



QualiCCare

Ein integriertes Versorgungsprojekt bei chronischen Krankheiten



QualiCCare – ein Projekt zur Verbesserung der Qualität in der Behandlung chronischer Krankheiten in der Schweiz

- Die Schweiz hat ein hervorragendes Gesundheitssystem
- Es besteht weiteres Potenzial, die Behandlung chronisch kranker Patienten zu verbessern
- Im Frühjahr 2011 wurde daher das Projekt QualiCCare unter der Schirmherrschaft von Bundesrat Didier Burkhalter gegründet
 - Ziel: Durch Zusammenarbeit eines breiten Teilnehmerkreises¹ konkrete und pragmatische Massnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität chronisch kranker Patienten in der Schweiz entwickeln
 - Fokus wurde zunächst auf zwei beispielhafte Krankheiten, COPD² und DM2³, gelegt

QualiCCare: optimierte Behandlung chronischer Krankheiten

¹ Bund, ein Kanton, Patientenorganisationen, Leistungserbringer, Kostenträger und Industrie

² Chronische obstruktive Lungenerkrankung, auch Raucherlunge genannt

³ Diabetes Mellitus Typ 2, auch Zuckerkrankheit genannt

Projektverlauf



Potential:

- Diabetes Typ 2
- COPD

6 Massnahmen COPD
6 Massnahmen Diabetes
Pilotprojekt COPD Kanton ZH

Veröffentlichung Instrumente
Weitere Pilotprojekte
Transfer chronische Krankheiten

Grundlagen
Organisation in Projektform
Begleitforschung

Implementierung
Langfristigere Trägerschaft
in Form eines Vereins

Ziele Phase 1

- Wie steht es um die Betreuung / Versorgung von Patienten mit Diabetes Typ 2 auf Basis wissenschaftlicher Evidenz in der Schweiz?
- Wie steht es um die Betreuung / Versorgung von Patienten mit Diabetes Typ 2 auf Basis vergleichbarer Daten im Ausland?
Wo stehen wir gegenüber dem «Best-Practice»?
- Wo und wie können wir uns potentiell verbessern?

Wer war an Phase 1 beteiligt?

Leistungserbringer



Krankenversicherungen



Pharmazeutische Industrie



Forschungseinrichtungen



Patientenorganisationen



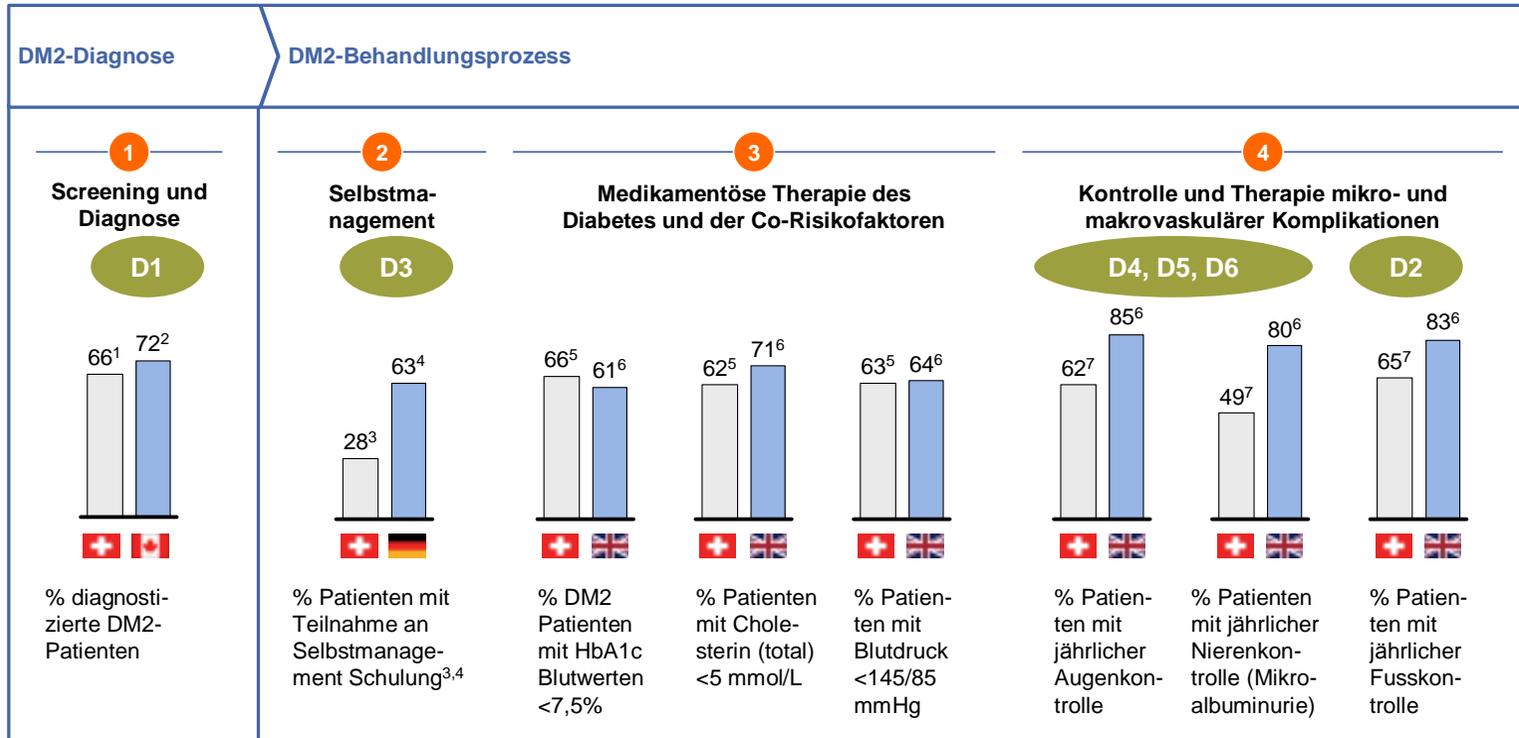
Bund und Kantone

- Literaturanalyse
 - National
 - International
- Interviews with Leistungserbringern, Patientenorganisationen, Forschern, Politikern etc.
- Ökonomische Bewertung
- (Auf der Basis des typischen Krankheitsverlaufs)

Ergebnis Analysephase: Diabetes Mellitus Typ 2 ist die achthäufigste Todesursache, ca. 400'000 Patienten, direkte Kosten CHF 1.2 Mia.



● Schwerpunkte □ Schweiz ■ "Best Practice"



1 Firmann et al., BMC, 2008

3 Sebo et al., SMW, 2006, Teilnahme an Schulung (nicht spez. Selbstmanagement)

5 Auswertung FIRE Daten, Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich, Sept. 2011

7 Bovier et al., SMW 2007

2 Wilson et al., BMC Public Health, 2010

4 Stark et al., Diab/Met Res & Rev, 2011

6 Tahrani, British Journal of GP, 2008

Diabetes Typ 2: Zur Umsetzung in Phase 2 empfohlene Massnahmen

D1

Definition evidenzbasierter **Diabetes-Screeningkriterien** für die Schweiz

D2

Vergütung von Podologen über OKP im Rahmen eines ärztlich verordneten Programms „**Diabetischer Fuss**“

D3

Kriterien für Indikationsstellung zu DFB, EB und strukturierten Schulungen sowie Definition Inhalte von **Selbstmanagement-Schulungen**

D4

Bereitstellung von Standards für IT-Provider zu **Diabetes-Remindersystemen**

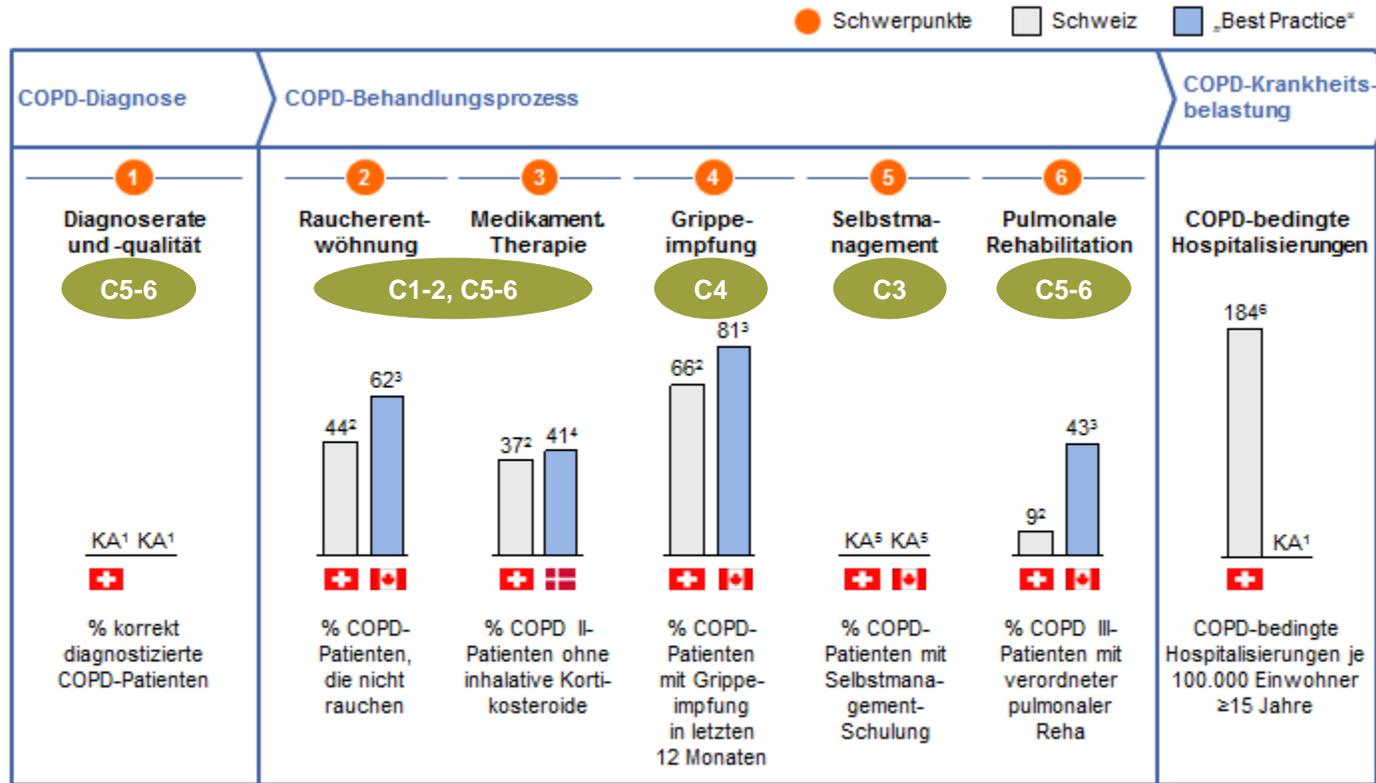
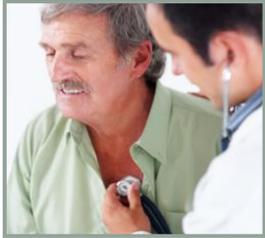
D5

Erarbeitung Strategie zur vermehrten Nutzung des **Diabetes-Pass**

D6

Diabetes-Praxisempfehlungen Grundversorger

Ergebnis Analysephase: COPD ist die fünfthäufigste Todesursache 400'000 Patienten, direkte Kosten CHF 1.0-1.5 Mia



