

UNTER DER LUPE

SWICA FORSCHT:
DISEASE-MANAGEMENT-
PROGRAMM BEI
DIABETES MELLITUS.

INHALTSVERZEICHNIS.

Vorwort	3
Zahlen und Fakten: Diabetes mellitus in der Schweiz	4
Disease-Management-Programme: Warum engagiert sich SWICA?	7
Wissenschaftliche Evaluation der ZHAW: Strukturierte Diabetesbehandlungen sind erfolgreich	8
Nachgefragt/Interview/Aus der Praxis: Kontinuität, Struktur und die Patientinnen und Patienten im Zentrum – Das ist das A und O einer guten Behandlung	10
Gesundheitspolitik: Multiprofessionelle Zusammenarbeit führt zu effizienter Versorgung	12
Lessons learned	13

IMPRESSUM

Bericht erarbeitet von Eva Blozik, Christian Frei,
Maria Trottmann, Birgitta Rhomberg, Ann-Karin Wicki,
Gioia Wetter, Sonja Schnitzer

April 2023

Kontakt: NPM_GD_Integrierte_V@swica.ch

VORWORT.

Dass integrierte Versorgung unser Gesundheitswesen vorwärtsbringt, ist breiter Konsens in Politik und Wissenschaft. Darum treiben viele innovative Leistungserbringer und Organisationen diese Entwicklung im Alltag voran. Aber wie kann integrierte Versorgung konkret gestaltet werden? Welche Ansätze erweisen sich als erfolgversprechend? Welche Erkenntnisse lassen sich aus den bisherigen Erfahrungen ziehen? Diesen Fragen geht die neue Publikationsreihe von SWICA «Unter der Lupe» nach. Noch zu selten werden in unserem Gesundheitssystem Evaluationen durchgeführt und die resultierenden Erkenntnisse geteilt. Die vorliegende Reihe will dies nachholen, um so die breitere Umsetzung für eine möglichst grosse Anzahl von Patientinnen und Patienten anzuregen.

Der erste Bericht der Reihe nimmt die Versorgung von Patientinnen und Patienten unter die Lupe: Seit 2018 engagieren sich SWICA und Medbase in strukturierten Behandlungskonzepten für eine optimale Versorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern. Dieses Programm der integrierten Versorgung wird in einer Begleitevaluation ausgewertet, mit der das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der ZHAW beauftragt wurde.

Im vorliegenden Bericht stellen wir die Erkenntnisse aus den beiden bisher verfassten Evaluationsberichten vor und setzen die Ergebnisse und Hintergründe in einen breiteren Kontext. Denn die Studie liefert spannende Schlussfolgerungen für die Praxis und die Gesundheitspolitik.

Mit diesem Engagement möchten wir einen Beitrag für die Gesundheit unserer Kundinnen und Kunden leisten – im Sinne einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung. Wir hoffen auf reges Interesse und freuen uns über konstruktive Rückmeldungen.



Daniel Rochat

ZAHLEN UND FAKTEN: DIABETES MELLITUS IN DER SCHWEIZ.

Diabetes ist eine häufig vorkommende Stoffwechselstörung, bei der die Produktion oder die Wirkung von Insulin gestört ist. Diabetes kann ganz unterschiedlich ausgeprägt sein. Manche Menschen bekommen die Erkrankung gut in den Griff, bei anderen führt sie mit den Jahren zu Folgeschäden. Menschen mit Diabetes haben ein erhöhtes Risiko für Herz- und Gefässkrankheiten, wie Herzinfarkte, Schlaganfälle und Probleme mit der Durchblutung der Beine und Füsse, sowie für Schäden an Augen, Nerven und Nieren. Bei Diabetes ist es wichtig, seinen Körper und die Erkrankung gut zu verstehen und zu wissen, was man selbst für die eigene Gesundheit tun kann. Die optimale Diabetesbehandlung wird daher im Zusammenspiel von Patientinnen und Patienten mit ihren Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Fachleuten, zum Beispiel aus der Pflege, der Diabetes- und Ernährungsberatung sowie aus der medizinischen Fusspflege individuell zugeschnitten.

Diabetes kommt in der Schweiz häufig vor. So waren im Jahr 2021 über 13 Prozent der über 66-Jährigen von Diabetes betroffen. Wie Abbildung 1 zeigt, wurde bei 3,2 Prozent der 66- bis 80-Jährigen mindestens ein Bezug eines Insulinpräparates beobachtet, 9,8 Prozent bezogen ein Diabetesmedikament in Tablettenform.¹ Unter den 51- bis 65-jährigen Personen bezogen 1,3 Prozent mindestens ein Insulinpräparat und 4,5 Prozent ein orales Diabetesmedikament in Tablettenform.

