

11



DIE FORTBILDUNGSZEITSCHRIFT FÜR DIE HAUSÄRZTIN UND DEN HAUSARZT

der
die **informierte**@rzt
rztin

FORTBILDUNG • AIM

JOURNAL WATCH

Unsere Experten

Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Rosemann, KD Dr. med. Marcel Weber

Geriatric FORUM

Depression im Alter

Dr. med. Florian Riese

- ▶ Pruritus, das Kardinalsymptom vieler Erkrankungen
Dr. med. Mark David Anliker
- ▶ Zeckenstich mit Folgen
Dr. med. Veronika Busch-Hofbauer, Dr. med. Rolf Sturzenegger, PD Dr. med. Alexia Cusini
- ▶ Infektiöse Endokarditis – Update 2024
Dr. med. Benjamin Preiswerk
- ▶ Das Chronic Care Model zur besseren Versorgung kardiovaskulärer
und chronisch kranker Patientinnen und Patienten
Oliver Strehle, Agnes Bachofner, Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Rosemann
- ▶ Messung des Albumins im Urin bei über 45-Jährigen
für ein langes Leben in Gesundheit?
Dr. med. Hans Groth, Prof. em. Dr. med. Johann Steurer



Ärzte mit Patientenapotheke



Das Chronic Care Model zur besseren Versorgung kardiovaskulärer und chronisch kranker Patientinnen und Patienten



Oliver Strehle

Das Chronic Care Model (CCM) ist ein evidenzbasiertes Konzept zur Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Durch seinen ganzheitlichen Ansatz eignet es sich auch für die Versorgung einzelner, indikationsbezogener Erkrankungen. Das CCM wurde daher von einer Expertengruppe, welche die aktuelle Versorgung von kardiovaskulären Erkrankungen beurteilt hat, zur Verbesserung der Versorgung vorgeschlagen. Mit dem CCM konnten bereits erste Umsetzungserfahrungen in der Schweiz gesammelt werden. Aus diesen und weiteren Rückmeldungen von Expertinnen und Experten lassen sich CCM-Umsetzungsempfehlungen für die Praxis ableiten.

The Chronic Care Model (CCM) is an evidence-based approach for the care of chronically ill patients. With its holistic approach, it is also well-suited for managing individual, indication-specific diseases. An expert panel evaluating the current care of cardiovascular diseases has thus proposed the CCM to improve patient care. Initial implementation experiences with the CCM have already been gathered in Switzerland. From these experiences and additional feedback from experts, practical recommendations for CCM implementation can be derived.

Key words: chronic care model, chronic ill patients, holistic approach

Kardiovaskuläre Versorgung und das Chronic Care Model

Die Ergebnisse einer aktuellen Analyse der kardiovaskulären Versorgung in der Schweiz (1) haben eine erhebliche «Versorgungslücke» zwischen den empfohlenen Behandlungszielen aus den medizinischen Leitlinien und der Behandlung in der täglichen Praxis aufgezeigt; dies insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der Zielwerte von kardiovaskulären Risikofaktoren (Evidence Performance Gap (EPG)). Inwieweit der ermittelte EPG von Expertinnen und Experten aus der Praxis bestätigt wird und wie sich dieser reduzieren lässt, wurde im Rahmen eines Roundtables^{1,2} diskutiert. Dabei hat sich gezeigt, dass der EPG durchaus so in der Praxis besteht. Die Teilnehmenden nannten folgende praxisbezogene Gründe für den EPG:

- **Evidenz, welche dem EPG zu Grunde liegt**
Die Versorgungsziele werden aus verschiedenen Guidelines entnommen. Diese stützen sich vielfach auf Studien, die nicht unbedingt repräsentativ für die ambulante Versorgung sind.
- **Technisch-digitale Infrastruktur in der Praxis**
Vor allem die technisch-digitale Infrastruktur in der ambulanten Versorgung unterstützt heute kaum bzw. nur vereinzelt die Langzeitversorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten.
- **Finanzielle und personelle Ressourcen**
Aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels und veralteter Tarifstrukturen besteht immer weniger Zeit

für die einzelnen Patientinnen und Patienten. Hierunter leidet speziell die notwendige Zeit für die Aufklärung und die Förderung des Selbstmanagements

