

Präventives Fallmanagement durch Krankenkassen

Ein deutsches Dienstleistungsunternehmen für Krankenkassen hat ein Vorsorgeprogramm entwickelt, um ältere HochrisikopatientInnen frühzeitig zu erfassen und bedarfsgerecht zu betreuen. Es will damit teure Spitalaufenthalte vermeiden.

Frank Heinzen, Julia Fleckenstein

Die Bevölkerung in Deutschland altert ebenso wie in anderen europäischen Industrieländern. Im Jahr 2050 wird sich die Zahl der über Achtzigjährigen von heute nicht ganz 4 Millionen auf 10 Millionen beinahe verdreifacht haben [1]. Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte müssen daher lernen, mit den unvermeidlichen chronischen Erkrankungen des Alters möglichst aktiv umzugehen. Gesundheit ist dabei prozesshaft als funktionale Anpassung an die äusseren und inneren Lebensbedingungen zu sehen und bezeichnet die Fähigkeit, trotz eines gewissen Masses an körperlichen oder psychischen Störungen am Leben teilhaben und zufrieden sein zu können.

Wo und wie können Krankenkassen nun durch aktives Management helfen, die Krankheitslast älterer Menschen zu mindern? Dies ist nicht nur aus humanitären Gründen erstrebenswert, sondern auch von grosser ökonomischer Bedeutung – denn im kostenintensiven stationären Sektor steigt die Inanspruchnahme ab dem 55. Lebensjahr stark an [3].

Gründe für Spitalaufenthalte

Viele stationäre Aufenthalte im Alter werden

nötig, weil sich der Gesundheitszustand eines chronisch Kranken akut verschlechtert. Anhand der folgenden fünf häufigen Einweisungsgründe wird deutlich, dass eine Vielzahl von Spitalaufenthalten vermieden werden kann, wenn rechtzeitig ambulant interveniert wird.

1. *Mangelernährung* ist die häufigste Begleiterkrankung im Alter. Es wird geschätzt, dass 5 bis 10 Prozent der zu Hause lebenden Senioren mangelernährt und damit anfälliger sind für Stürze, Infektionen und Wundheilungsstörungen [4].

2. Schätzungsweise 30 Prozent der zu Hause lebenden Personen über 65 Jahre stürzt mindestens einmal jährlich. Etwa 5 Prozent der *Stürze* führen zu Knochenbrüchen. Die Folgen reichen von stationärer Behandlung über den Verlust der Selbstständigkeit bis hin zu vollständiger Pflegebedürftigkeit. Al-

Untersuchungen haben aber mittlerweile gezeigt, dass bis zu 40 Prozent der Stürze durch vorbeugende Massnahmen verhindert werden können.

lein die direkten Kosten der medizinischen Behandlung von Hüftgelenksbrüchen werden für Deutschland auf mehr als eine Milliarde Euro jährlich beziffert [5]. Untersuchungen haben aber mittlerweile gezeigt, dass bis zu 40 Prozent der Stürze durch vorbeugende Massnahmen verhindert werden können [6].

3. Unerwünschte *Arzneimittel(wechsel)wirkungen* treten auf, wenn einige als kritisch



Frank Heinzen



Julia Fleckenstein

bekannte Präparate unsachgemäß eingenommen werden. Deren Folgekomplikationen verursachen bis zu 5 Prozent aller Krankenhauseinweisungen [7].

4. Krankenhausaufenthalte können auch nötig werden, wenn beispielsweise die pflegenden Angehörigen plötzlich mit der Situation überfordert sind oder phasenweise aus-

fallen. Oft hilft hier schon, *häusliche Versorgungsengpässe* kurzfristig durch professionelle Unterstützung zu überbrücken.

5. *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* verursachen mit jährlich 35 Milliarden Euro von allen Diagnosen die höchsten Krankheitskosten. Eine Symptomschulung (z.B. zu Schwindel, Atemnot, Kopfschmerzen) kann den Betroffenen helfen, Notfälle als auch Nichtnotfälle richtig zu erkennen und Krisen selbstständig zu meistern.

