

# Case Management in der Hausarztpraxis – Alter Wein in neuen Schläuchen?

## *Family Practice Based Case Management – Old Wine in New Skins?*

Tobias Freund<sup>1</sup>, Stefan Geißler<sup>1</sup>, Cornelia Mahler<sup>1</sup>, Frank Peters-Klimm<sup>1</sup>, Joachim Szecsenyi<sup>1</sup>

**Einleitung:** Vor dem Hintergrund des stetig wachsenden hausärztlichen Versorgungsbedarfs chronisch kranker Patienten bei gleichzeitig abnehmenden personellen Ressourcen wird der Ruf lauter, innovative Versorgungskonzepte unter Einbeziehung nicht-ärztlicher Mitarbeiter einzuführen. Zunehmendes Interesse gilt dabei dem Konzept hausärztlichen Case Managements. Dabei stellt sich die Frage, was hausärztliche Praxisteams unter diesem Konzept verstehen und inwieweit es bereits Teil hausärztlicher Tätigkeit ist.

**Methode:** Im Rahmen einer Studie zur Entwicklung eines Hausarztpraxis-basierten Case Managements wurden insgesamt zwölf Hausärzte und acht Medizinische Fachangestellte (MFA) aus zehn Praxen in Form von teilstrukturierten Einzel- und Gruppeninterviews befragt. Alle Praxen waren in einen Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben. Inhalt der Befragung waren das eigene Verständnis des Begriffs „Case Management“ und bestehende Erfahrungen mit diesem Versorgungsmodell. Die Interviews wurden aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Analyse wurde durch die Software „atlas.ti“ unterstützt.

**Ergebnisse:** Sowohl Hausärzte als auch MFAs verstehen unter „Case Management“ ein individualisiertes, strukturiertes und intensiviertes Versorgungskonzept für chronisch kranke oder geriatrische Patienten, das sowohl medizinische als auch soziale Bedarfe adressiert. Unterschiede bestehen dabei in der Rollendefinition: Hausärzte sehen sich selbst, fachärztliche Kollegen oder nicht-ärztliche Mitarbeiter als mögliche Akteure des Case Managements, wohingegen MFAs sich selbst oder eigens dafür ausgebildete nicht-ärztliche Mitarbeiter als Case Manager sehen. Es bestehen in

**Introduction:** In light of limited human and restricted financial resources there is a call for innovative multi-professional care strategies that take up the challenge of primary care for the chronically ill. Case management is an increasingly discussed approach. This raises the question how family practice teams conceptualize and experience case management as part of their daily work.

**Method:** As part of a set of exploratory studies for the development of a family practice-based care management programme, 12 family practitioners and 8 health care assistants (HCAs) took part in semi-structured interviews. All family practitioners participated in a primary care centred care contract. The interviews addressed their definition of case management and prior experiences with this concept. All interviews were transcribed verbatim. We performed content analysis supported by the software package atlas.ti in order to analyse and interpret data.

**Results:** Family practitioners as well as HCAs define case management as individualized, structured and intensified care concept for chronically ill and geriatric patients. For them, case management implies to address medical and social needs. Family practitioners attribute the role of a case manager to either themselves, to specialists, or to HCAs. In contrast, HCAs claim themselves or specialized non-physician health professionals to be case managers. Practice teams experience some core elements of case management as part of their daily work: Gate-keeping and care coordination, social work and monitoring. However, they perceive shortage of physicians and HCAs as main barriers to further implementation of structured case management.

<sup>1</sup> Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

Peer reviewed article eingereicht: 25.03.2011, akzeptiert: 29.04.2011

DOI 10.3238/zfa.2011.0324

beiden Berufsgruppen bereits erste Vorerfahrungen mit Bestandteilen des Case Managements wie Lotsen- und Koordinationsfunktion im Gesundheitswesen, soziale Arbeit und regelmäßiges Monitoring. Wesentlichste Barriere für die weitere Implementierung eines strukturierten Case Managements ist der Personalmangel, der auch seitens nicht-ärztlicher Mitarbeiter besteht.

**Schlussfolgerung:** Schlüsselemente des Case Managements sind in hausärztlichen Praxisteams teilweise bereits konzeptionell und inhaltlich verankert. Weiterentwicklungen dieses Versorgungskonzepts sollten auf diesen Vorerfahrungen aufbauen und insbesondere die Frage nach der Bereitstellung zusätzlichen Personals adressieren.

*Schlüsselwörter: Case Management; Allgemeinmedizin; Qualitative Forschung*

**Conclusion:** Core elements of case management are already integrated in family practice. Further developments of this concept should take into account pre-existing experiences particularly to address a shortage of staff.

