

Erste Outcome-Resultate

Chronic Care Management in der Hausarztpraxis

Rahel Sahli, Marc Jungi

Sanacare Gruppenpraxis Bern

Seit 2013 lebt Sanacare das *Chronic Care Management* und setzt dabei auf ein patientenzentriertes interprofessionelles Betreuungsteam, das evidenzbasierten Behandlungspfaden folgt und das Selbstmanagement des Patienten fördert. Erfahrungen mit diesem Setting und erste Outcomes der Programme können nun reflektiert werden.

Ausgangslage

Die Herausforderungen der medizinischen Grundversorger nehmen kontinuierlich zu: Die stetige Zunahme immer älterer, chronisch kranker Patienten steht der fortschreitenden Verknappung der ärztlichen Ressourcen gegenüber. Die in dieser Zeitschrift publizierten Resultate der Workforce-Studie 2015 des Universitären Zentrums für Hausarztmedizin beider Basel [1] zeigen, dass in zehn Jahren eine Versorgungslücke von 60% respektive von über 5000 Vollzeit-Hausärzten bestehen wird. Die Folgen für Patienten werden immer schwerwiegender: Bereits heute erhalten sie nicht immer die nötige Versorgung; die ungenügende Krankheitskontrolle führt zu Folgeschäden mit Zunahme von Morbidität, Mortalität und Hospitalisationen.

Verschiedene Berufsgruppen des Gesundheitswesens und die Politik diskutieren mögliche Lösungen und die dafür notwendigen, zu schaffenden Rahmenbedingungen [2]. Mithilfe interprofessioneller Zusammenarbeit sollen Ressourcen besser koordiniert und eine effiziente und qualitativ hochstehende medizinische Versorgung realisiert werden. Die regulatorischen, gesellschaftlichen und technologischen Rahmenbedingungen sind jedoch noch nicht ganz ausgereift.

Chronic Care Management (CCM), die Langzeitbetreuung chronisch kranker Menschen, baut unter anderem auf der Interprofessionalität auf: Die Interaktion eines patientenzentrierten, proaktiven Behandlungsteams (im Hausarztsetting Arzt + MPA) mit einem informierten Patienten soll erfolgreicher als bisherige Behandlungsformen sein. Weitere zentrale Elemente des CCM sind Selbstmanagement, richtlinienkonforme Ent-

scheidungshilfen, klinische Informationssysteme und strukturierte Arbeitsabläufe, wie aus dem Chronic Care-Modell nach Wagner [3] hervorgeht (<http://ecp.acponline.org/augsep98/cdmfg1.htm>).

Vor diesem Hintergrund hat der Bund 2016 das Programm zur Förderung der Interprofessionalität im Gesundheitswesen beschlossen und eine Revision des Gesundheitsberufsgesetzes gutgeheissen. Leider hat das neue Gesetz sowohl den MPAs als auch der Pflege auf Masterstufe keine zusätzlichen Kompetenzen übertragen. Dennoch haben sich in den letzten Jahren die Rahmenbedingungen für die MPAs verbessert: Ihnen steht nun ein Weg zur eidgenössisch anerkannten klinischen Weiterbildung offen. Die «Medizinische Praxiskoordinatorin (MPK) mit klinischer Fachrichtung» betreut unter ärztlicher Verantwortung Menschen mit chronischen Krankheiten und trägt deutlich zur Förderung des Patienten-Selbstmanagements bei. In der Diabetesbehandlung wird Selbstmanagement für die Verbesserung von klinischen Outcomes für alle Patienten empfohlen [4]. Darüber hinaus haben verschiedene Übersichtsarbeiten [5–7] und Studien den Effekt des CCM-Gesamtkonzepts analysiert. Neben der unterschiedlichen Qualität erschwert die fehlende Verblindung der Studien die Beurteilung der Interventionen. Am Beispiel Diabetes mellitus Typ 2 zeigen die meisten Studien eine Verbesserung der Prozessparameter oder der klinischen Endpunkte sowie ein Potential zur Kostensenkung. Eine aktuelle Übersicht zeigt aber auch, dass die meisten hausärztlichen Diabetes-Studien die wachsende Evidenz bezüglich des CCM nicht reflektieren [8].

