

J. Gensichen
M. Beyer
N. Schwäbe
F. M. Gerlach

Hausärztliche Begleitung von Patienten mit Depression durch Case Management – Ein BMBF-Projekt

Case Management in General Practice for Patients with Depression

Zusammenfassung

Diskontinuierliche und unkoordinierte Behandlung von Patienten mit Depression führt zu Defiziten in der aktuellen ambulanten Krankenversorgung. Case Management ist ein situationsgeleitetes und kontinuierliches Begleitungsangebot für Patienten mit chronischen Erkrankungen. Kernelemente sind: Identifikation, Assessment, Planung, Koordination und Monitoring. Systematische Reviews weisen auf eine Verbesserung der Symptome durch Case Management für Patienten mit Major Depression hin. Wir stellen ein BMBF-gefördertes Projekt vor, das hierzulande erstmals die praktische Anwendung dieses Instrumentes in der hausärztlichen Versorgung erproben und auf seine Effekte hin prüfen soll.

Schlüsselwörter

Case Management · chronische Erkrankung · Hausarzt · hausärztliche Versorgung · Depression

Abstract

Discontinuous and uncoordinated care are perceptible in patients suffering from depression. Case management provides a situation-conducted and continuous supply of medical care for patients with chronic diseases. Its core-elements are: Identification, assessment, planning, coordination, and monitoring. Systematic reviews of effectiveness indicate positive results on depression symptoms due to case management. We present a governmentally funded project for studying the effects of case management for the treatment of patients with major depression in German general practices.

Key words

Case management · chronic illness · primary health care · general practice · depression

Hintergrund

Depression wird laut WHO im Jahr 2020 nach der koronaren Herzerkrankung die zweithäufigste Ursache für Behinderungen sein [1]. Die Stichtagsprävalenz in deutschen Hausarztpraxen soll bei ca. 11% liegen [2]. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) bestätigt, dass in Deutschland nur ein geringer Teil der Menschen mit psychischen Störungen eine moderne und adäquate Behandlung erhält [3].

Dabei nehmen Patienten mit Depression das Gesundheitswesens um 50% stärker in Anspruch als Patienten ohne Depression [4, 5]. Der SVR empfiehlt bei der Versorgung von Menschen mit Depression, den hausärztlichen Bereich in den Mittelpunkt zu stellen, da langfristig hier die meisten Patienten betreut werden [6].

Ein Kernproblem in der medizinischen Versorgung ist – neben der Diagnosesicherung [7] – die unzureichende medikamentöse Therapie. Zu niedrige Dosierung, zu früher Therapieabbruch oder

Institutsangaben

Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a. M.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dipl.-Päd. Jochen Gensichen, MPH · Institut für Allgemeinmedizin · Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität · Theodor-Stern-Kai 7 · 60590 Frankfurt a. M. · Tel.: ++49-(0)69/6301-83882 · Fax: ++49-(0)69/6301-6428 · E-mail: gensichen@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de · www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Bibliografie

Z Allg Med 2004; 80: 507–511 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-832426
ISSN 0014-336251

die unregelmäßige Medikamenteneinnahme erhöhen die Chronifizierungs- bzw. Suizidgefahr [8]. Dies wird durch einen diskontinuierlichen und unkoordinierten Behandlungsverlauf verstärkt. Die Patientenbetreuung ist bislang nur in geringem Maße an der Arzt-Patienten-Kommunikation bzw. an der Patientenstärkung (empowerment, self-management, adherence) [9, 10] orientiert, so dass selbst ansonsten effektive psychotherapeutische und pharmakologische Therapieoptionen [11] nicht ihre optimale Wirkung erreichen können.

Hier greifen innovative Formen auf der Grundlage des sog. „Chronic Care Modells“ [12]. Demnach können „aktivierte“ Patienten und „vorausschauende“ („proaktive“) Praxisteams die gesundheitliche Situation der Patienten verbessern. „Case Management“ als ein kontinuierliches Betreuungsangebot für betroffene Patienten erscheint als eine effektive Option.

