

Verbesserung der Versorgungsqualität durch interdisziplinäres Case-Management

Die Begleitung von geriatrischen Hausarztpatienten
Döhner, H. / Bleich, C. / Kofahl, C. & Lauterberg, J.

"Case Management ist eine Verfahrensweise in Sozial- und Gesundheitsdiensten, mit der im Einzelfall die nötige Unterstützung, Behandlung und Versorgung von Menschen rational bewerkstelligt wird. ... Angezeigt ist das gemeinsame Vorgehen bei einer in der Regel komplexen Problematik mit einer Vielzahl von Beteiligten und in vernetzten Bezügen. Im Case Management wird ein zielgerichtetes System der Zusammenarbeit organisiert." 1 Der Prozess des Case-Managements läuft idealtypisch in aufeinanderfolgenden Phasen ab, die in ähnlicher Form seit langem aus dem Bereich des betrieblichen Produktionsprozesses bekannt sind und in unterschiedlichen Zusammenhängen mit verschiedenen Begriffen

belegt sind: 1. Screening (Einstieg) → 2. Assessment (Einschätzung) → 3. Planung → 4. Interventionen (Durchführung) → 5. Monitoring (Kontrolle, Überwachung) → 6. Evaluation (Bewertung, Auswertung). Die Phase der Beendigung des Case-Managements wird häufig nicht explizit benannt, ist aber ein Ziel, das bereits bei der Planung mitberücksichtigt werden sollte. Gerade bei geriatrischen Patienten, aber auch bei Patienten in der letzten Lebensphase wird das Case-Management häufig entweder durch einen plötzlichen Tod beendet oder durch die bewusste Entscheidung, die Sterbegleitung als abschließende Phase des Case-Managements zu betrachten.

Aus dem sehr komplexen Projekt **Ambulantes Gerontologisches Team (AGT)** 2 wird in der folgenden Darstellung der Bereich des Case-Managements näher betrachtet, das hier als Patientenbegleitung bezeichnet wird. Ziel des Projektes war die Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen und ihrer Angehörigen durch einen interdisziplinären Teamansatz. Das **Ambulante Gerontologische Team (AGT)** setzte sich aus einem Hausarzt, einer Patientengleiterin (Case-Managerin) und einer Koordinatorin (Care-Managerin) zusammen. Dabei stand beim **Case-Management** die Verbesserung der Koordination der Hilfen im Einzelfall (personelles

Netzwerk) bei einer Hochrisikogruppe (Targeting group) im Mittelpunkt der Arbeit, während beim **Care-Management** die Förderung der Kooperation der Dienste und Einrichtungen (Netzwerk der Anbieter) die zentrale Zielsetzung war. Um zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität für ältere Menschen zu gelangen, erwies sich das gut funktionierende Zusammenspiel der Aufgabebereiche des Case- und Care-Managements als notwendig.

1. SCREENING



Instrument

Im Projekt wurde ein kurzes geriatrisches Screening als **Case Finding-Methode** für das Case Management bei sogenannten "Risikopatienten" ab 65 Jahre eingesetzt. Es wurde ein eigenes Screening-Verfahren entwickelt, das sowohl die subjektive Sicht des Patienten als auch die Perspektive der Hausärzte berücksichtigte:

- schriftliche Kurzbefragung der Patienten zur Erfassung der subjektiven Hilfsbedürftigkeit
- vom Hausarzt ausgefüllte Risikoliste: Die Risikofaktoren gingen nach dem Ergebnis aus einem Experten-Rating mit unterschiedlicher Gewichtung in die Auswertung ein.
- vom Hausarzt abzugebende klinische Gesamteinschätzung hinsichtlich des Ausmaßes der

Hilfsbedürftigkeit. Zusätzlich hatten die Ärzte die Möglichkeit, Patienten spontan für die Patientenbegleitung vorzuschlagen.