Personen mit Bezug von Diabetesmedikamenten

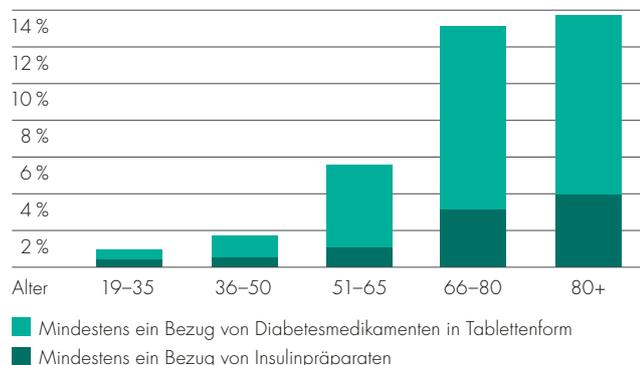


Abbildung 1: Personen mit Bezug von Diabetesmedikamenten, Jahr 2021

MODERATES WACHSTUM DER HÄUFIGKEIT VON DIABETES

In allen Altersgruppen war seit 2018 ein leichter Anstieg der Häufigkeit zu beobachten. Den höchsten relativen Anstieg verzeichnet die Altersgruppe der 19- bis 35-Jährigen mit 26 Prozent über vier Jahre. Allerdings stieg das Vorkommen von Diabetes von geringen 0,7 Prozent im Jahr 2018 auf 0,9 Prozent im Jahr 2021.

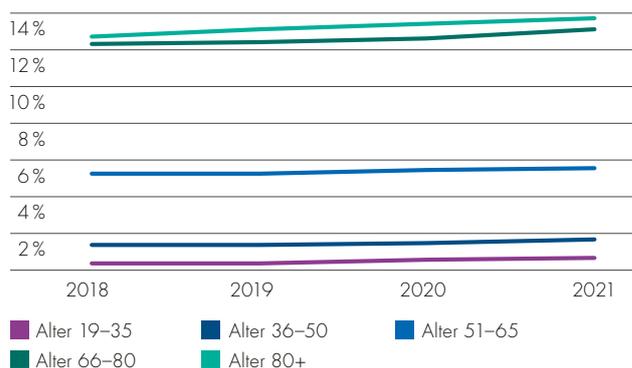


Abbildung 2: Entwicklung der Diabetesprävalenz

¹ Personen, die Medikamente beider Klassen bezogen, werden zur ersten Klasse gezählt.

« **IN STRUKTURIERTEN BETREUUNGS-PROGRAMMEN FÜR DIABETIKERINNEN UND DIABETIKER MÜSSEN AUCH MÖGLICHE BEGLEITERKRANKUNGEN WIE GLEICHZEITIG VORLIEGENDE PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN BERÜCKSICHTIGT WERDEN.»**

KORRELATION MIT PSYCHISCHER GESUNDHEIT UND EINKOMMEN

Ausser im Zusammenhang mit den genannten Folgeerkrankungen und verschiedenen Risikofaktoren wie Übergewicht, wenig körperliche Bewegung und ballaststoffarme, fett- und zuckerreiche Ernährung, Rauchen und Einnahme bestimmter Medikamente, die den Zucker-Stoffwechsel verschlechtern, tritt Diabetes auch häufiger bei bestimmten anderen Begleitfaktoren auf. Mithilfe der SWICA-Abrechnungsdaten möchten wir bei dieser Gelegenheit einen aktuellen Beitrag zur Datenlage hinsichtlich der Komplexität und der individuellen Unterschiede zwischen Diabetespatientinnen und -patienten in der Schweiz leisten.

Dafür analysieren wir einerseits vertieft die Patientengruppe mit psychischen Erkrankungen. Psychische Erkrankungen stellen ein Beispiel für Begleiterkrankungen dar, die mit Diabetes Hand in Hand gehen und gemeinsam damit behandelt werden müssen. Personen, die aufgrund psychischer Symptome mit Medikamenten oder psychiatrischer oder psychotherapeutischer Therapie behandelt werden, leiden häufiger an Diabetes als die Gesamtbevölkerung. Patientinnen und Patienten, die sowohl an psychischen Erkrankungen als auch an Diabetes leiden, bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit. Zum einen stellt die Erkrankung Diabetes eine erhebliche psychische Belastung dar. Zum anderen wirken sich psychische Erkrankungen oft ungünstig auf die Anforderungen und die Umsetzung der Diabetestherapie aus. So müssen beispielsweise Psychopharmaka auf die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten abgestimmt werden.

