

Versorgungsforschung Aktuell

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

„Hausarztpraxis-basiertes Case Management für chronisch kranke Patienten – PraCMan“

Die Versorgung multimorbider Patienten ist wesentlicher Bestandteil hausärztlicher Praxis. Hausärztinnen und Hausärzte erleben dabei zunehmend die Herausforderung einer stetig wachsenden Anzahl von Patienten mit komplexen medizinischen, psychischen und sozialen Problemen. Gleichzeitig schwinden die zeitlichen Ressourcen, diesen Herausforderungen gerecht zu werden. Strukturierte Behandlungsmodelle, welche speziell geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) in die Versorgung multimorbider Patienten einbeziehen, können zu einer Optimierung der Versorgung multimorbider Patienten beitragen und gleichzeitig Ärztinnen und Ärzte in ihrer Arbeit entlasten. Gemeinsam mit hausärztlichen Praxisteams wurde daher ein intensiviertes Versorgungsmodell für multimorbide Patienten in der Hausarztpraxis entwickelt, welches qualifizierte MFA in die Versorgung mit einbezieht (Hausarztpraxis-basiertes Case Management – PraCMan). Die Wirksamkeit des Modells wurde anschließend im Rahmen einer groß angelegten klinischen Studie evaluiert.



Ihr Prof. Dr. med Joachim Szecsenyi

Ziele und Methoden

Das Entwicklungsprojekt basierte auf Fokusgruppen und Einzelinterviews mit MFA und Hausärztinnen/Hausärzten aus 10 Praxen. Zusätzlich wurden Krankenkassendaten von 6.026 AOK Versicherten aus diesen Praxen ausgewertet. Das so entwickelte Case Management beinhaltete zum einen eine teambasierte Schulung für MFA und Hausärztinnen/Hausärzte, zum anderen einen dreistufigen Versorgungsprozess bestehend aus:

a) Assessment medizinischer, psychischer und sozialer Bedarfe und Ressourcen der Patienten und ihrer Angehörigen, b) gemeinsamer Zielvereinbarung und Versorgungsplanung mit Patienten, Angehörigen, Hausärztinnen/Hausärzten und MFA sowie c) einem mindestens sechswöchentlichem strukturiertem Monitoring des klinischen Zustandes und der Umsetzung der Versorgungsplanung. Das Case Management Modell wurde über 24 Monate gegenüber der Regelversorgung im Rahmen des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) der AOK Baden-Württemberg bei 2.076 Patienten aus 115 Praxen im Rahmen einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie evaluiert. Das Hauptzielkriterium waren Krankenhausaufenthalte innerhalb der ersten 12 Monate. Nebenzielkriterien beinhalteten unter anderem Krankenhausaufenthalte nach 24 Monaten sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach 12 bzw. 24 Monaten

Interventionszeit. Eingeschlossen wurden erwachsene multimorbide Patienten mit Typ 2 Diabetes, chronisch obstruktiver Bronchitis oder Herzinsuffizienz und einer statistisch erhöhten Krankenhauseinweisungswahrscheinlichkeit.

Das Entwicklungsprojekt

Ziel war es, ein indikationsübergreifendes Hausarztpraxis-basiertes Versorgungsmodell für solche Patienten zu entwickeln, die in besonderer Weise auf eine intensivierete, strukturierte und kontinuierliche medizinische Versorgung angewiesen sind. Ausgangspunkt zur Identifikation einer möglichen Zielgruppe waren dabei die in Deutschland bestehenden Versorgungsstrukturen: Für die Indikationen Typ 2 Diabetes mellitus, chronisch obstruktive Bronchitis (COPD) und Herzinsuffizienz (bei KHK) sind in Deutschland bereits krankheitsspezifische Disease Management Programme (DMPs) etabliert. Obwohl DMPs durchaus positive Effekte zeigen, gehören Krankenhausaufenthalte aufgrund dieser Erkrankungen noch immer zu den 20 häufigsten Entlassdiagnosen. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive gelten Krankenhausaufenthalte aufgrund dieser drei Diagnosen allerdings als „potentiell vermeidbar“, da angenommen wird, dass sie zumindest größtenteils durch eine optimale ambulante Versorgung verhinderbar wären [1].

