

Individualisiertes Case Management in der geriatrischen Primärversorgung zum Erhalt von Autonomie bei zu Hause lebenden, vulnerablen älteren Menschen – OMAHA II

Hintergrund

Die Konzepte „Frailty“ (Gebrechlichkeit) und „Vulnerabilität“ wurden zur Abgrenzung einer Subgruppe der älteren Bevölkerung eingeführt, die in besonders hohem Maße von funktioneller Dekompensation und Verlust der selbstständigen Lebensführung (Autonomie) bedroht ist – unabhängig von den jeweiligen medizinischen Diagnosen (Fortin et al. 2007a; Fried et al. 2001; Slaets 2006). Allen unterschiedlichen Arbeitsdefinitionen und Operationalisierungen dieser multidimensionalen geriatrischen Syndrome gemeinsam ist die Charakterisierung von Frailty als kritischer Abbau oder Erschöpfung spezifischer Körperfunktionen (z.B. Handgriffstärke, Gehgeschwindigkeit) oder Strukturen (z.B. Körpergewicht), die wesentlich zum Erhalt einer selbstständigen Lebensführung beitragen (Ensrud et al. 2008; Santos-Eggimann et al. 2009; Walston et al. 2006). Der Zusammenhang zwischen Frailty, Multimorbidität und gesundheitsbezogener Endpunkten wie Autonomie und Lebensqualität wird beträchtlich von einer ganzen Reihe medizinischer und nicht-medizinischer, persönlicher und umweltbezogener Faktoren (Ressourcen) beeinflusst; ein Umstand, der gemeinhin als Patientenkomplexität bezeichnet wird (Valderas et al. 2009).

Vor diesem Hintergrund zielt das Projekt OMAHA II darauf ab, gezielt die Ressourcen zum Erhalt der Funktionsfähigkeit und der selbstbestimmten Lebensführung von älteren Menschen zu stärken, die noch zu Hause leben, aber Kriterien der Vulnerabilität erfüllen und daher ein erhöhtes Risiko für Krankenhaus- und Pflegeheimweisung tragen. Um dieses Ziel zu erreichen, soll in Zusammenarbeit mit Partnern aus der Primärversorgung ein professionelles geriatrisches Case Management angeboten werden, welches auf einer systematischen Erfassung der bio-psycho-sozialen Bedarfslage basiert. Es soll dabei einerseits auf die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen älterer Menschen

abgestimmt werden, andererseits jedoch direkt in der Primärversorgung umsetzbar sein. Bei einer Einbindung in die Primärversorgung, lassen sich bei der Durchführung von Case Management wesentliche Merkmale des Chronic Care Modells verbinden (Wagner 1998).

Umsetzung

Das Projekt OMAHA II findet in enger Kooperation der Charité – Universitätsmedizin Berlin und des Robert Koch-Instituts statt.

In der Planungsphase wird eine standardisierte, computergestützte Erhebungsbatterie für ein „geriatrisches Assessment“ konsentiert, die geeignet ist, die individuelle Patientenkomplexität von vulnerablen Älteren in der Primärversorgung angemessen abzubilden. Parallel wird ein computergestütztes visuelles Feedback (VFB) entwickelt werden, welches wesentliche Ergebnisse der Erhebungsbatterie an Akteure des Gesundheitswesens zurückmelden kann. Die individuellen Ergebnisse werden visuell aufbereitet und in den Kontext von Norm- oder Schwellenwerten eingebettet. Begleitend zur Entwicklung des VFB werden qualitative Interviews und Expertenrunden mit Akteuren unterschiedlicher Professionen der Gesundheitsversorgung durchgeführt, um die Angemessenheit von Erhebungsbatterie und visuellem Feedback zu gewährleisten.

Insgesamt 120 ältere Patient/innen (70 Jahre und älter), die ein individualisiertes Case Management erhalten, werden aus drei Hausarztpraxen in Berlin (eine freie Praxis, zwei Praxen in Medizinischen Versorgungszentren; Standorte: Charlottenburg, Schöneberg, Marzahn) rekrutiert (Abbildung 1). Eine gleich große Kontrollgruppe (n = 120) wird aus einem vierten Medizinischen Versorgungszentrum eines gleichen Trägers rekrutiert (Standort: Lichtenberg). Alle Studienteilnehmer/innen durchlaufen zu Beginn die standardisierte computergestützte Erhebungsbatterie (Ersterhebung), deren Ergebnisse mit Zustimmung an die entsprechende Hausarztpraxis in Form des visuellen Feedbacks zurückgemeldet werden.

