

Case Management in der Medizin

... das „Chronic Care Model“ in der Primärmedizin

- DGCC Fachtagung 2006 -
Gelnhausen, 30. Januar 2006

Institut für
**Allgemein-
medizin**



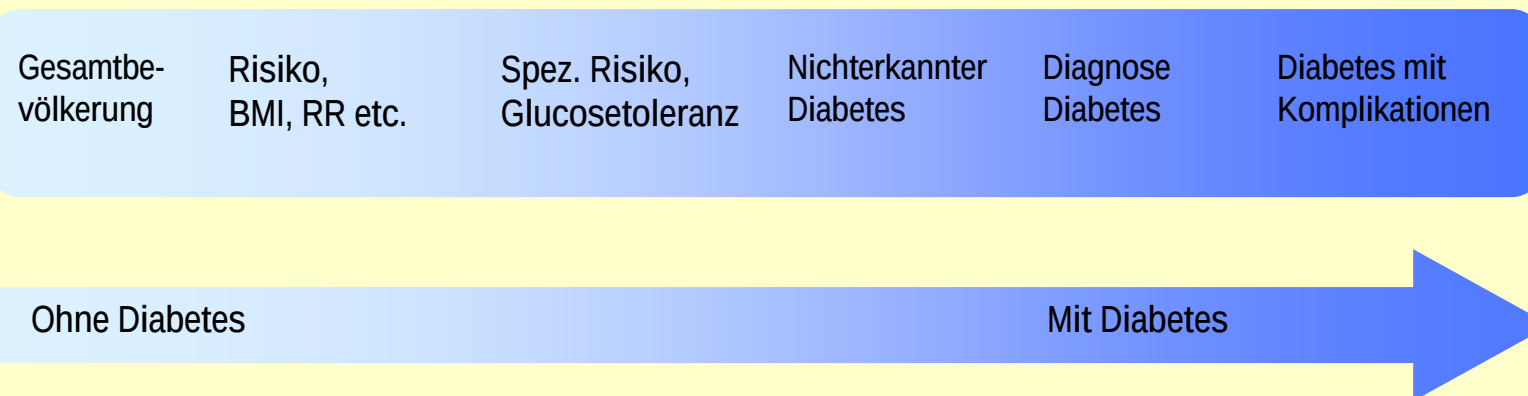
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main
Chronic Care und Versorgungsforschung

Inhalt

- Hintergrund – die herkömmliche Praxis
- Das „Chronic Care Model“
- Perspektive – die innovative Praxis

Chronisch krank = Kontinuum zunehmender Dauer, Schwere und Komplexität

Beispiel Diabetes:



(nach Epping-Jordan et al. 2004)

Chronisch Kranke - in der herkömmlichen Praxis (I)

*Herr Müller, Diabetiker, 64 Jahre alt, **erscheint** am Montagmorgen **wegen akuter Knieschmerzen** in der Praxis Dr. Schmitt.*

*Nach Abklärung der Akutsymptomatik **erkundigt sich** Dr. Schmitt **nach den Blutzuckerwerten** seines Patienten und erhält die Antwort, daß diese "**in Ordnung**" seien.*

*Da Dr. Schmitt in der Patientenakte **vergeblich** nach den **letzten Laborwerten** und dem **Bericht des Augenarztes** sucht und Herr Müller auch **keinen Diabetikerpaß** mitführt, mißt Dr. Schmitt den Blutdruck und veranlaßt eine **sofortige Blutentnahme**.*

Chronisch Kranke - in der herkömmlichen Praxis (II)

*Die am Abend eingehenden Laborwerte ergeben u.a. einen **HbA1C von 8,5%**.*

*Dr. Schmitt beschließt, sich **beim nächsten Besuch** des Patienten **ausführlicher** mit dem Diabetes zu **beschäftigen**.*

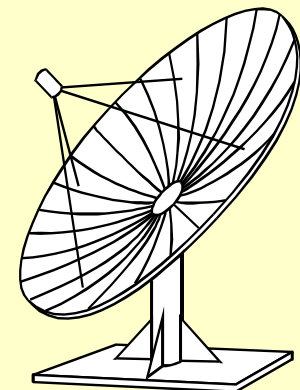
Die herkömmliche Praxis – Was fällt auf?

Die herkömmliche Praxis – Was fällt auf?