Die Rahmenbedingungen für die Abrechnung dieser neuen Art von MPA-Leistungen sind leider im aktuell

gültigen Tarmed-Tarif nicht gegeben. Im Rahmen unserer Programme akzeptierten die durch uns angefragten Krankenversicherer sowohl die Tarmed-Position 00.1430/00.1440 (Nichtärztliche Behandlung und Betreuung ambulanter, onkologischer/hämatologischer/diabetologischer Patienten) bei den Patienten mit Diabetes als auch gewisse Analogiepositionen bei solchen mit anderen Diagnosen.

CCM in der hausärztlichen Gruppenpraxis: Setting Sanacare

Sanacare, eine Organisation mit 13 Gruppenpraxen an neun urbanen Standorten in der Deutschschweiz und im Tessin, betreut seit 25 Jahren ein Kollektiv von Managed-Care- und konventionell versicherten Patienten (aktuell ca. 110 000). Viele Patienten wurden mit Sanacare älter und leiden an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen. 2012 entschied sich Sanacare, Interprofessionalität und CCM in ihrer Strategie zu verankern und startete einen Pilotversuch in zwei Praxen mit Programmen für Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2, arterieller Hypertonie, COPD und deren Kombinationen. Heute betreuen interprofessionelle Teams in allen 13 Praxen ca. 550 Patienten in fünf CCM-Programmen (Tab. 1).

Intervention auf Team-Ebene

Unsere CCM-Teams bestehen jeweils aus einem Hausarzt und einem Coach – einer MPA, welche die Ausbildung zur MPK in klinischer Fachrichtung absolviert oder abgeschlossen hat. Gemeinsam betreuen sie Patienten entlang eines evidenzbasierten Behandlungspfades. Die Coaches beraten selbstständig in ihrer Sprechstunde und stützen sich auf die in der elektronischen Krankengeschichte verankerten Checklisten (mit Alarmwerten und Handlungsweisungen bei Über-

schreitungen), Skripts und Broschüren. Die Beratungen werden dokumentiert und dem Hausarzt elektronisch zugestellt. Dieser ist für Rückfragen immer erreichbar und bleibt fachverantwortlich. Die Aufgabenteilung ist definiert.

Alle unsere Ärzte beteiligen sich an den CCM-Programmen. Jede Praxis verfügt aktuell über einen bis drei Coaches. Über die dafür notwendige Weiterbildung und Eignungskriterien der MPAs haben wir 2013 in *PrimaryCare* [9] berichtet. Die Weiterbildungskosten zur MPK in klinischer Richtung sind eine lohnende Investition, um einer kompetenten und motivierten MPA eine Perspektive zu bieten. Unserer Erfahrung nach bleiben solche MPAs der Praxis erhalten.

Intervention auf Behandlungspfad-Ebene

Alle unsere CCM-Programme erfüllen die Qualitätskriterien zur Beurteilung interprofessioneller Projekte [10] und stützen sich auf nationale und internationale Richtlinien [4, 11]. Entscheidungen werden im Behandlungsteam gemeinsam mit dem Patienten gefällt.

Der Behandlungspfad ist in Zyklen eingeteilt und beschreibt Umfang und Zeitpunkt aller klinischen, laborbasierten und spezialärztlichen Abklärungen, aber auch Schulungsinhalte und Behandlungen (Abb. 1). Erfüllt ein Patient die Einschlusskriterien und erklärt sich einverstanden, am Programm teilzunehmen, beginnt der erste Zyklus mit dem gemeinsamen Festlegen der Ziele im Assessment. Im ersten Zyklus hat der Patient alle 3–6 Wochen Kontakt zu seinem Behandlungsteam, eine Arztkonsultation alle 3–6 Monate. Der erste Zyklus endet nach einem Jahr mit der gemeinsamen Ergebnisbeurteilung. Die wichtigsten Erfolge/Misserfolge werden festgehalten, neue Ziele definiert und ein individueller Behandlungsplan für den nächsten Zyklus festgelegt. Die folgenden jährlich wiederkehrenden Zyklen werden Wiederholungszyklen genannt, wobei je nach Zielerreichung im Vorjahr weniger oder mehr Interaktionen mit dem Behandlungsteam geplant werden. Das Vorgehen in einer Notfallsituation ist geregelt, in Refresher-Modulen werden bedarfsgerecht Inhalte – besonders nach Entgleisungen/Exazerbationen – vertieft.

Die 2013 eingeführten Programme richteten sich an Menschen in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium oder mit mehreren chronischen Krankheiten (Standard-Programme). Aktuell haben wir das Angebot für frisch erkrankte Menschen mit gleichen Diagnosen erweitert, um die Belastung durch die Diagnose abzufangen und Betroffene möglichst früh zu einem hohen Mass an Selbstmanagement zu befähigen (Basis-Programme).