*Keywords: Case Management; Family Medicine; Qualitative Research*

## Hintergrund

In Deutschland stehen insbesondere hausärztliche Praxen vor der zunehmenden Herausforderung der Versorgung chronisch erkrankter Patienten [1]. Dabei verschärft sich die Situation angesichts einer stetig abnehmenden Zahl von Hausärzten weiterhin [2]. Es verwundert nicht, dass vor dem Hintergrund dieser Entwicklung zunehmend Versorgungsmodelle diskutiert werden, die einerseits dem komplexen Versorgungsbedarf chronisch kranker Patienten, andererseits den begrenzten hausärztlichen Ressourcen Rechnung tragen [3].

Das ursprünglich aus dem angloamerikanischen Raum stammende „Case Management“ gehört zu den aktuell intensiv diskutierten Modellen. Ursprünglich aus der sozialen Arbeit entwickelt, wurde dieses Konzept im Laufe der vergangenen Jahrzehnte sowohl in den USA als auch in England flächendeckend in die Gesundheitssysteme eingeführt. In Deutschland begann nach der Jahrtausendwende parallel zur Einführung der Disease-Management-Programme ebenfalls die Diskussion über die Einführung von Case Management in Sozialarbeit und Gesundheitswesen. Seitdem sind eine Vielzahl von Modellprojekten im stationären und ambulanten Bereich durchgeführt und evaluiert worden [4]. Auch im hausärztlichen Bereich wurden bereits Case-Management-Ansätze bei Patienten mit Arthrose [5], Herzinsuffizienz [6] oder Depression [7] erfolgreich erprobt. Darüber hinaus ist Case Management ein bedeu-

tender Bestandteil der Weiterqualifikation von Medizinischen Fachangestellten (MFA) etwa im Rahmen des Curriculums für die „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis-VERAH“ [8].

Doch was verstehen hausärztliche Praxisteams unter dem Begriff „Case Management“? Welche Erfahrungen gibt es mit diesem Versorgungsmodell jenseits von Modellprojekten oder Studien? Um diesen Fragen nachzugehen, waren Hausärzte und MFA eingeladen, ihre Vorstellungen von „Case Management“ sowie ihre eigenen Vorerfahrungen darzustellen. Ziel war es, einen Ausgangspunkt für die weitere Entwicklung und Implementierung von praxisbasiertem Case Management zu schaffen.

## Methode

Im Rahmen einer Reihe von Einzelstudien zur Entwicklung eines praxisbasierten Case Managements für chronisch kranke Patienten führten wir eine qualitative Befragung von hausärztlichen Praxisteams in der Region Nordbaden durch [9]. Die Studie wurde vor Beginn durch die Ethikkommission des Universitätsklinikums Heidelberg positiv bewertet. Alle Teilnehmenden gaben zu Beginn ihr schriftliches Einverständnis für die Aufzeichnung und pseudonymisierte Auswertung der Interviews. Die Darstellung von Durchführung und Auswertung der Studie orientiert sich an den Richtlinien zur Publikation qualitativer Forschungsergebnisse (COREQ) [10].

## Rekrutierung von Praxisteams

Insgesamt wurden im Jahr 2009 durch die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg 79 Praxen aus der Region Nordbaden (Baden-Württemberg) zur Teilnahme an einer Studie zur Entwicklung eines Hausarztpraxis-basierten Case Managements eingeladen. Bedingung für die Teilnahme war die Einschreibung in den Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) der AOK Baden-Württemberg. Insgesamt nahmen zehn Praxen an der Studie teil. Fünf Praxen lehnten eine Teilnahme aufgrund von Zeitmangel ab, 64 Praxen gaben keine Rückmeldung. Zwölf Ärzte sowie acht MFA aus den zehn teilnehmenden Praxen willigten zusätzlich in die Teilnahme an der qualitativen Studie ein. Aus zwei Praxen konnte keine MFA für die Teilnahme am Interview gewonnen werden (Gründe: kein Interesse bzw. kein geeigneter Termin war zu finden).

## Durchführung der Interviews

Vor Beginn der Interviews wurde auf Basis der Studienfragen ein Leitfaden erstellt. Dabei waren ein Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin (FPK), eine Gesundheitswissenschaftlerin (CM) sowie ein wissenschaftlicher Assistent (TF) beteiligt. Der Leitfaden wurde in einem Pilotinterview getestet und anschließend überarbeitet. Alle In-

Interviews wurden von einem wissenschaftlichen Assistenten mit Erfahrungen in qualitativer Forschung durchgeführt (TF). Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, zusätzlich wurden Feldnotizen angefertigt (SG). Mit den Hausärzten wurden Einzelinterviews in den eigenen Praxisräumen durchgeführt, die MFAs wurden zu zwei Gruppeninterviews mit jeweils vier Teilnehmerinnen in die Räumlichkeiten der AOK eingeladen. Während der Interviews war außer dem Interviewer, dem Protokollanten und den Teilnehmenden niemand weiteres anwesend. Die mittlere Länge der Einzelinterviews betrug 67 min (36–100 min), die Gruppeninterviews dauerten 98 min und 97 min.