Case Management

Unter Case Management wird ein situationsgeleitetes und kontinuierliches Betreuungsangebot an den Patienten zur Vermeidung einer Krankheitsverschlechterung verstanden [13]. Das Instrument wurde bereits Anfang des letzten Jahrhunderts in der Sozialarbeit für die individuelle Betreuung, z. B. von gefährdeten Jugendlichen, entwickelt [14]. Case Management wird in der medizinischen Versorgung seit den 60er-Jahren für psychiatrisch erkrankte Patienten angewandt – insbesondere für Patienten mit Schizophrenie [15]. Aktuelle Anwendungen finden sich in der ambulanten Langzeitbetreuung, z. B. von geriatrischen Patienten [16], oder in der integrierten Versorgung (z. B. koordinierte Krankenhausentlassung) [17]. Das viel diskutierte „Disease Management“ ist in seiner in Deutschland praktizierten Bindung an den sog. „Risikostrukturausgleich“ eher als eine gesundheitspolitische und bevölkerungsbezogene Globalmaßnahme zu verstehen [18]. Case Management will vielmehr ein originär individualmedizinisches Vorgehen sein. „Case Management ist eine klinische, edukative und soziale Unterstützung für Patienten mit einem umfassenden Bedarf“ [19].

Fünf Komponenten sind entscheidend für das Case Management [20]:

- Identifikation: Aktives Erfassen und Auswahl der bedürftigen Patienten
- Assessment: Regelmäßige, umfassende Erhebung der individuellen Patientenbedürfnisse
- Planung: Gemeinsam mit dem Patienten festgelegte Therapieziele
- Koordination: Interdisziplinäre Umsetzung der Behandlung
- Monitoring: Kontinuierliche Beobachtung der Ergebnisse und rechtzeitige Veranlassung indizierter Maßnahmen

Auf dieser Grundlage unterscheiden sich verschiedene praktische Modelle des Case Managements mit jeweils unterschiedlicher Komplexität:

Standard Case Management

In diesem historisch ältesten Modell stellt ein Case Manager zunächst den Bedarf des Patienten fest, ermittelt die Unterstützungsmaßnahmen und koordiniert die langfristige Betreuung

[21]. Klinisch besser ausgebildete Case Manager konnten später zusätzliche Aufgaben übernehmen, z. B. Förderung der Alltagskompetenzen, Beratung für Angehörige. Im Standard Case Management werden in der Regel sehr standardisierte Betreuungspläne genutzt [22].

„Stärken“-Modell im Case Management

Stärken wird hier im doppelten Sinne verstanden: im Sinn der Intensivierung und im Sinn des Anknüpfens an die Stärken/Reserven des Patienten [23, 24]. Die vertrauensvolle und kontinuierliche Beziehung zwischen dem Case Manager und Patienten bildet hier den wesentlichen Wirkungsmechanismus [25]. Die Betreuung auf Grundlage eines individuellen Behandlungsplans wird zumeist innerhalb der gewohnten Umgebung angeboten. Das Ziel ist die Förderung der sozialen Rehabilitation [26].

Intensives Case Management

Insbesondere für Patienten mit starken psychischen Beeinträchtigungen und hoher Nutzung der medizinischen Versorgungseinrichtungen wurde diese besonders personalintensive Form entwickelt [27]. Wurden in den zuvor dargestellten Modellen bis zu 30 Patienten von einem Case Manager betreut, sind es hier max. 10 Personen [28]. Hier sollen alle Unterstützungen des Patienten im Rahmen eines umfassenden Behandlungsprogramms durch einen interdisziplinär ausgebildeten Case Manager erbracht werden [29].