Ergebnisse
Von den 466 in drei Hausarztpraxen gescreenteten Patienten wurden 131 (28%) als sogenannte "Risikopatienten" identifiziert, von denen schließlich 89 (davon 84 komplette Datensätze) in die Patientenbegleitung aufgenommen wurden. Als Gründe dafür, daß ausgewählte Risikopatienten nicht begleitet wurden, lassen sich in der Hauptsache Todesfälle vor Beginn der Begleitung anführen und die Einschätzung der Patienten oder ihrer Angehörigen, daß der Patient keine längerfristige Hilfe benötige. Die Häufigkeiten der einzelnen Items sind - im Vergleich von allen gescreenteten Patienten und den begleiteten Patienten - den Tabellen 1 und 2 zu entnehmen. Die Abbildung 1 zeigt die Unterschiede hinsichtlich der klinischen Gesamteinschätzung zur Hilfsbedürftigkeit durch den Hausarzt.

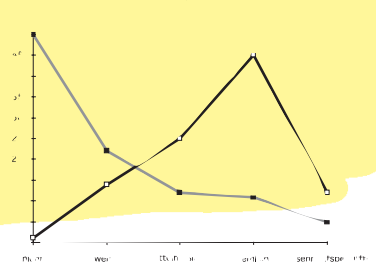
Tabelle 2: Häufigkeiten der Risikofaktoren in der Risikoliste (in Prozent)

Risiko-Items	je / trifft zu begleitete Patienten (n=84)	gescreente Patienten (N=466)
Alter > 80 Jahre	68%	37%
Überlastung des informellen Hilfenetzes, d.h. der pflegenden Angehörigen, Nachbarn etc.	49%	17%
Sturzneigung bzw. rezidivierende Stürze	43%	15%
Chronische Erkrankungen mit wiederholt akuten Verschlechterungen, die zur Krankenhausaufnahme führen	38%	16%
Depression	35%	19%
Hochgradige Pflegebedürftigkeit bis zur Bettlägerigkeit	30%	9%
Kürzliche Entlassung aus stationärer Behandlung	29%	12%
Demenz und alltagsrelevante Orientierungs- und Gedächtnisprobleme	26%	50%
Eingeschränkte oder nicht vorhandene Medikamenten-Compliance von deutlicher Relevanz	21%	12%
Schwerwiegende Belastungen im familiären Bereich	17%	10%
Anzeichen eines bevorstehenden Schlaganfalls (TIA, PRIND)	17%	6%
Inkontinenz	12%	6%
Alkoholismus/Medikamentenabhängigkeit	6%	5%
Erkrankungen aus dem manisch-depressiven oder schizoprenen Formenkreis	6%	3%
Warten auf ein Krankenhausbett bzw. OP-Termin	0%	0%
Stützgerätführung	0%	0%

Tabelle 1: Häufigkeiten der Risikofaktoren in der Kurzbefragung (in Prozent)

Risiko-Items	Antwort	begleitete Patienten (n=84)	gescreente Patienten (N=466)
Können Sie das Einkaufen allein erledigen?	nein	74%	30%
Leiden Sie stark unter gesundheitlichen Beschwerden?	ja	73%	37%
Leben Sie allein?	ja	71%	57%
Können Sie Ihre Hausarbeit allein erledigen?	nein	71%	26%
Können Sie ohne Pausen ein Stockwerk die Treppe hinaufgehen?	nein	65%	25%
Haben Sie das Gefühl, mit vielen Dingen nicht mehr zurecht zu kommen?	ja	60%	26%
Gibt es Ihnen manchmal so schlecht, daß Sie sich nicht einmal selbst eine warme Mahlzeit zubereiten können?	ja	56%	19%
Gibt es jemanden, der für Sie da ist, wenn Sie für längere Zeit Hilfe benötigen?	nein	48%	39%
Haben Sie größere Probleme mit dem Sehen?	ja	44%	20%
Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus?	ja	38%	20%
Viele ältere Menschen fühlen sich oft einsam. Gibt es Ihnen auch so?	ja	33%	20%
Haben Sie größere Probleme mit dem Hören?	ja	29%	16%

Abbildung 1: Klinische Gesamteinschätzung des Arztes zur Hilfsbedürftigkeit (in Prozent)



In fast allen Risikofaktoren der begleiteten Patienten und den anderen Hausarztpatienten, was aufgrund des Auswahlverfahrens für die Begleitung nicht anders zu erwarten war.

