



Strukturiertes interprofessionelles Chronic Care Management in der Hausarztpraxis

**Erfahrungen der Sanacare AG
Adrian Gödlin, Bern**

TopPharm Netzwerk-Event 2017

Medizinische Praxiskoordinatorin Klinische Richtung EF



- Neue Ausbildung mit eidgenössischem Fachausweis: www.sva.ch
- 4 Pflichtmodule, 2 Wahlmodule
- Prüfungen nach jedem Modul, Schlussprüfung
- Kosten 12'000-15'000 CHF pro Ausbildung
- Bezeichnung in der Literatur: Coach

Überblick Sanacare



- Gegründet 1991, Eigner Concordia/Sanitas
- Mission: Die Gesundheit unserer Patienten durch eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Hausarztmedizin zu fördern und unser Gesundheitswesen dadurch zu stärken
- Betreuung von ~110'000 Patienten, ~70% Managed Care, ~30% andere Versicherungsdeckung
- Pionierin von systematischem Chronic Care Management in der Schweiz
- Hauptsitz, der alle administrativen Aufgaben übernimmt und standardisierte Prozesse sicherstellt



~110 Ärzte, 17 Coaches, ~105 MPAs
an 9 Standorten mit 13 Gruppenpraxen

Ausgangslage



- stetige Zunahme immer älterer, chronisch kranker Patienten
- fortschreitende Verknappung der ärztlichen Ressourcen
 - 2025 wird eine Versorgungslücke von 60% respektive von über 5000 Vollzeit-Hausärzten erwartet¹

¹ Zeller A, Tschudi P. «Anamnese und Status» bei Schweizer -Hausärzten. Primary and Hospital Care. 2016; 16(15):277–80.

Chronic Care Management: Prinzip



PatientInnen

Diagnose* & Einschlusskriterien

*Hypertonie, Diabetes, COPD

Behandlungsteam:
Patient – Arzt – Coach (=MPK)



Einschluss

Programmpfad festlegen (at diagnosis)

1. Zyklus Folgezyklen

Ergebnisbeurteilung

1 Jahr

Assessment und Zieldefinition

Programmpfad durchführen & Monitoring

- Zielerreichung
- Krankheitszustand
- Patientenzufriedenheit

- 3-4 Ziele pro Zyklus:
- Krankheitsspezifisch (z.B. HbA1C, LDL)
 - Lifestyle (z.B. Gewicht, Aktivität)

- Kontrollen und Labor gem. EBM
- Informationsvermittlung
- Lifestyle-Beratungen

Behandlungspfade, Prinzip (1)

