



Hausarztpraxis-basiertes Case Management für chronisch kranke Patient:innen (PraCMan): Evaluationsergebnisse

Wir hatten bereits im Newsletter 01/2016 über das Projekt PraCMan (Hausarztpraxis-basiertes Case Management für chronisch kranke Patient:innen) berichtet. Es handelt sich dabei um eine strukturierte Intervention im hausärztlichen Bereich, bei dem speziell geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) in die Versorgung chronisch kranker, oft multimorbider Patient:innen einbezogen werden. Diese können zu einer Optimierung der Versorgung chronisch kranker Patient:innen beitragen und gleichzeitig Hausärzt:innen in ihrer Arbeit entlasten.

Gemeinsam mit hausärztlichen Praxisteamen wurde ein intensiviertes Versorgungsmodell für chronisch kranke Patient:innen in der Hausarztpraxis entwickelt, welches qualifizierte MFA in die Versorgung mit einbezieht.

Während in einer cluster-randomisierten Studie [1] bereits eine verbesserte gesundheitsbezogene Lebensqualität, insbesondere für Patient:innen mit COPD, durch die Intervention nachgewiesen werden konnte, werden hier die Evaluationsergebnisse bezüglich des Hauptzielkriteriums, der Hospitalisierungsrate und der damit verbundenen Versorgungskosten, in der Flächenimplementierung in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg vorgestellt.

Für das Team der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung,

Ihr

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi
Seniorprofessor – Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Hintergrund

Die steigende Prävalenz von chronischen Krankheiten und Multimorbidität stellt in Deutschland – und in sehr vielen anderen Ländern – das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Die Stärkung der koordinierenden Funktion von Hausärzt:innen und deren Teams im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (HZV [2]) war ein erster Schritt, um die anstehenden Versorgungsherausforderungen besser zu bewältigen.

Die Grundidee im Rahmen von PraCMan (Hausarztpraxis-basiertes Case Management) bestand darin, ein zusätzliches „Finetuning“ durch ein spezifisches Case Management für chronisch Kranke mit erhöhter Krankenhaus-Einweisungswahrscheinlichkeit zu etablieren.

Das entwickelte Case Management beinhaltet zum einen eine teambasierte Schulung für MFA und Hausärzt:in, zum anderen einen dreistufigen Versorgungsprozess bestehend aus:

- a) Assessment medizinischer, psychischer und sozialer Bedarfe und Ressourcen der Patient:innen und ihrer Angehörigen,
- b) gemeinsamer Zielvereinbarung und Versorgungsplanung mit Patient:innen, Angehörigen, Hausärzt:innen und MFA sowie
- c) einem mindestens sechswöchentlichen, strukturierten Monitoring des klinischen Zustandes und der Umsetzung der Versorgungsplanung.

Alle Schritte werden durch eine in die Praxis-EDV-Umgebung integrierte Software, das sog. „CareCockpit“, unterstützt.

Das Hauptzielkriterium war die Hospitalisierungsrate. Nebenzielkriterien beinhalteten gesundheitsbezogene Lebensqualitätsfaktoren durch die Intervention. Eingeschlossen wurden erwachsene chronisch kranke Patient:innen mit Typ 2 Diabetes und/oder chronisch obstruktiver Bronchitis und/oder Herzinsuffizienz und einer erhöhten Hospitalisierungswahrscheinlichkeit.

Methode

Um den möglichen Zusammenhang zwischen Intervention und Veränderungen der Hospitalisierungsrate und -kosten abzuschätzen, wurden 6.148 Patient:innen (Cases) in eine retrospektive Kohortenstudie eingeschlossen, die an PraCMan teilnahmen. Auf Basis von Propensity Score Matching wurden ebenfalls 6.148 Patient:innen ermittelt, die nicht an der Intervention teilnahmen (Matched Controls). Über das Matching-Verfahren konnte für wesentliche Kovariablen (Geschlecht, Alter, Pflegebedürftigkeit, Gesamtmorbidität, chronische Erkrankungen) kontrolliert werden, so dass sichergestellt wurde, dass sich die beiden Gruppen in Bezug auf die genannten Kovariablen beinahe identisch waren. Tabelle 1 zeigt die Charakteristika von Cases und Matched Controls.

Beide Patient:innengruppen wurden zunächst ein Jahr vor Beginn der Intervention beobachtet. Sodann begann die Intervention für die Cases. Schließlich wurden beide Gruppen über ein komplettes Jahr nach dem Interventionsbeginn beobachtet (Quartale 5 bis 8 nach, siehe Abbildung 1). Die rollierende Beobachtungszeit, bedingt durch einen zeitlich unterschiedlichen Interventionsbeginn, umfasste den Zeitraum vom 1.7.2013 bis zum 31.12.2017.

Ergebnisse

Tabelle 2 zeigt die wesentlichen Analyseergebnisse bzgl. der Hospitalisierungen.

