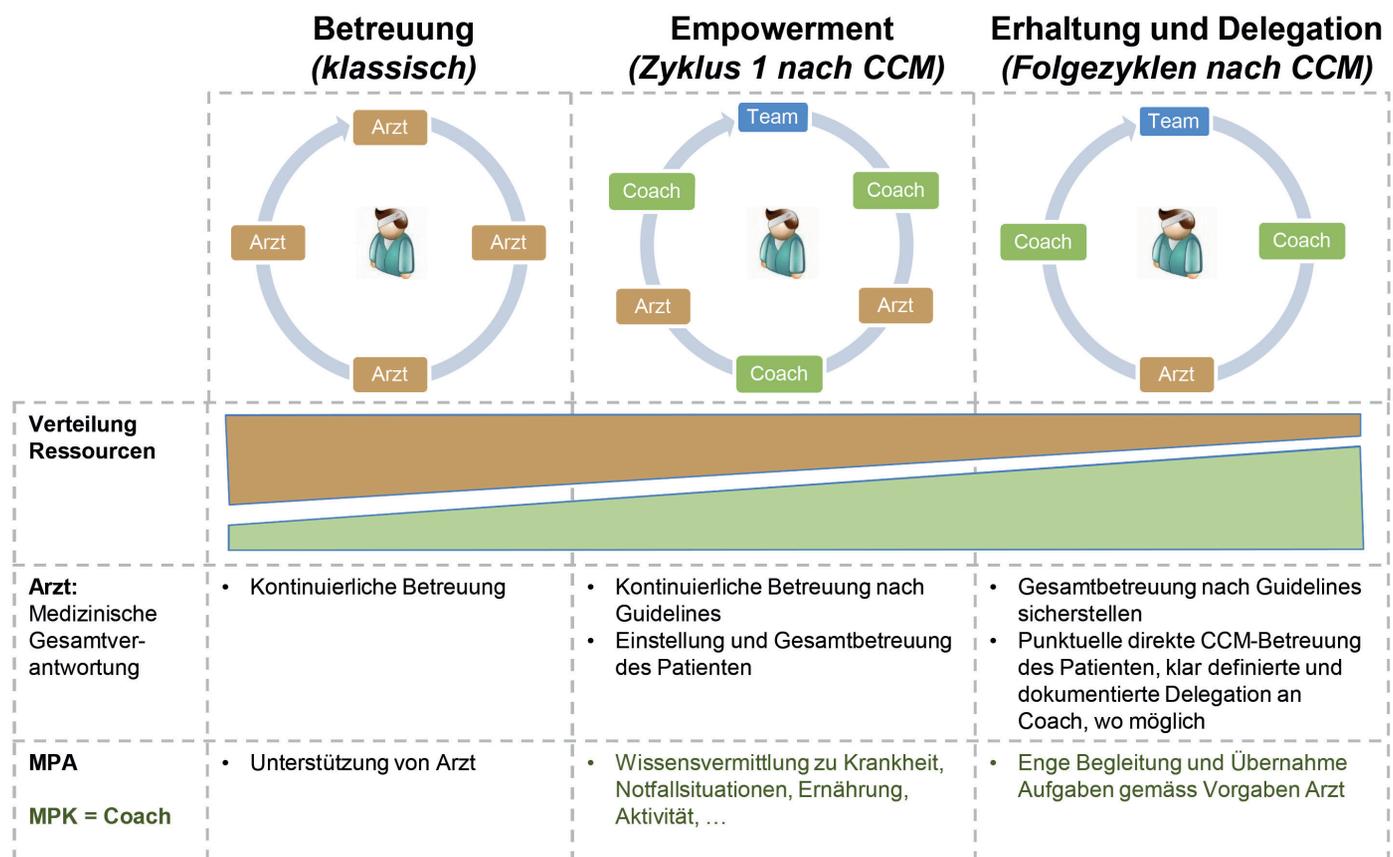


Abb. 1: Klassische Betreuung chronisch kranker Patienten versus interprofessionelles Chronic Care Management. MPA = Medizinische Praxisassistentin. MPK = Medizinische Praxiskoordinatorin klinischer Richtung.