- **Verantwortliches Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten**

Durch ein «verantwortliches Selbstmanagement» besitzen die Patientinnen und Patienten einen grossen Einfluss auf ihre Gesundheit und Krankheit. Die Versorgungsstrukturen unterstützen aber erst in einem geringen Masse die Entwicklung der Betroffenen als «Experten» ihrer Erkrankung

- **Geringe Gesundheitskompetenz/Healthliteracy**
Im Praxisalltag zeigt sich immer wieder sehr überraschend, wie gering die Gesundheitskompetenz einzelner Patientinnen und Patienten ist. Dies führt oftmals zu bewussten Entscheidungen gegen eine Therapie, bzw. diese wird mit der Zeit immer weniger befolgt. Gesundheitsfachpersonen erreichen diese Betroffenen meistens nur sehr schwer.

Einig war sich die Expertengruppe, dass diese EPG-Gründe nicht nur bei der Versorgung kardiovaskulärer Erkrankungen eine Bedeutung haben, sie lassen sich auf jede andere chronische Erkrankung übertragen. Aus diesem Grund wurde ein umfassendes und ganzheitliches Versorgungskonzept wie das Chronic Care Model (CCM), das in den 90er Jahren in den USA entwickelt wurde, vorgeschlagen. Das CCM ist ein Grundversorger-basiertes sechsteiliges Versorgungskonzept, das die Bedürfnisse chronisch Erkrankter stärker berücksichtigt und den kompletten Ver-

¹ Expertinnen und Experten am Roundtable: Franz Eberli (SGK, em. Chefarzt), Christian Frei (Swica, Leiter Integrierte Versorgung), Adrian Gölldin (Sana-Care, Operativer Leiter Fachbereich Medizin), Robert Keller (Schweizerische Herzstiftung / Cardiovasc, Geschäftsführer), Leander Muheim (mediX zürich, Geschäftsführer mediX zürich), Adrian Rohrbasser (Medbase, Head for quality improvement, Medbase Gruppe), Isabella Sudano (Schweizerische Herzstiftung / AGLA / Swiss Hypertension / Spital (USZ), Leitende Ärztin USZ); Die aufgeführten Personen haben als Praxisexpertinnen und -experten und nicht automatisch als Vertreterin oder Vertreter der jeweils angegebenen Organisation am Roundtable teilgenommen

² Projektteam am Roundtable: Thomas Rosemann (IHAMZ, Institutsdirektor), Agnes Bachofner (Novartis, Public Affairs Manager), Claudia Hafner (Novartis, Healthcare Systems Partner), Oliver Strehle (Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (fmc), Geschäftsführer fmc)

sorgungsprozess danach ausrichtet. Es beinhaltet die in **Tab. 1** aufgeführten sechs Versorgungselemente. Das CCM ist in der Schweiz nicht unbekannt. Vor allem in grösseren Gruppenpraxen, wie die der Sanacare (2) oder in Ärztenetzen (3) wird das CCM bzw. einzelne Elemente bereits für die strukturierte Versorgung von chronisch

kranken Patientinnen und Patienten umgesetzt. Mit zwei weiteren Initiativen, der Praxis Gesundheitspunkt (4) in Oberägeri sowie dem Projekt OptiQ (5) des Vereins QualiCCare, welches durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz während den Jahren 2020 bis 2024 mitfinanziert wurde, wurden zusätzlich zu den Erkenntnissen