Diese Analyseresultate unterstreichen also, dass Betreuungskonzepte für chronische Erkrankungen wie Diabetes an den Bedarf und die Bedürfnisse der einzelnen Patientinnen und Patienten massgeschneidert angepasst werden müssen. Die Grundlage dafür sind eine sorgfältige und wiederholte Bestandsaufnahme der medizinischen Situation und ein gemeinsames Festlegen der Therapieziele und das Ableiten der dafür notwendigen sinnvollen Massnahmen.

Die sozialen und finanziellen Ressourcen der einzelnen Menschen zur Bewältigung von Risiken sind ungleich verteilt. «Armut macht krank» und «Krankheit macht arm»: Wissenschaftliche Studien zeigen die oftmals ungünstige Wechselwirkung zwischen den sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit einerseits und dem Gesundheitsverhalten sowie dem Gesundheitszustand auf der anderen Seite. In einer weiteren Analyse haben wir daher dem Faktor «geringes Einkommen» Beachtung geschenkt. Eine höhere Häufigkeit von Diabetes zeigt sich auch bei Personen, die in bescheideneren Einkommensverhältnissen leben und daher Prämienverbilligung erhalten.

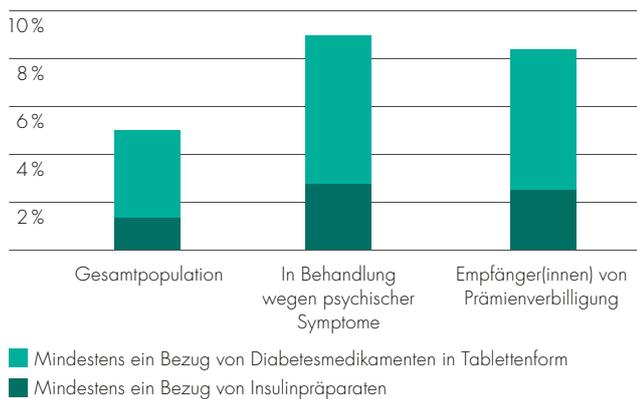


Abbildung 3: Häufigkeit von Diabetes in den beiden untersuchten Bevölkerungsgruppen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung

Diese Zahlen illustrieren, dass nicht medizinische Umstände grossen Einfluss auf die Häufigkeit, aber auch den Behandlungsbedarf von chronischen Erkrankungen haben. Nicht nur die medizinische Situation, sondern auch die Lebensumstände, die Sorgen und Nöte der Patientinnen und Patienten spielen bei der langfristig erfolgreichen Behandlung der chronischen Erkrankung Diabetes eine tragende Rolle. Hausärztinnen und Hausärzte, aber natürlich auch andere Berufsgruppen berücksichtigen daher in ihrer Bestandsaufnahme neben den medizinischen Faktoren auch systematisch die sozialen Begleitfaktoren. Umso wichtiger ist es, dass das hier evaluierte Behandlungskonzept für Diabetes einen sehr breiten Zugang für alle Diabetikerinnen und Diabetiker erlaubt, um allen Bevölkerungsgruppen einen einfachen Zugang zu optimierter Behandlung zu ermöglichen.

DATENGRUNDLAGEN

Die vorliegende Auswertung beruht auf den Abrechnungsdaten der SWICA Krankenversicherung. Es wurde eine geschichtete Stichprobe von rund 200 000 versicherten Personen gezogen. Die Schichtung erfolgte nach der Grossregion (gemäss Definition des Bundesamtes für Statistik) und der Altersgruppe. Mit der geschichteten Stichprobe soll sichergestellt werden, dass die gemachten Beobachtungen repräsentativ für die Schweizer Bevölkerung und nicht nur für den SWICA-Bestand sind.

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME: WARUM ENGAGIERT SICH SWICA?

SWICA bietet Personen mit chronischen Erkrankungen über ausgewählte Ärztinnen und Ärzte und Gesundheitszentren strukturierte Betreuungsprogramme, sogenannte Disease-Management-Programme, an. Ziel ist es, die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und ihnen durch eine optimale Behandlung, Gesundheitsförderung, Prävention und Befähigung im Umgang mit ihrer Erkrankung eine maximale Lebensqualität und Selbstbestimmung zu ermöglichen.