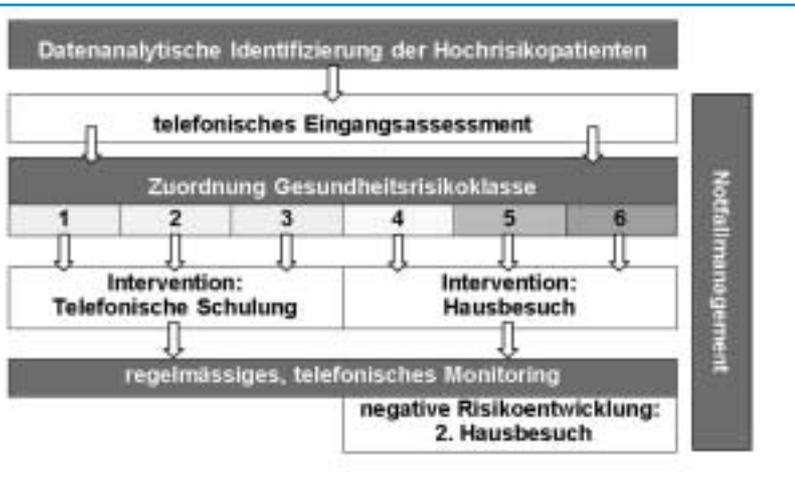
Bausteine des Programms

Wie kann dieses Potenzial genutzt werden, um es den älteren Menschen zu ermöglichen, angemessen versorgt in ihrer häuslichen Umgebung zu verbleiben? Zielführend ist ein zeitnahe, ergebnisorientiertes und flexibles Fallmanagement, das den Einzelnen und nicht nur seine Erkrankung in das Zentrum der Bemühungen stellt. Bisherige vereinzelte Initiativen der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland zur gezielten Patientenunterstützung sind in der Regel regional begrenzt und setzen erst nach dem Eintritt ins Krankenhaus und damit des Leistungsanspruchs an. Sie sind also nicht in der Lage, von einer Krankenhauseinweisung bedrohte Senioren schon vorher systematisch zu erfassen und flächendeckend präventiv zu betreuen.

Mit dem Fallmanagement Casaplus® (siehe *Kasten*), das im April diesen Jahres für einige ausgewählte gesetzliche Betriebskrankenkassen starten wird, nimmt die Medical-Contact AG¹ sich dem beschriebenen Versorgungsproblem bundesweit an. Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig und kostenlos, sie profitieren von zusätzlichen Leistungen, die über das gesetzlich geforderte Mass hinausgehen. Das Fallmanagement basiert auf folgenden Prinzipien:

Fokussierung auf Hochrisikopatienten mit angemessenem Steuerungspotenzial

Um die Programmeffizienz zu gewährleis-



Kasten: Das Fallmanagement Casaplus®

¹ MedicalContact AG: Der interdisziplinäre Dienstleister arbeitet derzeit für rund 140 gesetzliche (Betriebs-)Krankenkassen mit insgesamt zirka 10 Millionen Versicherten. Er verfügt über jahrelange Erfahrung in der Entwicklung und Umsetzung von Disease-Management-Programmen, Präventionsangeboten und integrierten Versorgungsverträgen.

ten, darf nicht nach dem Giesskannenprinzip vorgegangen werden. Vielmehr sind explizit die besonders gefährdeten Versicherten ab dem 55. Lebensjahr anzusprechen. Hierfür hat die MedicalContact AG speziell für das deutsche Gesundheitssystem ein multivariates² Prognosemodell entwickelt, das individuell auf der Basis von Stamm- und retrospektiven Verordnungsdaten des Versicherten – wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Medikation oder Krankenhausdiagnosen – die Wahrscheinlichkeit für eine Krankenhauseinweisung im nächsten Jahr berechnen kann [8]. Dieses Prognosemodell hat sich im Testlauf an Echtdaten als sehr zuverlässig erwiesen. Je nach Versichertenstruktur der Krankenkasse lassen sich so etwa 15 Prozent der Versicherten mit einem Krankenhausaufenthalt im nächsten Jahr treffsicher vorab herausfinden.