Die in dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die folgenden Interviewfragen:

1. Was verstehen Sie unter Case Management?
2. Welche Vorerfahrungen haben Sie mit Case Management bereits gemacht?

### Auswertung des Materials

Die Aufzeichnungen wurden wortwörtlich transkribiert und pseudonymisiert (SG). Anschließend wurden die Texte inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Auswertung erfolgte mithilfe der Software atlas.ti Version 5.2.12 (Scientific Software Development GmbH, Berlin). Es wurden anhand des Textmaterials durch zwei Wissenschaftler (TF, SG) unabhängig voneinander induktiv Haupt- und Unterkategorien entwickelt. Anschließend wurden im Sinne einer konsensuellen Codierung die Zuordnungen verglichen und diskutiert. Am Material konnte so ein Kategoriensystem entwickelt werden, das unter Zunahme des Abstraktionsniveaus durch wiederholte Textanalyse überarbeitet, revidiert und ergänzt wurde. Diese Methode ist angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [11]. Anschließend wurden aus allen Zitaten der jeweiligen Unterkategorie einzelne prägnante Aussagen zur Veranschaulichung ausgewählt und im Ergebnisteil dargestellt. Bei der Darstellung werden die Aussagen von Ärzten und MFAs vergleichend nebeneinander gestellt.

Teilnehmende Hausärzte (n = 12)	
Alter in Jahren (Mittelwert, Spannweite)	54 (41–67)
Geschlecht weiblich (Zahl, Prozent)	3 (25)
Berufserfahrung in Jahren (Mittelwert, Spannweite)	18 (3–31)
Teilnehmende Medizinische Fachangestellte (n = 8)	
Alter in Jahren (Mittelwert, Spannweite)	39 (21–54)
Geschlecht weiblich (Zahl, Prozent)	8 (100)
Berufserfahrung in Jahren (Mittelwert, Spannweite)	19 (1–32)
Weiterqualifikation zur VERAH® (Zahl, Prozent)	4 (50)

**Tabelle 1** Charakteristika der Teilnehmenden.

### Ergebnisse

#### Charakterisierung der Teilnehmenden

Es nahmen drei Hausärztinnen und neun Hausärzte an den Einzelinterviews sowie acht MFAs an den beiden Gruppeninterviews teil. Weitere Einzelheiten zu den Teilnehmenden sind in Tabelle 1 dargestellt.

#### Definition des Konzepts „Case Management“

Insgesamt konnten aus dem Textmaterial fünf Hauptkategorien zur Definition des Begriffs Case Management gebildet werden: Akteure, Inhalt, Form, Zielgruppe und Zielsetzung des Case Managements (siehe Tabelle 2). Diese Kategorien fanden sich sowohl bei Ärzten als auch bei MFA. Die MFA begreifen sich selbst oder eigens dafür qualifizierte nicht-ärztliche Mitarbeiter als Akteure des Case Managements. Die befragten Hausärzte sehen sich teilweise selbst in der Rolle des Case Managers, zielen dabei allerdings explizit auf die Lotsenfunktion ab, die prinzipiell auch von anderen Fachärzten ausgeübt werden könnte. Alternativ wird die Rolle des Case Managers nicht-ärztlichen Mitarbeitern zugeschrieben. Inhaltlich werden von den Hausärzten Hausbesuche, engmaschige Verlaufskontrollen (= Monitoring) sowie Unterstützung von Selbstmanagement und Sozialberatung als Kernelemente des Case Managements

genannt. Die Lotsenfunktion beanspruchen jedoch nicht nur Hausärzte für sich. Auch MFA begreifen sich mitunter als Lotsen im Gesundheitssystem. Daneben werden übereinstimmend Monitoring und Hausbesuche als Kernelemente des Case Managements gesehen. Auch präventive Angebote sind nach Auffassung beider Berufsgruppen Bestandteil von Case Management. Eine umfassende Bedarfsanalyse (Assessment) wird zusätzlich von MFA als explizites Case-Management-Element genannt. Einigkeit besteht in beiden Berufsgruppen über die Form der Betreuung: Es ist individuell auf den einzelnen Patienten ausgerichtet, strukturiert, umfassend und intensiviert. Hausärzte betonen zusätzlich den Aspekt der Nachhaltigkeit des Betreuungskonzepts. Als Zielgruppe gelten für beide Berufsgruppen chronisch kranke und geriatrische Patienten. Die Hausärzte machten zudem explizite Aussagen zur Zielsetzung des Case Managements. Dabei stehen alternativ finanziell-ökonomische, patientenorientierte und überlappend ökonomische wie patientenorientierte (Krankenhaus-einweisungen) Ziele nebeneinander. Die MFA fokussierten einen patientenorientierten Ansatz.