Tabelle 1: Programm-Mix Sanacare.
Anzahl eingeschlossener Patienten 2015 mit Abweichung zum Vorjahr.

	2014 Bestand	2014 → 2015 Eintritte	2014 → 2015 Austritte	2015 Bestand	ΔVJ	
aHT	70	95	-10	155	85	121%
DM2	31	48	-1	78	47	152%
COPD	7	6	-1	12	5	71%
aHT + COPD	6	4	-1	9	3	
aHT + DM2	148	159	-11	296	148	100%
CCM	262			550	288	110%

Abkürzungen: aHT = arterielle Hypertonie; CCM = Chronic Care Management; COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankung; DM2 = Diabetes mellitus Typ 2; ΔVJ = Abweichung zum Vorjahr

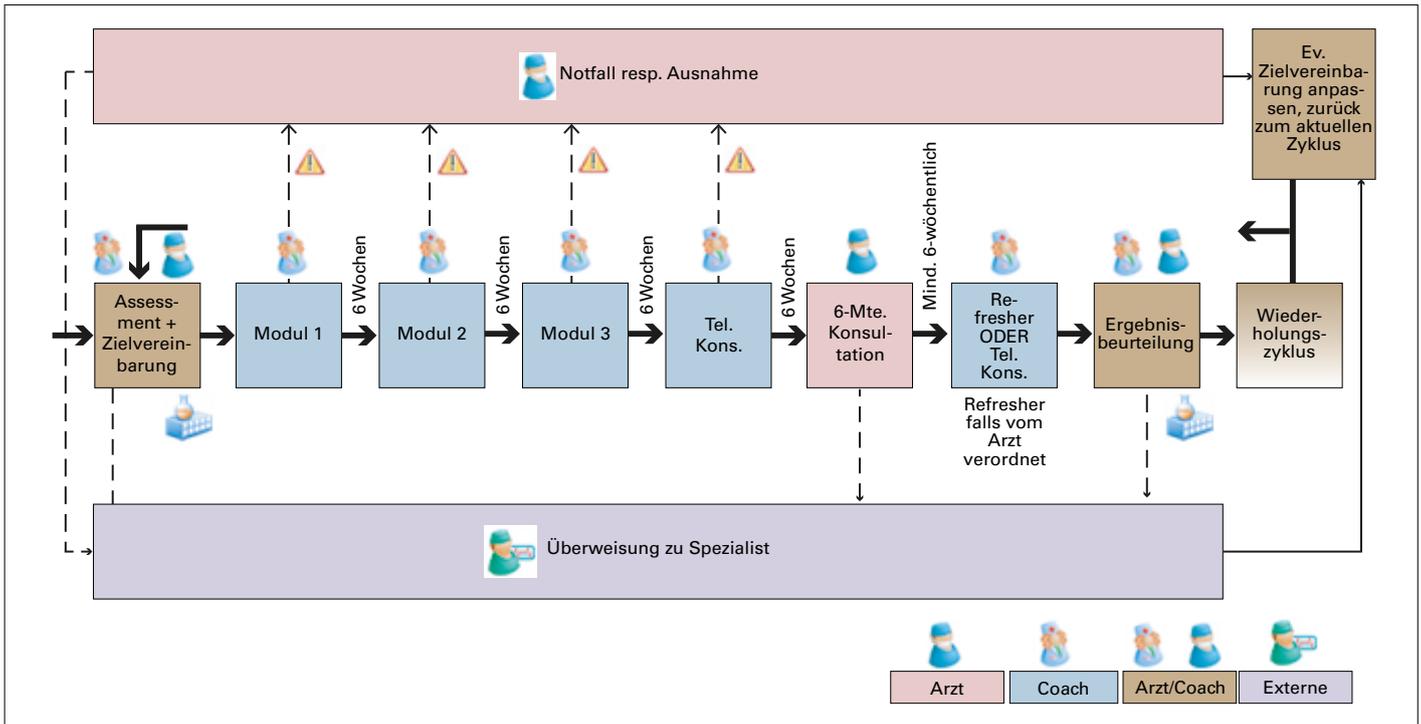


Abbildung 1: Ein Behandlungszyklus im CCM-Programm (diagnoseunabhängige Vorlage).