2. ASSESSMENT

Instrument
Im Rahmen von PAGT ermöglichte ein multidimensionales geriatrisches Assessment zu Beginn eine umfassende Situationsanalyse sowie die Einschätzung der Bedarfe und Inanspruchnahme von Hilfen. Ein Abschluß-Assessment am Ende der Modellphase diente der Beantwortung der Frage nach Veränderungen der Lebenssituation der Patienten während der Patientenbegleitung. Da zu Beginn des Projektes kein der Projektfragestellung angemessenes Instrument verfügbar war, wurde der in den USA entwickelte "Older Americans Resources and Services Multidimensional

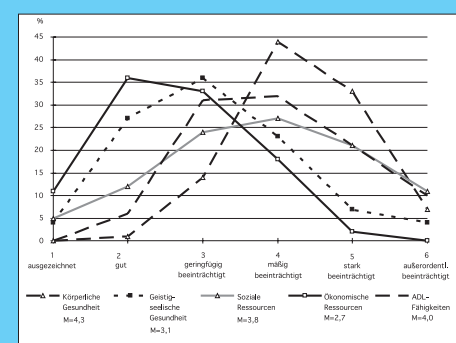
Functional Assessment Questionnaire" (OARS) übersetzt. Inzwischen hat es eine erhebliche Weiterentwicklung gerade hinsichtlich des geriatrischen Assessments im ambulanten Bereich im deutschsprachigen Raum gegeben, so daß heute bessere Alternativen verfügbar sind.

Ergebnisse
Bei 84 von den 89 begleiteten Patienten konnte im Rahmen der ersten von den Patientengleiterinnen

durchgeführten Situationsanalyse das Assessment-Verfahren, eine Kombination aus "funktionalem Assessment", fünf Dimensionen zur Einschätzung der Lebensqualität, und dem "Assessment zum Bedarf an Hilfen" eingesetzt werden.

Abschließend wurde im Rahmen des Assessments von den Patientengleiterinnen eine Gesamteinschätzung der Patienten nach den fünf Dimensionen der Lebensqualität vorgenommen. Die Ergebnisse zeigt die Abbildung 2.

Abbildung 2: Gesamt-Rating der Patienten durch die Patientengleiterinnen in den Dimensionen der Lebensqualität (N = 84, in Prozent)



Am stärksten belastet zeigten sich die begleiteten Patienten nach Einschätzung der Patientengleiterinnen hinsichtlich ihrer körperlichen Gesundheit, den eng damit verbundenen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und den sozialen Ressourcen.

Im zweiten Teil des Assessments wurden die vorhandenen Hilfen und Helfer sowie der **ungedeckte Bedarf an Hilfen** erhoben. Vergleicht man den Bedarf an Hilfen und die aktuelle Inanspruchnahme, so ergab sich aus der Sicht der Patienten lediglich für den Bereich der Zubereitung von Mahlzeiten eine Deckung des

Bedarfs an Unterstützung. Im Hinblick auf "Meldedienste" (in erster Linie privat organisierte Anrufe, aber auch Hausnotrufsysteme) zeigte sich, daß ein Teil der Patienten dieses Angebot für unnötig hielt. In allen anderen erfragten Bereichen überstieg der Bedarf die aktuell verfügbaren Hilfen. Am eklamantesten waren die Defizite im Bereich der Freizeiteinstellung, der physikalischen Therapie, der Psychotherapie und der Mobilität (Transporthilfen). Besser abgedeckt war aus Patientensicht der Bedarf bei Heilbehandlungen, Behördenangelegenheiten, Haushaltshilfe, personenli-

cher Pflege, Krankenpflege und psychosozialer Betreuung. Diese Angaben wurden allerdings im Laufe der Patientenbegleitung einerseits relativiert und andererseits als ergänzungsbedürftig angesehen. Wichtige Bereiche, wie z.B. die Wohnraumanpassung wurden mit dem vorliegenden Assessment-Instrument nicht erfaßt. Die Ergebnisse zu den Personen, die Hilfe leisten, bestätigen die durch viele Untersuchungen belegten umfangreichen familiären Hilfen.