Im Einzelgespräch am Telefon wird anschliessend mithilfe von Fragebögen, die speziell für das Programm auf der Basis von

etablierter geriatrischen Analyseinstrumente [9] entwickelt und an den telefonischen Kontakt angepasst wurden, das konkrete, behebbare Gesundheitsproblem des Versicherten herausgearbeitet (Eingangsassessment). Die angestellten Fallmanager des Dienstleisters – allesamt medizinisches Fachpersonal mit jahrelanger Erfahrung im Umgang mit dieser Patientenklientel – testeten bereits, ob ein solches Telefongespräch praktikabel ist. Die Versicherten waren sehr kooperativ und hatten keine Schwierigkeiten, dem zirka 20-minütigen Interview zu folgen und zeigten keine Berührungängste.

Berücksichtigung von Multimorbidität³

Casaplus[®] ist nicht auf einzelne Krankheits-

2 Multivariate Verfahren: Es wird das Zusammenwirken mehrerer Variablen betrachtet und ihre Abhängigkeitsstruktur analysiert.

3 Multimorbidität: gleichzeitiges Vorliegen mehrerer Erkrankungen.

bilder begrenzt und kann so multimorbide Patienten diagnoseübergreifend erfassen. Die Fallmanager sind in der Lage, individuell auf die Versicherten einzugehen, können sich aber gleichzeitig an den Prozessvorgaben des Programms orientieren, welche Experten aus dem Bereich der Versorgungsforschung, Pflege, Pharmakologie und Geriatrie vorab aus der wissenschaftlichen Literatur und ihrem Erfahrungsschatz in den praktischen Gebrauch übersetzt haben. So können sie beispielsweise die problembezogenen Beratungsstandards im Gespräch mit den Versicherten nutzen.

Stärkung der Patientenkompetenz

Der Versicherte soll lernen, sich anbahnende Krisen frühzeitig zu erkennen und noch vor der Eskalation zu bewältigen. Um einen

Notfalleinsatz zu vermeiden, genügt es oft schon, dass der Versicherte vorhergehende Risikoindikatoren feststellt, Gefahrenquellen beseitigt oder einfache Handlungsanweisungen in der bedrohlichen Situation umsetzt. Zuweilen erzeugt allein das Wissen, bei auftretenden Problemen seinen persönlichen Fallmanager als kompetenten Ansprechpartner jederzeit telefonisch verfügbar zu haben, ein Gefühl der Sicherheit, sodass objektiv unbegründete Notrufe ans Krankenhaus unterbleiben.

Bedarfsgerechte und praxisnahe Interventionen

Die Interventionen zielen darauf ab, Gesundheitsgefahren aufzudecken, die gefährdeten Versicherten hinsichtlich ihres spezifischen Risikos zu schulen, ihre Gefahrenentwicklung zu überwachen und bei akutem Handlungsbedarf sofort einzugreifen, wenn Versorgungsleistungen zu organisieren sind. Während bei manchen Themen eine telefonische Kommunikation ausreichend ist (z.B. eine Beratung zu den Wechsel- und Nebenwirkungen der eingenommenen Arzneimittel), erfordern andere Risiken den persönlichen Kontakt, beispielsweise weil die Woh-

Bisherige Programme sind nicht in der Lage, von einer Krankenhausaufweisung bedrohte Senioren schon vorher systematisch zu erfassen und flächendeckend präventiv zu betreuen.

nung des Versicherten auf Stolperfallen hin begutachtet werden muss. Wichtig ist, dass wirklich verständlich und alltagstauglich beraten wird. Um das Verhalten tatsächlich zu ändern, brauchen ältere Menschen keine abstrakten Schulungsinhalte, sondern einfache Tipps und Tricks, wie sie im Alltag mit ihren gesundheitlichen Herausforderungen umgehen können (z.B. «Stellen Sie sich am Morgen bereits Ihre Getränke für den Tag bereit.»).

Einbeziehung des sozialen Umfelds und der individuellen Versorgungssituation

Der Fallmanager erstellt für seine Versicherten systematische Berichte. Diese können

auch den Hausarzt unterstützen, wertvolle Einblicke in die häusliche Situation seines Patienten zu erhalten, die er vorher aus Zeitgründen vielleicht nicht hatte. Genauso wird eng mit den Angehörigen, Pflegediensten und sonstigen Leistungserbringern zusammengearbeitet, wenn der Versicherte dies wünscht.