Effektivität von Case Management bei Depression

Eine angemessene Einschätzung der Effektivität von medizinischen Behandlungen kann durch die Bewertung wissenschaftlicher Studien nach den Prinzipien der evidence-based medicine (EbM) gut begründet werden [30]. Hierbei gelten Therapiestudien, in denen den Interventionsgruppen Kontrollgruppen gegenübergestellt werden, als besonders hochwertig, weil sie einen Ursache-Wirkungs-Mechanismus der Behandlung klar belegen können. Die zufällige Zuordnung der Patienten zur jeweiligen Gruppe (Randomisierung) verhindert, dass einzelne Patienteneigenschaften in einer Gruppe besonders häufig vertreten sind (Selektionsfehler).

Systematische Übersichtsarbeiten (Reviews) fassen die Ergebnisse der methodisch begutachteten Einzeluntersuchungen zusammen. Reviews zum Case Management für Patienten mit psychischen Erkrankungen (Schizophrenie, Angststörungen, Depressionen) stellen sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die psychischen Erkrankungen fest. Dies liegt u. a. an folgenden Faktoren [31]:

- Manche Studien wurden in Gesundheitssystemen mit ausgebauten gemeindenahen psychiatrischen Versorgungen durchgeführt. Der Unterschied zwischen Interventionsgruppen und ebenfalls gut versorgten Kontrollgruppen ist ggf. geringer.
- Viele Studien können keine klaren Definitionen ihrer Interventionen darlegen, so dass sich Effekte der unterschiedlich intensiven Case Management-Modelle relativieren.
- Viele Studien haben sehr unterschiedliche Patientengruppen eingeschlossen. Die größte Probandengruppe waren Patienten mit schizophrenen Störungen, so dass die Wirksamkeit des Case Managements bei anderen psychischen Störungen nicht belegt werden kann.

Wir haben einen „Systematischen Review“ zu folgender Frage erstellt: Welche Effekte hat ein hausärztliches Case Management bei Patienten mit Major Depression auf die Veränderung von Symptomen und Adherence (Therapietreue) [32]? Auf der Grundlage von 15 qualitativ hochwertigen und relevanten aus insgesamt 711 identifizierten Studien berechnen wir einen Gesamteffekt. Wir klassifizieren die Interventionen anhand eines Scores [33] in „standard“ und „komplexe“ Formen des Case Managements. Für das Case Management kann nach 6–12 Monaten eine Mittelwertsdifferenz im Messinstrument für die Symptome von $-0,31$ [CI = $-0,36$; $-0,26$] berechnet werden. Das entspricht einer Effektstärke von $0,49$ ($0,5$ = moderater Effekt). Deutlich positive Effekte können auch auf die Remissions- und Responseraten nachgewiesen werden. Wir zeigen ein $RR = 1,4$, [CI = $3,21$; $1,48$] für „gute“ Adherence in den Interventionsgruppen. Keine einheitlichen Effekte können wir erkennen, wenn wir Subanalysen bezüglich des Alters und der Komplexität der Intervention durchführen.

Auf der Grundlage dieses Reviews stellen wir folgende Schlussfolgerungen vor:

- Ambulantes Case Management erreicht eine Verbesserung der Symptome bei Patienten mit Major Depression.
- Junge und ältere Patienten profitieren ähnlich stark von der Intervention.
- Berücksichtigen wir – bei ähnlich positiven Effekten – die enormen Kosten, die ein komplexes Case Management produziert, so empfehlen wir die Standardform zur Einführung in die hausärztliche Betreuung von Patienten mit Major Depression.
- Vor Einführung von entsprechenden Programmen für Patienten mit Depression sollten die Effekte von Case Management in der deutschen hausärztlichen Versorgung in methodisch hochwertigen Studien untersucht sein.