4. INTERVENTIONEN, MONITORING UND INTERNE EVALUATION

Vorgehen

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Teambesprechung war die Patientenbegleiterin für die Einleitung und Koordination der Hilfen, für die Überwachung der Umsetzung und die fortlaufende Kontrolle der vereinbarten Vorgehensweise zuständig. Sie vertrat die Interessen der begleiteten Patienten in anwaltschaftlicher Funktion. Durch die Protokolle der Teamsitzungen und die laufende Dokumentation der Patientenbegleiterin wurden die geplanten Interventionen festgehalten und ihre Durchführung und Kontrolle umfassend dokumentiert. Dies bot den Teammitgliedern eine hilfreiche Arbeitsgrundlage für den Austausch untereinander sowie mit anderen einbezogenen Diensten. Bei geriatrischen Patienten, und insbesondere bei Hochrisikopatienten, wie es bei PAGT gegeben war, sind im allgemeinen nicht nur einmalige Interventionen erforderlich, sondern es handelt sich meistens um ein **Langzeit-Case-Management**. Um die damit verbundenen Belastungen besser bewältigen zu können, hatten die Patientenbegleiterinnen das Angebot, Supervision zu nutzen und die projektbegleitende Fachberatung in Anspruch zu nehmen.

Tätigkeiten der Patientengleiterinnen im Rahmen von Haus- und Krankenhausbesuchen, Telefonaten, Praxisprechstunden usw.

Die Tätigkeiten der Patientengleiterinnen waren vielfältig und umfaßten unter anderem:

- Beratung und Information hinsichtlich des Erhalts vorhandener Kontakte, der Aufnahme von neuen Kontakten und der Freizeiteinstellung
- präventive Gespräche: z.B. Beratung im Hinblick auf einen möglichen späteren Versorgungsbedarf der Patienten (Pflege, Zivildienstleistungen, Hilfsmittel) und der damit häufig notwendigen rechtzeitigen Unterstützung der Angehörigen
- Hilfe bei Verwaltungs-, rechtlichen und Behördenangelegenheiten: z.B. bei der Regelung von Überweisungen, bei Vollmachten für Angehörige, Betreuungsverfahren, Pflegeversicherung
- Unterstützung bei Antragstellung: z.B. Beantragung, Verlängerung oder Änderung von Schwerbehinderten-Ausweisen, Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung, Beantragung verbilligter Telefongebühren, Anträge auf Pflege- oder Wohngeld, in Einzelfällen Begleitung bei

Behördenfragen

- Ernährungsberatung, Verbesserung der Compliance bei der Medikamenteneinnahme
- Organisation ambulanter Hilfsdienste bei akutem Versorgungsbedarf
- Qualitätskontrolle der Leistungen ambulanter Pflege- und Hilfsdienste bei den betreuten Patienten, Beratung bei Wunsch nach Wechsel des Anbieters/der Hilfsperson
- Beratung zur Wohnraumanpassung und Optimierung der Hilfsmittelversorgung
- Krankenhausbesuche, Arztkontakte, Beteiligung bei der Entlassungsplanung
- Hilfe bei der Organisation ambulanter oder stationärer Rehabilitations-Maßnahmen
- Beratung bei der Abwägung von Heimübersiedlung und ggf. Heimplatzsuche
- Ernährungsberatung und Hilfe bei der Wohnungssuche (Alten- u. behindertengerechte Wohnungen etc.)
- Organisation von notwendigen Transporten
- Organisation von familiären und Nachbarschaftshilfen
- Vermittlung bei Konflikten zwischen

den Familienmitgliedern, die zumeist aufgrund einer unterschiedlichen Einschätzung der Situation des Patienten und der Betreuungsmöglichkeiten und Wünsche entstanden

- Emotionale Stützung von Patienten und Angehörigen durch Gespräche mit geschöpftherapeutischem Charakter zu den Themen Sinnfindung, Bewältigung des Alters, Bewältigung von Verlusten und Auseinandersetzung mit Tod und Sterben
- "Strohhalbfunktion" bei Mißgeschicken (z.B. Schlüssel verlegt)
- Kontakte mit anderen Diensten zum Informationsaustausch über gemeinsam betreute Patienten
- Umfassende und fortlaufende Dokumentation aller professionellen Aktivitäten, Kontakte und Vorkommnisse im Zusammenhang mit den betreuten Patienten

3. PLANUNG

Die Informationen aus dem Assessment waren Grundlage für die weitere Begleitungsplanung. Die Patientengleiterin brachte die Ergebnisse in die nächste Sitzung des Ambulanten Gerontologischen Teams ein, an der außer ihr der Hausarzt und die Koordinatorin teilnahmen, später zunehmend auch andere an der Versorgung beteiligte Personen. Die Koordinatorin hatte in den Teamsitzungen die Aufgabe, ihre intensiven Kenntnisse insbesondere der Versorgungsangebote im Stadtteil bringend in die Planung einzubringen.