Outcome-Daten der Standard-Programme

Per Ende 2015 betreuten wir 550 Patienten in fünf Standard-Programmen (Tab. 1). Die weitaus grösste Anzahl Patienten wurde in die Diabetesprogramme (Diabetes mellitus, resp. Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie) eingeschlossen, gefolgt vom Hypertonie-Programm. Nur wenige Patienten konnten für die COPD-Programme gewonnen werden. 200 Patienten haben per Ende 2015 den ersten Zyklus abgeschlossen (Ende 2014 waren es 44). Im Verlauf von 2014 bis 2015 verzeichneten wir 24 Austritte (9% der Patienten). Austrittsgründe waren in je 25% Zeitmangel, mangelndes Interesse und eine zusätzliche schwere Erkrankung, in 13% ein Wohnorts-/Versicherungswechsel und in 12% Exitus.

Aufgrund der Fallzahlen fokussiert die nachfolgende Diskussion auf die Outcome-Daten des Diabetes mellitus/Hypertonie-Programms nach einem Jahr mit 100 abgeschlossenen Zyklen:

42% der Patienten sind Frauen, 58% Männer, ihr durchschnittliches Alter beträgt 70 Jahre. Die individuellen Behandlungsziele wurden zu ca. 70% erreicht. Die Prozessstreue bezüglich Konsultationen und Zusatzuntersuchungen (HbA_{1c}-Messungen, jährliche Augenkontrollen, Fusskontrollen) war sehr hoch, es waren keine Notfallkonsultationen nötig und die Hospitalisierungen beliefen sich auf nur 5%. Mehr als die Hälfte der Patienten liess sich gegen Grippe impfen, entsprechend der Durchimpfungsrate bei über 64-jährigen Menschen mit chronischer Erkrankung (BAG 2014). Die klinischen und laborbasierten Outcome-Daten sind in den Tabellen 2 und 3 zusammengefasst:

- Der durchschnittliche Gewichtsverlust betrug knapp 2% des ursprünglichen Körpergewichts;
- Die Aktivität konnte gesteigert werden; am Ende des Programms waren 45% der Teilnehmer gering aktiv (<3x/Woche 30 Minuten), respektive 35% aktiv (>3x/Woche 30 Minuten), die Rate der Inaktiven sank von 38% auf 20%;
- Das durchschnittliche HbA_{1c} wurde von 7,1% auf 6,8% und bei 34% der Patienten auf unter 6,5% gesenkt. Bei Zyklusende wurden 5% mehr Patienten ausgezeichnet kontrolliert;
- Das durchschnittliche LDL-Cholesterin stieg von 2,7 auf 2,9 mmol/l an, wurde aber bei 56% der Patienten

Tabelle 2: Klinische Outcomedaten Standardprogramm arterielle Hypertonie und Typ-2-Diabetes: BMI und Aktivität (Zyklusbeginn bzw. Zyklusende).

	100		
	Zyklus 1 Beginn	Alle Sanacare Zyklus 1 Ende	Zyklus 1 Delta
BMI (im Ø)	31,5	30,9	-0,6
Gewicht (kg im Ø)	88,6	86,9	-1,7
Aktivität 3 (aktiv)	23%	35%	12%
Aktivität 2 (gering aktiv)	39%	45%	6%
Aktivität 1 (inaktiv)	38%	20%	-18%

Tabelle 3: Klinische Outcomedaten Standardprogramm arterielle Hypertonie und Diabetes: Lipidstatus, Blutdruck, HbA_{1c} (Zyklusbeginn bzw. Zyklusende).

	100		
	Zyklus 1 Beginn	Alle Sanacare Zyklus 1 Ende	Zyklus 1 Delta
LDL (mmol/l im Ø)	2,7	2,9	0,2
LDL <3 mmol/l in %	63%	56%	-7%
LDL 3,00–3,49 mmol/l in %	15%	17%	2%
LDL 3,50–3,99 mmol/l in %	12%	15%	2%
LDL ≥4,00 mmol/l in %	10%	12%	2%
Blutdruck systolisch (im Ø)	142	137	-5
Blutdruck diastolisch (im Ø)	80	77	-3
Blutdruck normal in %	47%	56%	9%
Blutdruck Grad 1 in %	34%	39%	5%
Blutdruck Grad 2 in %	17%	5%	-12%
Blutdruck Grad 3 in %	3%	0%	-3%
HbA _{1c} (in % im Ø)	7,1	6,8	-0,3
HbA _{1c} <6,5 mmol/l in %	29%	34%	5%
HbA _{1c} 6,5 bis 7,49 mmol/l in %	45%	52%	7%
HbA _{1c} 7,5 bis 8,49 mmol/l in %	14%	10%	-3%
HbA _{1c} ≥8,5 mmol/l in %	12%	3%	-9%

unter 3 mmol/l gesenkt. Bei Zyklusende wurden 7% weniger Patienten ausgezeichnet kontrolliert;