1 Keine vergleichbaren/verlässlichen Angaben vorhanden

2 Jochmann et al., SMW 2010

3 Bourbeau et al., Can J Resp Med, 2008

4 Ulrik et al., Int J COPD, 2010

5 In der Schweiz nur im Rahmen einzelner Pilotprojekte; keine Erfassung der Anzahl Teilnehmer in Kanada

6 Bundesamt für Statistik; stationäre Fälle mit Hauptdiagnose J44 oder Nebendiagnose J44 und Hauptdiagnose J13-16, J18, J20-21, J96

COPD: Zur Umsetzung in Phase 2 empfohlene Massnahmen

C1

Definition eines „Programms“ für die ambulante **Rauchstopp**behandlung (allenfalls Kurzintervention) und des dazugehörigen Finanzierungsplans

C2

Ausbau des „**Hospital Quit Support**“ (→ Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention)

C3

Definition eines strukturierten Programms für **COPD-Selbstmanagement-**Schulungen

C4

Erinnerungsschreiben Grippeimpfung für COPD-Patienten

C5

COPD-Praxisempfehlungen Grundversorger

C6

COPD-Fortbildungen Grundversorger und MPAs

Phase 2: Spezifikation der empfohlenen Massnahmen



Potential:

- Diabetes Typ 2
- COPD

6 Massnahmen COPD
6 Massnahmen Diabetes
Pilotprojekt COPD Kanton ZH

Veröffentlichung Instrumente
Weitere Pilotprojekte
Transfer chronische Krankheiten

Grundlagen
Organisation in Projektform
Begleitforschung

Implementierung
Langfristigere Trägerschaft
in Form eines Vereins

Freiwillige Zusammenarbeit in Phase 2

Krankenversicherungen

Leistungserbringer



Industrie



Forschungseinrichtungen



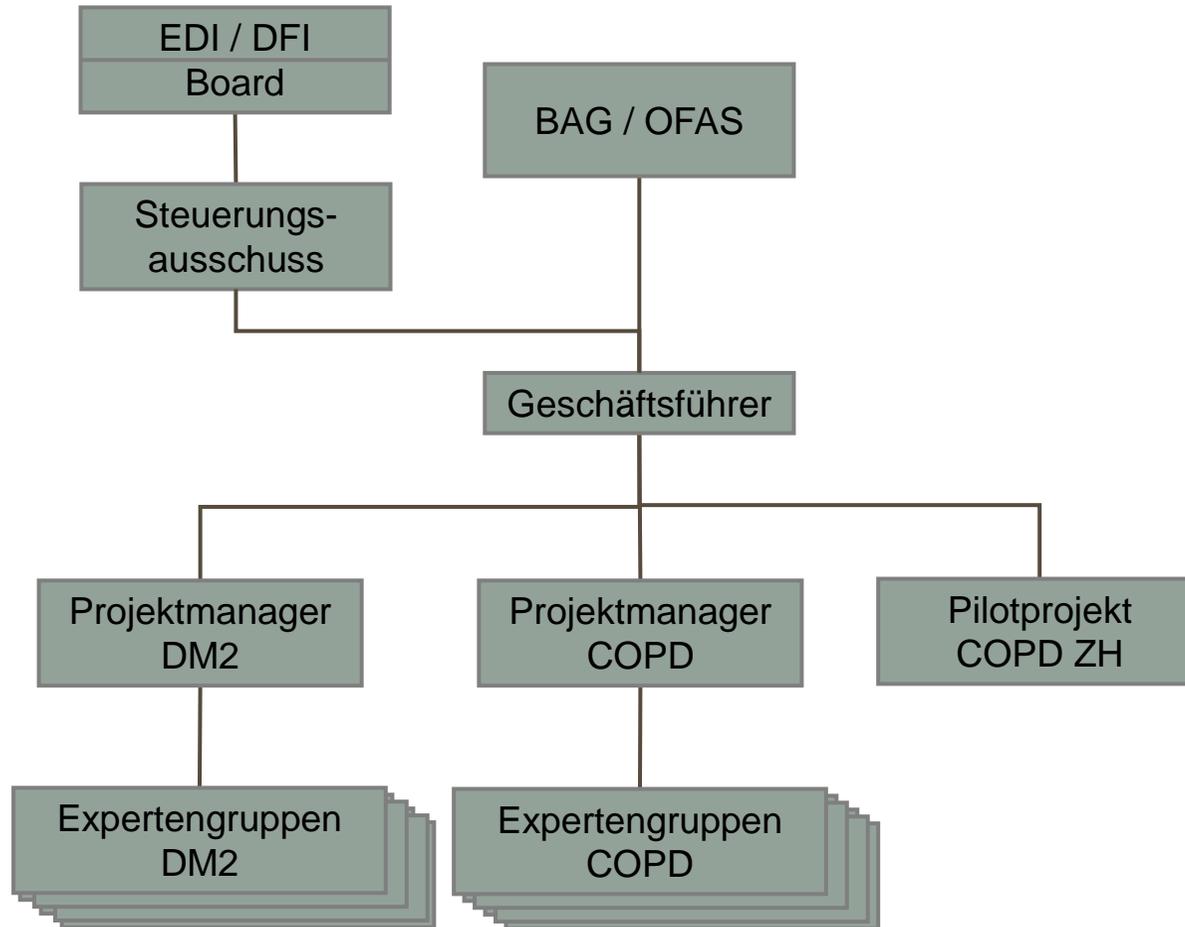
Patienten-Fachorganisationen



Bund & Kantone

Projektorganisation in Phase 2

(4/2012 – 9/2013)



Fortschritte im Bereich Diabetes

Risiko-Assessment (D1)

Score **Erläuterung** **Empfehlung**

< 11 Punkte

- Geringes bis moderates Risiko
- Der Risiko-Score sollte periodisch neu bestimmt werden; es wird kein invasives Routine-Screening auf Diabetes empfohlen

keine Blutuntersuchung; Risikotest alle 3-5 Jahre

12-17 Punkte

- Hohes Risiko
- Die Wahrscheinlichkeit einen Diabetes zu entwickeln ist 9x höher als bei Personen mit einem geringen bis moderaten Risiko

keine Blutuntersuchung; Risikotest alle 3-5 Jahre

≥ 18 Punkte

keine Blutuntersuchung; Risikotest alle 3-5 Jahre

Typ-2-Diabetes – Wie hoch ist Ihr Risiko? Damit Sie nicht im Dunkeln tappen!

Empfehlung Risiko-Test für Typ-2-Diabetes und weitere Abklärungen in Apotheken (Draft v1.3, 3.6.2013)

Key Messages:

- Für die Beurteilung des Diabetes-Risikos wird der adaptierte FINDRISC-Fragebogen (s.u.) empfohlen.
- In Abhängigkeit von der Risiko-Bestimmung werden unterschiedliche Screening-Preparaten empfohlen.
- Das Screening erfolgt mittels HbA1c-Test (nicht per IFCC-Verfahren).
- Laborunterschiede Messmethoden sind bei Personen mit Prädiabetes oder hohem/bestimmtem Diabetes-Risiko empfohlen.

1. Risiko-Bestimmung bei symptomatischen Erwachsenen

Zum primären Screening bzw. zur Risiko-Bestimmung für Diabetes mellitus Typ 2 bei symptomatischen Erwachsenen wird der folgende adaptierte FINDRISC-Fragebogen¹ empfohlen. (Diskussionen sind über <http://www.diabetesgesellschaft.ch/diabetesrisikotest/>)

Abbildung 1: Diabetes Typ 2-Risiko-Test – Version für Apotheken

Zählen Sie zu folgenden Angaben Ihres Kunden/ Ihrer Kundin die Punkte zusammen und errechnen Sie seinen/ihren Risiko-Score. Die Empfehlung richtet sich nach dem jeweiligen, vom Score abhängigen Risiko-Kategorie (s. Abbildung 2).

1. Alter

- 45 bis 64 Jahre (2 Punkte)
- 65 bis 74 Jahre (1 Punkt)
- 75 Jahre und mehr (0 Punkte)

2. Body Mass Index (BMI)

- 25.0 bis 27.5 kg/m² (Normalgewicht) (2 Punkte)
- 27.5 bis 29.9 kg/m² (Übergewicht) (1 Punkt)
- über 30.0 kg/m² (Adipositas) (0 Punkte)

3. Lebensweg (entsprechend dem Risikofaktor (s.u. auf Höhe des Brustkorbs gemessen))

Kriterien	Hilfswert (s.u.)	Punkte
Regelmässige Kontrollen	min. 3 Diabetes-Kontrollen (Episode)	bei 280% d. Patienten 10
LifeStyle-Massnahmen	min. 1 a) BMI<25 oder Beratung bzgl. Gewicht und Bewegung b) Gewicht, Grösse c) Nüchtern- oder Therapie/Beratung bzgl. Rauchstopp → Rauchentzug (Pack)	IMH<25 v. Beratung bei 280% Nüchtraucher v. Therapie bzw. Beratung bei 280%
HbA _{1c}	min. 1 a) (standardisierte, validierte Methode nach DCCT oder IFCC)	Jahresdurchschnitt (Bei mehr als einer Messung): ≥ 9.0% bei <15% < 8.0% bei <20% < 7.0% bei <20%
Blutdruck	min. 1 Blutdruck, sitzend nach 5 Min. Ruhe	Jahresdurchschnitt: ≥ 140/90 mmHg bei <35%
Augenuntersuchung	min. 1 Jährliche Augenuntersuchung beim Augenarzt	bei <60%
LDL-Cholesterin bei Patienten unter 75 J.	min. 1 LDL-Cholesterin, bei Patienten unter 75 J. (Bei mehr als einer Messung: Jahresdurchschnitt)	≥ 3.37 mmol/l bei <37% < 2.60 mmol/l bei <20%
Nephropathiesuche	min. 1 Bestimmung Serumkreatinin + Mikroalbuminurie	bei <20%
Fussuntersuchung	min. 1 Puls + Monofilament v. Puls + Vibrationsstim	bei <20%

4. Täglich mindestens 30 Minuten körperliche Aktivität, so dass er/sie wässere Atem oder ins Schwitzen kommt (bei der Arbeit, im Alltag, in der Freizeit)

- ja (2 Punkte)
- nein (0 Punkte)

5. Häufigkeit des Fröhlich- und Glücklich-Verhaltens

- Häufig (2 Punkte)
- Mittelmässig (1 Punkt)
- Wenig (0 Punkte)

6. Regelmässige Medikamenteneinnahme gegen Bluthochdruck (aktuell oder in der Vergangenheit)

- ja (2 Punkte)
- nein (0 Punkte)

7. Hohe Blutzuckerwerte in der Vergangenheit (z.B. bei Geburtshilfssuche, während der Schwangerschaft, während Akutkrankungen)

- ja (2 Punkte)
- nein (0 Punkte)

8. Direkte Blutsuckerwerte mit einer Diabetes-Diagnose

- ja (2 Punkte)
- nein (0 Punkte)

SDG ASD
Schweizerische Diabetes-Gesellschaft
Associazione Svizzera per il Diabete

Typ-2-Diabetes – Wie hoch ist Ihr Risiko? Damit Sie nicht im Dunkeln tappen!