Sie war gleichzeitig Protokollantin der Sitzungen. Im Planungsprozess wurden individuelle Ziele für die Patienten festgelegt, in Unterzielen spezifiziert und die einzelnen Arbeitsschritte zur Realisierung besprochen. Dabei war wichtig, daß die Planung mit den betroffenen älteren Menschen und ihren Familien abgeklärt wurde, daß sie realistisch war und die Umsetzung von ihnen mitgetragen werden konnte. Die Gespräche mit den Patienten und den Familien konnten im Einzelfall auch die erste Planungsmodifikation bedeuten.

Um ein Einvernehmen zu erreichen, war der Vertrauensaufbau zwischen der Patientengleiterin und den Betroffenen unabdingbare Voraussetzung. Die Vermittlung dieser für die Patienten neuen Kontaktperson durch den vertrauten Hausarzt, zu dem in den meisten Fällen eine über Jahre gewachsene Beziehung bestand, erleichterte den Einstieg in die Begleitungsplanung.

Die Tabelle 3 gibt Hinweise auf die Heterogenität der Praxen und die damit verbundene jeweils spezifische Art der Zusammenarbeit im Team. Trotz der Unterschiede fanden in allen Praxen die Sitzungen regelmäßig, d.h. nach Möglichkeit einmal im Monat statt. Bei den absoluten Werten sind die unterschiedlichen Projektlaufzeiten zu

beachten. Auffallend ist die hohe Patientenzahl in der Praxis 3, die die kürzeste Modellphase hatte. Allerdings wurde hier auch weniger Zeit für Besprechungen pro Patient aufgewendet. Im Projektverlauf ergaben sich allmähliche Veränderungen in der Teamsammensetzung. Die Koordinatorin zog sich schrittweise aus den Fallbesprechungen im Team zurück, um - wie geplant - stärker stadtteilorientiert zu arbeiten. Gleichzeitig wurde versucht, die anderen an der Versorgung der begleiteten Patienten Beteiligten einzubeziehen. Dies kam in der begrenzten Laufzeit des Modellvorhabens nur in Ansätzen zur Umsetzung und hätte bei einer Fortsetzung der Teamarbeit die Weiterentwicklung sicherlich geprägt.

Tabelle 3: AGT-Sitzungen und erweiterte Team-Sitzungen in den drei Hausarztpraxen

	Praxis 1	Praxis 2	Praxis 3	Gesamt
Kooperation seit:	April 1993	April 1993	Juni 1994	
Patienten	16	34	39	89
Teilnehmer	AGT 1 erweitert: Pflegekräfte (2x)	AGT 2 erweitert: Pflegekräfte (2x) Gerontopsychiater (6x)	AGT 3 erweitert: Pflegekräfte (7x)	
Anzahl der Sitzungen	25	20	19	64
Strangdauer	39 Stunden	53 Stunden	32 Stunden	124 Stunden
Gesamtdauer	94 Minuten	159 Minuten	100 Minuten	116 Minuten
Patientenbesprechungen				
Gesamtzahl	175	151	172	498
Mittelwert	7	8	9	8
Zeit pro Fallbesprechung				
Mittelwert	13 Minuten	21 Minuten	11 Minuten	15 Minuten

Fazit: Verbesserung der Versorgungsqualität

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung geben viele Hinweise auf eine höhere Qualität in der Versorgung der begleiteten älteren Hausarztpatienten und ihrer Familien durch den interdisziplinären Teamansatz. Durch die vielen und intensiven persönlichen Kontakte und die direkte Kommunikation wurden Mißverständnisse vermieden, Vorbehalte und Ängste abgebaut und eine gemeinsame Abstimmung der verschiedenen patientenmitbestimmenden und -begleitenden Maßnahmen ermöglicht. In diesem Sinne wurde das gesamte Projekt von allen Beteiligten als Beitrag zur Qualitätsentwicklung und -sicherung wahrgenommen.