1 - Patient kommt wegen akuter Beschwerden und bestimmt den Zeitpunkt

**Patient kommt in die Praxis ... wird behandelt ... geht wieder...wenn er nicht wiederkommt,
... muß er wohl gesund sein**

Aber 80% aller Beratungen in der Hausarztpraxis betreffen chronische Erkrankungen
(Murphy 2004, Wilson et al. 2005)



Die herkömmliche Praxis – Was fällt auf?

2 - Chronische Krankheit nur im Hintergrund

- **55% aller Arzneiverordnungen**
(AOK-Versicherte in Berlin 1998/1999 nach Sachverständigenrat 2001)
- **52% der Krankenhaus-Fälle**
(Krankenhausreport 1999)
- **80% der Kosten** in der GKV **durch 20% der Versicherten** mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen
(Bertelsmann Stiftung 2005)

Die herkömmliche Praxis – Was fällt auf?

3 - Keine Routine, zufälliges Erkennen von Mißständen

- **Deutschland: adäquate Blutdruckkontrolle** nur bei **7% der** hypertonen **Männer (Frauen: 13%)**

(Bevölkerungsstudie: WHO-MONICA Projekt Augsburg: Gasse et al. 2001)

- **USA: über 50%** aller Patienten mit Hypertonie, Depression, Diabetes u. Asthma erhalten **keine angemessene Behandlung**

(Joint National Committee on Prevention 1997, Young et al. 2001, Clark et al. 2000, Legoretta 2000)

Die herkömmliche Praxis – Was fällt auf?

4 - kaum Beratung oder vorausschauendes Follow up

- **Diabetes:** starke Evidenz vor allem für bessere Blutzuckereinstellung durch z.B. DMP (*Norris et al. 2002*)
- **Herzinsuffizienz:** effektive Reduktion stationärer Wiederaufnahmen älterer Patienten u.a. der Einbezug weiterer Akteure (*Gonseth et al. 2004*)
- **Depression:** insbesondere effektiv: komplexe Interventionen mit Arztbildung, Liaison mit Fachspezialisten (*Gilbody et al. 2003*) oder Case Management (*Gensichen 2005*)

Die herkömmliche Praxis – Fazit

- Das Praxisteam ist oft wenig auf den chronisch erkrankten Patienten vorbereitet oder „**The tyranny of the urgent**“ (Bodenheimer)
- Der chronisch erkrankte Patient ist wenig einbezogen, (un)informiert bzw. passiv oder „**keine Gesundheit in der Krankheit**“ (Kaplan)

Die innovative Praxis – das Chronic Care Model

Wagner 2001 / [dt. Gensichen]



Chronisch Kranke in der Praxis

die innovative Praxis (I)

*Frau Meier kommt zum **verabredeten Routinetermin** in die Praxis Dr. Becker.*

*Wie im **Patiententraining** erlernt, **händigt** sie der **Arzthelferin** ihren **Diabetikerausweis** aus.*

*Diese überträgt die Daten in die **elektronische Patientenakte**, druckt eine **Verlaufskurve** der HbA1C-Werte für die **Patientin und ihren Arzt** aus.*

*Beim Öffnen der Patientenakte erscheint auch eine **Erinnerungsmeldung** für die noch ausstehende Augenhintergrunduntersuchung.*

*Die Verlaufskurven der **Hauptgrößen** (inkl. RR) sind bis auf eine Erhöhung des LDL-Wertes unauffällig.*

Chronisch Kranke in der Praxis

die innovative Praxis (II)

*Dr. Becker vereinbart mit Frau Meier einen **Behandlungsplan** zur Cholesterinsenkung (inkl. Neuverordnung eines Statins) und*

*legt **gemeinsam** mit Frau Meier **Behandlungsziele** fest.*

*Die **Arzthelferin** vereinbart **2 Termine** für Frau Meier: beim Augenarzt und einer Diätberaterin.*

*Dr. Becker ist mit der Betreuung seiner Diabetiker zufrieden: Seine **Praxisstatistik** zeigt, daß er z.B. den Anteil seiner Diabetiker mit jährlicher Augenhintergrunduntersuchung von 45% auf 67% steigern konnte.*

„Werkzeuge“ für die innovative Praxis

z.B. Leitlinien und Case Management

The collage displays various medical resources from the DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) series:

- Guidelines (Leitlinien):**
 - 1 Brennen beim Wasserlassen:** Leitlinie Langfassung
 - 2 Müdigkeit:** Leitlinie Langfassung
 - 3 Kreuzschmerzen:** Leitlinie Langfassung and Kurzversion
 - 4 Ältere Sturzpatienten:** Leitlinie Langfassung
 - 5 Harninkontinenz:** Leitlinie Langfassung
- Patienteninformation 3 Kreuzschmerzen:** A booklet providing patient education on back pain, including sections on "Hilfen, die Sie selbst tun können" and "Hilfen, die Sie von anderen bekommen können".
- Assessment Forms:**
 - Hausbesuchs-Fragebogen:** A form for home visits, including fields for patient information and assessment questions.
 - Telefon-Fragebogen:** A form for telephone consultations, including fields for patient information and assessment questions.

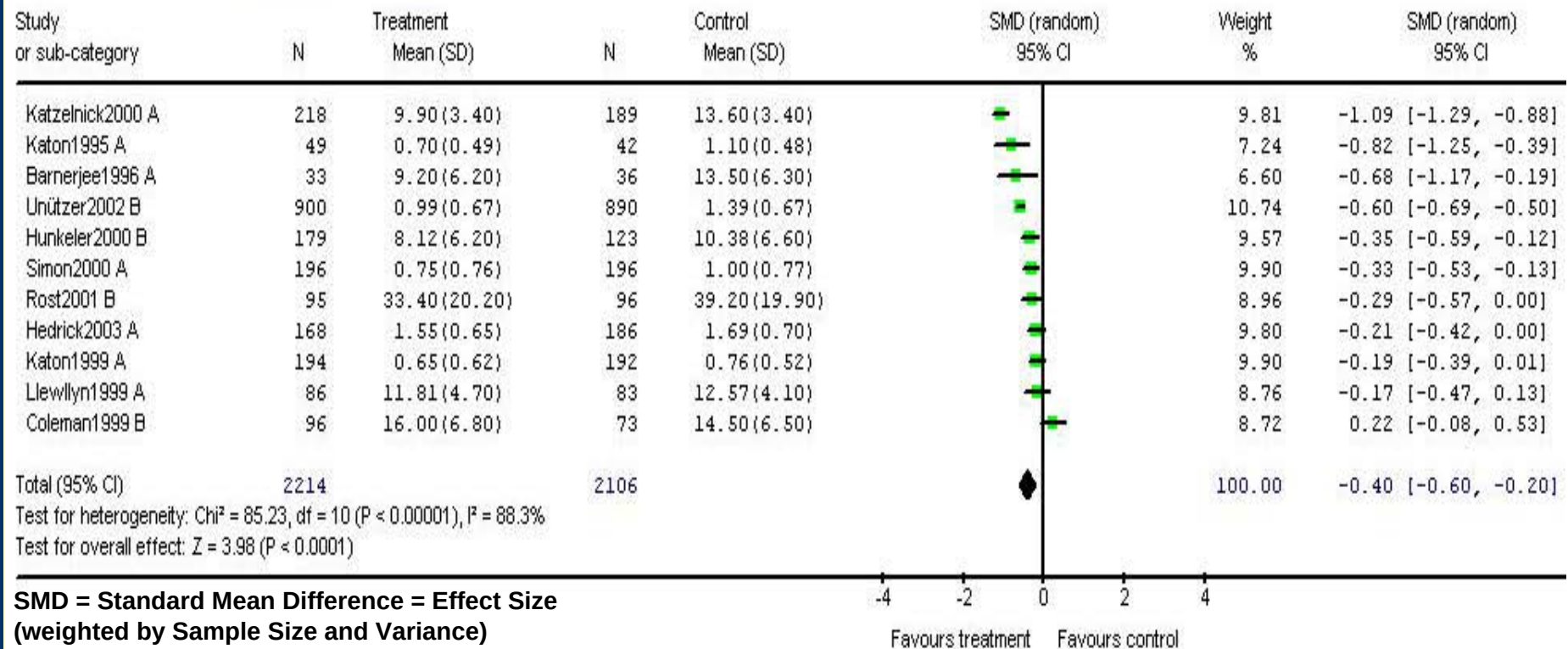
Was umfasst Case Management?