#### Vorerfahrungen mit Case Management

Es konnten auf Basis der Textanalyse folgende übereinstimmende Hauptkategorien für die Vorerfahrungen von Hausärzten und MFA gebildet werden:

Kategorie	Unterkategorie Arzt	Arzt Zitat	Unterkategorie MFA	MFA Zitat
Akteure	Hausarzt	„... bevorzugt nur durch einen Hausarzt, Klammer auf Allgemeinmediziner, Klammer zu.“ (HA06)	MFA	„besondere Betreuung [...] von Seiten der Helferinnen“ (MFA01_01)
	Facharzt	„Aber theoretisch kann das auch ein Chirurg oder Gynäkologe oder sonst was sein ...“ (HA06)	Neu zu schaffende Berufsgruppe	„Ja, es ist fast ein Zweig für sich. Also integriert im Beruf der Arzthelferin, das irgendwie umzusetzen, find ich schwierig.“ (MFA02_01)
	Nicht-ärztliche Mitarbeiter	„... Betreuung durch mehrere Mitarbeiter – also nicht nur Ärzte, sondern auch nicht-ärztliche Mitarbeiter.“ (HA03)  „... in Kooperation mit dem Praxisteam – speziell erhoff ich mir da in Zukunft etwas von der VERAH-Geschichte!“ (HA04)		
Inhalt	Hausbesuche	„chronisch kranke Patienten durch regelmäßiges Kontaktieren und auch Besuchen so optimal längerfristig im Blick hat, dass einem das Verschlechtern nicht entgeht und das ganze Setting zuhause, sagen wir mal, überprüfbar, kontrolliert, optimiert wird“ (HA04)	Hausbesuche	„Es fängt also an beim Hausbesuch ...“ (MFA01_02)
	Monitoring	„... dazu gehört in regelmäßigen Abständen diese Kontrolluntersuchungen durchzuführen, je nach Erkrankung ...“ (HA06)  „Aber natürlich auch gewisse Kontrolle zuhause, dass man sieht, werden die Medikamente richtig eingenommen ...“ (HA08)	Monitoring	„Dass nunmal einfach dadurch die chronisch kranken Patienten ihre regelmäßige Kontrolle haben in der Praxis“ (MFA02_04)
	Lotsenfunktion des Arztes	„Eigentlich das, was ich bereits selbst mache, ... organisieren, zu koordinieren ... die Leute durch das Gesundheitswesen zu schleusen.“ (HA05_1)	Lotsenfunktion der MFA	„... dass ich als Lotse fungiere in dem Wirrwarr von verschiedenen Angeboten, die's gibt.“ (MFA2_01)
	Prävention	„Die ein oder andere Präventivuntersuchung zu erinnern.“ (HA06)	Prävention	„... beim Hausbesuch, wenn ich jetzt sehe, da sind zum Beispiel Stolperfallen oder Sonstiges. Ich denke einfach, um auch schon so in der Prävention tätig zu sein.“ (MFA01_02)
	Patientenschulung	„Wir führen Schulungen durch, wir führen Einzelgespräche durch, wir führen auch psychologische Gespräche mit den Patienten durch.“ (HA03)		
	Sozialberatung	„Das heißt, ich mach relativ viele Beratungen. Sei's jetzt Pflegeversicherung, aber dann schwerpunktmäßig auch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, solche Dinge“ (HA05_2)		
	Selbstmanagement	„... mit Einschluss ihn besser zu motivieren auf seine Krankheiten immer wieder drauf hinweisen, die er an sich gar nicht erkennt, ...“ (HA02)		
			Bedarfsanalyse	„... das zu analysieren: Was braucht der? Wo sind die Bedürfnisse?“ (MFA2_01)
Form der Betreuung	Intensiviert – erhöhte Kontaktfrequenz und -dauer	„... die intensive Betreuung eines Patienten ...“ (HA08)	Intensiviert – erhöhte Kontaktfrequenz und -dauer	„Bessere Betreuung von chronisch kranken Patienten, also intensivere Betreuung.“ (MFA02_04)