INDIVIDUELLER BEHANDLUNGSPLAN

Die Disease-Management-Programme beinhalten, nebst der ärztlichen Betreuung und persönlichen Begleitung, einen auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmten Behandlungsplan. Zentral ist dabei, dass die Betroffenen eine aktive Rolle im Behandlungsteam innehaben. Die Patientin oder der Patient bildet zusammen mit der

Ärztin oder dem Arzt und der speziell geschulten Praxisassistentin das Behandlungsteam. Je nach Bedürfnis werden zusätzliche Fachpersonen wie Therapeutinnen und Therapeuten oder Spezialärztinnen und -ärzte für eine optimale Betreuung hinzugezogen. Dabei ist der strukturierte Austausch von relevanten Befunden und Werten gemäss den Datenschutzrichtlinien essenziell, wobei SWICA keinen Einblick in diese Daten hat.

VIelfältige Vorteile

Dank dem strukturierten, leitlinienkonformen Behandlungsplan und der interprofessionellen Betreuung steigt die Behandlungsqualität und sinken die Kosten. Durch die laufende Prüfung des individuellen Behandlungserfolgs wird die Qualität kontinuierlich verbessert. Davon profitieren die erkrankten Personen und das Gesundheitssystem als Ganzes.



Abbildung 4: Umfassendes Beratungsangebot bei einer strukturierten Diabetesbehandlung

WISSENSCHAFTLICHE EVALUATION DER ZHAW: STRUKTURIERTE DIABETESBEHANDLUNGEN SIND ERFOLGREICH.

Medbase und SWICA engagieren sich gemeinsam in Programmen zur optimalen Betreuung von Diabetikerinnen und Diabetikern. Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der ZHAW begleitet seit 2016 dieses Behandlungskonzept wissenschaftlich. Eine erste, positiv ausfallende Begleitevaluation wurde 2021 veröffentlicht. Das Ziel des zweiten Evaluationsberichts, der jetzt vorliegt, ist es, die Auswirkungen des Behandlungskonzepts auf die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes über einen nun verfügbaren längeren Zeitraum zu untersuchen.

METHODEN

Für die Evaluation wurden Daten aus zwei verschiedenen Datenquellen untersucht:

1. Basierend auf Abrechnungsdaten von SWICA-Versicherten mit einem medikamentös behandelten Diabetes mellitus wurden die Auswirkungen des Disease-Management-Programms (DMP) auf die Übereinstimmung mit den aktuellen international etablierten Behandlungsstandards, auf die Hospitalisierungsrate und auf die Gesundheitskosten untersucht.
2. Basierend auf Daten aus den teilnehmenden Medbase-Praxen wurden für Patientinnen und Patienten mit Diabetes, mit und ohne medikamentöse Behandlung, Kriterien für die Behandlungsqualität in den einzelnen Arztpraxen vor und nach Einführung des DMPs verglichen.

Für die Untersuchung des Unterschieds hinsichtlich der Übereinstimmung mit den Behandlungsleitlinien, des Hospitalisierungsrisikos und der Kosten wurden Patientinnen und Patienten, die in einem HMO-Versicherungsmodell bei einer Medbase-Praxis mit einem Diabetes-DMP eingeschrieben waren, verglichen mit Patientinnen und Patienten, welche die übliche Versorgung innerhalb eines Standard- oder Listenmodells erhielten (Vergleichsgruppe). Eine Übereinstimmung mit Behandlungsleitlinien lag vor, wenn alle Jahre zwei HbA1c-Messungen oder ein kontinuierliches Blutzuckermonitoring erfolgte, die Blutfett- und Nierenwerte jährlich gemessen wurden (sofern keine Therapie mit ACE-Hemmern vorlag) sowie alle zwei Jahre eine Untersuchung in der Augenarztpraxis erfolgte.

Mithilfe des sogenannten statistischen Differenz-in-Differenz-Ansatzes wurde die Veränderung der Ergebnisse nach Einführung des Diabetes-DMPs relativ zum Jahr vor Einführung für bis zu drei Folgejahre berechnet und mit der Veränderung in der Vergleichsgruppe verglichen.

