

Damit es bei der Betreuung chronisch Kranker nicht zu Engpässen und Unterversorgung kommt, sind innovative Modelle gefragt. Dabei ist es naheliegend, dass zunehmend externe Dienstleister auf dem Markt auftreten, und dass sich die Versorgungsmodelle moderner digitaler Techniken bedienen. Ob sich solche Modelle etablieren können, hängt aus meiner Sicht vor allem davon ab, wie sensibel sie im kommunikativen Bereich auftreten: Wie gut können sie sich in die bestehende Arzt-Patienten-Beziehung integrieren? Welche Teile der Betreuung können mit Erfolg ausgelagert werden, und wo braucht es nach wie vor die kontinuierliche Begleitung des chronisch Kranken durch den federführenden und koordinierenden Arzt ihres Vertrauens?

Stefan Neuner-Jehle, Chefredaktor PHC

Technologie-gestützt und interprofessionell

Smart Chronic Care – Zusammenarbeit zur Versorgung chronisch Kranker

Andrea Sutter^a, Marianne Schenk^b, Carmen Binder^c

^a Ernährungsberaterin Bsc BFH und Leitung Flying Dietitians Schweiz, Oviva AG Altendorf; ^b Medizinische Praxiskoordinatorin FA, Projektleitung Flying MPK, Oviva AG Altendorf, Zentralvizepräsidentin des Schweiz. Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen, SVA und Präsidentin Odamed; ^c Ärztin und Master of Biomedical Engineering, Doktorandin der Humanmedizin, Universität Zürich, Medical Director, Oviva AG Altendorf

In Zeiten stetiger Zunahme von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten sowie zunehmender Ressourcenknappheit in der ärztlichen Grundversorgung, sind neue Lösungsansätze zur ambulanten Behandlung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten gefragt. Im Folgenden wird ein innovatives Modell vorgestellt, wie der Hausarzt gemeinsam mit weiteren Gesundheitsfachpersonen und der passenden Technologie eine optimierte, patientenorientiertere Versorgung im Sinne von *Chronic Care Management* gewährleisten kann.

Einleitung

Die kontinuierliche Zunahme chronisch kranker und immer älter werdender Patientinnen und Patienten sowie die zunehmende Verknappung hausärztlicher Ressourcen, stellt das Gesundheitswesen vor immer grössere Herausforderungen im Management dieses Patientenkollektivs [1]. Neue Ansätze sind gefragt und werden im Rahmen von sogenannten *Chronic Care Management* (CCM)-Modellen seit längerem diskutiert und eingesetzt [2–4]. Auch in der Schweiz werden solche Modelle bereits angewandt [5–7]. Dabei spielt die interprofessionelle Zusammenarbeit, genauer die Abstimmung zwischen den Gesundheitsfachpersonen, und die Qualität der Zusammenarbeit eine grosse Rolle

[8, 9]. Weitere wichtige Pfeiler sind evidenzbasierte Leitlinien, Miteinbezug und Selbstmanagement des Patienten sowie ein effektiver Einsatz finanzieller Ressourcen [2, 10].

Eine CCM-Studie bei Diabetikerninnen und Diabetikern in der Schweiz hat gezeigt, dass die grössten Hindernisse zum längerfristigen Einsatz solcher Versorgungsmodelle personeller oder organisatorischer Natur sind, beispielsweise durch Knappheit oder Wechsel adäquat ausgebildeter Betreuungspersonen [5]. Weitere Gründe waren Unsicherheiten bei der Abrechnung sowie fehlende Bereitschaft auf ärztlicher Seite, einen Teil der Verantwortung an eine andere Fachkraft abzugeben [5, 7]. Es werden daher innovative Lösungen benötigt, die eine koordinierte Herangehensweise durch

ein breiteres Versorgungsteam in der Betreuung von chronisch Kranken ermöglichen [11].

Die Digitalisierung eröffnet dabei auch in diesem Bereich neue Horizonte. Nutzung und Nachfrage von digitalen Angeboten im Gesundheitswesen nehmen laufend zu und die Mehrheit der Patientinnen und Patienten wünscht sich heute, mit der Ärztin via Messenger oder E-Mail kommunizieren zu können [12]. Der Einsatz mobiler Technologien wird bereits in vielen therapeutischen Bereichen eingesetzt, zum Beispiel zur Gewichtsreduktion, in der Verhaltens- und Psychotherapie oder beim Management von Diabetes und andern chronischen Krankheiten [13–17].