Kategorie	Unterkategorie Arzt	Arzt Zitat	Unterkategorie MFA	MFA Zitat
	Individuell – krankheitsübergreifender Fall	„Grundsätzlich denke ich, dass Patienten in ihr-, in ihrer Individualität alle sehr verschieden sind, als Menschen, viele Schattierungen haben ...“ (HA09)	Individuell – krankheitsübergreifender Fall	„Also ich find, DMPs sind so krankheitsspezifisch, die sind auf eine Krankheit ausgelegt und das Case Management find ich halt ist schon eher breiter. Also es spricht alle Sparten an.“ (MFA02_01)
	Umfassend – medizinisch und sozial	„... eine umfassende, was weiß ich, Betreuung möglich is.“ (HA04)	Umfassend – medizinisch und sozial	„Ja, die komplette Betreuung vom Patient.“ (MFA02_03)
	Strukturiert – Planung des Vorgehens	„strukturierte ... also, dass man die Patienten strukturiert leitet“ (HA01)	Strukturiert – Planung des Vorgehens	„Strukturierte Betreuung würde ich jetzt sagen“ (MFA02_04)
	Nachhaltig – Langfristigkeit	„... dass man [...] Patienten [...] längerfristig im Blick hat ...“ (HA04)		
Zielgruppe	Chronisch kranke Patienten	„... praktisch Patienten mit chronischen Erkrankungen über Jahre letztlich gut eingestellt zu behandeln.“ (HA03)	Chronisch kranke Patienten	„... besondere Betreuung für chronisch kranke Menschen ...“ (MFA01_01)
	Geriatrische Patienten	„Großes Gebiet ist sicherlich die geriatrische Abteilung, eben das Betreuen von Patienten im Altenheim, zuhause.“ (HA06)	Geriatrische Patienten	„... Patienten, auch vor allem von denen, die nicht ständig kommen können oder die jetzt im Alters-, Altenheim leben oder auch ältere Patienten die halt zuhause sind ...“ (MFA01_02)
Zielsetzung	Patientenorientierung	„... so dass der Patient den größtmöglichen Benefit hat.“ (HA01)	Patientenorientierung	„... was ist dem Patient jetzt im Moment grad wichtig“ (MFA02_01)
	Rationalisierung	„... ich nehme an, dass es Richtung rationale Medizin geht letzten Endes auch finanziell geprägt“ (HA02)		
	Vermeidung von Krankenhausaufenthalten	„... häufige Krankenhauseinweisungen vielleicht zumindest zu verschieben, oder gar zu verhindern!“ (HA08)		

**Tabelle 2** Definition des Konzepts „Case Management“.

- Keine Vorerfahrungen
- Case Management als Teil des Alltags
- Case Management nicht alltagstauglich

#### Keine Vorerfahrungen

Zwei Hausärzte und eine MFA berichteten, dass sie keine Vorerfahrungen mit Case Management hätten.

#### Case Management als Teil des Alltags

Es zeigte sich, dass ein Teil der Hausärzte und MFA bereits Kernelemente des Case Managements als Teil ihres Alltags erleben, wenn auch nicht direkt unter dem Namen „Case Management“:

„Wir machen das also schon seit einiger Zeit, aber nicht unter der eher sagen wir

mal stärkeren Rubrik „Case Management“, sondern ich habe hier sehr, sehr erfahrene ältere Arzthelferinnen, die sich dann auch da eben einbringen [...] die Patienten kommen daher auch oft mit Dingen, die im ersten Moment gar nicht als medizinisch relevant angesehen werden, eben grad jetzt Hilfe bei irgendwelchen Behördengängen, Ausfüllen von Formularen und sowas. Und das machen die Helferinnen sehr gut und dadurch, dass sich oft auch ein persönlicher Kontakt herstellt, zum Beispiel bei der Blutentnahme, da wird dann oft noch über irgendwelche Probleme geredet, da sitzen die dann auch mal länger drin.“ (HA08)

Hier zeigt sich insbesondere die **Integration sozialer Beratung** durch Ärzte bzw. MFA als implementiertes Case Management Element.

Ärztlicherseits bestehen darüber hinaus Vorerfahrungen als **Lotse im Gesundheitswesen**:

„Ja, eine Zusammenführung aller Befunde der Kollegen beim Hausarzt, der die Patienten ja meistens lange kennt als quasi Zirkusdirektor. [...] Also das Case Management machen wir eigentlich, mach ich seit 26 Jahren.“ (HA10)

Auch **Hausbesuche durch MFA** gehören vielerorts zur Routine:

„Mittwochs morgens haben wir unser Labor geschlossen, dafür geh ich dann auf Hausbesuch.“ (MFA02\_04)

„Weil ich mach sehr viele Hausbesuche, auch durch die Zweitausbildung. Und da sehe ich das halt auch: Wo [vom Patienten] dann auch Punkte auftreten oder Fragen auftreten, die man dann sozusagen da schon mitnimmt [in die Praxis].“ (MFA01\_02)



Teilweise wird das **Case Management als Teil des DMPs** wahrgenommen:

„Bei uns findet Case Management hauptsächlich im Rahmen des DMP-Programms statt.“ (HA03)

„Also grundsätzlich ist es so, dass wir seit vielen Jahren, eigentlich seitdem es DMPs gibt, versuchen für Diabetiker ein Case Management aufzubauen.“ (HA09)