4. Ergebnisse

Die definierten Projektziele wurden erreicht. Wir haben ein CCM mittlerweile in 12 Gruppenpraxen implementiert. Dieses basiert auf evidenzbasierten, strukturierten Behandlungspfaden für 3 häufige chronische Krankheiten und wird von interprofessionellen Behandlungsteams durchgeführt (Ziele 1 und 3). Fokus der ersten Phase ist die Befähigung der Patienten zum Selbstmanagement (Ziel 2). In der Erhaltungsphase werden bis zu 50 % der notwendigen Arztkonsultationen durch Coach-Kontrollen substituiert (Ziel 4). Die Akzeptanz für diese Art der Patientenbetreuung ist bei den Patientinnen und Patienten sehr hoch (Ziel 5).

Aktuell werden gegen 600 Patienten im CCM behandelt. Tab. 1 zeigt bei den Patienten mit Kombination von Diabetes mellitus Typ 2 und arterieller Hypertonie, dass das Empowerment (1. Zyklus) auch bei initial recht gut eingestelltem Kollektiv noch Verbesserungen bringt.

Anz. abgeschlossener Zyklen:	221		
	Beginn	Ende	Delta
BMI (im Ø)	31.7	31.1	-0.6
Gewicht (Kg im Ø)	89.4	87.1	-2.3
LDL1 (mmol/l im Ø)	2.7	2.7	-0.1
LDL < 3 mmol/l in %	64%	63%	-1%
LDL 3.00 - 3.49 mmol/l in %	15%	16%	1%
LDL 3.50 - 3.99 mmol/l in %	8%	9%	1%
LDL ≥ 4.00 mmol/l in %	14%	12%	-1%
Blutdruck systolisch (im Ø)	142	137	-6
Blutdruck diastolisch (im Ø)	82	79	-3
Blutdruck normal in %	41%	56%	15%
Blutdruck Grad 1 in %	39%	35%	-4%
Blutdruck Grad 2 in %	18%	8%	-11%
Blutdruck Grad 3 in %	2%	1%	-1%
HbA1c (im Ø)	7.2	6.7	-0.5
HbA1c < 6.5 mmol/l in %	31%	44%	13%
HbA1c 6.5 bis 7.49 mmol/l in %	41%	44%	3%
HbA1c 7.5 bis 8.49 mmol/l in %	17%	8%	-9%
HbA1c ≥ 8.5 mmol/l in %	11%	4%	-7%
Aktivität 3 (aktiv)	23%	33%	9%
Aktivität 2 (gering aktiv)	36%	39%	3%
Aktivität 1 (inaktiv)	41%	29%	-12%

Tab. 1: Outcomes nach 221 Empowerment-Jahreszyklen CCM von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und gleichzeitiger arterieller Hypertonie. Die Zahlen sind gerundet.

Die **Betreuungsqualität** der Typ 2 Diabetiker in unserem CCM (retrospektive Analyse der Jahre 2014 – 2016, n=235) ist gemäss den Qualitätsindikatoren der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie hoch (Tab. 2).

Messgrösse; Häufigkeit pro Jahr, Zielwert bezogen auf Patientenpopulation	Punkte in unserem CCM / Maximale Punkte
Regelmässige Kontrolle (≥ 3 / Jahr bei > 80 % der Patienten)	10 / 10
Lifestyle Massnahmen (≥ 1 / Jahr bei > 80 % der Patienten)	
- Beratung bezüglich Gewicht und Bewegung (wenn BMI ≥ 25)	5 / 5
- Therapie oder Beratung bezüglich Rauchstopp (bei Rauchern)	5 / 5
HbA1c-Messung (≥ 2 / Jahr)	
- HbA1c < 9 % in ≥ 85 % der Patienten	12 / 12
- HbA1c < 8 % in ≥ 60 % der Patienten	Plus 8 / 8
- HbA1c < 7 % in ≥ 40 % der Patienten	Plus 5 / 5
Blutdruckmessung (≥ 2 / Jahr)	
- < 140/90 mmHg in ≥ 65 % der Patienten	0 / 15
Messung des LDL-Cholesterins (≥ 1 / Jahr, < 75 Jahre)	
- < 3.37 mmol/L in ≥ 63 % der Patienten	10 / 10
- < 2.60 mmol/L in ≥ 36 % der Patienten	10 / 10
Nephropathie Screening (≥ 1 / Jahr in > 80 % der Patienten)	5 / 5
Augenuntersuchung (≥ 1 / Jahr in > 80 % der Patienten)	10 / 10
Fussuntersuchung (≥ 1 / Jahr in > 80 % der Patienten)	5 / 5
	85 / 100

Tab. 2: Betreuungsqualität bei Typ 2 Diabetikern in unserem Chronic Care Management, gemessen anhand eines Scores für gutes Disease Management der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED/SSED). Über 75 / 100 Punkte bedeuten ein gutes Disease Management von Diabetikern in der Grundversorgung .