CMM-Umsetzungsempfehlung für die Praxis				
Tab. 1	Elemente des CCM	Inhalt und Bedeutung der Elemente	Konkrete Umsetzungsempfehlung unter den aktuellen Rahmenbedingungen: Die Akteure könnten ...	Links zu ausgewählten Praxisbeispielen (am Online-Beitrag unter www.medinfo-verlag.ch)
1.	Gesundheitssystem: Organisation der Gesundheitsversorgung (Health Care Organization)	<ul style="list-style-type: none"> • Ausrichtung der medizinischen Versorgung auf die Langzeitbedürfnisse der chronisch Erkrankten • Zusammenarbeit aller beteiligten medizinischen und pharmazeutischen Gesundheitsfachpersonen, Soziale Arbeit, Krankenversicherer, Peers und Betroffene sowie deren Angehörige. • Implementierung eines Population Health-Management, Performance-Measurement und gewisse Pay-For-Performance-Ansätze in der Vergütung 	<p>... • alternative Versicherungsmodelle (z. B. Hausarzt-/HMO-Modell) mit Anreizen für die Langzeitbehandlung und -begleitung von chronisch Erkrankten anbieten</p> <p>... • Kantone und Gemeinden bei der Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung einbinden</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Helsana Diabetes Indikator • Diabetes-SGED-Score • Take CARE-Score • Gesundheitspunkt Oberägeri • Trio+: Integriertes Versorgungssystem Winterthur • Réseau de l'Arc
2.	Gestaltung der Leistungserbringung (Delivery System Design)	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung von Behandlungsteams, sogenannte «Prepare Practice Teams (PPT)» mit festgelegten Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und Schnittstellen • Übertragen von wiederkehrenden Untersuchungen sowie die Unterstützung und Aktivierung des Selbstmanagements auf nicht-ärztliche Gesundheitsfachpersonen 	<p>... • kollaborative Teamprozesse fördern, anstatt der gängigen und gewohnten linearen Delegationsprozesse</p> <p>... • Betroffene als Mitglied des Versorgungsteams einbeziehen</p> <p>... • gemeinsame Behandlungspfade (Share Care Plans) entwickeln, mit nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen, z. B. MPK, APN sowie Apothekerinnen, Spitex, soziale Arbeit, Physiotherapeuten, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pilotprojekt für ein Gesundheitshaus in Genf • Die Integration der Nurse Practitioner in die ambulante Grundversorgung • CCM bei Sanacare • HerzCheck® in Apotheken
3.	Angebot von Entscheidungshilfen (Decision Support)	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung des kollaborativen Versorgungsmanagements durch evidenzbasierte, multimorbiditätsorientierte Guidelines für alle Beteiligten (Gesundheitsfachpersonen, Betroffene, Angehörige, etc.) 	<p>... • Versorgungsempfehlungen bei Multimorbidität mit Massnahmen und Zielbereichen erstellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Empfehlungen OptiQ • Identifikation des komplexen Patienten • mediX Guidelines
4.	Klinisches Informationssystem (Clinical Information System)	<ul style="list-style-type: none"> • Digitale Umsetzung der Entscheidungshilfen • Aktives Informationssystem über den Verlauf der Behandlung und Ergebnisse • Reminder-System für Untersuchungen und Termine 	<p>Aktuelle nur schwer umzusetzen, da ...</p> <p>... • Standards/Schnittstellen für den Datenaustausch fehlen</p> <p>... • die Nutzung der vorhandenen und versorgungsrelevanten Informationen rechtlich stark eingeschränkt ist</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Heureka Health • Gesundheitsplattform Well oder Compassana • Sanaguide von Sanacare • Sokle Praxissoftware
5.	Unterstützung und Förderung des Selbstmanagements (Self-management Support)	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Unterstützung des Selbstmanagement • Massnahmen und Instrumente zur Unterstützung der familiären Strukturen, gesundheitsorientierte Verhaltensmassnahmen und Informationen, zur Selbstkontrolle/Verlaufskontrolle der Krankheit sowie der fortlaufenden und regelmässigen Kontaktmöglichkeit 	<p>... • praxiseigene CCM-Strukturen durch ausgebildete MPKS aufbauen</p> <p>... • digitale Möglichkeiten wie Telemedizin, Homecare, etc. für die wohnortnahe Unterstützung des Selbstmanagements nutzen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstmanagement-Förderung – QualiCCare • Peer-Plattform der Schweizerischen Herzstiftung • APN und MPK in der Hausarztpraxis • BlueCCM • CCMPA • Benecura Public
6.	Gemeinwesen: Mobilisierung wohnortnaher Ressourcen (Community Ressources)	<ul style="list-style-type: none"> • Einbezug der wohnortnahen Ressourcen zur besseren Berücksichtigung der sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit 	<p>... • mit den kantonalen Behörden und Gemeinden bzgl. der Bedeutung der wohnortnahen Versorgung sowie die Wege der konkreten Umsetzung diskutieren</p> <p>... • mit dem bereits bestehenden regionalen Angebot zusammenarbeiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CareNet+ • Sozialberatungsbüro Bern • BAG-blueprint.ch • Gesundheitsförderung Schweiz