Um als Koordinator des Versorgungsgeschehens tätig werden zu können, muss der Fallmanager auf alle verfügbaren Patientendaten zugreifen können. Die für Casaplus[®] entwickelte Software-Lösung führt daher alle Informationen aus den Screenings der Leistungsdaten sowie aus den persönlichen, schriftlichen und telefonischen Kontakten mit dem Versicherten, Angehörigen und Leistungserbringern in einer zentralen elektronischen Patientenakte zusammen und errechnet daraus auch Vorschläge für weitere notwendige Interventionsschritte.

Um gegenüber dem Versicherten ein abgestimmtes Auftreten zwischen der auftraggebenden Krankenkasse und dem Dienstleister zu gewährleisten, kann die Kasse online Einsicht in bestimmte Bereiche der Software nehmen und ist so stets darüber informiert, welche Versichertenkontakte durch die Fallmanager stattfinden und stattgefunden haben. Durch die enge Zusammenarbeit ist es auch möglich, kassenspezifische Besonderheiten bei der Betreuung zu berücksichtigen, indem zum Beispiel auf spezifische Konditionen bei der Inanspruchnahme präventiver Leistungen eingegangen wird.

Wissenschaftliche Begleitung

Bisherige Untersuchungen weisen tendenziell bereits auf die Vorteile eines Fallmanagements bei älteren Patienten hin, liefern jedoch je nach Studiendesign und Programmaufbau unterschiedliche Ergebnisse [10]. Die MedicalContact AG fühlt sich daher verpflichtet, gegenüber den auftraggebenden Krankenkassen konkrete Beweise für den subjektiven Patientennutzen, die medizinische Effektivität und die kassenbezogene Effizienz von Casaplus[®] zu erbringen. Um diese Vorteile transparent machen zu können, wird das Fallmanagement daher anhand einer wissenschaftlich fundiert ausgewählten Vergleichsgruppe extern evaluiert.

AutorInnen:

Dr. Frank Heizen

Leitender Direktor
heizenf@medical-contact.de

Dr. Julia Fleckenstein

Produktmanagement
fleckensteinj@medical-contact.de

MedicalContact AG
Kronprinzenstrasse 5-7
45128 Essen

Literatur:

1. Statistisches Bundesamt (2006): 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung bis 2050, Wiesbaden.
3. Statistisches Bundesamt (2004): Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2002; Winter, M., Maaz, A., Kuhlmeier, A. (2006): Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 49: 575–582.
4. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2003): Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen, Essen; Boumendjel, N. et al. (2001): Refrigerator content and admission in old people, *Lancet* 356: 563.
5. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin DEGAM (2004): Leitlinie Nr. 4 – Ältere Sturzpatienten, Düsseldorf; Icks, P., Becker, C., Kunstmann, W. (2005): Sturzprävention bei Senioren – eine interdisziplinäre Aufgabe, *Deutsches Ärzteblatt* 102 (31–32): A2150–2152.
6. Gillespie, L., Gillespie, W., Robertson, M., Lamb, S., Cumming, R., Rowe, B. (2003): Interventions for preventing falls in elderly people, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4 Art.Nr. CD000340.
7. Pirmohamed, M., James, S., Meakin, S., Green, C., Scott, A., Walley, T., Farrar, K., Park, B., Breckenridge, A. (2004): Adverse drug reactions as cause of admission to hospital – prospective analysis of 18.820 patients, *BMJ* 329: 15–19.
8. Für ein ausländisches Beispiel siehe: Billings, J., Dixon, J., Mijanovich, T., Wennberg, D. (2006): Case finding for patients at risk of readmission to hospital – development of algorithm to identify high risk patients, *BMJ* 333: 327–330.
9. Beispielsweise siehe: Lachs, M., Feinstein, A., Cooney, L., Drickamer, M., Marottoli, R., Pannill, F. et al. (1990): A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients, *Ann Intern Med* 112: 699–706.
10. Hutt, R., Rosen, R., McCauley, J. (2004): Case managing long-term conditions – what impact does it have in the treatment of older people?, London; Elkan, R. et al. (2001): Effectiveness of home based support for older people – systematic review and meta-analysis, *BMJ* 323: 1-9; Clark, J. (2001): Preventive home visits to elderly people, *BMJ* 323: 708; Gravelle, H. et al. (2007): Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients – controlled before and after analysis of quantitative outcome data, *BMJ* 334: 31–34.