Die Untersuchung der Behandlungsqualität auf Praxisebene erfolgte anhand der acht Kriterien für gutes Diabetes-Disease-Management der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED): regelmässige ärztliche Kontrollen, Beratungen zu Gewicht, Bewegung und Rauchverhalten, regelmässige Messungen von HbA1c, Blutdruck und Cholesterin-Blutwerten, Überprüfungen der Nierenfunktion sowie Augen- und Fussuntersuchungen. Diese Kriterien wurden in allen teilnehmenden Medbase-Praxen routinemässig erhoben und die Werte wurden vor und nach Einführung des DMPs verglichen.

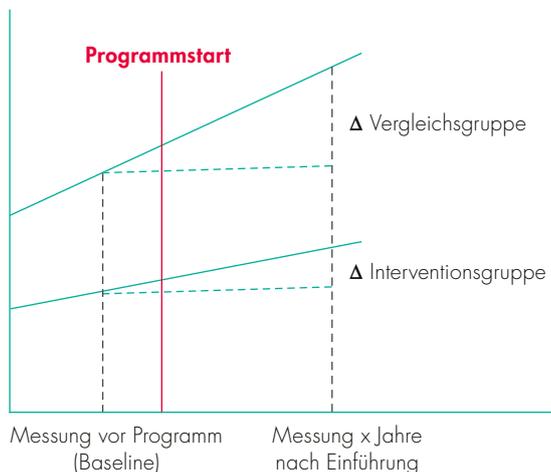
ERGEBNISSE

In der Analyse der Abrechnungsdaten wurden insgesamt 1 488 Patientinnen und Patienten der am Diabetes-DMP teilnehmenden Praxen beobachtet (Interventionsgruppe) und mit 13 187 Personen aus der Vergleichsgruppe verglichen. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die alle vier Messzahlen zur leitliniengemässen Diabetesversorgung erfüllten, wuchs in der Interventionsgruppe stärker als in der Vergleichsgruppe. Es wurden weniger Hospitalisierungen in der Interventionsgruppe beobachtet, allerdings ist dieser Effekt noch nicht statistisch beweisbar. **Der Anstieg der Gesundheitskosten wiederum fiel in der DMP-Gruppe in allen drei Folgejahren geringer aus**

als in der Vergleichsgruppe. Die Differenz im Kostenwachstum betrug bis zu 1 129 Franken pro Person und Jahr (statistisches 95%-Vertrauensintervall: -1 932 Franken; -325 Franken, vgl. Abb. 5). Hinsichtlich der von der SGED gesetzten Zielwerte für gutes Disease-Management war seit der Einführung des DMPs eine Verbesserung bei den

meisten SGED-Kriterien festzustellen. Zusätzlich zu den SGED-Kriterien wurde die Diabetesmedikamenten-Verschreibung genauer analysiert. Diese Analysen dienen dazu, die bestehende Behandlungspraxis in den beteiligten Arztpraxen datenbasiert reflektieren zu können und die Qualitätssicherungsmaßnahmen passgenau weiterzuentwickeln.

Programmeffekt: Δ Vergleichsgruppe – Δ Interventionsgruppe



	PROGRAMM-EFFEKT NACH 3 JAHREN	PROGRAMM-EFFEKT NACH 2 JAHREN	INTER-PRÄTATION
Anteil Patient(inn)en mit bester Adhärenz	0,06** [0,04; 0,08]	0,06** [0,04; 0,09]	Programm mit positivem Effekt
Anteil Patient(inn)en mit Spitalaufenthalt	0,00 [-0,03; 0,03]	0,00 [-0,03; 0,03]	Kein Effekt
OKP-Kosten	-1 129** [-1 932; -325]	-347 [1 239; 545]	Programm mit wahrscheinlich dämpfendem Effekt

Signifikanzniveau: ** p<0,01, * p<0,05

Abbildung 5: Effekt von Diabetes-DMPs

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Auch längerfristig bestätigt sich der positive Effekt des Behandlungskonzepts für Patientinnen und Patienten mit Diabetes: **Die Qualität der Diabetesversorgung in der Grundversorgung verbessert sich.** Dies lässt sich sowohl in der Untersuchung der Abrechnungsdaten als auch anhand der in der Praxis erhobenen SGED-Kriterien aufzeigen. Bei Patientengruppen, die mehrjährig so betreut werden, gibt es auch Hinweise auf ein geringeres Kostenwachstum.