aus dem Roundtable Interviews zu ihren CCM-Umsetzungserfahrungen durchgeführt.

Das CCM-Konzept der Gesundheitspunkt Praxis wird in **Abb. 1** dargestellt. Wie sich zeigt, werden durch die Praxis mehrere Komponenten des CCM angewendet. Das «Gemeinwesen: Mobilisierung wohnortnaher Ressourcen» erfolgt durch den Einbezug der Gemeinde Oberägeri, sowohl durch die Berücksichtigung des bereits bestehenden sozialmedizinischen Unterstützungsangebotes der Gemeinde durch die Praxis, als auch durch die Mitfinanzierung des zusätzlichen CCM-Angebotes der Praxis durch die Gemeinde. Besonders letzteres ist hervorzuheben, da es aufzeigt, dass für die Finanzierung eines zusätzlichen Versorgungsangebotes Gemeinden erfolgreich eingebunden werden können.

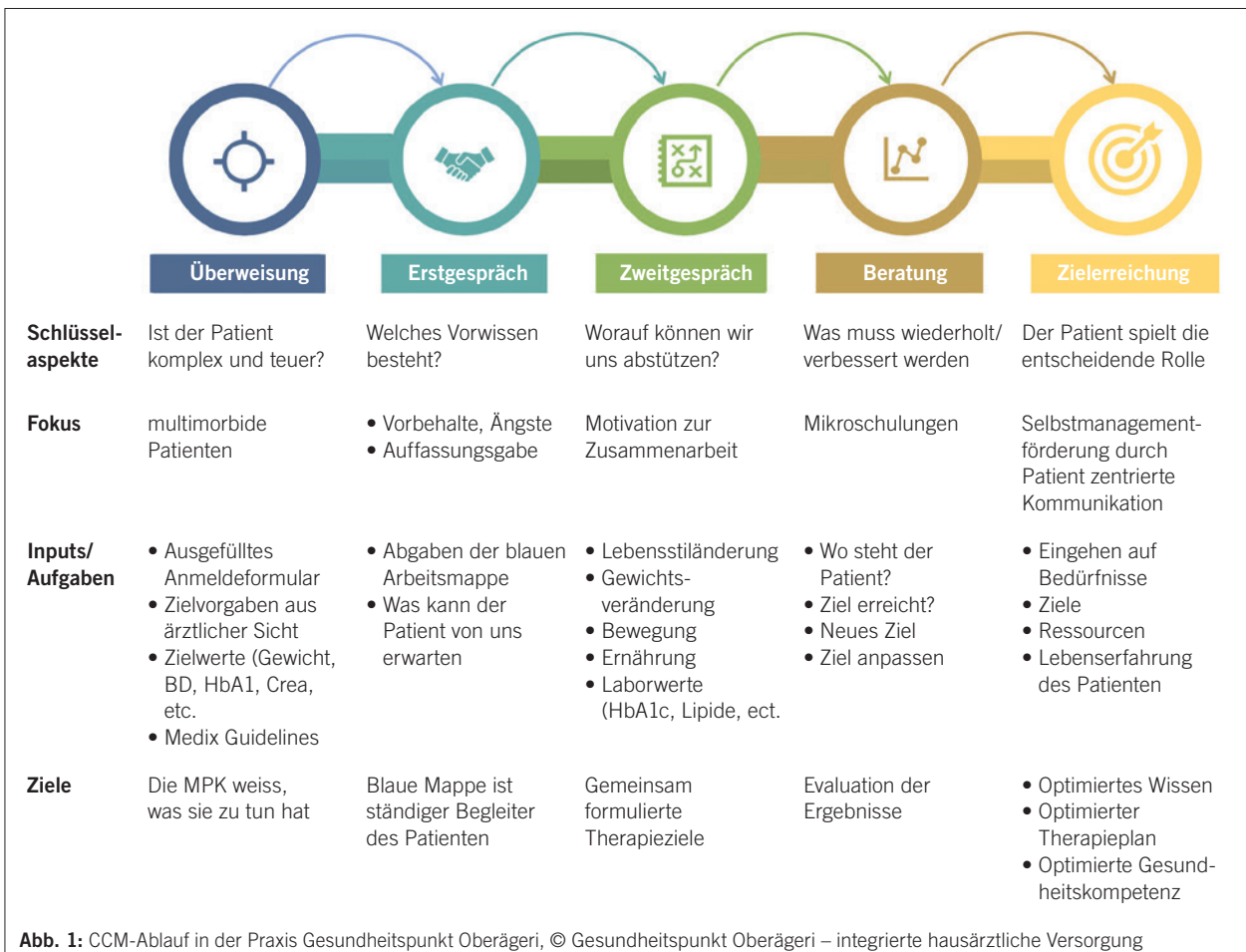
Im Projekt OptiQ wurden die im Kanton Waadt interprofessionell im ADAPTE Prozess erarbeiteten Praxisempfehlungen Multimorbidität (RPC multimorbidité (6)) in der Grundversorgung getestet. Zur Implementierung der sechs Versorgungsschritte der Praxisempfehlungen (**Abb. 2**) wurden diese durch QualiCCare übersetzt und durch die interprofessionelle Expertengruppe des Projekts Opti-Q national validiert. Für die praktische Anwendung in Hausarztpraxen, Apotheken und/oder durch die Spitex wurden die folgenden Anwendungshilfen erarbeitet, welche in einem Pilotprojekt getestet und anschliessend überarbeitet wurden.

- ▶ einen Versorgungspass in Papierform für die Betroffenen
- ▶ ein ganzheitliches Assessment für die strukturierte Standortbestimmung der Betroffenen als beschreibbares PDF
- ▶ eine Medikationscheckliste zur Überprüfung der Medikation inkl. Möglichkeit von pharmazeutischen Empfehlungen als beschreibbares PDF
- ▶ Eine elektronisch verfügbare Liste an Selbstmanagement-Förderungsangeboten mit Suchfunktion auf der QualiCCare Webseite sowie auf der Blueprint Seite des BAG

Zusätzlich erhielten alle Pilotteilnehmer eine Fortbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit des Vereins SwissIPE (7).

In **Tab. 2** sind die Empfehlungen für ein CCM aus Sicht dieser beiden Initiativen dargestellt.