Hausärztliches Case Management für Patienten mit Major Depression – Ein BMBF-Projekt

Auf der Grundlage der o. g. Ergebnisse startet das Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt ein BMBF-gefördertes Projekt für Patienten mit Major Depression [34]. Es soll untersucht werden, ob ein hausärztliches Case Management die Symptome und Adherence (Therapietreue) dieser Patienten verbessert. Dazu beginnen wir ab 2005 eine sog. „randomisiert kontrollierte Studie“ (RCT). Ab April 2005 sollen ca. 60 hausärztliche Kollegen/innen und ihr Praxisteam das Case Management für jeweils maximal 13 Patienten mit Depression in ihrer Praxis anwenden. Dazu bilden wir jeweils eine Arzthelferin u. a. zu den Krankheitsgrundlagen und zur Gesprächsführung aus. Die Arzthelferinnen werden ein Jahr lang Patienten regelmäßig kontaktieren und ihr aktuelles Befinden anhand eines einfach zu handhabenden Telefonfragebogens erfragen. Nach jedem Kontakt berichten sie dem/der Hausarzt/ärztin, und das weitere Vorgehen wird geplant. In (Abb. 1) stellen wir den Studienablauf dar.

Im nebenstehenden Kasten stellt nun eine 29-jährige Arzthelferin mit Weiterbildung zur Arztfachhelferin und 12 Jahren Berufserfahrung ihre Sicht zum Case Management vor. Sie hat an einer Pilotstudie teilgenommen (Tab. 2).

Perspektiven

Wir sehen gute Erfolgsaussichten für die Studie, weil wir u. a. eine intensive Teilnahme der Hausarztpraxen insbesondere in Hessen erwarten. Der Zuwachs an psychiatrischer Kompetenz trägt zur weiteren Professionalisierung in den Praxen und zur besseren Kooperation mit Fachpsychiatern, Psychotherapeuten etc. bei. Die Professionalisierung des Praxisteam hat wiederum positive Effekte für ähnliche Herausforderungen in der Zukunft. Insbesondere die Stärkung von Stellung und Selbstbewusstsein

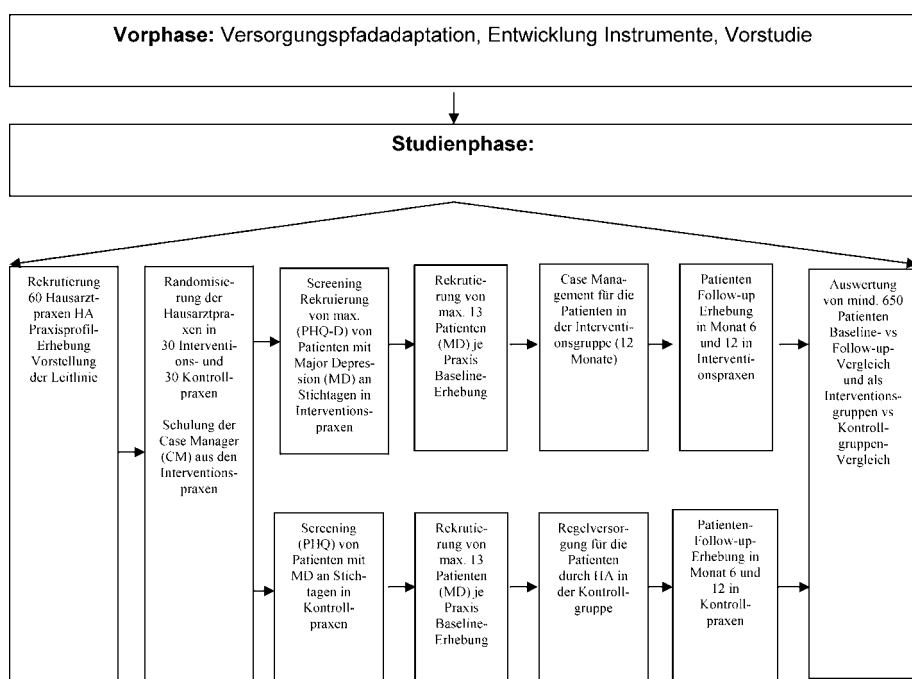


Abb. 1 Schema zum Studiendesign.

Tab. 1 Wie sieht eine Arzthelferin ihre Arbeit als Case Managerin?