Die Patientenzufriedenheit ist hoch. 396 Patientinnen und Patienten beantworteten vor dem ersten Zyklus einen Fragebogen über die hausärztliche Betreuung und nach dem ersten Zyklus denselben Fragebogen über die Betreuung im Team. Insgesamt schnitt das Team leicht (aber statistisch signifikant) besser ab. Vor allem bezüglich Information über die Krankheit und die Symptome sowie bezüglich Hilfe im emotionalen Umgang mit der Krankheit wurde die Team-Betreuung signifikant besser beurteilt.

5. Ausblick und Ziele

Unser Hauptbestreben in den nächsten Jahren wird sein, möglichst viele Patienten mit den genannten Diagnosen im Rahmen eines CCM zu betreuen. Wir bieten CCM in zehn Deutschschweizer Praxen, einer in der italienischsprachigen Schweiz sowie in einer teilnehmenden Praxis in Französisch und Deutsch an. Obschon sehr viel mit visuellen Hilfsmitteln gearbeitet wird, suchen wir noch nach Wegen, auch Menschen mit fehlenden oder marginalen Kenntnissen der Landessprachen erfolgreicher zu beraten.

Weniger sportliche Patienten möchten wir vermehrt zu körperlicher Aktivität motivieren. Zurzeit läuft ein Pilotversuch mit einer begleiteten Aktivitätengruppe.

Wir sind überzeugt, dass ein Chronic Care Management System, wie wir es durchführen und dokumentieren, mit entsprechenden Anpassungen in weiteren Ärztenetzwerken implementiert werden kann und pflegen entsprechenden Austausch im Rahmen mehrerer Netzwerkverbünde.

Eine Ausweitung des Chronic Care Management auf weitere Diagnosen oder in den Bereich Prävention ist wünschenswert. Um dem Ideal der umfassenden Betreuung in einem «Medical Home» (www.pcpcc.org/about/medical-home) näher zu kommen, möchten wir weitere Versorgungspartner einbinden, wie z.B. Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Apotheken u. a. Zurzeit fehlen allerdings die Mittel, um die dafür notwendige Projektarbeit und die dringend nötige Verbesserung der Anwenderunterstützung durch das IT-System zu finanzieren.

Die Patientensicht soll vermehrt in die Behandlung einfließen. Wir erwarten Resultate aus wissenschaftlichen Studien (z.B. die internationale DAWN-Studie, welche die Bedürfnisse von Diabetikern untersucht: www.dawnstudy.com). Selbst möchten wir für die Weiterentwicklung eine Patienten-Begleitgruppe aufbauen. Auch hierfür werden Mittel benötigt.

Literatur

1. Schweiz. Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Hogrefe, Bern, 2015
2. Zeller A, Tschudi P. Erhebung der Workforce Hausarztmedizin in der Schweiz 2015. Primary and Hospital Care 2016;16(15):277 – 280
3. Huber CA et al. A set of four simple performance measures reflecting adherence to guidelines predicts hospitalization: a claims-based cohort study of patients with diabetes. Patient Preference and adherence 2016;10 223 – 231
4. Walther D et al. High blood pressure: prevalence and adherence to guidelines in a population-based cohort. Swiss Med Wkly. 2016;146:w14323
5. Beck J et al. 2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. Diabetes Care 2017;40:1409 – 1419
6. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract. 1998;1:2 – 4

Autoren

Dr. med. Adrian Goeldlin

Facharzt für
Allgemeine Innere Medizin FMH

Dr. med. Marc Jungi

Facharzt für
Allgemeine Innere Medizin FMH
Leitender Arzt der
Sanacare Gruppenpraxis Bern
Mitglied der Geschäftsleitung

Dr. med. Rahel Sahli

Fachärztin für
Allgemeine Innere Medizin FMH
Fachärztin für
Endokrinologie / Diabetologie FMH

Sanacare AG
Zürcherstrasse 19
CH-8401 Winterthur
www.sanacare.ch
info@sanacare.ch