Abbildung 2: Diabetes Typ 2-Risiko-Test – Version für Apotheken

Score **Erläuterung** **Empfehlung**

< 11 Punkte

- Geringes bis moderates Risiko
- Der Risiko-Score sollte periodisch neu bestimmt werden; es wird kein invasives Routine-Screening auf Diabetes empfohlen

keine Blutuntersuchung; Risikotest alle 3-5 Jahre

12-17 Punkte

- Hohes Risiko
- Die Wahrscheinlichkeit einen Diabetes zu entwickeln ist 9x höher als bei Personen mit einem geringen bis moderaten Risiko

keine Blutuntersuchung; Risikotest alle 3-5 Jahre

≥ 18 Punkte

keine Blutuntersuchung; Risikotest alle 3-5 Jahre

IT-Remindersysteme (D4)

Empfehlungen für elektronische KGs in der Betreuung des Diabetes mellitus Typ 2 in der Grundversorgung (Draft v1.3, 29.5.2013)

1. Ausgangslage

1.1. Reminder- und Cockpit-Funktionen in Praxissoftwares

Zahlreiche Praxen in der Grundversorgung verwenden eine elektronische Patientenakte beim Management ihrer Patientinnen und Patienten. Beobachtungsstudien haben gezeigt, dass der Einsatz elektronischer Patientenakten oder Krankengeschichten (eKG) das Erreichen des empfohlenen „Standards of care“ in der ambulanten Versorgung verbessern kann.

In Frankreich konnte ein Ärztenetz im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie aufzeigen, dass ein „Cockpit-Modul“ mit Erinnerungsmeldungen bei überfälligen Kontrolluntersuchungen einen positiven Effekt auf das Erreichen des Standards of care in Diabetes-Management hat.¹ Elektronische Erinnerungsmeldungen und Recall-Listen für das Praxisteam sowie automatisierte E-Mail Nachrichten an Patienten² haben gemäss Studien ebenfalls positive Auswirkungen auf die Diabetes-Betreuung.

Obwohl ärztseitig der Einsatz von eKGs nur zögerlich erfolgt, ist ihr Nutzen – insbesondere für die Betreuung Chronischerkrankter – auch in der Ärztschaft weitgehend unumritten. Vielmehr beeinflussen wohl Alltagstauglichkeit, Anwenderfreundlichkeit, Systemkompatibilität und Investitionskosten die Bereitschaft zur Umstellung auf die eKG.

1.2. Kriterien für „gutes Diabetes Disease Management“

Seitens der Vorstands der SGED – Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie/Diabetologie wurden im September 2012 Kriterien für ein „gutes Disease Management Diabetes“ verabschiedet, die auf dem „Diabetes Recognition Program“ von NQDA und ADA basieren und auf die Verhältnisse in der Schweiz angepasst wurden. Bei den gewählten 8 Kriterien werden die wichtigsten Aspekte in der Betreuung von Patienten mit Diabetes gewichtet und bewertet, so dass im Ergebnis ein Score errechnet wird. Dabei werden relevante und einfach erfassbare Prozesse (Anzahl diabetesspezifische Gespräche/Lebensstil-Beratungen /Untersuchung der Augen, Nieren und Füssen) sowie die wesentlichen Messwerte/Labordatenparameter (HbA_{1c}, Blutdruck, Lipide) analysiert. Sowohl die einzelnen Beurteilungskriterien, wie auch die geforderte Punktzahl kann und soll nicht auf einen individuellen Patienten angewendet werden, da der Score sich auf eine ganze Gruppe von Patienten bezieht. Die Zielwerte sind bilden somit die Betreuung einer ganzen Patientenpopulation ab. Zielwerte für einzelne Patienten sollten je nach klinischer Situation individuell gesteuert werden!

Die Struktur der ärztlichen Betreuer und Patientenpopulation kann sehr unterschiedlich sein (z.B. Zentrumsbetreuung, geteilte Betreuung, sehr wenige Patienten mit Diabetes, unterschiedliche Krankheitsstadien und/oder Altersverteilung). Der Score ist daher unterschiedlich je nach Betreuungsstruktur. Der vorerz. geforderte Score (75 von 100 möglichen Punkten) für eine gute „clinical practice“ ist eine geschätzte Zielvorgabe.

Kriterien	Hilfswert (s.u.)	Messungswert	Zielwerte	Punkte
Regelmässige Kontrollen	min. 3 Diabetes-Kontrollen (Episode)		bei 280% d. Patienten	10
LifeStyle-Massnahmen	min. 1 a) BMI<25 oder Beratung bzgl. Gewicht und Bewegung b) Gewicht, Grösse c) Nüchtern- oder Therapie/Beratung bzgl. Rauchstopp → Rauchentzug (Pack)		IMH<25 v. Beratung bei 280% Nüchtraucher v. Therapie bzw. Beratung bei 280%	5
HbA _{1c}	min. 1 a) (standardisierte, validierte Methode nach DCCT oder IFCC)		Jahresdurchschnitt (Bei mehr als einer Messung): ≥ 9.0% bei <15% < 8.0% bei <20% < 7.0% bei <20%	12
Blutdruck	min. 1 Blutdruck, sitzend nach 5 Min. Ruhe		Jahresdurchschnitt: ≥ 140/90 mmHg bei <35%	15
Augenuntersuchung	min. 1 Jährliche Augenuntersuchung beim Augenarzt		bei <60%	10
LDL-Cholesterin bei Patienten unter 75 J.	min. 1 LDL-Cholesterin, bei Patienten unter 75 J. (Bei mehr als einer Messung: Jahresdurchschnitt)		≥ 3.37 mmol/l bei <37% < 2.60 mmol/l bei <20%	10
Nephropathiesuche	min. 1 Bestimmung Serumkreatinin + Mikroalbuminurie		bei <20%	5
Fussuntersuchung	min. 1 Puls + Monofilament v. Puls + Vibrationsstim		bei <20%	5

Neuer Diabetes-Pass (D5)

Reisen

Damit Ihre Reisen komplikationslos ablaufen, tun Sie gut daran, diese umsichtig zu planen. Dies gilt insbesondere für Flugreisen.

Es ist offiziell erlaubt, Insulin an Bord eines Flugzeugs mitzunehmen. Dennoch müssen Diabetes-Betroffene ein Attest ihres behandelnden Arztes (S. 4) vorzeigen können, welches über die Diabeteserkrankung und die Notwendigkeit, gewisse Utensilien mit sich zu führen, Auskunft gibt. Das ärztliche Attest kann Ihnen als detaillierte Checkliste für Ihr Diabetes-Zubehör dienen. Nehmen Sie zusätzlich mit:

- Impfausweis
- Blutzuckerkontrollheft
- Ersatz-Blutzuckermessgerät und Zubehör
- Ersatzmaterial für die Insulin-Injektion
- Traubenzucker
- Reiseapotheke

Es empfiehlt sich, das Material auf Handgepäck und Koffer aufzuteilen (ausser Insulin: nur ins Handgepäck). Nicht jedes Gepäckstück kommt an!

Beachten Sie beim Insulin die Lagerung! Insulin darf nicht gefrieren und nicht wärmen.

Weitere wichtige Informationen, Therapieempfehlungen bei Reisen mit Diabetes, finden Sie in der Broschüre «Diabetes und Reisen» www.diabetesuisse.ch

Medical Travel Certificate

The owner of this passport has Diabetes and needs to carry the following items while travelling:
Der Inhaber dieses Passes hat Diabetes und muss auf Reisen folgende Gegenstände mitführen:

- Tablets / Tabletten
- Insulin cartridges / Insulinampullen
- Insulin syringes / Insulinspritzen
- Insulin pen and needles / Insulin-Pen und Nadeln
- Insulin pump with accessories / Insulinpumpe mit Zubehör
- GLP-1 Agonists, pen and needles or injection set / GLP-1 Agonisten, Pen und Nadeln oder Spritzenset
- Blood glucose meter / Blutzucker-Messgerät
- Blood lancets with pricking device / Blutlanzetten mit Gerät
- Test strips (blood glucose, urine glucose or Ketone) / Teststreifen (Blutzucker, Urinzucker oder Keton)
- Glucagon syringe / Glukagonspritze

Wichtige Kontrollbesprechungen

Wie häufig?	alle 3-6 Monate	je der Termin	bei Bedarf
HbA _{1c} -test		Blutdruck-wert	Ans. Hypo-glykämien
Datum			

Jährliche Kontrolluntersuchungen

Untersuchung	Datum	Bemerkung
<input type="checkbox"/> Fusskontrolle		
<input type="checkbox"/> Sensibilität		
<input type="checkbox"/> Durchblutung		
<input type="checkbox"/> Schuhe		
<input type="checkbox"/> Nierenkontrolle		
<input type="checkbox"/> Serumkreatinin		
<input type="checkbox"/> Mikroalbumin		
<input type="checkbox"/> Blaufarbe		
<input type="checkbox"/> TC/HDL		
<input type="checkbox"/> LDL		
<input type="checkbox"/> Triglyceride		
<input type="checkbox"/> Augenkontrolle		
<input type="checkbox"/> Retinopathie		
<input type="checkbox"/> Weitere Untersuchungen		

Diabetes-Pass

Name _____
Geburtsdatum, date of birth _____

DIABETES

Schweizerische Diabetes-Stiftung
Schweizerische Diabetes-Gesellschaft

Fortschritte im Bereich Diabetes

Fussbehandlung (D2)

Kategorie nach IWOCF	Definition	Indikation des Patienten etc. → Fokus: grosses Empfinden	Maassnahmen	Versorgungsstufe
0	DM ohne PNP, ohne PAVK, ohne Fussdeformität	Regelmässige Kontrolle, Hygiene und Pflege der Füsse und Nägel	Exaktlich: • Fuss/Pflege (Fußkontrolle (PNP, Deformitäten, PAVK, Schuhen)) • Instruktion (Beratung) des Patienten zu zusätzliche regelmässige präventive Massnahmen bei anderen Risikofaktoren	Versorgungsstufe 1
1	DM mit PNP, DM mit PAVK, ohne Fussdeformität	Wie bei Kategorie 0 + Bedeutung u. Risiken des Sensibilitätsverlusts	Min. 2x jährlich: • Fuss/Pflege (Fußkontrolle (PNP, Deformitäten, PAVK, Schuhen)) • Instruktion (Beratung) des Patienten zu Fuss/Pflege und Schuhen	Versorgungsstufe 1
Definition		Instruktion des Patienten zu ... → Details: gemäss Empfehlung		Versorgungsstufe
2	DM ohne PNP, ohne PAVK, ohne Fussdeformität	Regelmässiger Kontrolle, Hygiene und Pflege der Füsse und Nägel		Versorgungsstufe 1
2	DM mit PNP, ohne PAVK, ohne Fussdeformität	Wie bei Kategorie 0 + Bedeutung u. Risiken des Sensibilitätsverlusts, Eigenkontrolle/Pflege täglich (inkl. Schuhe), wichtige Verhaltensregeln in Spezialsituationen		Versorgungsstufe 1
3	DM mit PNP, ohne PAVK, mit Fussdeformität	Wie 1 + Bedeutung u. Risiken des Sensibilitätsverlusts, orthopädischuhtechnischer Versorgung		Versorgungsstufe 1
3	DM mit PNP, mit PAVK, mit oder ohne Deformität	Wie 1 + Bedeutung PAVK + Chancen/Risiken chirurgischer Massnahmen		Versorgungsstufe 2
	Zustand nach Ulkus	wie 2a/2b + Bedeutung des Ulkus (höheres Rezidiv-Risiko)		Versorgungsstufe 2
	Zustand nach Amputation (inkl. einzelner Zehen)			Min. 1x jährliche Komplettbeurteilung auf Versorgungsstufe 3
	Ab Stadium 1 bei akutem Ulkus, Charcot-Fuss oder ischämischer Nekrose / Gangrän			Versorgungsstufe 3

Selbstmanagement (D3)

Empfehlungen zu Schulungen für Personen mit Diabetes mellitus Typ 2 (final draft, 4.9.2013)

1. Einführung

Diabetes mellitus ist eine chronische Erkrankung, die von den Patienten und Patientinnen* täglich zahlreiche eigenverantwortliche Entscheidungen in Bezug auf sein Diabetes-Management (insb. Ernährung, Bewegung, Medikamente) verlangt.