- **Übernahme der Verantwortung für** kontinuierliche Betreuung (**Follow up**) der Patienten
- Feststellung, ob bzw. **inwieweit** Patienten **verordnete Therapie fortsetzen**
- Feststellung, ob bzw. **inwieweit** sich der **Erkrankungsverlauf bessert**
- **Zeitnah reagieren**, wenn Patienten evidenz-/leitlinien-orientierte Therapie nicht einhalten oder wenn erwartete Verbesserung nicht eintritt *(von Korff 2001)*

Case Management bei Major Depression

- 2020 zweithäufigste **Ursache dauerhafter Beeinträchtigung** (in disability-adjusted life years)
(WHO 2000)
- **Hausarztpraxis:** erster Ansprechpartner ~ **6% Prävalenz**
(Wittchen 2001)
- **Herausforderung:** früher **Therapieabbruch**,
spätes **Erkennen** der Verschlechterung
⇒ schwere bzw. chronische Verläufe (Ahrens 1991)

Effektivität von Case Management auf Symptome der Depression



Gensichen, et al; Psychological Medicine, 2006, 36, 7-14)



PRoMPT - PRimary care Monitoring for depressive Patients Trial

- **Frage:**
Verbessert hausärztliches Case Management die Symptomatik und Therapietreue bei Patienten mit **Major Depression?**
- **Design:**
Randomisierte kontrollierte Interventionsstudie (RCT)
– Case Management vs. Routineversorgung (12 Monate)
- **Teilnehmer:**
68 Praxen, 680 Patienten in Hessen
- **Zielgrößen:**
 - » **Primär: Depressivität** (PHQ-D)
 - » **Sekundär:** u.a. Adherence
Lebensqualität (EQ-5D, SF-36)
Patientenzufriedenheit (EUROPEP)
gesundheitsökonomische Evaluation

PRoMPT ist eine pharmaunabhängige Studie und wird ausschließlich gefördert vom

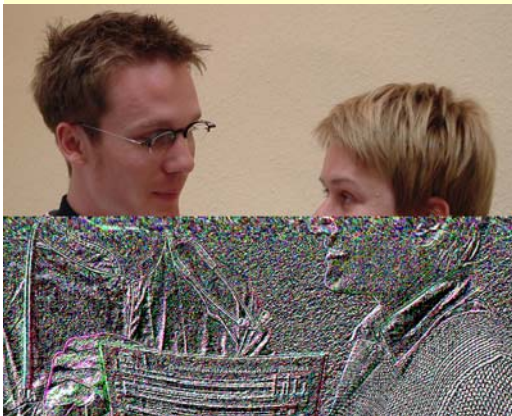


Förderkennzeichen: 01GK0302

<http://controlled-trials.com> [\[ISRCTN66386086\]](https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study?term=ISRCTN66386086)



Die Planung

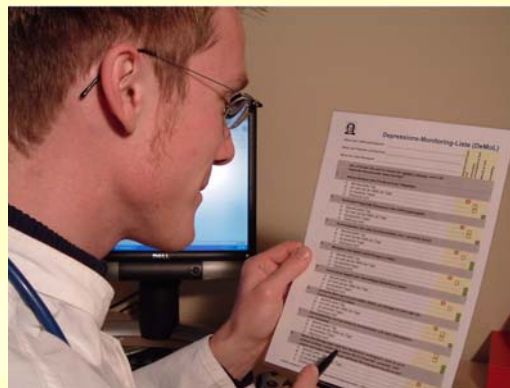


Das Feedback

Case Management- Kreislauf



Das Gespräch



Der Befund

Die Zukunft ist chronisch: **neue Leitbilder und Werte** für die hausärztliche **Praxis** *(SVR)*

- 1. Von der Reaktion zur Aktion** (vorausschauende proaktive und strukturierte Patientenversorgung)
- 2. Professionalisierung des Praxisteam**s
(lokales „center-of-excellence“ für eine nachhaltige Langzeitversorgung)
- 3. Konzepte zur Patientenaktivierung** (der Patient ist „Problemlöser“)
- 4. Anreizsysteme** (Qualitätsindikatoren $\Rightarrow$ performance / condition based payment)
- 5. Versorgungsforschung** (Disease- und Case Management)
- 6. Lehre** (Aus-, Weiter-, Fortbildung)
- 7. Strukturierte interdisziplinäre Kooperation**
Nur bei koordiniertem Vorgehen sinnvoll leistbar

Vielen Dank

gensichen@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

www.chronic-care.de