Case Management nicht  
alltagstauglich

Auf der anderen Seite zeigt es sich, dass wesentliche Elemente des Case Managements wie umfassende Bedarfsanalyse und Versorgungsplanung nur schwer in den Alltag zu integrieren sind, da hierzu oft die **Zeit** fehlt:

„Aber halt von der Umsetzbarkeit jetzt direkt als Arzthelferin in der Praxis sehe ich auch, dass einfach die Zeit fehlt, sich jetzt wirklich mit den Patienten hinzusetzen, das zu analysieren: Was braucht der? Wo sind die Bedürfnisse? Und was kann ich dann alles vielleicht in die Wege leiten um ihm das ein bisschen zu erleichtern?“ (MFA02\_01)

„In der VERAH [Ausbildung] – haben wir so viele tolle Sachen gelernt – das ist nicht umzusetzen! Also zumindest nicht bei uns. Es geht zeitlich gar nicht.“ (MFA02\_04)

Dabei wird der Zeitbedarf durchaus als interindividuell unterschiedlich erlebt:

„Die Zeit ist schwer einzuschätzen. Weil die Patienten so individuell verschieden sind. Der eine, der weiß auch schneller, was er braucht, oder was ihm fehlt, und beim anderen muss man es erstmal erarbeiten und langsam erfragen.“ (MFA02\_01)

Neben der Zeit, steht auch die **fehlende Übertragung von Verantwortung an die MFA** einer Implementierung von Case Management entgegen:

„Also ich hab mir damals, wo ich die VERAH-Ausbildung fertig gemacht hab von dem Ganzen eigentlich mehr erhofft. Ich weiß nicht wie's euch ergangen ist? Durftet ihr dann mehr machen? Also ich: Nein“ (MFA02\_02)

Insgesamt wäre es aus Sicht der MFA sinnvoll, eine **eigene Vollzeitkraft** einzustellen gegebenenfalls mit einer **Spezialausbildung im Case Management**:

„Also wir müssten nochmal eine komplette Person einstellen [...] Ich denk, das ist

fast eine extra Sparte. Also wenn mal wirklich jemand, wenn man das so umsetzen will, wie wir das als VERAH in der Schulung gelernt haben, glaub ich, das ist fast ein extra Beruf!“ (MFA02\_04)

Dies nicht zuletzt deswegen, weil die Übernahme zusätzlicher Aufgaben in der Patientenversorgung dazu führt, dass andere Teammitglieder die Routineaufgaben der „Case Managerin“ mit übernehmen müssen, was als **Belastung für das Team** erlebt wird:

„Und sie hat auch gesagt, das ist für sie auch nicht machbar, solange eine VERAH macht, hat die andere die doppelte Arbeit.“ (MFA02\_04)

Inwieweit sich eine zusätzliche Kraft durch bestehende **Finanzierungskonzepte** trägt, ist aus Sicht der Hausärzte jedoch fraglich:

„Das heißt, ich brauche eigentlich ne zusätzliche Kraft und das seh ich im Moment noch nicht ganz, dass das tatsächlich über diese Zusätze zum Beispiel in Hausarztmodellen finanziert wird.“ (HA06)

## Diskussion

In hausärztlichen Praxisteamen bestehen grundsätzlich ähnliche Vorstellungen zum Case-Management-Konzept. Zum einen wird Case Management als koordinative Tätigkeit des Hausarztes bzw. der MFA als Lotse im Gesundheits- und Sozialsystem verstanden. Zum anderen wird Case Management als eine intensivierte und individualisierte medizinische Betreuung mit regelmäßiger Nachbeobachtung (Monitoring) interpretiert. Weitgehende Einigkeit besteht hinsichtlich der Zielgruppe chronisch kranker und älterer Patienten. Die angenommenen Zielsetzungen befinden sich hingegen im Spannungsfeld zwischen Patienten- und Systemorientierung (Kostenregulation). Die bestehenden Konzepte sind weitestgehend durch entsprechende Vorerfahrungen im Case Management geprägt, dabei schwimmt jedoch oftmals die Grenze zwischen Disease und Case Management. Der Einbezug nicht-ärztlicher Mitarbeiter in die Versorgung chronisch kranker Patienten ist in deutschen Hausarztpraxen – etwa in Form von Hausbesuchen – längst Realität geworden. Eine Umsetzung aufwendiger individualisierter Versorgungskonzepte erscheint

hingegen aufgrund der auch hinsichtlich nicht-ärztlicher Mitarbeiter knappen zeitlichen Ressourcen problematisch. Dabei erweisen sich insbesondere die strukturierte und umfassende Analyse des komplexen Versorgungsbedarfs sowie die gemeinsame Hilfeplanung als schwer realisierbar, wenngleich diese vor allem für ältere chronisch kranke Patienten von großer Bedeutung sind [12, 13].