Vor diesem Hintergrund erwirbt der Diabetes-Betroffene Wissen und Fertigkeiten zur Selbstbehandlung und praktiziert deren adäquate Umsetzung im Alltag. Die Prognose des Diabetes mellitus hängt wesentlich davon ab, inwieweit dies den PatientInnen aufgrund ihres sozialen, wirtschaftlichen und familiären Umfelds gelingt (social determinants of health / Gesundheitsdeterminanten). Bei PatientInnen mit ungünstigen Gesundheitsdeterminanten ist besonderer Fokus auf die psychosoziale Unterstützung zu legen.

Dem Patienten kommt somit in der Diabetes-Therapie die entscheidende Rolle zu, da er die wesentlichen Therapiemaassnahmen in seinem Alltag dauerhaft und eigenverantwortlich umsetzt. Es ist wichtig, dass Diabetes-Betroffene den Diabetes mellitus emotional und kognitiv akzeptieren, um die krankheitsbezogenen Anforderungen zu bewältigen.

Die Patientenschulung und Selbstmanagementförderung ist integraler Bestandteil der Behandlung und sollte jeder Person mit Diabetes bei der Diagnosestellung und – wenn nötig oder erwünscht – auch zu einem späteren Zeitpunkt angeboten werden.

2. Ziel der Patientenschulung / Selbstmanagementförderung

- Die Person erwirbt das Wissen (über Diagnostik, Behandlung und die Komplikationen des Diabetes, etc.) und entwickelt die individuellen Kompetenzen, um mit ihrem Diabetes umzugehen.

Anhang 2: Empfohlene Inhalte von Schulungen^{5,6}:

- Hilfestellung zur Krankheitsakzeptanz, Evaluation von Wissensstand, Lebensumstände und Gewohnheiten, Erfassung eventuell vorhandener Ängste, Aufbau einer adäquaten Behandlungsmotivation
- Gemeinsame Formulierung und Bewertung individueller Ziele und eines Beratungsfahrplans
- Grundkenntnisse des Stoffwechsels und über Diabetes (Ursachen, klinische Merkmale, Verlauf, Prognose etc.)
- Stoffwechselformenkontrolle (Blutzuckerkontrolle, Urinaceton-Kontrolle, ggf. Blutdruckkontrolle)
- Erkennung und Behandlung von Hypo- und Hyperglykämien
- Kenntnisse und Fähigkeiten zur Behandlung der Erkrankung (Verhaltensänderung, Prinzipien der medikamentösen Diabetes-Therapie und/oder Insulintherapie)
- Bedeutung der Ernährung im Kontext der Diabetesbehandlung. Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten bezüglich einer gesunden Ernährung
- Bedeutung der körperlichen Aktivität im Kontext der Diabetesbehandlung
- Verhalten in besonderen Situationen (bei der Teilnahme am Strassenverkehr, bei Reisen, bei Krankheit)
- Schwangerschaft, Stillzeit, Vererbung, Kontrazeption (v.a. bei Typ 1)
- Erkennung, Behandlung und Prävention von diabetischen Folgeerkrankungen, Erlernen von Selbstkontrollmassnahmen insb. bei der Fusspflege
- Rauchstopp bei Diabetes
- Soziale und sozio-ökonomische Aspekte des Diabetes (Berufsausübung, Führerausweis, Sozialversicherungen insb. VVG, IV und KTG)
- Kontrolluntersuchungen (Diabetes-Pass) und Nutzung des Gesundheitssystems (regional, national)

Praxisempfehlungen (D6)

Empfehlung für die klinische Praxis 4

ANAMNESE
Übliche Anamnese mit besonderem Augenmerk auf:

Herz-Kreislauf-Risikofaktoren:
Persönliche Vorgeschichte, Nikotinkonsum, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung, Bewegungsmangel, Übergewicht, Familienanamnese

Standardtherapie:
Vorsicht bei Steroiden, atypischen Neuroleptika, Selbstmedikation einschliesslich „komplementärmedizinischer“ Arzneimitteln

Symptome der Hyperglykämie:
Polyurie, Polydipsie, Polyphagie, Gewichtsverlust, Nykturie, Unwohlsein/Müdigkeit

Symptome und Behandlung der von Diabetes hervorgerufenen Komplikationen:
Herz-Kreislauf-System, Hirndurchblutung, periphere Gefässe, Nieren, Nerven (in Form von Hypästhesie, Schmerzen, sexueller Dysfunktion, orthostatischer Hypotonie), Füsse, Augen, Urogenitalsystem, Infektionen (vor allem der Haut und des Harnapparats)

Ernährungsgewohnheiten, Essstörungen

Psycho-soziale Faktoren

KLINISCHE UNTERSUCHUNG
Übliche klinische Untersuchung mit besonderem Augenmerk auf:

Messung von Körpergrösse und -gewicht:
Grösse, Gewicht, Berechnung des Body-Mass-Index (BMI)

Blutdruckmessung an beiden Armen

Herz-Kreislauf-Untersuchung
Palpation der peripheren Pulse

Untersuchung der Füsse:
Barfuss ohne Schuhe und Socken; Sichtbefund (einschliesslich Prüfung auf Pilzbefall, Kontrolle der Schuhe), Prüfung der Durchblutung, Bewertung des Vibrationsempfindens (mit graduierter Stimmgabel) und/oder der Berührungssensibilität (mit Monofilament)

ZUSÄTZLICHE UNTERSUCHUNGEN

Es wird empfohlen, folgende Untersuchungen durchzuführen, sofern keine entsprechenden Untersuchungsergebnisse jüngerer Datums vorliegen:

Nüchternblutzucker
Nüchtern = keine Kalorienzufuhr seit mindestens 8 Stunden

Glykohämoglobin (HbA1c)

Lipidstatus in nüchternem Zustand:

Fortschritte im Bereich COPD

Selbstmanagement (C3)

Besser leben mit COPD

Ihre Schulung für mehr Kompetenz im Umgang mit der Krankheit.

Ein praktischer Leitfaden für Betroffene und Angehörige.



Quelle: J. Bourbeau, Lunge Zürich

Gripeschutzimpfung (C4)

Massnahme: C4 – Erinnerungsschreiben Grippeimpfung für COPD-Patienten
Ansprechperson: Dr. H.R. Keller, Geschäftsführer QualiCCare
QualiCCare Team: Dr. M. Jungi, Dr. W. Karrer, Prof. Dr. T. Rosemann, PD Dr. C. Steurer-Stey, Dr. J. Vontobel
Version (Datum): 3.9.2012

Hintergrund der Massnahme:
 Wie im QualiCCare Zwischenbericht festgehalten, stellt die Grippeimpfung eine einfache und wirkungsvolle Massnahme zur Verhinderung von Komplikationen bei COPD-Patienten dar. Ein Erinnerungsschreiben kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein Patient impfen lässt, massgeblich erhöhen. In der Schweiz ist davon auszugehen, dass COPD-Patienten mit guter Anbindung an einen Grundversorger mehrheitlich geimpft sind. Es bedarf deshalb einer Strategie, um jene COPD-Patienten zu erreichen, die nicht regelmässig zum Arzt gehen. Hierfür bietet sich ein Erinnerungsschreiben durch die Krankenversicherer an, das flächendeckend und ohne Überschneidungen COPD-Patienten erreichen kann.

Hypothese:
 Durch Versenden gezielter Erinnerungsschreiben zur Grippeimpfung an COPD-Patienten durch die Krankenversicherer kann die Grippeimpfrate unter COPD-Patienten im „Real Life Setting“ um 5%-Punkte (von aktuell 66% auf 71%) erhöht werden.

Ziel der Massnahme:
 Das Ziel der Massnahme C4 („Erinnerungsschreiben Grippeimpfung für COPD-Patienten“) ist es zu untersuchen, ob die Grippeimpfrate unter COPD-Patienten durch Versenden gezielter Erinnerungsschreiben zur Grippeimpfung durch die Krankenversicherer im „Real Life Setting“ erhöht werden kann. *Als sekundäre Ziele sind das Erfassen der Hospitalisationsrate und der Kosteneffizienz geplant.*

Methode:
Randomisierte kontrollierte Studie (RCT): Versicherte von Krankenkassen, die in den letzten 12 Monaten mindestens 9 Originalpackungen von typischen COPD-Medikamenten¹⁾ bezogen haben, erhalten gemäss Randomisierung ein Erinnerungsschreiben zur Grippeimpfung oder nicht. Der Effekt des Erinnerungsschreibens wird an den Grippeimpfraten der Versicherten in der folgenden Grippezeit gemessen.
 Zwei Krankenkassen nehmen an diesem Projekt teil. Basierend auf den Einschlusskriterien werden in den Datenbanken der Krankenkassen COPD-Patienten identifiziert und randomisiert; diese werden anschliessend in eine Interventions- und in eine Kontrollgruppe²⁾ eingeteilt. Patienten der Interventionsgruppe erhalten vor Beginn der Grippezeit 2012/13 einen Brief von der Krankenkasse mit Impfauftrag und werden gezielt auf den Stellenwert der Grippeimpfung bei COPD-Patienten hingewiesen. Patienten in der Kontrollgruppe erhalten keinen solchen Brief.

Um den Effekt dieser Massnahme zu optimieren, wird eine Abstimmung des Erinnerungsschreibens mit den Aktivitäten anderer relevanten Beteiligten (z.B. BAG, KHM/Nationaler Grippeimpftag, Hausärzte Schweiz) angestrebt. Um die Erinnerungsschreiben gezielt versenden zu können, wird eine Genehmigung des Bundesrats resp. Eidg. Datenschutzverantwortlichen eingeholt. COPD-Patienten anhand einheitlicher Kriterien identifizieren zu dürfen und zwecks der Erinnerung an die Grippeimpfung anschreiben zu dürfen.¹⁾



Praxisempfehlungen (C5)

COPD Quäntensatz für den Grundversorger 2012
 Empfehlungen des Kollegiums für Hamarntmedizin, der Schweizerischen Gesellschaft für Innere und Allgemeinmedizin, und des Instituts für Hamarntmedizin der Universität Zürich zum Management der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung
In Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie
 Steurer-Stey C., Seun O., Pfisterer J., Karrer W., Russi E.W., Müller M.