Die zwei zentralen Forschungsfragen des Entwicklungsprojektes waren daher:

1. Welche Ursachen „potentiell vermeidbarer“ Krankenhausaufenthalte multimorbider Patienten sind aus Sicht der hausärztlichen Praxis wie vermeidbar?
 2. Wie lassen sich solche Patienten identifizieren, die am wahrscheinlichsten von einem intensivierten hausärztlichen Versorgungsmanagement profitieren?
- Beide Forschungsfragen wurden im Rahmen einer umfangreichen Entwicklungsstudie mit 10 hausärztlichen Praxisteams aus Nordbaden untersucht. Ein ausführliches Studienprotokoll wurde publiziert [2].

Ursachen potentiell vermeidbarer Krankenhausaufenthalte

Im Rahmen einer Einzelfallanalyse „potentiell vermeidbarer“ Krankenhausaufenthalte gaben Hausärztinnen/Hausärzte bei 43 (41%) von 104 Hospitalisierungen an, die Aufenthalte wären aus ihrer Sicht tatsächlich vermeidbar gewesen [3]. Eine Vielzahl von medizinischen, patientenseitigen, sozialen und arztbezogenen Gründen führte zu potentiell vermeidbaren Aufenthalten (im Mittel 2,5 pro Fall). Zu den Gründen, die häufig zu tatsächlich vermeidbaren Krankenhausaufenthalten führten, gehören: die Abwesenheit des behandelnden Hausarztes im Notdienst, fehlende Nutzung ambulanter Angebote, suboptimales Monitoring, Angst des Patienten, kultureller Hintergrund und fehlende Sprachkenntnisse der Patienten, Medikationsfehler, fehlende Medikamentenadhärenz und überfürsorgliche Angehörige. Basierend auf dieser Analyse wurde das Versorgungsmodell PraCMan inhaltlich und strukturell abgestimmt.

Vergleich Patientenauswahl durch Hausärzte versus Software

Insgesamt wurden durch Hausärztinnen/Hausärzte allein 203 Patienten als mögliche Teilnehmer eines Case Management Programms vorgeschlagen, durch eine Prädiktionssoftware für Krankeneinweisungen (basierend auf Krankenkassendaten) allein 301 Patienten und durch beide unabhängig voneinander 32 Patienten (6%) [4]. Die Software identifizierte dabei signifikant ältere Patienten mit höherer Krankheitslast und einer höheren Zahl vorheriger Krankenhausaufenthalte. Allerdings waren verglichen mit Patienten, die von Hausärztinnen/Hausärzten vorgeschlagen wurden signifikant weniger Patienten in ein DMP Programm eingeschrieben. Auch die Teilnahmequote an der Fragebogenstudie war signifikant niedriger. Die kleine Subgruppe von Patienten, die unabhängig von beiden Ansätzen identifiziert wurde, zeigte sowohl eine hohe Krankheitslast bzw. eine hohe Zahl vorheriger Hospitalisierungen als auch eine hohe Teilnahmebereitschaft an DMP und der Fragebogenstudie. In den anschließenden Einzelinterviews erklärten Hausärztinnen/Hausärzte diese Beobachtungen damit, dass sie als Auswahlkriterien neben dem Risiko des Patienten für zukünftige Krankeneinweisungen auch die Bereitschaft und die Fähigkeit des Patienten aktiv an einem Case Management Programm teilzunehmen, mitberücksichtigt hatten [5]. Grundsätzlich schätzten die Hausärztinnen/Hausärzte die Vorselektion durch die Software als Arbeitserleichterung, sofern ihnen die Möglichkeit gegeben wird, die Auswahl weiter einzugrenzen. Um das Ausmaß des „Selektionseffekts“ durch die Fokussierung der Intervention auf Patienten, die sich in die HZV eingeschrieben hatten abzuschätzen, wurden zusätzlich Morbiditätslast und vorherige Krankenhausaufenthalte beider Gruppen verglichen. Hierbei zeigte sich, dass eher ältere und kränkere Patienten in die HZV eingeschrieben wurden, die eine höhere Zahl vorheriger Krankenhausaufenthalte hatte [6].

Wie sieht das Versorgungsmodell PraCMan konkret aus?