In der Einjahresperiode vor Interventionsbeginn wies die Interventionsgruppe eine um 3,5% höhere Hospitalisierungsrate im Vergleich zu den Patient:innen in der Kontrollgruppe auf. In der Einjahresperiode nach Interventionsbeginn wies die Interventionsgruppe eine um 8,3% geringere Hospitalisierungsrate im Vergleich zu den Patient:innen in der Kontrollgruppe auf. Dies bedeutet in der Gesamtschau einen Unterschied von beinahe 11% zu Gunsten der Interventionsgruppe [3].

Dieser Unterschied konnte auch in Bezug auf die Kosten, die mit den Hospitalisierungen verbunden waren, beobachtet werden. Insgesamt ergaben sich für die PraCMan-Interventionsgruppe in der



Abb. 1: Beobachtungsperioden.

Gesamtschau Minderkosten von über 480 Euro pro Patient:in in der Einjahresperiode nach Interventionsbeginn.

Sowohl in Bezug auf die Hospitalisierungsrate als auch in Bezug auf die Hospitalisierungskosten waren die beobachteten Unterschiede versorgungsrelevant und statistisch signifikant ($p<0,001$).

Fazit

Im Rahmen einer Hospitalisierung verlassen Individuen ihre gewohnte Umgebung und ihr gewohntes soziales Umfeld. Dies kann das psychische Wohlbefinden und die Lebensqualität beeinträchtigen. Außerdem sind Einweisungen, die durch eine fallspezifisch angemessene Versorgung im ambulanten – insbesondere im primärärztlichen – Versorgungssektor vermieden werden können, auch gesundheitsökonomisch von großer Bedeutung. Die Evaluationsergebnisse legen nahe, dass die intendierte Verringerung der Anzahl der Hospitalisierungen durch die in PraCMan umgesetzten Interventionselemente gelingt.

Dieser Versorgungsansatz wird in Baden-Württemberg flächen-deckend im Rahmen des HZV-Vertrages der AOK Baden-Württemberg angeboten [4].

Danksagung

Wir bedanken uns bei unseren Vertragspartnern, der AOK Baden-Württemberg, der HäVG (Hausärztliche Vertrags-Gemeinschaft) und beim aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen für die ausgezeichnete Zusammenarbeit.

Fragen/Kontakt

Prof. Dr. Gunter Laux

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

Tel.: +49 6221 56-6207

E-Mail: gunter.laux@med.uni-heidelberg.de

Wo finde ich die Originalliteratur?

[1] Freund T, Peters-Klimm F, Boyd CM, Mahler C, Gen-sichen 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.

[2] Laux G, Kaufmann-Kolle P, Bauer E, Goetz K, Stock C, Szecsenyi J. Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg auf der Basis von Routinedaten der AOK. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2013;107(6):372-8.

[3] Senft JD, Freund T, Wensing M, Schwill S, Poss-Doering R, Szecsenyi J, Laux G. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan) in German healthcare: Outcome of a propensity-score matched cohort study. Eur J Gen Pract

Charakteristika von Cases und Matched Controls		
	PraCMan	Matched Controls
Anzahl Patient:innen	6.148	6.148
Alter		
Alter† (MW ± SD)	75,6 ± 9,8	75,5 ± 9,8
Geschlecht		
weiblich† (n; %)	2.754 (44,8%)	2.705 (44,0%)
männlich† (n; %)	3.394 (55,2%)	3.443 (56,0%)
Pflegebedürftigkeit†		
(n; %)	910 (14,8%)	900 (14,6%)
Gesamtmorbidität		
Charlson Index† ,MW; 95%-KI	4,57; [4,51; 4,64]	4,53; [4,47; 4,59]
Chronische Erkrankung		
HI† (n; %)	4.679 (76,1%)	4.666 (75,9%)
DM2† (n; %)	3.277 (53,3%)	3.240 (52,7%)
COPD† (n; %)	2.803 (45,6%)	2.779 (45,2%)

Tab. 1: Charakteristika von Cases und Matched Controls. Legende: †: Unterschiede n. s. (nicht signifikant); MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, KI: Konfidenzintervall, HI = Herzinsuffizienz, DM2 = Diabetes mellitus Typ 2, COPD = Chronisch obstruktive Lungenerkrankung.

Durchschnittliche Hospitalisierungsraten		
	Jahr vor Intervention	Jahr nach Intervention
PraCMan MW; 95%-KI	1,112; [1,078; 1,146]	0,787; [0,754; 0,820]
Controls MW; 95%-KI	1,074; [1,041; 1,107]	0,858; [0,824; 0,892]
Risk Ratio (RR; 95%-KI) (PraCMan vs. Controls)	1,035 [1,001; 1,071] $p<0,05$	0,917 [0,882; 0,954] $p<0,001$
Reduktion der Hospitalisierungen ΔPraCMan – ΔControls MW; 95%-KI; p-Wert		-0,1090; [-0,1688; -0,0491]; $p<0,001$

Tab. 2: Durchschnittliche Hospitalisierungsraten. Legende: MW: Mittelwert, KI: Konfidenzintervall.

2021;27(1):228-234.

[4] AOK Baden-Württemberg: PraCMan (Hausarztpraxis-basiertes Case Management). https://www.aok-bv.de/engagement/stadt_land_gesund/index_21725.html. Letzter Zugriff am 08.03.2022.