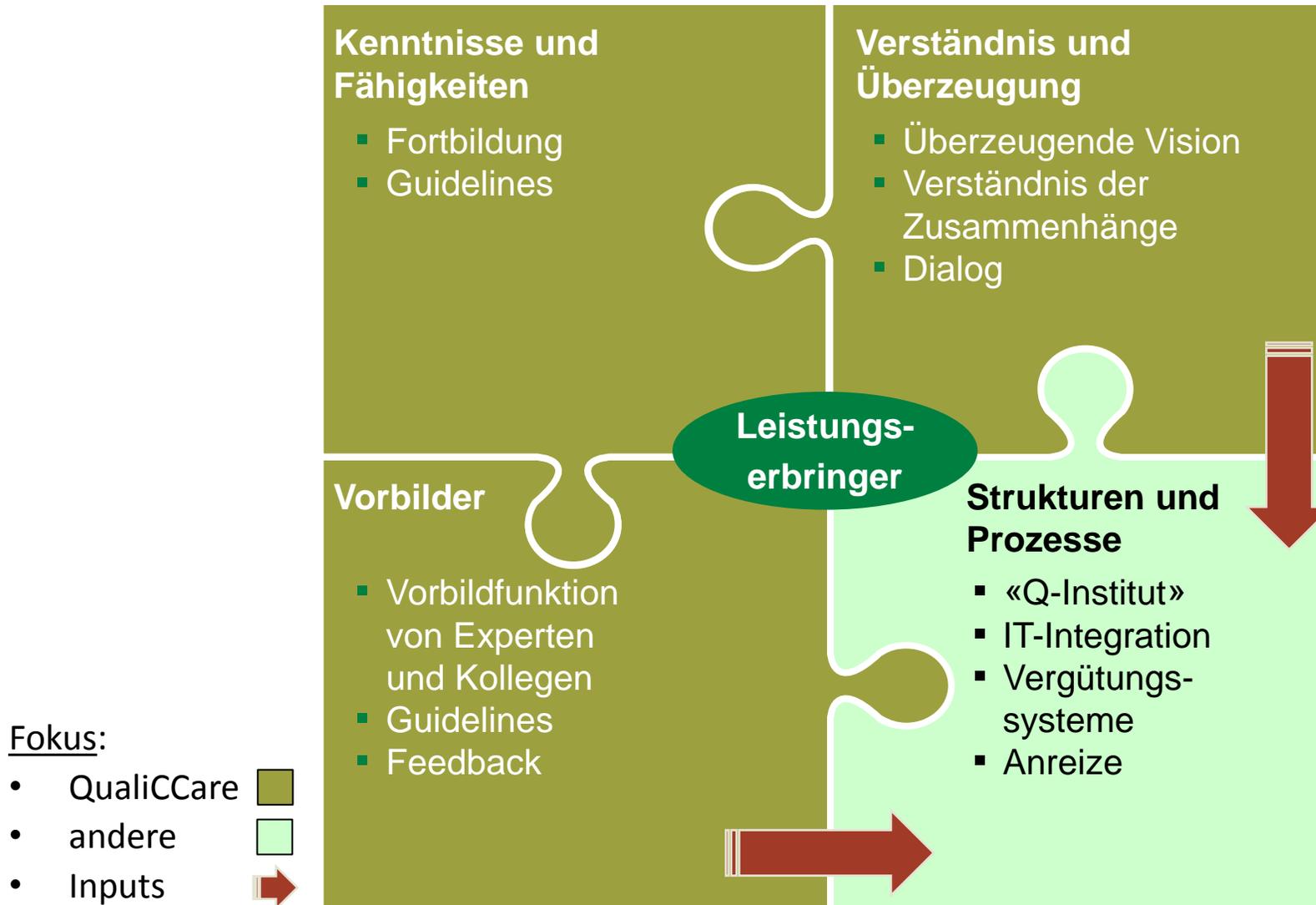
KLINISCHE BEURTEILUNG
 COPD ist unterdiagnostiziert.
 Es gibt immer noch zu viele Personen, die an COPD leiden, die nicht oder erst diagnostiziert wird.
 Wenn die Krankheit bereits weit fortgeschritten ist. Die Massenscreening für COPD bei asymptomatischen Personen mit Risikofaktoren für die Erkrankung und Beratung zum Rauchstopp kann aber das Verfügbarkeiten von wirksamen Medikamenten, welche verbessert werden können, sprechen ebenfalls für eine frühe Diagnose.
 Mit dem Ziel, das Bewusstsein für die Bedeutung der Spirometrie zu erhöhen, wird ein strenges Kriterium mit Durchführung der Spirometrie angedockt werden.
 Für den Hausarzt wird das folgende Vorgehen empfohlen:
 - einem früheren Stadium zu erkennen oder auszuschliessen.
 - Durchführung einer Spirometrie zum Ausschluss bzw. zur Bestätigung (Bronchodilatation) bei den Personen, die die folgenden Kriterien erfüllen:

- Alter ≥ 45 und bestehende Risikofaktoren für COPD
- Berufstiteln, Familienanamnese einer früh aufgetretenen COPD
- Symptome, die eine COPD vermuten lassen (chronische Atemnot, häufige Erkältungen)



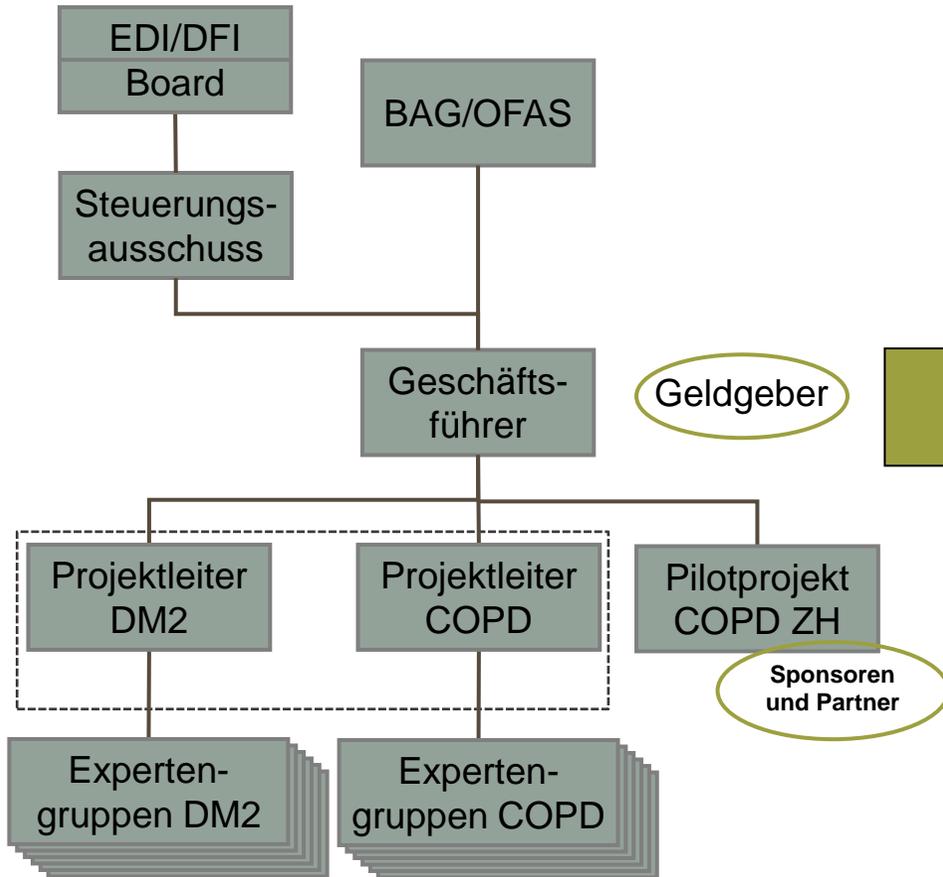
Quelle: IHAMZ

Beitrag von QualiCCare zur Steigerung der Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens im Bereich von chronischen Krankheiten

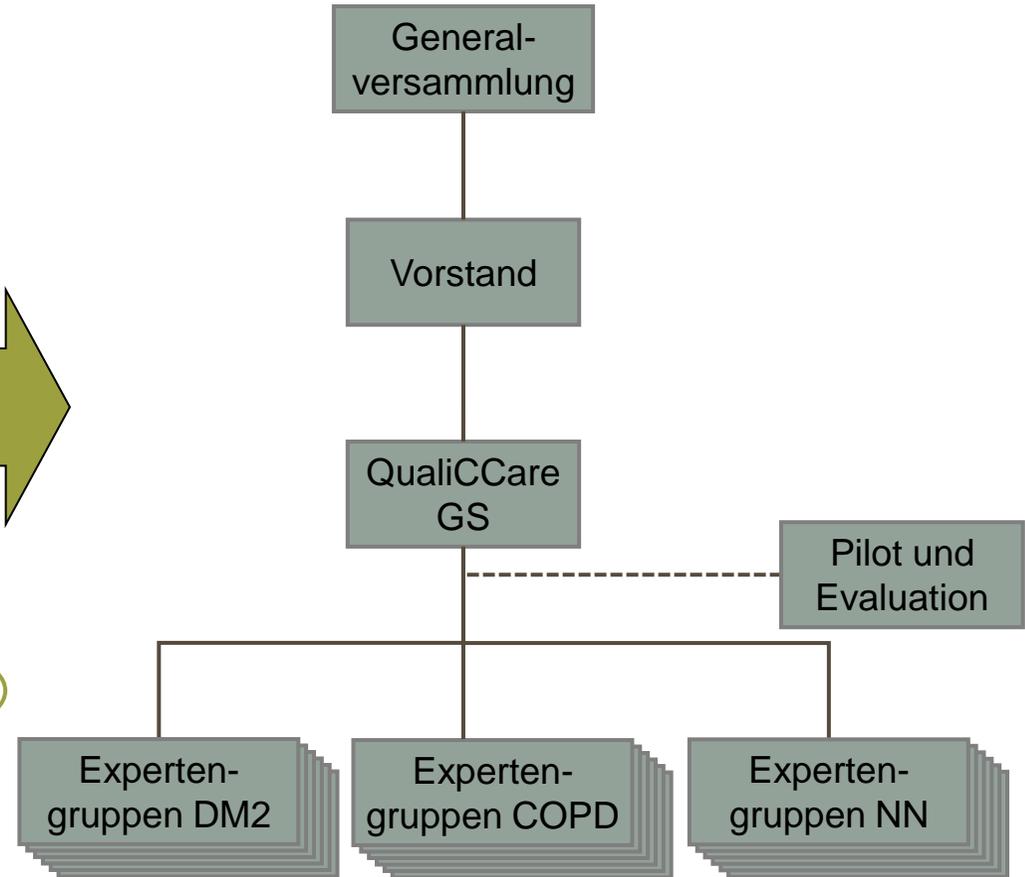


Phase 3: Neue Organisationsform als Verein

Organisation Phase 2 (4/2012 – 9/2013)



Organisation Phase 3 (ab 10/2013)



Mitglieder Verein QualiCCare (und Gäste)

Leistungserbringer

Krankenversicherungen

Pharmazeutische Industrie

Verein QualiCCare



Spezialisten / Wissenschaft



Health Industry (non pharma)

Patienten-Fachorganisationen

Bund und Kantone

Vorstand QualiCCare

- Ständerat Hans Stöckli, Präsident
- Christoph Bosshard, FMH
- Stéfanie Monod, Service Santé Publique Waadt/GDK
- Doris Fischer-Taeschler, SDG/SGED
- Peter Jäggi, Roche Diagnostics
- Dominique Jordan, PharmaSuisse
- Werner Karrer, SGP/LLS
- Angelika März, MSD
- Jürg Vontobel, Concordia
- Marc Müller, Hausärzte Schweiz



Vision - 2011 wie auch heute



Vision

Die Patientenbetreuung in der Schweiz weiter verbessern durch die Implementierung von „Best Practices“ in der Versorgung von chronischen Krankheiten

«Die Vision stützt sich auf vier Pfeiler:
Implementieren von „Best Practices“, Fokus auf den Patienten, Agieren in enger Abstimmung und das Bestreben nach langfristigen und flächendeckenden Lösungen.»