Welche CCM-Elemente heute bereits wie in der Praxis umgesetzt werden können, zeigen die konkreten Umsetzungsempfehlungen aus **Tab. 1**. Es ist bekannt, dass eine Umsetzung ein erhebliches Engagement aller Beteiligten benötigt. Aber die Praxisbeispiele wie die Empfehlungen der Expertinnen und Experten zeigen auf, dass eine schrittweise Einführung und Entwicklung eines CCM heute bereits möglich sind. Es bedarf daher keiner grundsätzlich neuen Regularien, sei es im Bereich der Tarifierung oder der Systemstrukturen, wie sie u. a. im Parlament im



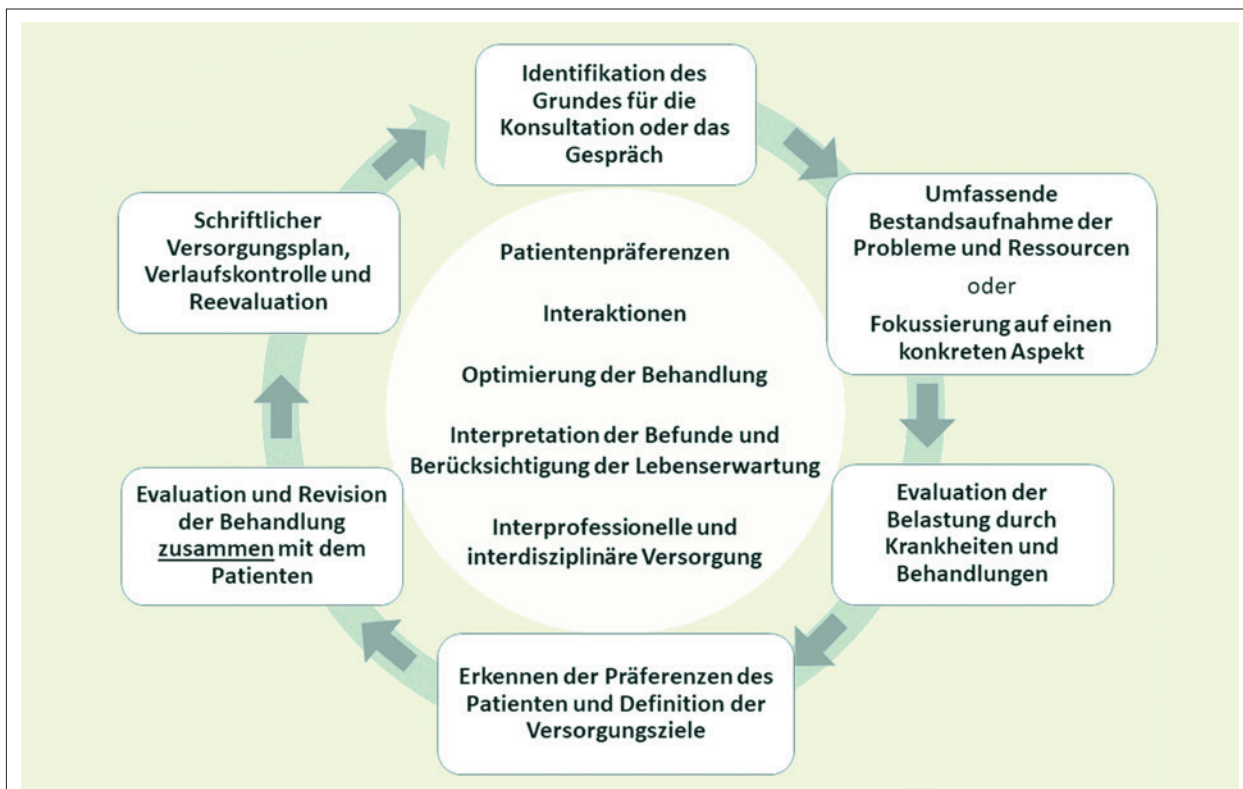


Abb. 2: QptiQ – Versorgungsempfehlung Multimorbidität, © Opti-Q Multimorbidität - QualiCCare