Die Mehrheit der Studien über die gesundheitsökonomischen Aspekte von CCM zeigt ausserdem, dass bei besser überwachten und holistisch versorgte Patientinnen und Patienten die Komplikations- und somit Hospitalisationsrate im Zusammenhang mit ihrer chronischen Erkrankung tiefer liegen als bei Placebogruppen

[3, 18, 19]. Dies führt auch zu geringeren Kosten im Management dieser Patientinnen und Patienten [18, 19]. Ein technologisch unterstützter, qualitäts- und patientenorientierter Ansatz für das Management chronisch kranker Patientinnen und Patienten sollte sich daher positiv auf die Gesundheitskosten auswirken. Im Folgenden wollen wir einen solchen Ansatz im Schweizer Gesundheitswesen am Beispiel praxisintegrierter Ernährungsberatung und CCM vorstellen.

Vor Ort integrierte Ernährungsberatung

Für Patientinnen und Patienten mit chronischen ernährungsabhängigen Krankheiten kann die Ernährungstherapie mit gleichzeitiger Unterstützung zur Verhaltensänderung eine Alternative oder Ergänzung zur medikamentösen Therapie darstellen [20–22]. Die Leistung der ambulanten Ernährungsberatung wird klassischerweise in Ernährungsberatungspraxen oder Ambulatorien von Spitälern erbracht. Diese örtliche Distanz zu den Hausärztinnen und Hausärzten bringt Barrieren wie beispielsweise ungenügende interprofessionelle Kommunikation und variierende Zielvereinbarungen mit sich. Auf Patientenseite ist es ein Hindernis, eine neue Praxis aufsuchen zu müssen. Kommerziell verfügbare Programme zur Gewichtsabnahme zeigen ausserdem in der Regel nur minimale Effekte [23].

Seit 2015 integriert sich Oviva mit ihren «flying dietitians» erfolgreich in über 220 Allgemein- und Spezialarztpraxen in der Schweiz und deckt die gesamte Indikationsbreite nach KVG Art. 9b ab. Mit einer gesetzlich anerkannten Ernährungsberaterin BSc/HF und einer eigens dafür entwickelten Technologie wird die professionelle Ernährungsberatung als innovative Dienstleistung direkt in der Praxis angeboten (Abb. 1). Die Behandlung geschieht gemeinsam mit der verordnenden Ärzteschaft, der medizinischen Praxisassistentin und je nach Bedarf mit weiteren Fachpersonen. Durch Technologieunterstützung in Terminplanung, Dokumentation und Berichterstattung wird eine nahtlose Integration in die jeweiligen Praxisbetriebe ermöglicht. Ergänzend zu den Beratungen vor Ort kann eine an die Patientenakte angeschlossene Smartphone-App eingesetzt werden. Diese ermöglicht die ortsunabhängige Kommunikation zwischen Patient und Beratungsperson und dient als Lernplattform. Zusätzlich ermöglicht die App die Erfassung von Blutzuckerwerten, Ernährung, Beschwerden, körperlicher Aktivität sowie Gewicht durch den Patienten selbst oder via Bluetooth angeschlossenen Geräten. Die erfassten Daten dienen dem Echtzeit-Monitoring, fördern das Selbstmanagement und unterstützen die Verhaltensänderung im Alltag.



Abbildung 1: App-basierte Technologie als zentraler Bestandteil der integrierten Versorgung.

Erweiterung zu «Smart Chronic Care» im modularen Aufbau

Das Projekt «Smart Chronic Care» erweitert seit Anfang 2018 die bereits bestehende Dienstleistung der Oviva Ernährungsberatung mit Medizinischen Praxiskoordinator/-innen (MPK). Das externe Care-Team komplementiert in der Praxis vor Ort das Team der Hausärztin in der Versorgung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten. Durch Integration in die bestehenden Praxisstrukturen sollen die hausärztlichen Ressourcen entlastet und eine optimale Koordination und Kommunikation zwischen den Berufsgruppen wie auch mit dem Patienten ermöglicht werden. Die Integration von CCM in die Hausarztpraxis wurde schon länger durch Sanacare- oder MediX-Gruppenpraxen angewendet [7, 25]. Neu ist bei Oviva das Modell der fliegenden MPK, analog zum Modell der «flying dietitians», die je nach Bedarf in verschiedenen Hausarztpraxen eingesetzt werden. In den regelmässigen Sprechstunden vor Ort können die MPK sich voll auf die Zusatzaufgaben im Management chronisch kranker Patientinnen und Patienten konzentrieren – sei dies beratender, diagnostischer oder therapeutischer Natur. Auch sie arbeiten mit der Oviva-Technologie, die spezifisch für CCM ausgebaut wurde.