Abgeleitete Mission

- Wir erarbeiten auf «Best Practices» basierende Grundlagen für die Versorgung von chronischen Krankheiten (z.Z. *COPD und Diabetes*)
- Wir entwickeln Massnahmen mit Fokus auf die Patientenbedürfnisse und entlang des Krankheitsverlaufs (*silent diseases*)
- Wir fördern die breit abgestützte Zusammenarbeit und die Koordination von Initiativen der verschiedenen Akteure im schweizerischen Gesundheitssystem
- Wir streben nach langfristigen, nachhaltigen und flächendeckenden Lösungen
- Wir streben eine Zusammenarbeit mit den Organen des Bundes und der Kantone an, insbesondere in Bezug auf die im Bericht „Gesundheit2020“ festgehaltenen Prioritäten des Bundesrats

Handlungsebenen & Massnahmenfelder

Plattformfunktion: Vernetzung und Koordination

Grundlagen / Tools

Systematische Erarbeitung von Grundlagen und Review

Publikation und «Dissemination» der Instrumente

Umsetzungsprojekte

Kooperationen bei Pilotprojekten Dritter

Konzeption «eigener» Implementierungspilote

Transfer und Evaluation

«Cross-Adaptation» von Grundlagen

Erarbeitung von (Selbst-)Evaluationstools

Handlungsebene: Vernetzung und Koordination

«Wir streben eine Zusammenarbeit mit den Organen des Bundes und der Kantone an, insbesondere in Bezug auf die im Bericht „Gesundheit2020“ festgehaltenen Prioritäten des Bundesrats.»

- NCD-Strategie von EDI und GDK (Mitarbeit in Arbeitsgruppe 2, inkl. Mitwirkung in Redaktionskommission für Abschlussbericht)
- Herzkreislauf-/Gefäss-/Diabetes-Strategie in Zusammenarbeit von Leistungserbringenden, BAG und Gesundheitsligen

«Wir fördern die breit abgestützte Zusammenarbeit und die Koordination von Initiativen der verschiedenen Akteure im schweizerischen Gesundheitssystem»

- Mitgliedschaft Allianz Gesunde Schweiz
- Partnerschaft Praxisempfehlungen IUMSP(PcD)/SGED/QCC/SAMW
- Verschiedene Projektpartnerschaften

Strategische Ziele & Massnahmenpakete

Grundlagen / Tools

Grundlagen und Reviews

Fertigstellung aller Massnahmen der Phase 2 (inkl. neues Konzept Grippeimpfung) bis Mitte 2014

Sicherstellung des kontinuierlichen Reviewprozesses der erarbeiteten Empfehlungen / Tools mit den Akteuren bis Ende 2014

Publikation und «Dissemination»

Publikation aller Empfehlungen und Tools auf Plattformen und in Organen der Akteure bis Mitte 2014

Durchführung von Fortbildungen / Kampagnen für LE, Planung Patientenkommunikation, Einbindung in Programme der Akteure bis Ende 2015

Strategische Ziele & Massnahmenpakete

Umsetzungsprojekte

Kooperation

Definition von «Rules of Engagement» für Kooperationen bis Anfang 2014

Kooperation bei geeigneten Umsetzungsprojekten Dritter inkl. Sicherstellung des Transfers der Instrumente bis Ende 2015

Konzeption

Definition von Umsetzungspiloten bei «orphan» Versorgungsschwerpunkten bis Ende 2014

Planung und Koordination «eigener» Umsetzungspilote mit Stakeholdern bis Ende 2015

Strategische Ziele & Massnahmenpakete

Transfer und Evaluation

Cross-Adaptation

Cross-Adaptation
erfolgsver-
sprechender
Massnahmen COPD
nach DM2 und
umgekehrt bis Ende
2014

Prüfung der
Generalisierung oder
Adaptation von
Massnahmen auf
andere chronische
Erkrankungen bis
Ende 2015

Evaluation

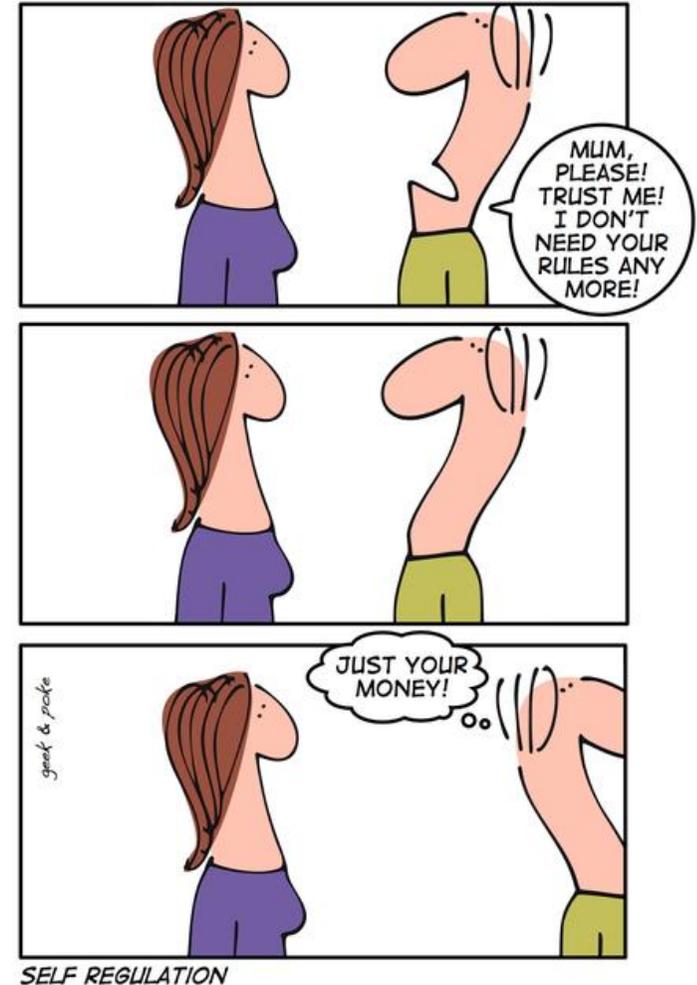
Entwicklung (oder
Kooperationen)
von (Selbst-)
Evaluations-
instrumenten für
Leistungserbringer
und Patienten bis
Mitte 2015

Evaluation durch
Begleitforschung bei
ausgewählten
Umsetzungspiloten

Erfolgsfaktoren in Multistakeholder-Projekten

These 1 - Erfolgsfaktor 1

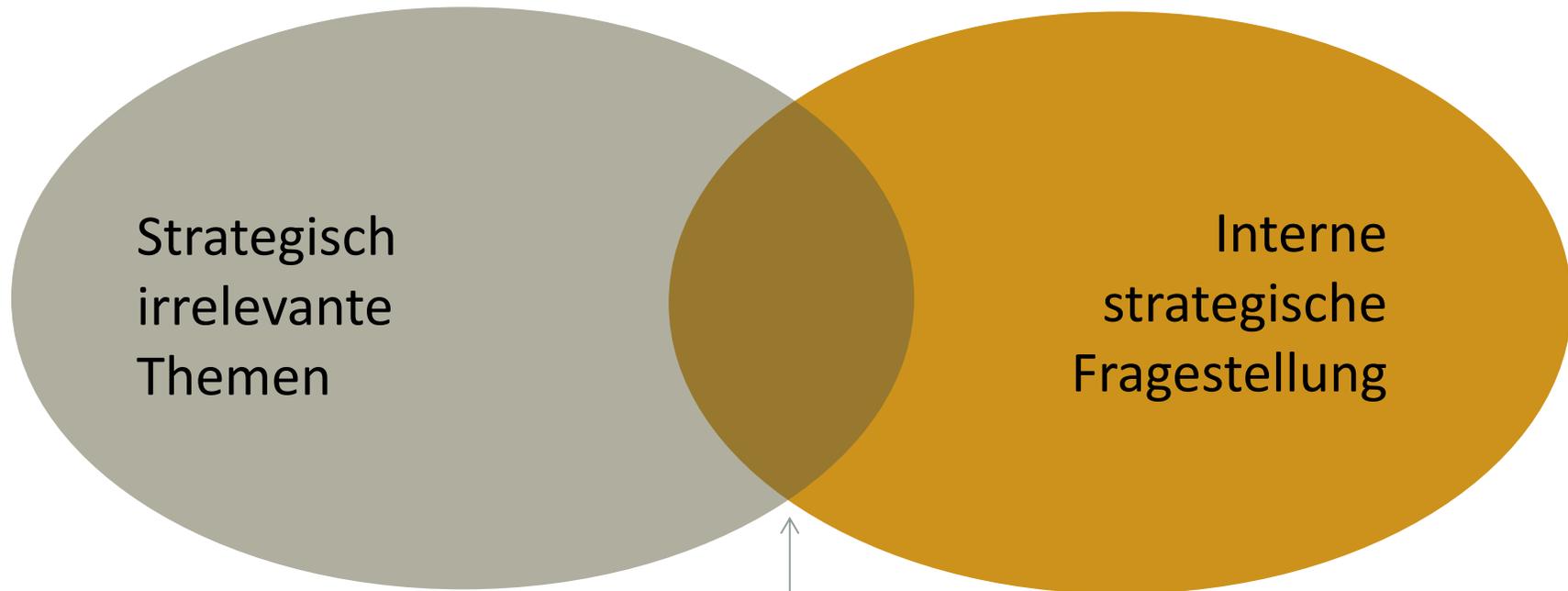
Das ideale Setting: öffentliches Interesse trifft auf strategische Relevanz bei den Marktteilnehmern