Bei den Patienten werden zunächst im Rahmen eines umfassenden Assessments sowohl medizinische als auch nicht-medizinische Problembereiche (z.B. soziale) und Ressourcen erfasst und dokumentiert. Wesentlich ist dabei gerade die Erhebung der wichtigsten Probleme aus Patientensicht. Im nächsten Schritt werden gemeinsam mit dem Patienten medizinische und nicht-medizinische Ziele für das Case Management festgelegt. Dabei kommen Techniken der motivierenden Gesprächsführung zum Einsatz. Schwerpunkte bei der Zieldefinition sind die Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen sowie die Anleitung zum Selbstmanagement der bestehenden chronischen Erkrankungen. Als Hilfsmittel zur Umsetzung der Ziele dient u.a. ein modular auf den Patienten anzupassendes Tagebuch, das neben krankheitsspezifischen Informationen auch Symptomtagebücher und Notfallpläne enthält. Im Rahmen der Hilfeplanung werden regional vorhandene Ressourcen zur Unterstützung von chronisch kranken Patienten eingebunden. Dazu zählten Hilfsangebote wie etwa Herz- und Lungensportgruppen, Angebote für Patienten- bzw. Angehörigenschulungen, Selbsthilfegruppen und Hilfsdienste. Abhängig vom klinischen Gesamtzustand des Patienten erfolgen in mindestens sechswöchigem Abstand Monitoringtermine, bei denen sowohl klinische Parameter (z.B. Stärke der Dyspnoe,

Hinweise auf eine drohende Dekompensation) als auch die Umsetzung der für die Zielerreichung geplanten Maßnahmen abgefragt werden. Das Monitoringinstrument nutzt dabei ein erprobtes Ampelschema und ist für die Anwendung im Rahmen des Telefonmonitorings geeignet. Auf Basis der Antworten der Patienten wird mit Hilfe einer einheitlichen Farbcodierung (rot, orange, gelb, grün) die Dringlichkeit der Schnittstellenkommunikation zwischen MFA und Arzt programmiert. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass beispielsweise auf eine drohende Verschlechterung des klinischen Zustands rechtzeitig reagiert werden kann. Zusätzlich findet während der Monitoringtermine über das Arbeiten an den gemeinsamen Zielen eine kontinuierliche und individualisierte Patientenschulung statt.

Die klinische Studie

Die Evaluation der PraCMan Intervention erfolgte im Rahmen einer cluster-randomisiert kontrollierten klinischen Studie (ISRCTN56104508) [7]. Cluster-randomisierte Studien gelten als Goldstandard für die Evaluation praxisbezogener (komplexer) Interventionen. Bei der PraCMan Studie wurden insgesamt 115 Praxen randomisiert. Alle Studienpraxen nahmen am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg teil. Die Bekanntgabe der Zuteilung der Praxen zu den beiden Gruppen erfolgte erst nach Beendigung des Patienteneinschlusses, um Selektionseffekte zu vermeiden. Im November 2010 wurden insgesamt 2.076 Patienten clusterrandomisiert. Die Ergebnisse dieser Studie werden am 1. März 2016 in der Zeitschrift *Annals of Internal Medicine* publiziert [8].

Wo finde ich die Originalliteratur?

- [1] Purdy S, Griffin T, Salisburly C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health* 2009, 123:169-173.
- [2] Freund T, Wensing M, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Gerlach FM, Szecsenyi J, Peters-Klimm F. Development of a primary care-based complex care management intervention for chronically ill patients at high risk for hospitalization: a study protocol. *Implement Sci* 2010; 5: 70.
- [3] Freund T, Campbell S, Geißler S, Kunz CU, Mahler C, Peters-Klimm F, Szecsenyi J. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *Ann Fam Med* 2013; 363-370.
- [4] Freund T, Mahler C, Erler A, Gensichen J, Ose D, Szecsenyi J, Peters-Klimm F. How to identify patients likely to benefit from care management programs? *Am J Manag Care* 2011; 17: 345-352
- [5] Freund T, Wensing M, Geißler S, Peters-Klimm F, Mahler C, Boyd CM, Szecsenyi J. Primary care physicians' experiences with case finding for practice-based care management. *Am J Manag Care* 2012; 18: e155-e161
- [6] Freund T, Szecsenyi J, Ose D. Charakteristika von eingeschriebenen Versicherten eines flächendeckenden Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung. *Med Klinik* 2010; 105: 808-811.
- [7] Freund T, Peters-Klimm F, Rochon J, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Baldauf A, Gerlach FM, Szecsenyi J. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508]. *Trials* 2011, 12: 163 doi: 10.1186/1745-6215-12-163
- [8] Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, Mahler C, Gensichen J, Erler A, Beyer M, Gondan M, Rochon J, Gerlach F, Szecsenyi J. Medical Assistant-Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices. A Cluster Randomized Clinical Trial. *Ann Intern Med* 2016. online first.