Durch standardisierte Prozesse hilft die MPK ein gutes, leitliniengerechtes *Disease Management* rund um den Patienten sicher zu stellen. Bei Diabetespatienten wird dies beispielsweise anhand der Kriterien der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) dokumentiert [26]. Resultate sowie empfohlene Untersuchungen oder Massnahmen werden für Patientinnen/Patienten und Versorgungsteam visuell hervorgehoben. Durch ein Eskalationssystem kann frühzeitig auf sich entwickelnde Muster oder Komplikationen hingewiesen und nötige Massnahmen rechtzeitig eingeleitet werden. Die MPK hilft patientenseitige Barrieren abzubauen und das Verständnis über die Krankheit sowie einen sinnvollen Umgang mit ihr zu fördern. Die Patienten-App soll auch in diesem Fall das Patientenselbstmanagement fördern und der Kommunikation zwischen MPK und Patientin/Patient dienen.

Der «Smart Chronic Care»-Ansatz von Oviva besteht aktuell für Patientinnen und Patienten mit Diabetes und koronarer Herzkrankheit, kann jedoch aufgrund seines modularen Aufbaus in Zukunft für weitere chronische Krankheiten ausgebaut werden. Die Modularität ermöglicht ausserdem eine hohe Patientenzentriertheit, da jede/r Patientin/Patient diejenigen Angebote in Anspruch nehmen kann, die seinen aktuellen Bedürfnissen entsprechen.

Diskussion

Die Grundversorgung spielt eine wichtige Rolle in der integrierten Versorgung chronisch kranker Patienten. Die optimale Versorgung geht weiter als über das Lösen akuter medizinischer Probleme hinaus und wird idealerweise durch ein interprofessionelles Team abgedeckt, welches die medizinischen, sozialen und verhaltenstherapeutischen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten adressieren kann [11]. Dafür ist auch die Entwicklung neuer Kommunikations- und Kollaborationsmodelle notwendig, wovon die Oviva Ernährungsberatung und *Smart Chronic Care* ein möglicher Ansatz mit Technologieunterstützung darstellt. Dieser stärkt die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Fachkompetenzen aller Beteiligten und macht die Versorgung von chronisch Kranken in der Hausarztpraxis effizienter und vernetzter. So kann eine Komplettlösung für die integrierte Versorgung dieser Patientinnen und Patienten angestrebt werden. Dieser Ansatz lässt sich auch weiterdenken und beispielsweise auf Berufsgruppen wie die Physiotherapie, Psychotherapie oder Sozialarbeit ausdehnen [11]. Durch die Verfügbarkeit und optimale Orchestrierung dieser diversen Therapiemöglichkeiten, abgestützt auf die Bedürfnisse der/des Patientin/Patienten, lassen sich die Nachteile der Grundversorgung gegenüber der stärker strukturiert organisierten Medizin im stationären Bereich ausgleichen und grosse Teile des Managements chronisch kranker Patientinnen und Patienten ambulant abdecken. Mit dem *Smart Chronic Care*-Ansatz könnten viele der in früheren Studien beschriebenen Herausforderungen, namentlich organisatorischer und personeller Natur, angegangen werden [5]. Des Weiteren wird mit dem klinischen Informationssystem das Patienten-Monitoring über die fachspezifischen Grenzen hinaus sichergestellt und bietet individuelle Auswertungsmöglichkeiten für die Praxis. Dies fördert die Vertrauensbildung und kann hoffentlich dazu beitragen, die fehlende Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte, einen Teil der Verantwortung an eine andere Fachkraft abzugeben, zu reduzieren. Die Rückmeldungen aus der Praxis sind bis jetzt mehrheitlich positiv und bestärkend, wobei es sich nach wie vor um ein kleines Kollektiv handelt. Eine kürzlich publizierte Studie zur holistischen Betreuung von multimorbiden Patientinnen und Patienten zeigte, dass durch eine gesamtgesellschaftliche Versorgung dieser Patienten vor allem die Patientenzentriertheit und somit deren Zufriedenheit steigt und weniger direkt die Lebensqualität [27]. Frühere Studien zeigen jedoch, dass die integrierte Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten direkt zu signifikant tieferen

Fazit

Smart Chronic Care eröffnet für die Hausarztmedizin neue Möglichkeiten. Es bietet den Patientinnen und Patienten eine optimale ambulante Betreuung, was deren Kompetenzen fördert und die Patientenzufriedenheit steigert. Eine Lösung, die sich positiv auf die Gesundheitskosten auswirken wird und die Möglichkeiten moderner Technologien mit einer persönlichen Betreuung verknüpft. Das hier vorgestellte ambulante *Chronic Care Management*-Modell lebt neben dem innovativen Ansatz insbesondere auch von der interprofessionellen Zusammenarbeit und vereint die Erfolgsfaktoren der ambulanten Medizin: Flexibilität, Autonomie und Individualität.