Betrachtet man die Literatur zur Terminologie von strukturierten Versorgungsmodellen, so gleicht diese einer babylonischen Sprachverwirrung. Trotz einer stetig wachsenden Zahl von Studien zur Evaluation dieser Modelle, fehlt es an verbindlichen Definitionen. Es zeichnet sich jedoch weitestgehend ein Konsens darüber ab, dass Disease-Management-Programme vornehmlich auf die strukturierte Behandlung von Patienten mit einer oder mehreren definierten Erkrankungen fokussieren, wohingegen Case-Management-Programme eine individualisierte, krankheitsübergreifende Betrachtungsweise nahelegen [14]. Dies impliziert vor allem eine zusätzliche Betrachtung der sozialen Bedarfe eines Patienten. Grundsätzlich kann im Case Management weiter zwischen primär koordinativen (gate-keeper, Lotse [15]) und medizinischen Ansätzen ([komplexes] medizinisches Case Management [16]) unterschieden werden. Den verschiedenen Modellen gemeinsam ist jedoch ein Zyklus aus individualisierter Bedarfserhebung (Was benötigt der Patient?), Versorgungsplanung (Welche Ziele sollen mit dem Case Management wie erreicht werden?), Intervention (Umsetzung der Ziele des Case Managements) und Nachbeobachtung (Sind die Ziele erreicht worden?) [17].

Im Rahmen der Modelle zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) wird insbesondere die Lotsenfunktion des Hausarztes hervorgehoben. Dabei ist zu bedenken, dass die koordinative „Case Manager“-Funktion des Hausarztes, seine Patienten über Jahre zu betreuen und durch den „Dschungel des Gesundheitssystems zu manövrieren“ bereits seit Jahrzehnten zum Alltag hausärztlicher Tätigkeit gehört. Allerdings bieten HZV-Modelle insbesondere für Patienten und fachärztliche Kollegen die nötigen Rahmenbedingungen, damit der Hausarzt auch tatsächlich als Lotse des Systems agieren kann [18].

#### Dr. med. Tobias Freund ...



... geboren 1978, nach Studium und Promotion an der Charité Universitätsmedizin Berlin arbeitete er von 2007–2008 als Arzt in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin am Klinikum Bayreuth. Seit 2009 Tätigkeit als Arzt in Weiterbildung und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg.

Unsere Ergebnisse bestätigen neben den positiven Einflüssen auf Rollenverständnis der weiterqualifizierten MFA und Arbeitsteilung im Team auch die deutlichen organisatorischen Hemmnisse in Bezug auf Zeitaufwand und Finanzierung, wie sie in qualitativen Begleitevaluationen zu den bisher durchgeführten Studien zum Hausarztpraxisbasierten Case Management beschrieben wurden [19, 20]. HZV-Modelle wie etwa in Baden-Württemberg bieten erstmals die Möglichkeit, weiterqualifizierte MFA in ihrer Rolle als Case Managerinnen zusätzlich zu finanzieren. Inwieweit die entsprechenden Honorarzuschläge den realen Zeit- und Arbeitsaufwand der MFA widerspiegeln, wird in ökonomischen Begleitevaluationen zu untersuchen sein.

Aufbauend auf Erfahrungen aus Studien zum Hausarztpraxisbasierten Case Management bei Patienten mit Arthrose, Herzinsuffizienz und Depression entwickelte die Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg gemeinsam mit den allgemeinmedizinischen Instituten in Frankfurt am Main und Jena ein indikationsübergreifendes medizinisches Case Management in der Hausarztpraxis [21]. Dieses Modell entspricht einem komplexen medizinischen Case Management durch wei-

terqualifizierte MFA. Es findet im Rahmen der HZV der AOK Baden-Württemberg statt. Das Case Management wird derzeit im Rahmen einer klinischen Studie in 115 Hausarztpraxen in Baden-Württemberg wissenschaftlich evaluiert. Begleitende ökonomische Analysen werden zeigen, welche personellen Ressourcen aufseiten der Ärzte und der MFA erforderlich sind, um medizinisches Case Management als Erweiterung bestehender Disease-Management-Programme flächendeckend in die Routineversorgung einführen zu können.

Zu den Limitationen der hier dargestellten Studie zählt die Tatsache, dass ausschließlich Praxisteams befragt wurden, die in einen flächendeckenden Selektivvertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben waren. Die Erfahrungen der als „convenient sample“ zu bezeichnenden Stichprobe mögen aus diesem Grunde nicht die vollständige Bandbreite möglicher Erfahrungen hausärztlicher Praxisteams widerspiegeln. Gleichzeitig hat die Wahl der Stichprobe den Vorteil, dass erstmals MFAs befragt wurden, die Case Management als Teil ihrer Tätigkeit als VERAH bereits in den Alltag zu integrieren versuchen. Insgesamt ist zusätzlich die Stichprobengröße vergleichsweise gering, während der Untersuchung konnte jedoch für die hier dargestellten Fra-

gen eine Sättigung im Hinblick auf neue Ergebnisse beobachtet werden.