Es besteht wissenschaftlicher Konsens, dass strukturierte Behandlungskonzepte für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes zu einer höheren Behandlungsqualität und besseren Behandlungsergebnissen führen. Wichtig ist aber, dass die Erkenntnisse aus der Wissenschaft auch in die Routineversorgung Eingang finden und so möglichst viele Betroffene profitieren können. SWICA engagiert sich dafür schon seit vielen Jahren kontinuierlich gemeinsam mit engagierten Partnern aufseiten der Leistungserbringer. Der vorliegende Evaluationsbericht zeigt, dass die aufgrund der Studienlage erwarteten Verbesserungen für Patientinnen und Patienten tatsächlich erreichbar sind.

Genauso wichtig wie die breite Einführung in den Praxisalltag sind Evaluation und kontinuierliche Weiterentwicklung der Programme. Noch zu häufig werden gute Ideen und Pilotprojekte in der Schweiz nicht sorgfältig untersucht oder die entsprechenden Erkenntnisgewinne stehen anderen Stakeholdern nicht zur Verfügung. **SWICA ist es wichtig, durch die Evaluation des Diabeteskonzepts Impulse zur Weiterentwicklung von integrierten Versorgungskonzepten im Schweizer Gesundheitswesen zu geben.**

« **WICHTIG IST, DASS DIE ERKENNTNISSE AUS DER WISSENSCHAFT IN DIE ROUTINEVERSORGUNG EINGANG FINDEN UND SO MÖGLICHST VIELE BETROFFENE PROFITIEREN KÖNNEN. SWICA SETZT SICH DAFÜR SCHON SEIT VIELEN JAHREN GEMEINSAM MIT ENGAGIERTEN LEISTUNGSERBRINGERN EIN.** »

NACHGEFRAGT/INTERVIEW/AUS DER PRAXIS: KONTINUITÄT, STRUKTUR UND DIE PATIENTINNEN UND PATIENTEN IM ZENTRUM – DAS IST DAS A UND O EINER GUTEN BEHANDLUNG.

Davon ist Dr. med. Stefan Maydl, Facharzt für Allgemeinmedizin bei Medbase Wil Friedtal, überzeugt. Er erzählt im Interview von den Vorteilen, welche die Behandlung von Diabetespatientinnen und -patienten nach einem Disease-Management-Programm (DMP) mit sich bringt. Struktur und Kontinuität sind zwei wesentliche Vorteile, von denen nicht nur die Erkrankten, sondern auch die Leistungserbringer und das Gesundheitssystem als Ganzes profitieren.

WELCHE VORTEILE BRINGT DIE STRUKTURIERTE BEHANDLUNG NACH EINEM DMP DEM PATIENTEN?

Die Patientin oder der Patient profitiert von einem kontinuierlichen und strukturierten Behandlungsablauf – Kontinuität und Struktur sind ihnen sehr wichtig. Das Vorhandensein von Guidelines wiederum hilft dem medizinischen Personal bei der Entscheidungsfindung. Das macht es für die Ärztin oder den Arzt leichter, an medizinisch relevante Dinge zu denken, auch wenn diese für die Patientin oder den Patienten in der Konsultation gerade nicht im Vordergrund stehen. Das erleichtert letztlich die Kommunikation mit der Patientin oder dem Patienten.

Die Patientinnen und Patienten, die nach einem DMP behandelt werden, berichten selber und sehr spontan von der Unterstützung durch die medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) und -koordinatorinnen (MPK) oder die Advanced Practice Nurses (APN, spezialisierte Pflegefachpersonen), die eng in den Prozess eingebunden sind. Sie schätzen vor allem die Zeit, die für diese Unterstützung eingesetzt wird. Die MPA und MPK geniessen eine hohe Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten. Letztere wollen zudem immer wissen, welche Zusatzqualifikationen die MPA oder MPK im Bereich chronischer Krankheiten haben.

WELCHE VORTEILE BRINGEN DMPS DEN LEISTUNGSERBRINGERN BZW. DEM GESUNDHEITSWESEN?

Die strukturierte Betreuung bringt der Ärztin oder dem Arzt geregelte Abläufe bei der Arbeit mit der Patientin oder dem Patienten. Das macht die Arbeit «planbar». Die strukturierte Betreuung erlaubt es der Ärztin oder dem Arzt zudem, neben den für die Patientin oder den Patienten wichtigen Sachverhalten und Problemen auch andere, elementare Themen der Diabeteskontrolle anzusprechen. Die vorgegebenen Behandlungsrichtlinien (Guidelines) sind letztlich eine wertvolle Unterstützung für eine gute Versorgungsqualität. Die Mitwirkung der MPA, MPK oder APN ist eine wichtige Unterstützung für die Ärztin oder den Arzt und führt zu einer spürbaren Entlastung. So wird Zeit frei, die sie oder er für andere wichtige Aufgaben einsetzen kann. Für die teilnehmenden MPA, MPK oder APN bedeutet die Mitwirkung eine Bereicherung der eigenen Arbeit. Sie schätzen die zusätzliche Verantwortung, die sie dabei übernehmen können.