„Zu Beginn war ich schon sehr skeptisch, als mein Chef mit der Idee kam, bei dieser Studie mitzumachen. Was habe ich davon; sicher doch nur Mehrarbeit! Und dann noch ausgerechnet die Patienten mit Depressionen ... Aber irgendwie hat es mich doch gereizt, da mitzuarbeiten. Besonders, weil meine Berufsgruppe in einem richtigen offiziellen Forschungsprojekt dabei sein kann. Mein Chef hat mir versichert, mich jederzeit zu unterstützen. Das ist mir wichtig!
Mit anderen Kolleginnen habe ich an einer intensiven Schulung teilgenommen, und wir haben gut verständliches Material an die Hand bekommen. Jetzt betreue ich für ein Jahr ganz gezielt Patienten mit Depressionen. Die Patientenbindung hat sich auf jeden Fall vertieft. Ich unterstütze die Patienten dabei, besser mit ihrer Erkrankung umzugehen und die Medikamente regelmäßig einzunehmen. Dabei habe ich selbst auch viel dazugelernt und fühle mich sicherer im Umgang mit depressiven Menschen.
Ich habe diesen Beruf gewählt, weil ich kranken Menschen helfen möchte. In dieser Studie kann ich in enger Zusammenarbeit mit meinem Chef genau dies tun.“

des Praxisteams schafft z. B. auch Perspektiven für einen sinnvollen praxisinternen Umgang mit Disease Management-Programmen. Darüber hinaus ist ein hausärztliches Case Management auch für weitere (chronische) Erkrankungen denkbar. Im Rahmen des Kompetenznetzes Herzinsuffizienz führen wir derzeit gemeinsam mit der Abteilung für Allgemeinmedizin der Berliner Charité und der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Kardiologie Charité ebenfalls eine randomisierte kontrollierte Studie in hausärztlichen Praxen durch, welche die Effekte eines Case Managements durch Arzthelferinnen bei Patienten mit Herzinsuffizienz untersucht. Die Ausbildung der Case Manager bietet schließlich eine interessante Qualifizierungsmöglichkeit für die Arzthelferin. Das bereitgestellte niedrighschwellige Angebot in der Hausarztpraxis ermöglicht betroffenen Patienten eine wohnortnahe, ambulante Behandlung der Depression.

Ein Hauptziel von Forschungsvorhaben im hausärztlichen Sektor muss letztlich die Prüfung und Einführung von praktikablen Lösungen für die Krankenversorgung sein. Eine effektive Nutzung von Case Management in der Hausarztpraxis gelingt, wenn es sich realistisch in die alltäglichen Praxisabläufe integriert. Case Management wird in dieser Studie insbesondere von den Arzthelferinnen angewandt. Es kann also innerhalb der Regelversorgung ohne Schaffung von neuen Versorgungsstrukturen (z. B. Call-Center externer Anbieter) verankert werden. Aufgrund der zu erwartenden Verbesserung in der Patientenversorgung, aber auch der verbesserten Berufsperspektive und Arbeitsqualität des Praxisteams, bestehen gute Chancen zur Breitenimplementierung des hier erprobten Konzeptes.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Literatur