Unternehmerische Relevanz

Öffentliches Interesse

Strategische Themen



Strategisch
irrelevante
Themen

Interne
strategische
Fragestellung

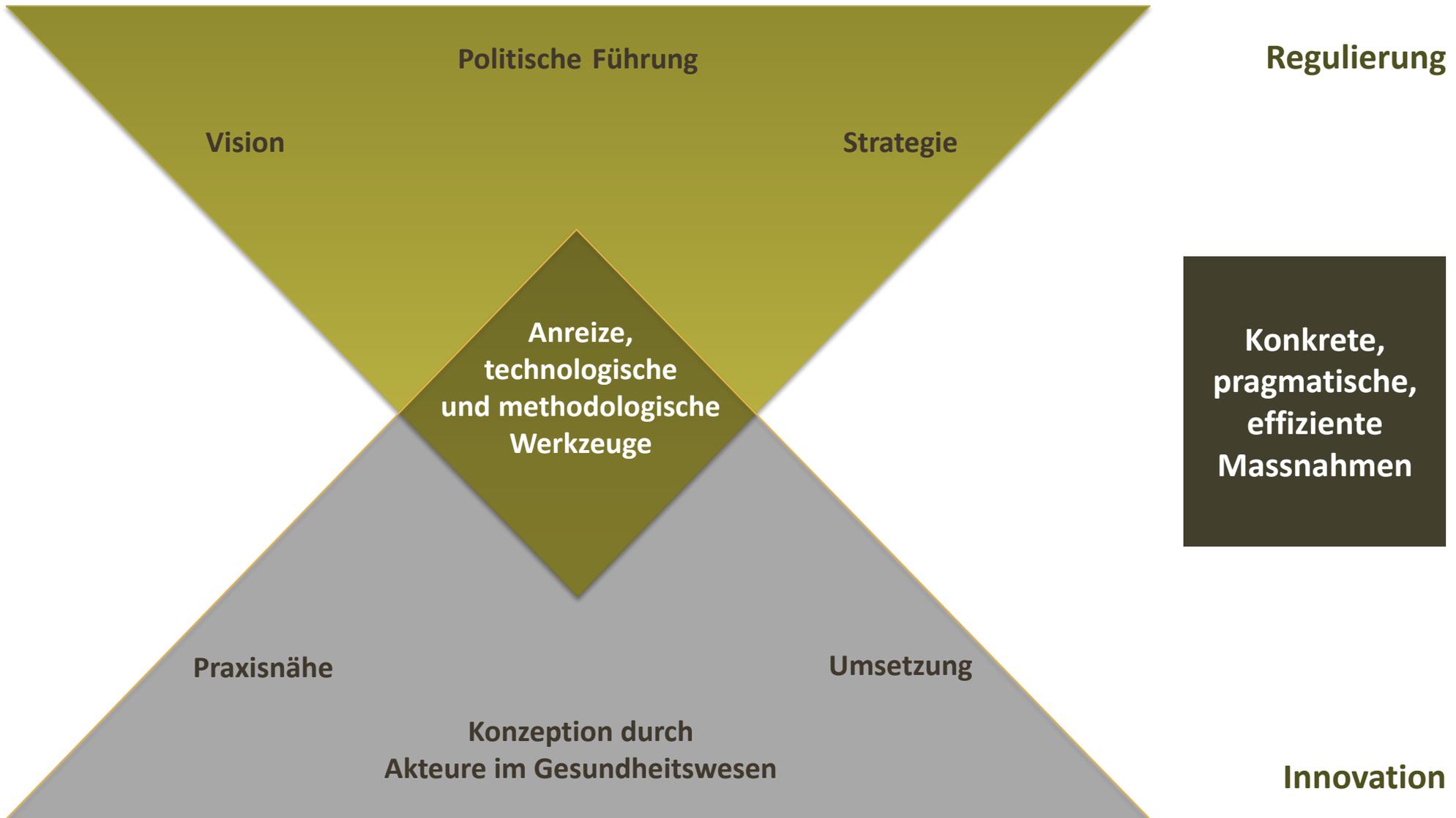
Issue, primär aus Unternehmenssicht

These 2 - Erfolgsfaktor 2

Top-down versus Bottom-up –
kein «entweder oder», sondern
ein «sowohl als auch»

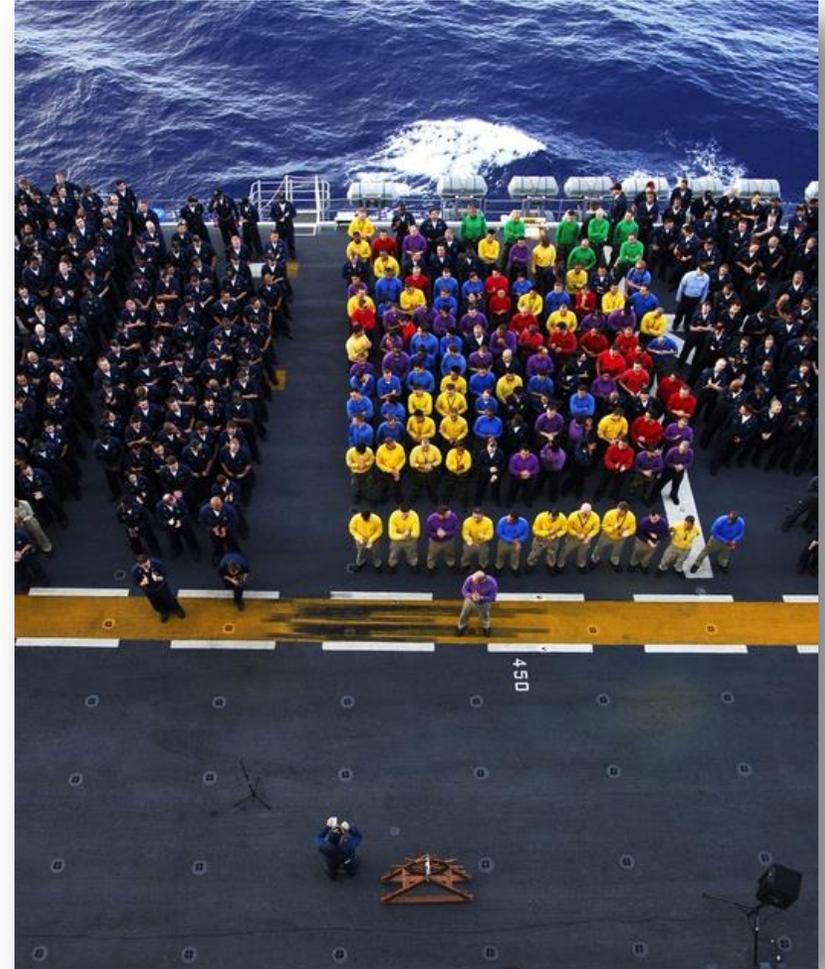


Kombination von «top-down» und «bottom-up» Approach

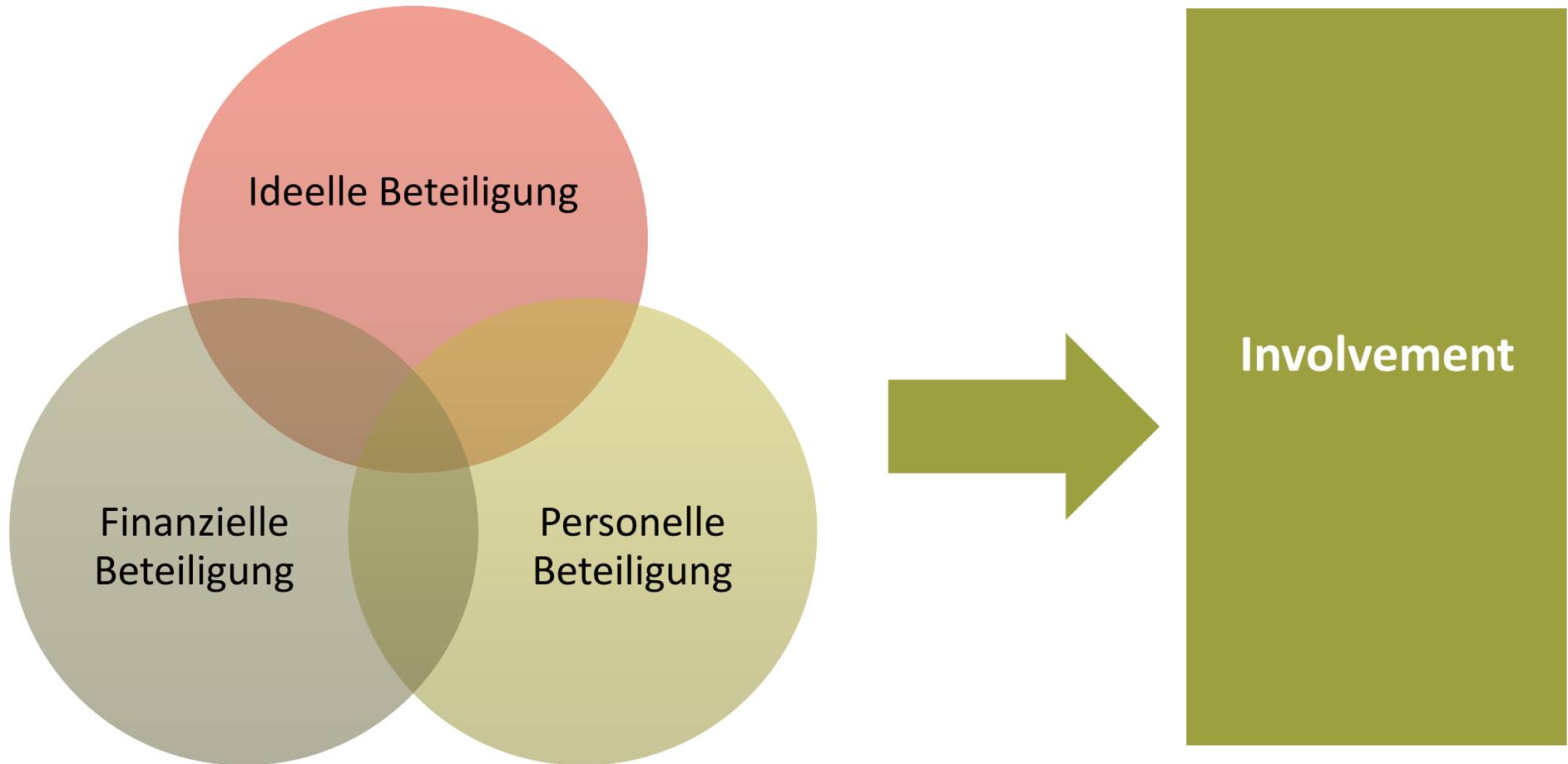


These 3 - Erfolgsfaktor 3

Einbezug möglichst aller (direkt)
Betroffener - egal welcher
Couleur - und gemeinsame
Identifikation eines für alle
nutzenbringenden Ziels