### Schlussfolgerungen

Hausärztliche Praxisteams verstehen unter „Case Management“ ein auf grundlegenden Prinzipien hausärztlicher Tätigkeit basierendes Versorgungskonzept für chronisch kranke oder geriatrische Patienten. Einzelne Elemente des Konzepts, wie Lotsen- und Koordinationsfunktion sowie regelmäßige Nachbeobachtung (Monitoring), gehören bereits zum Alltag. Dennoch ließ sich bisher ein strukturiertes und intensiviertes Case Management, bestehend aus umfassender Bedarfsanalyse, Hilfeplanung und Monitoring, insbesondere aufgrund des Mangels an zeitlichen und personellen Ressourcen (auch aufseiten nicht-ärztlicher Mitarbeiter) nur schwerlich in die hausärztliche Routine implementieren. Zukünftig zu entwickelnde Case-Management-Modelle sollten diese Aspekte berücksichtigen, um zu gewährleisten, dass dieses innovative Versorgungsmodell sowohl von Patienten als auch von hausärztlichen Praxisteams als Bereicherung wahrgenommen wird.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Tobias Freund  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung  
Voßstraße 2, 69115 Heidelberg  
E-Mail:  
tobias.freund@med.uni-heidelberg.de

**Literatur**

1. Sachverständigenrat Gesundheit. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Berlin: Sondergutachten des Sachverständigenrats Gesundheit, 2009
2. Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztlahntwicklung. Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010
3. Gerlach FM, Beyer M, Muth C, Saal K, Gensichen J. Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. *Z Arztl Fortb Qual Gesundheitsw* 2006; 100: 335–343
4. Bundesärztekammer. Gutachten zur Frage der stärkeren Einbeziehung von (nicht-ärztlichen) Gesundheitsberufen in Versorgungskonzepte am Beispiel Case Management. Berlin: Bundesärztekammer, 2008
5. Rosemann T, Joos S, Laux G, Gensichen J, Szecsenyi J. Case management of arthritis patients in primary care: a cluster-randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2007; 57: 1390–1397
6. Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Muller-Tasch T, Szecsenyi J. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: The HICMan exploratory randomized controlled trial. *Trials* 2010; 11: 56
7. Gensichen J, von Korff M, Peitz M et al. Case management for depression by healthcare assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009; 151: 369–378
8. <http://www.verah.de>. Letzter Zugriff am 04.03.2011
9. Freund T, Wensing M, Mahler C et al. Development of a primary care-based complex care management intervention for chronically ill patients at high risk for hospitalization: a study protocol. *Implement Sci* 2010; 5: 70
10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349–357
11. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Verlag, 2008
12. Müller CA, Klaassen-Mielke R, Penner E, Junius-Walker U, Hummers-Pradier E, Theile G. Disclosure of new health problems and intervention planning using a geriatric assessment in a primary care setting. *Croat Med J* 2010; 51: 493–500
13. Voigt I, Wrede J, Diederichs-Egidi H, Dierks ML, Junius-Walker U. Priority setting in General Practice. Health priorities of older patients differ from treatment priorities of their doctors. *Croat Med J* 2010; 51: 483–492
14. Bodenheimer T, Berry-Millet R. Care management of patients with complex health care needs. Research synthesis report No. 19. Princeton: The Robert Wood Johnson Foundation, 2009
15. Ewers M, Schaeffer D (Hrsg.). *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern: Huber Verlag, 2000
16. Gensichen J, Beyer M, Küver C, Wang H, Gerlach FM. Case Management für Patienten mit Herzinsuffizienz in der ambulanten Versorgung. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2004; 98: 143–154
17. Freund T, Kayling F, Miksch A, Szecsenyi J, Wensing M. Effectiveness and efficiency of primary care based case management for chronic diseases: rationale and design of a systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials [CRD32009100316]. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 112
18. Ose D, Broge B, Riens B, Szecsenyi J. Mit Überweisung vom Hausarzt zum Spezialisten – Haben Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung einen Einfluss? *Z Allg Med, Sonderausgabe DEGAM/DKVF* 2009; 78
19. Olbort R, Mahler C, Campbell S et al. Doctors' assistants' views of case management to improve chronic heart failure care in general practice: a qualitative study. *J Adv Nurs* 2009; 65: 799–808
20. Gensichen J, Jaeger C, Peitz M et al. Health care assistants in primary care depression management: role perception, burdening factors, and disease conception. *Ann Fam Med* 2009; 7: 513–519
21. Freund T, Peters-Klimm F, Rochon J et al. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): rationale and design of a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508]. *Trials* 2011 [in press]