Förderliche Empfehlungen für ein CCM	
<p>Tab. 2</p> <p>Praxis Gesundheitspunkt Oberägeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausreichend Personal in den Hausarztpraxen. Ohne hausärztliche Leitung und Delegation keine interprofessionellen Teams • Datenkompetenz und Nutzungsmöglichkeiten fehlen. Wichtige Versorgungs- und Qualitätsdaten sind in den PIS vorhanden, sie werden aber nicht extrahiert und genutzt • Kein geeignetes Tarifierungsmodell. Koordinationsleistungen und der höhere nicht-ärztliche Personalbedarf sind nicht finanziert • Mehr Mut, es einfach zu tun 	<p>OptiQ</p> <ul style="list-style-type: none"> • CCM ist der aktive Einbezug der Betroffenen und nicht nur die Beurteilung von patientenindividuellen Messwerten • CCM muss zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Betroffenen beitragen • CCM bedeutet die Entlastung einzelner Fachpersonen durch die geteilte Verantwortung • Tarifsysteme, welche interprofessionelle Koordinations- und Austauschleistungen sowie die Leistung nicht ärztlicher Fachpersonen, auch ohne ärztliche Delegation, honorieren • Bereitschaft und Interesse, die bestehenden Möglichkeiten aktiv zu nutzen

Rahmen der Massnahmenpakete zur Kostendämpfung diskutiert werden. Förderlich wäre aber sicherlich die dringliche Modernisierung/Aktualisierung vieler Tarifsysteme in der ambulanten Versorgung, damit die interprofessionelle Zusammenarbeit in den «Prepare Practice Teams (PPT)» in der Praxis leichter umzusetzen ist. Weitere Empfehlungen für die Umsetzung des CCM in der Praxis sind in **Tab. 1** aufgeführt. Aus Sicht der Auto-

ren bieten sich für den ersten Umsetzungsschritt die Systemelemente «3 Angebot von Entscheidungshilfen» und «5 Unterstützung und Förderung des Selbstmanagements» an. Hierzu bestehen bereits umfassende Vorarbeiten und Angebote, welche zur Verfügung stehen und den Start in die Umsetzung eines CCM-Konzeptes unterstützen. Ausgewählte Anwendungsbeispiele finden Sie ebenfalls in **Tab. 1**.

Oliver Strehle ¹
 Agnes Bachofner ²
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Rosemann ³

¹ Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (fmc)
² Novartis Pharma Schweiz AG
³ Universität Zürich

Korrespondenzadresse
 Dipl. Sozialwirt, Oliver Strehle
 Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (fmc),
 Zugerstrasse 193, 6314 Neuägeri
 oliver.strehle@fmc.ch

Interessenkonflikte
 Das vorliegende Paper ist im Rahmen des von Novartis unterstützten Projektes «Take action» entstanden, das darauf abzielt, die Versorgung von kardiovaskulären Risikopatient/-innen zu verbessern und von Frau Agnès Bachofner geleitet wird. Novartis hat auf den Inhalt keinen Einfluss genommen.

DOI: <https://doi.org/10.23785/ARZT.2024.11.005>

Copyright
 Aertzeverlag medinfo AG

Literatur

1. Rosemann, T., Bachofner, A., Strehle, O. (2024), Kardiovaskuläre Erkrankungen in der Schweiz – Prävalenz und Versorgung, PRAXIS 2024; 113 (03): 57–66
2. Sahli, R., Jungi, M., Christ, E., Goeldlin, A. (2019), «Chronic Care Management»-Programm in der hausärztlichen Praxis, SWISS MEDICAL FORUM, 19(7–8):113–116
3. Strehle, O., Ritzmann, P., Helg, A. (2023), Qualität steigern und Kosten senken dank Ärztenetzen, Schweizerische Ärztezeitung, 104(27–28):36–38
4. <https://gesundheitspunkt.ch/angebot/chronic-care/>
5. Projekt «Opti-Q Multimorbidität – Optimierung der Behandlungsqualität von multimorbiden Patienten» | Gesundheitsförderung Schweiz (gesundheitsfoerderung.ch)
6. RPC_multimorbidite.pdf (recodiab.ch)
7. Home – SwissIPE