Beteiligung kann zu Involvement führen



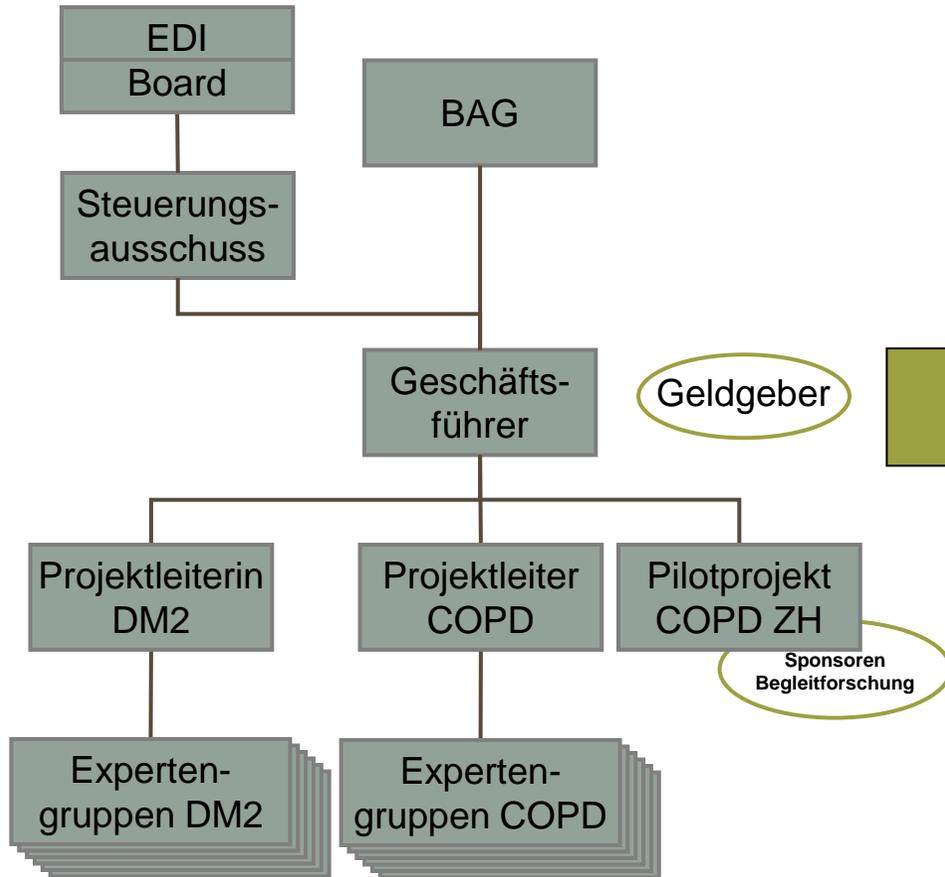
These 4 - Erfolgsfaktor 4

Gleichberechtigung - sowohl in Bezug auf die Rechte als auch auf die Pflichten - zumindest im Prozess, idealerweise auch in der Struktur

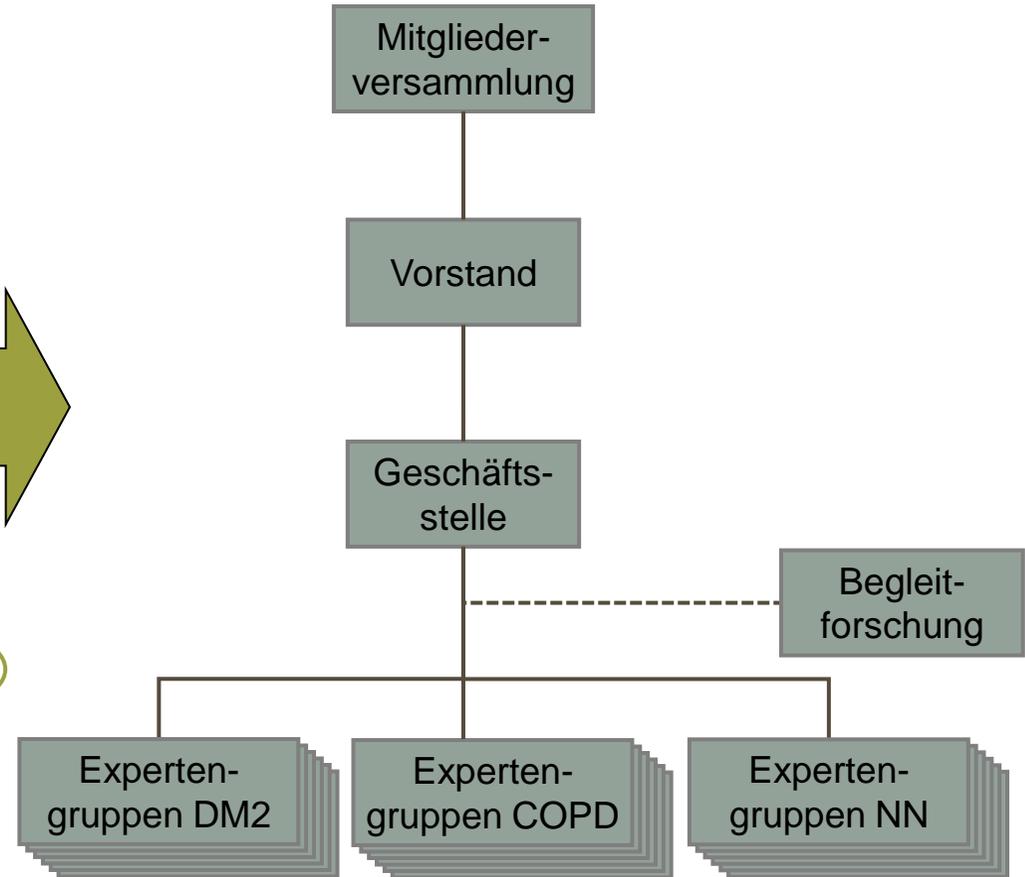


Verein zur langfristigen Trägerschaft

Aktuelle Organisation Phase 2



Geplante Trägerschaft Phase 3

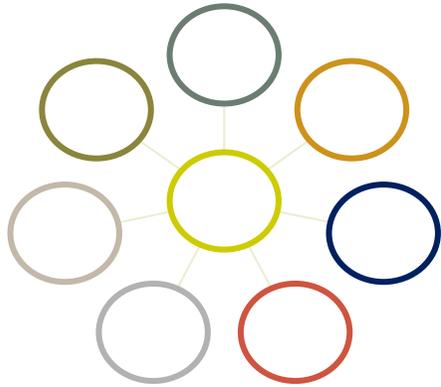


These 5 - Erfolgsfaktor 5

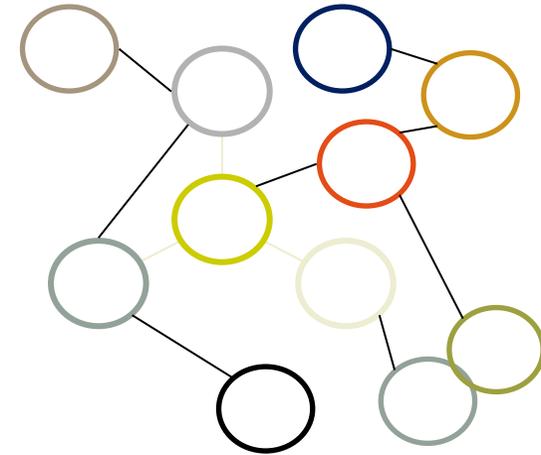
Der Dynamik des komplexen Systems Rechnung tragen, ohne den Fokus auf das gemeinsame Ziel zu verlieren



Multistakeholder-Projekte sind inhaltsgetrieben



Strukturen bestimmen Inhalte



Inhalte bestimmen Strukturen

- «Kontrollverlust», veränderte Machtverhältnisse erdulden
- Veränderte Beteiligungsstrukturen (Stakeholder-Zusammensetzung) antizipieren

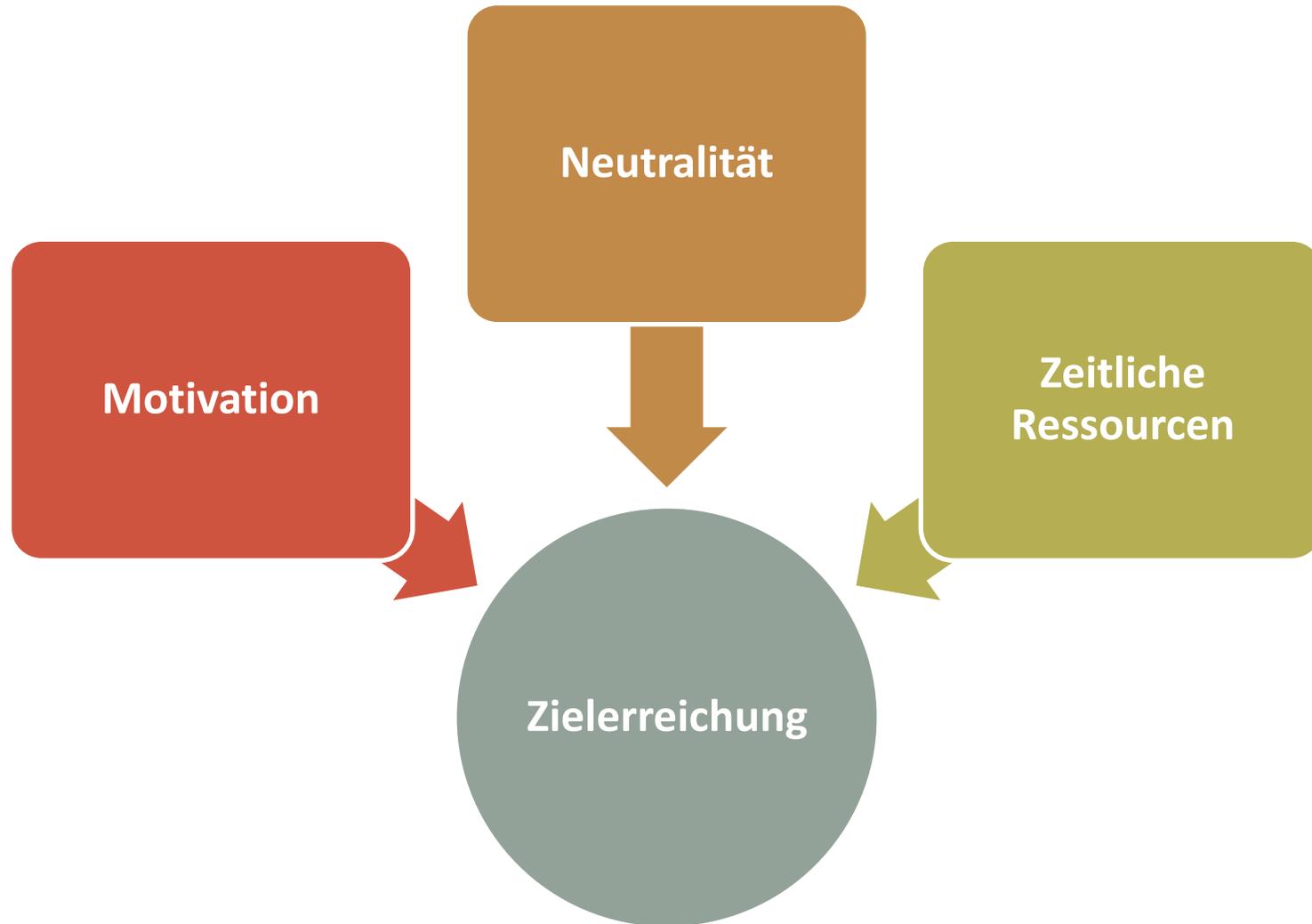
Multistakeholder-Management ist Change-Management²

Das Management von Multistakeholder-Projekten ist aufwendig, erfordert den Einsatz personeller (und finanzieller) Ressourcen über einen langen Zeitraum.

Diese Ressourcen können «extracurricular» durch die Beteiligten in der Praxis meistens nicht aufgebracht werden, so dass sich häufig die Bestimmung eines neutralen Koordinators/Projektmanagers empfiehlt.



«Change Agent» / Moderation



These 6 - Erfolgsfaktor 6

Transparenz als Basis des Vertrauens schafft Wille zur Zusammenarbeit



Verbindlichkeit, Fairness und Transparenz

«Nichts macht den Mensch argwöhnischer, als wenig zu wissen.»

Francis Bacon