Hospitalisationsraten und Gesundheitskosten führt [19, 28]. Weitere klinische Studien sind nötig, um die Verbesserung der Lebensqualität durch CCM abschliessend zu beweisen.

Danksagung

Wir danken Dr. med. Bernhard Schaller für die kontinuierliche Unterstützung in der Umsetzung des Smart Chronic Care-Modells sowie seinen konstruktiven Input zu dieser Publikation.

Disclosure statement

A.S, M.S sowie C.B sind Angestellte der Oviva AG, Altendorf.

Literatur

- 1 World Health Organization (WHO), Global status report on noncommunicable diseases 2010. 2011.
- 2 Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? ECP, 1998. 1(1).
- 3 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. JAMA. 2002;288(15):p.1909–14.
- 4 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002;288(14):1775–9.
- 5 Chmiel C, et al. Four-year long-term follow-up of diabetes patients after implementation of the Chronic Care Model in primary care: a cross-sectional study. Swiss Med Wkly. 2017;147:p.w14522.
- 6 Frei A, et al. Implementation of the chronic care model in small medical practices improves cardiovascular risk but not glycemic control. Diabetes Care. 2014;37(4):1039–47.
- 7 Sahli R, Jungi M. Chronic Care Management in der Hausarztpraxis. Primary And Hospital Care. 2017;17(3):46–30.
- 8 Korner M, et al. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. J Interprof Care. 2016;30(1):15–28.

- 9 Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ. 2000;320(7234):569–72.
- 10 Wagner EH, et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff (Millwood), 2001;20(6):64–78.
- 11 PWC Health Research Institute, ROI for primary care: Building the dream team. 2016.
- 12 Zingg T, RS, Röthlisberger F. Digitalisierung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Schweizerische Ärztezeitung. 2019;100(5):113–116.
- 13 Mohr DC, et al. Behavioral intervention technologies: evidence review and recommendations for future research in mental health. Gen Hosp Psychiatry. 2013;35(4):332–8.
- 14 Rollo ME, et al. Evaluation of a Mobile Phone Image-Based Dietary Assessment Method in Adults with Type 2 Diabetes. Nutrients. 2015;7(6):4897–910.
- 15 Kessler D, et al. Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. Lancet. 2009;374(9690):628–34.
- 16 Tate EB, et al. mHealth approaches to child obesity prevention: successes, unique challenges, and next directions. Transl Behav Med. 2013;3(4):406–15.
- 17 Smith W. Imperial College Health Partners, Evaluation Report: Diabetes Digital Behaviour Change Programmes: North West London Pilot. 2018.
- 18 Adams SG, et al. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. Arch Intern Med. 2007;167(6):551–61.
- 19 Huber CA, et al. Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland. Int J Integr Care. 2016;16(1):11.
- 20 Chiu S, et al. Comparison of the DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diet and a higher-fat DASH diet on blood pressure and lipids and lipoproteins: a randomized controlled trial. Am J Clin Nutr. 2016;103(2):341–7.
- 21 Hebert JR, et al. A dietitian-delivered group nutrition program leads to reductions in dietary fat, serum cholesterol, and body weight: the Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). J Am Diet Assoc. 1999;99(5):544–52.
- 22 Gaede P, et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2003;348(5):383–93.
- 23 Tsai AG, Wadden TA. Systematic review: an evaluation of major commercial weight loss programs in the United States. Ann Intern Med. 2005;142(1):56–66.
- 24 Reichheld, FF. The one number you need to grow. Harvard Business Review. 2003;5534.
- 25 Steurer-Stey C, et al. Assessment of Chronic Illness Care with the German version of the ACIC in different primary care settings in Switzerland. Health Qual Life Outcomes. 2010;8:122.
- 26 Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie, http://www.sgedssed.ch/fileadmin/files/6_empfehlungen_fachpersonen/63_praxis-empfehlungen/Kriterien-DMD_2017.pdf. Heruntergeladen am 10 Januar 2019.
- 27 Salisbury C, et al. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. Lancet. 2018;392(10141):41–50.
- 28 Martinez-Gonzalez NA, et al. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. Int J Qual Health Care. 2014;26(5):561–70.

Korrespondenz:
Carmen Binder
Medical Director
Oviva AG
Bahnhofstrasse 3
CH-8001 Zürich
carmen.binder[at]oviva.com