sanacare

1. Zyklus

**Hauptziel: Empowerment
Patient**

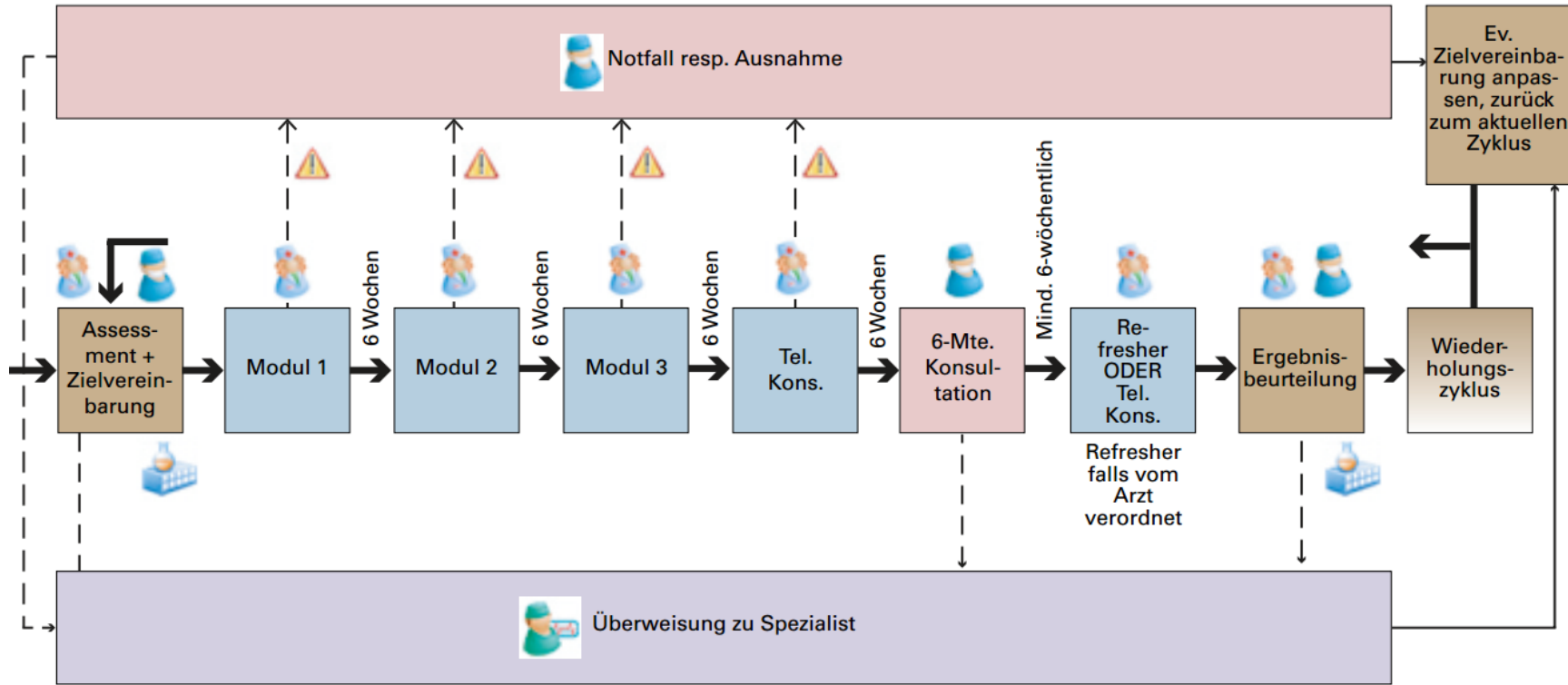
Wissensvermittlung durch
Coach: Krankheit,
Notfallsituationen,
Ernährung, Aktivität,
Risikofaktoren, Co-
Morbiditäten, Messungen
(BZ, BD)

Folgezyklen

**Hauptziel: Delegation von
bisher ärztlichen
Kompetenzen an Coach**

Führt diverse
Untersuchungen/Tests durch
Validiert Dokumentation des
Patienten
Validiert Laborresultate
gemäss Vorgaben
Passt Medikation an (nach
Vorgaben Arzt)

Behandlungspfade, Prinzip (2)



Sahli & Jungi, *Primary&Hospital Care* 2017;17(3):46–50





sanacare
CHRONIC CARE

Schlüsselemente

- Interprofessionelles Behandlungsteam mit klar definierten Rollen und direkter Kommunikation
- Standardisierte und IT-hinterlegte Programmpfade
- Monitoring von Bestand und Outcome

Strukturiertes interprofessionelles Chronic Care Management



- Klinische Outcomes mit guten Resultaten
- Gute Betreuung von Diabetikern gemäss Score der Schweizerischen Gesellschaft für Diabetologie und Endokrinologie SGED
- Hohe Prozesstreue

Sahli & Jungi, Primary&Hospital Care 2017;17(3):46–50

- *Ende 2016: ca. 600 PatientInnen in CCM Programmen*

Patientenzufriedenheit

Fragen	HA	CCM Team	p	n Antworten
Durchschnitt aller Antworten	4.63	4.72	<0.001	396
Einbezug in Entscheidungen	4.68	4.74	n.s.	393
Zuhören	4.77	4.82	n.s.	386
Hilfe in Alltagsaktivitäten	4.65	4.68	n.s.	365
Präventive Angebote	4.63	4.73	n.s.	363
Information über Krankheit/Symptome	4.67	4.81	<0.001*	385
Hilfe im emotionalen Umgang mit der Krankheit	4.53	4.69	<0.001*	337
Wartezeiten in Praxis	4.33	4.45	0.001*	385
Rasche Hilfe in Notfallsituationen	4.71	4.76	n.s.	258
Kann Praxis weiterempfehlen	4.81	4.85	n.s.	377

*Signifikanzlevel 0.005

Rating: Likert Skala von 1-5

Quelle: Goeldlin AO & Jungi M: Does patients' satisfaction change under team care in a chronic care management program instead of usual care by the family physician alone? *Primary&Hospital Care* 2017; 17 (Suppl.): 15S.

**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**



Ernährungspyramide im Beratungszimmer
der Berner Gruppenpraxis