SEIT WANN WENDEN SIE DIESE STANDARDMÄSSIG AN?

Das DMP Diabetes wird seit 2018 angeboten. Dies gilt für den Standort Wil wie auch für sechs weitere Medbase-Standorte. Seither haben sich neun weitere Standorte angeschlossen.

STEFAN MAYDL

Dr. med. Stefan Maydl ist 1973 in Augsburg, Bayern, geboren. Von 1994 bis 2001 hat er an der Ludwig-Maximilians-Universität in München das Medizinstudium absolviert. In verschiedenen Kliniken und Praxen in Bayern hat er sich anschliessend zum Facharzt ausgebildet und hat 2009 die Facharztprüfung abgelegt. Von 2009 bis 2013 hat er in einer hausärztlich-infektiologischen Schwerpunktpraxis in München-Schwabing gearbeitet. Seit 1. Juli 2013 ist er Hausarzt bei Santémed bzw. später Medbase Wil Friedtal.

WELCHEN UNTERSCHIED MERKEN SIE AM HÄUFIGSTEN?

Für mich als Arzt ist die Entlastung durch die nicht ärztlichen Berufsgruppen besonders spürbar – das ist vor allem die Arbeit durch die MPA oder MPK. Als Arzt merkt man, dass diejenigen Patientinnen und Patienten, die strukturiert betreut werden, deutlich zufriedener sind. Die Patientinnen und Patienten erwähnen oft spontan, dass sich die MPA oder MPK Zeit nimmt. Diese Zeit wird sehr geschätzt. Das ist auch die häufigste Rückmeldung bei Patientenbefragungen.

KÖNNEN SIE EIN KONKRETES BEISPIEL NENNEN, WO DER ABLAUF DER BEHANDLUNG VERBESSERT WURDE?

Die Begleitevaluation ist eine wertvolle Unterstützung für die Ärztinnen und Ärzte. Indem sie den Behandlungsprozess transparent macht, ist sie Grundlage für die kontinuierliche Verbesserung der Abläufe und der Qualität der Behandlung.

WIE UNTERSTÜTZT SWICA DAS KONZEPT?

SWICA ermöglicht durch ihre finanzielle Unterstützung die erwähnte Begleitevaluation.

WIRD DAS PROGRAMM WEITER AUSGEBAUT, NACHDEM ES FÜR DIABETES NUN EINE POSITIVE WIRKUNG ERZIELT HAT?

Innerhalb von Medbase wird gewünscht, dass sich mehr Standorte für DMPs im Bereich der chronischen Erkrankungen interessieren.

Seit dem Start im Jahr 2018 ist die Anzahl Standorte stetig gewachsen. Ausgehend von sieben Standorten sind es aktuell deren 16, die sich an der Begleitevaluation beteiligen.

Im Jahr 2022 sind zudem vier Standorte mit einem Behandlungskonzept für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gestartet.

Diese Schritte belegen, wie wichtig es ist, den Behandlungsprozess in einem Konzept zu honorieren. Dahinter steckt ein Qualitätsdenken, das am Ende allen zugutekommt.

GESUNDHEITSPOLITIK: MULTIPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT FÜHRT ZU EFFIZIENTER VERSORGUNG.

Die bestmögliche Gesundheitsversorgung, gemessen am von den Patientinnen und Patienten individuell wahrgenommenen Nutzen einer Behandlung zu günstigen Kosten, oder in anderen Worten «value-based healthcare»: Dieser Ansatz kann Anreize zu einer ungezielten und medizinisch nicht sinnvollen Koordination entgegenwirken, wenn er multiprofessionell und tarifpartnerschaftlich umgesetzt wird.