- Der durchschnittliche Blutdruck sank von 142/80 mm Hg auf 137/77 mm Hg, womit bei Zyklusende der Zielblutdruck <140/90 mm Hg bei 56% der Patienten und damit bei 9% mehr Patienten erreicht wurde.

Diskussion und Ausblick

Wir konnten erfolgreich einen teambasierten *Chronic care approach* mit Einbezug von MPAs für drei wichtige chronische Krankheiten in den Alltag unserer Gruppenpraxen integrieren und können die Aussage der Schweizer CARAT-Studie [12] bestätigen, dass CCM-Elemente erfolgreich in Schweizer Hausarztpraxen implementiert werden können. Im Gegensatz zur CARAT-Studie, bei der nur ein kleiner Teil der kontaktierten Ärzte am Projekt teilnahm, beteiligten sich in unseren Gruppenpraxen alle Ärzte, was die Alltags-tauglichkeit und Therapeutenzufriedenheit bestätigt. Die ärztliche Sprechstunde wurde entlastet, die Betätigungsfelder und Verantwortlichkeiten der MPA-Coaches ausgedehnt. Unsere Patienten schätzen die strukturierte, teambasierte Betreuung (analog der CARAT-Studie), was die hohe Haltequote (91%) und Patientenzufriedenheit bestätigen, während eine systematische Übersicht [13] Dropout-Raten von durchschnittlich 4–57% jährlich beschreibt.

Die Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) hat die wichtigsten Aspekte der Betreuung von Patientengruppen mit Diabetes mellitus in einem Score gewichtet [14], wobei sowohl relevante Prozesse (Anzahl diabetesspezifischer Gespräche, Lifestyle-Beratungen, Untersuchung der Augen, Nieren und Füsse), als auch klinische Ergebnisse (HbA_{1c}, Blutdruck, Lipide) erfasst werden. Der Score variiert nach Krankheitsstadium und Altersverteilung der Patientengruppe. Im Unterschied zu einem unselektionierten Patientengut haben wir eine zweifache Selektion vorgenommen: Aufgrund der Einschlusskriterien liegen bei vielen Patienten zusätzliche kardiovaskulären Risikofaktoren und Folgekrankheiten vor. Dieser negativen Selektion steht die positive Selektion von überdurchschnittlich motivierten Patienten gegenüber. Insgesamt haben unsere CCM-Diabetes-Programme die Kriterien für ein gutes Disease-Management mit 85% problemlos erfüllt (Tab. 4).

Eine weitere Schweizer Studie [15] untersuchte die Guideline-Adhärenz bei 40 285 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 unter konventioneller Behandlung. Trotz hoher Therapieintensität fand sich ein deutlich schlechteres Umsetzen der SGED-Prozesse: Nur gerade 4,8% der Patienten erhielten alle empfohlenen Untersuchungen. Die unmittelbare Bedeutung der Guide-

Tabelle 4: Klinische Outcomedaten Standardprogramm arterielle Hypertonie und Diabetes: Disease-Management (Punkte pro Kriterium [SGED1-DM2-Score]).

	106	
	Alle Sanacare 2015	
	Punkte	Erreicht
1 Regelmässige ärztliche Kontrollen	10	100%
2a Lifestyle (Beratung Gewicht + Bewegung)	5	95%
2b Lifestyle (Beratung Rauchstopp)	5	100%
3a HbA _{1c} (≥9% bei ≤15%)	12	3%
3b HbA _{1c} (<8% bei ≥60%)	8	92%
3c HbA _{1c} (<7% bei ≥40%)	5	59%
4 Blutdruck (≥140/≥90 mm Hg bei <35%)	0	43%
5a LDL (≥3,37 mmol/l bei <37%)	10	28%
5b LDL (<2,60 mmol/l bei ≥36%)	10	53%
6 Nephropathiesuche (bei ≥80% der Patienten)	5	100%
7 Augenuntersuchung (bei ≥60% der Patienten)	10	92%
8 Fussuntersuchung (bei ≥80% der Patienten)	5	96%
DM2-Score gemäss SGED¹	85	

¹ Gemäss SGED (Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie) zeichnen 75 bis 100 Punkten ein gutes Disease-Management aus.

line-Adhärenz wird durch Reduktion des Hospitalisationsrisikos bereits in den folgenden zwei Jahren betont. In unserer Population stehen die Hospitalisationen aktuell bei tiefen 5%.