Bei den **Patienten und ihren Angehörigen** zeigte sich:

- eine Verbesserung der wirtschaftlichen, häuslichen und pflegerischen Situation
- eine Verbesserung der psychosozialen Situation
- die Entwicklung eines Gefühls von Sicherheit und Entlastung als wesentliches Element der Lebensqualität im Alter

- die Vermeidung von unnötigen Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen
- das humane Sterben in der häuslichen Umgebung, da Ängste der Ärzte und der Angehörigen durch die Zusammenarbeit abgebaut wurden

Das Re-Assessment (OARS) zur Untersuchung der Veränderungen während der Begleitungsphase konnte nur noch bei einer erheblich reduzierten Stichprobe durchgeführt werden, da in der Modellphase - bedingt durch das hohe Durchschnittsalter und die hohe Risikoblastung - mehr als ein Drittel der begleiteten Patienten verstorben ist.

Bei den Patienten, die in die zweite Erhebung eingeschlossen werden konnten, zeigten sich keine wesentlichen Verbesserungen in den fünf Bereichen der Lebensqualität. Eine Verschlechterung war bei den ADL-Fähigkeiten zu verzeichnen. Diese Ergebnisse waren bei der hier untersuchten Hochrisikogruppe allerdings auch zu erwarten.

Die Hausärztinnen und Hausärzte berichten über:

- eine Zunahme der Arbeitszufriedenheit durch den Verlust des "Einzelkämpferstatus"
- eine größer empfundene Sicherheit bei der Versorgung ihrer Patienten und eine damit verbundene subjektive Entlastung
- mehr Informationen und bessere Kenntnisse über die Versorgungsstruktur und über Zahl und Art der Angebote
- mehr Kenntnisse über die Qualität der durch Gesundheits-, Sozial- und Pflegedienste erbrachten Leistungen
- die Erweiterung ihrer Perspektive auf eine ganzheitliche Patientenbetreuung durch bessere Informationen über psychische, soziale und familiäre Hintergründe ihrer Patienten
- eine bedarfsgerechtere Versuchspraxis im Bereich der Hilfsmittelversorgung und der Pflegeleistungen
- eine optimierte ambulante Versorgung mit der Folge reduzierter Krankenhaus- oder Pflegeheimweisungen

Verschiedene Pflege-, Gesundheits- und Sozialdienstleistungen berichten über:

- Wissenszuwachs über bestehende Angebote und Defizite in der Versorgung; Erhöhung der Transparenz und damit Abnahme der Konkurrenzgefühle
- Verbesserung der Kommunikation und der Kooperation zwischen Patienten, ambulanten Diensten und Hausärzten mit der Folge verbesserter medizinischer und pflegerischer Versorgungsqualität und -kontinuität
- genauere Abstimmung auf die Bedarfe und Bedürfnisse der alten Menschen
- die hohe Bedeutung von Neutralität und Loyalität der Patientengleiterin für ihre Akzeptanz
- die höhere Flexibilität bei der Nutzung und Ausschöpfung vorhandener Ressourcen
- die Bewältigung auch schwieriger oder kritischer Versorgungssituationen auf qualitativ hohem Niveau durch verbesserte Kooperation unter allen Beteiligten
- die Reduzierung von Einweisungen in den stationären Versorgungsbereich bei primär sozialer Indikation

(1) Wenzl, W.R. (1997): Case Management in Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 14
(2) Eine Literaturliste ist über die Kontaktadresse zu erhalten. Das Projekt Ambulantes Gerontologisches Team wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziell gefördert; der Praxisteil wurde zusätzlich von der Johanna und Fritz Buch-Geldstiftung, Hamburg unterstützt. Träger des Modellvorhabens (November 1992 bis März 1996) war der Verein "Sozialwissenschaften und Gesundheit e.V.", die wissenschaftliche Begleitung (November 1992 bis November 1997) wurde vom Arbeitsbereich Sozialgeriatrie im Institut für Medizinische Soziologie der Universität Hamburg durchgeführt.