- Murray CJ, Lopez AD. Global burden of disease. Harvard University Press, Cambridge, MA 1996
- Wittchen HU, Höfler M, Meister W. Depression in der Allgemeinarztpraxis. Schattauer, Stuttgart 2000 a
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Berlin 2001
- Simon G, Ormel J. Health care costs associated with depression and anxiety disorders in primary care. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 850–856
- Rolands C, Kapur N et al. Determinants of consultation rate in patients with anxiety and depressive disorders in primary care. Fam Pract 2002; 19: 23–28
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Berlin 2001
- Gensichen J, Huchzermeier C, Gerlach FM, Hinze-Selch D. Signalsituationen für den Beginn einer strukturierten Depressionsdiagnostik in der Allgemeinarztpraxis – Eine praxis-kritische Einschätzung internationaler Leitlinien. ZäFQ 2005; (in Press)
- Ahrens B, Linden M. Faktoren der Chronifizierung von Depressionen. MMW 1991; 133: 49–50
- Coulter A, Elwyn G. What do patients want from high quality general practice and how do we involve them in improvement? Br J Gen Pract 2002; 52: 22–26
- Vermeire E, Hearnshaw H, v. Royen P et al. Patient adherence to treatment: three decades of research – A comprehensive review. J Clin PharmTher 2001; 26: 331–342
- Peveler R, Carson A, Gray R. ABC of psychological medicine – Depression in medical patients. BMJ 2002; 325: 149–152
- Wagner E, Austin B, von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milb Quart 1996; 74: 511–544
- Ferguson JA, Weinberger M. Case management programs in primary care. J Gen Intern Med 1998; 13: 123–126
- Ward MD, Rieve JA. The role of case management in disease management. In: Todd WE, Nash E et al. (Hrsg.) Disease management – A system approach to improve patient outcomes. American Hospital Publishing Inc., Chicago 1997
- Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, Update Software, Oxford 2002
- Bernabei R, Landi F, Gambassi G et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. BMJ 1998; 316: 1348–1351
- Naylor MD, Broton D, Campell R et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalised elders – A randomised clinical trial. JAMA 1999; 281: 613–620
- Busse R. Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. Health Aff (Millwood) 2004; 23: 56–67
- Wagner E. Plenary-Presentation at the II. Improving Chronic Illness Care Congress. Washington 2003 [dt. Übersetzung: Gensichen, Kassner 2004]
- Norris SL, Nicols PJ, Caspersen CJ et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes – A systematic review. Am J Prev Med 2002; 22: 15–38
- Moore S. A social work practice model of case management – The case management grid. Social Work 1990; 35: 444–448
- Harris M, Bergmann HC. Misconceptions about the use of case management services by the chronic mentally ill – A utilisation analysis. Hosp Community Psychiatry 1988; 39: 1276–1279
- Schüffel W, Brucks U, Johnen R et al. Handbuch der Salutogenese – Konzept und Praxis. Ullstein Medical, Wiesbaden 1998
- Rapp CA. Theory, principles, and methods of strength model of case management. In: Harris M, Bergman H et al. Case Management for mentally ill patients – Theory and Practice. Harwood Academic Publishers, Langhorne PA 1993
- Sullivan WP. Reclaiming the community – The strength perspective and des-institutionalization. Social Work 1992; 37: 204–209
- Anthony WA, Forbess R, Cohen MR. Rehabilitation orientated case management. In: Harris M, Bergman H. Case Management for mentally ill patients – Theory and practice. Harwood Academic Publishers, Langhorne PA 1993
- Surels R, Blanch AK, Shern DL et al. Case management as a strategy for system change. Health Affairs 1992; 11: 151–163
- Stein LI, Test MA. The evolution of the training in the community living model. New Dir Mental Health Serv 1985; 26: 7–16
- Gournay K. Role of the community psychiatric nurse in management of schizophrenia. Advances in Psychiatric Treatment 2000; 6: 243–251
- Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H et al. Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 2000

- ³¹ Gensichen J, Beyer M, Gerlach FM. Case Management für depressive Patienten in der hausärztlichen Praxis. *Psychoneuro* 2003; 29: 227 – 233
- ³² Gensichen J, Beyer M, Gerlach FM, Ormel H. Case Management to improve depression care in primary health care – A systematic review. *Psych Med* 2004; (in Review)
- ³³ Gensichen J, Beyer M, Küver C, Gerlach FM. Case Management für Patienten mit Herzinsuffizienz in der ambulanten Versorgung – Ein kritischer Review. *ZäfQ* 2004; 98: 143 – 154
- ³⁴ Gerlach FM, Gensichen J, Aldenhoff J et al. Hausarztbasiertes Case Management zur Behandlung von Patienten mit Major Depression Teilprojekt A. BMBF Hauptantrag Qualitätsförderung und strukturierte Versorgung Kiel, 2002

Zur Person

Dr. med. Jochen Gensichen, MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin, Erziehungswissenschaftler, Master of Public Health, Teilzeittätigkeit in Allgemeinarztpraxis, Leitung des Arbeitsbereichs „Chronic Care und Versorgungsforschung“.