Der durchschnittliche Gewichtsverlust lag nach einem Jahr unter dem angestrebten Wert von mindestens 5%, der auch in der *Look AHEAD*-Studie [16], der bisher grössten Lifestyle-Interventionsstudie bei Diabetikern, erreicht wurde. Dies ist insofern etwas enttäuschend, da der Gewichtsverlust im ersten Behandlungsjahr sowohl am grössten als auch prädiktiv für die langfristige Gewichtsreduktion ist – zumal unsere Patienten mit guter Lebensqualität günstige Voraussetzungen für einen Gewichtsverlust aufweisen. Möglicherweise war die erreichte Aktivitätssteigerung nicht ausreichend, wurde doch in der *Look AHEAD*-Studie mit professioneller Hilfe eine Aktivität von >175 Minuten/Woche angestrebt. Die Ziele könnten allenfalls mit dem Einsatz gewichtsneutraler oder -reduzierender Antidiabetika besser erreicht werden.

Das durchschnittliche HbA_{1c} lag bereits zu Programmbeginn nahezu im Zielbereich und konnte weiter gesenkt werden. Dies ist erfreulich, da bei einem bereits guten Ausgangs-HbA_{1c} eine nur geringere weitere Absenkung erwartet werden darf [7]. Zudem werden die strikten HbA_{1c}-Ziele bei unseren älteren und multimorbiden Patienten nur angestrebt, wenn sie ohne relevante Nebenwirkungen erreichbar sind. Aufgrund programmbedingter Vorgaben können wir ausschliessen, dass diese Verbesserung mit einem überproportionalen Aufwand und zusätzlichen Interventionen erreicht wurde.

Ausgehend von einem bereits guten durchschnittlichen LDL-Cholesterin kam es zu einem leichten Anstieg. Aufgrund der fehlenden Stratifizierung zwischen Primär- und Sekundärprävention kann letztlich nicht evaluiert werden, welcher Anteil der Patienten ihr LDL-

Fazit

Insgesamt konnten wir mit einem strukturierten, teambasierten *Chronic care*-Ansatz mit Einbezug von MPA-Coaches sowohl die bereits gute diabetische Stoffwechselkontrolle weiter verbessern als auch die kardiovaskulären Ko-Risikofaktoren teilweise optimieren. Die Programme wurden von Patienten und Team geschätzt und bilden mit den Basis-Programmen eine ausgezeichnete Möglichkeit für eine kontinuierliche Betreuung chronisch kranker Menschen über die Lebensspanne.

Ziel erreichte, respektive verfehlte. Dagegen erzielten wir einen erfolgreichen Abfall des durchschnittlichen systolischen und diastolischen Blutdrucks, auch wenn 40% der Patienten das Blutdruck-Therapieziel (<140/90 mm Hg) nicht erreichten. Ähnliche Resultate zeigte auch eine grosse Studie zur multifaktoriellen Risikoreduktion, in der 30–50% der Patienten die Ziele für Glykämie, Blutdruck und Lipide verfehlten [17]. Auch die CARAT-Studie [12] ergab eine im Ausmass ähnliche und noch nicht ganz optimale Verbesserung der kardiovaskulären Risikofaktoren.

Da die Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren für die Reduktion der makrovaskulären Komplikationen entscheidend ist [18], werden wir die Anstrengungen um eine konsequente Therapieintensivierung verstärken und das kardiovaskuläre Risiko monitorisieren. Die vorgegebene medikamentöse Therapieintensivierung durch nicht-ärztliche Teammitglieder erwies sich dabei als Qualitätsgewinn in der Betreuung von Diabetikern [7].

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie als Anhang des Online-Artikels unter www.primary-hospital-care.ch

Korrespondenz:
Dr. med. Marc Jungi
Allgemeine
Innere Medizin FMH
Sanacare Gruppenpraxis
Bern
Bubenbergrplatz 10
3011 Bern
[marc.jungi\[at\]sanacare.ch](mailto:marc.jungi[at]sanacare.ch)