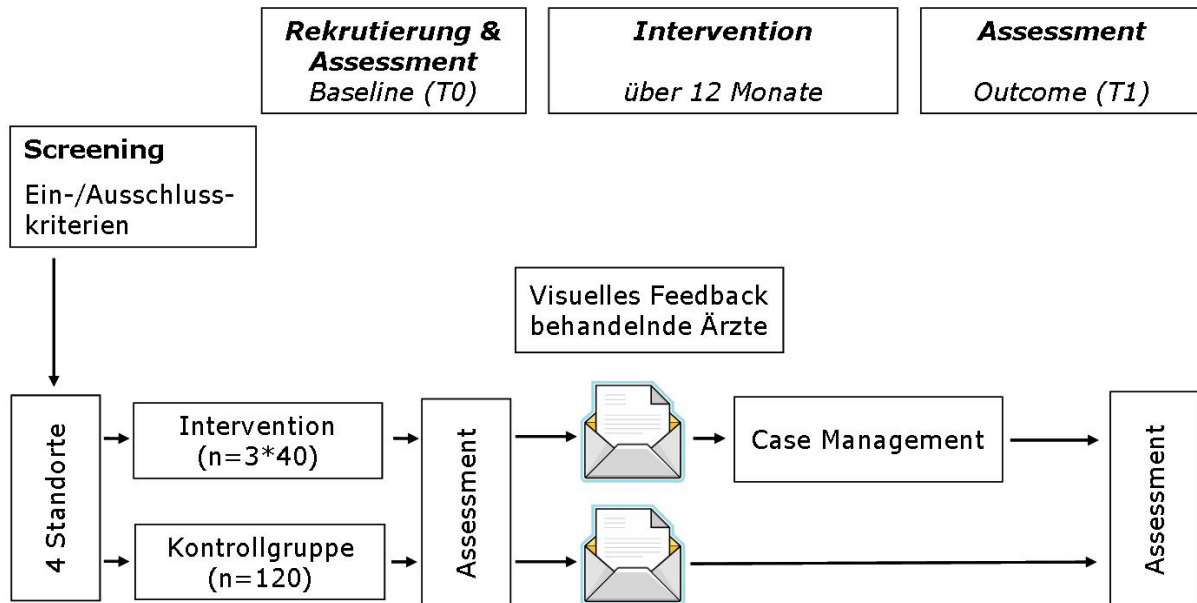


Abbildung 1 Studienablauf OMAHA II

Anschließend erhalten die Studienteilnehmer/innen in der Interventionsgruppe durch drei geschulte Case Managerinnen ein zwölfmonatiges, individualisiertes Case Management. Basis des Case Managements ist eine systematische, ausführliche Erfassung der patientenseitigen Bedürfnisse/Bedarfe und Ressourcen. Darauf aufbauend erhalten die Studienteilnehmer/innen kontinuierliche, individualisierte Beratung und praktische Unterstützung (z.B. bei der Auswahl geeigneter Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten oder Anpassungen in der eigenen Häuslichkeit) im Rahmen von Zielvereinbarungen (vgl. Abbildung 2). Die Kontakthäufigkeit im Rahmen der Intervention ist weitestgehend den jeweiligen Bedürfnissen angepasst; in jedem Fall findet jedoch eine kontinuierliche Begleitung durch Kurzkontakte statt. Studienteilnehmer/innen in der Kontrollgruppe erhalten die in dem Medizinischen Versorgungszentrum regulär angebotene Versorgung. Zwölf Monate nach Ersterhebung findet für alle Studienteilnehmer/innen eine Abschlusserhebung statt. Die Effektivität des individualisierten Case Managements wird anhand folgender Indikatoren evaluiert: Einschränkungen in den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) als primärer Endpunkt; Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen, basale Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), wahrgenommene Autonomie, präferenzbasierte Lebensqualität (FLQM) und körperliche Funktionsfähigkeit (sekundäre Endpunkte).

Ein zusätzlicher, bevölkerungsbezogenen Vergleich wird durch Krankenkassendaten der AOK Nordost zu den Krankenhauseinweisungs-Raten in der Bevölkerung ab 65 Jahren stattfinden.

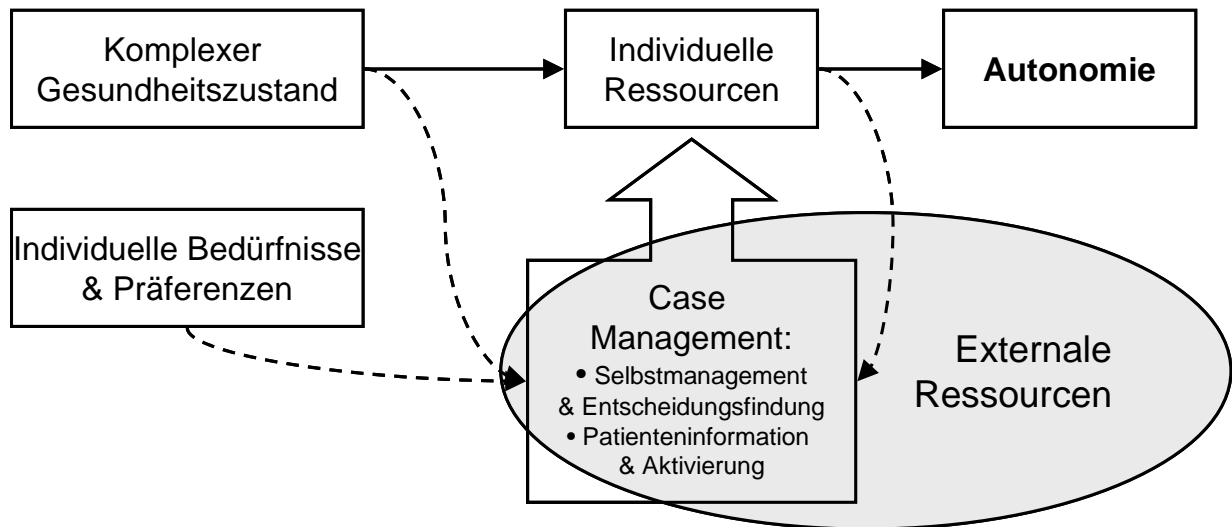


Abbildung 2 Theoretische Annahmen zu den Interventions-Zusammenhängen

Studienleitung

Dr. Christa Scheidt-Nave, Robert Koch-Institut

Dr. Martin Holzhausen, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kontakt

E-Mail: martin.holzhausen@charite.de

Telefon: 0176 5377 3733