SWICA hat sich bereits in der Vergangenheit kritisch zum zweiten Massnahmenpaket des Bundesrates zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen geäussert, das Netzwerke der koordinierten Versorgung unter ärztlicher Leitung als neue Leistungserbringer ins Krankenversicherungsgesetz aufnehmen will. Sie begrüsst zwar die Absicht, die integrierte Versorgung zu stärken. Sie lehnt aber die strikten Vorgaben ab, die der Bundesrat vorsieht. Die Ergebnisse der vorliegenden Begleitevaluation bestätigen diese Haltung. Integrierte Versorgung braucht Handlungsspielraum, verschiedene Berufsgruppen müssen je nach massgebenden gesundheitlichen und sozialen Korrelationen zusammenarbeiten. Der bundesrätliche Vorschlag greift insofern zu kurz, als er sich auf die ambulante Leistungserbringung konzentriert und weitere Berufsgruppen sich vertraglich einem Netzwerk anschliessen müssten. Aus Sicht von SWICA sollte eine multiprofessionelle Organisation ermöglicht werden. Dies ist in Zeiten des zunehmenden Fachkräftemangels umso wichtiger, um die verfügbaren Ressourcen optimal einzusetzen.

Die Erfahrung im Bereich DMP zeigt, dass die Mitarbeit der Patientinnen und Patienten ein zentraler Erfolgsfaktor ist. Modelle, die chronisch Erkrankte obligatorisch bestimmten Versorgungsformen zuteilen, sind nicht erfolgversprechend. Ein erfolgreiches Behandlungskonzept für chronisch kranke Menschen setzt sich aus einer Vielzahl von Komponenten individuell zusammen. Eine nationale Prüfung und Bewilligung dieser Prozesse scheint weder praktikabel noch sinnvoll. Anstelle einer Regulierung auf Detailebene sollte die Zielerreichung im Sinne von «value-based-healthcare» regulativ ermöglicht und definiert werden.

UNKOMPLIZIERTE LÖSUNGEN

SWICA ist überzeugt, dass die kontinuierliche Evaluation von Versorgungsprogrammen die laufende Weiterentwicklung der Konzepte sicherstellt. Durch die tarifpartnerschaftliche Einbettung ist gewährleistet, dass Optimierungen schnell und unkompliziert auf der Ebene der konkreten Versorgung umgesetzt werden können. Daraus entwickeln sich erfolgreiche Modelle der Patientenversorgung, die einer breiten Zahl von Versicherten zur Verfügung stehen können.

« ANSTELLE EINER REGULIERUNG AUF
DETAILEBENE SOLLTE DIE ZIELERREI-
CHUNG IM SINNE VON «VALUE-BASED
HEALTHCARE» REGULATIV ERMÖGLICHT
UND DEFINIERT WERDEN.»

LESSONS LEARNED.

Die Evaluation des Diabetes-DPMs reiht sich in die jahrelangen Aktivitäten von SWICA im Bereich der integrierten Versorgung ein. Die Ergebnisse zeigen, was sich die Akteure davon erhoffen dürfen, dass koordinierte Zusammenarbeit weiter ausgebaut werden muss, und wo weiterer Forschungsbedarf besteht.

- › Qualitätsverbesserungen und Kostenreduktionen in der Versorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern sind dank DMPs erreichbar.
- › Das Behandlungskonzept der DMPs ist grundsätzlich für alle Betroffenen geeignet, mit individuellen Anpassungen je nach Schweregrad und den Bedürfnissen der erkrankten Person.
- › Die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen einerseits und Leistungserbringern und Kostenträgern andererseits ist eine Kernsäule der erfolgreichen Umsetzung von DMPs.
- › Der gezielte Einsatz der Kompetenzen und Ressourcen der beteiligten Berufsgruppen führt zu mehr Effizienz und somit zu einer Entlastung.

- › Gesundheitsförderung und Prävention sind zwingender Bestandteil erfolgreicher Behandlungen von chronisch Kranken.
- › Die Erkenntnisse aus der Wissenschaft müssen in die Routineversorgung einfließen, damit möglichst viele Betroffene profitieren können. Wichtig sind auch Evaluation und kontinuierliche Weiterentwicklung der Programme.
- › Die Evaluation von DMPs bringt vielfältigen Nutzen: Die Leistungserbringer erhalten Input, wie sie ihr Konzept weiterentwickeln und noch besser im Praxisalltag verankern können. Die Öffentlichkeit erlangt Kenntnis von erreichbaren Verbesserungen in der Versorgung. Die Kostenträger werden zur Ausdehnung ähnlicher Versorgungsangebote auf weitere Erkrankungsgruppen motiviert.

365 TAGE IM JAHR RUND UM DIE UHR FÜR SIE DA.

Telefon 0800 80 90 80 / [swica.ch](https://www.swica.ch)

