



GKV MDK MDS

**KOMPETENZ
CENTRUM
GERIATRIE**

Beratung zur Erprobung von präventiven Hausbesuchen für ältere Menschen in Deutschland



Präsentationsveranstaltung der Kompetenz-Centren

Hamburg - 17.11.2008

Dr. med. Dipl.-Psych. Jörg Lauterberg – AOK-Bundesverband

Dr. P.H. Matthias Meinck – Kompetenz-Centrum Geriatrie

Agenda

Einleitung und Hintergrund

Grundsatzstellungnahme zu präventiven Hausbesuchen

Verwertung und erste Umsetzung

Expertenhearing / Expertenbefragung

Offizielle Empfehlungen

Forschung: Status Quo und Ausblick

Definition „Präventiver Hausbesuch“

nach „Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung“

- „ ... dienen der Erhaltung der Selbständigkeit und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei älteren, noch selbständigen Menschen durch ein multidimensionales Assessment und anschließende risikoorientierte, qualifizierte, individuelle Beratung.“
- Kein Case-Management (Koordinierung unterschiedlicher Leistungen bei bereits bestehendem komplexen Behandlungs- und/oder Betreuungsbedarf)
- Keine Leistungen der Rehabilitation

Ziele des präventiven Hausbesuchs bei Älteren

nach „Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung“

- **Verhinderung von Krankheit - Reduktion der Mortalität**
- **Günstige Beeinflussung der Krankheitsschwere im Verlauf – Senkung der Krankenhauseinweisungsrate**
- **Verhinderung alltagsrelevanter Krankheitsauswirkungen in Form von Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe**
- **Verschiebung des Auftretens von Pflegebedürftigkeit – Senkung der Pflegeheimaufnahmerate**
- **Stärkung positiver, Verminderung negativer Kontextfaktoren**

Überraschungspaket Präventiver Hausbesuch



Vorgeschichte I

- **Erfahrungen und Studien im Ausland weit vor 2000**
- **2002 / 03 Expertise für das BMG durch Gerontologen Prof. A. Kruse (Heidelberg) mit Einführungsempfehlung**
- **1. Entwurf eines Präventionsgesetzes (Hausentwurf Abt. III BMG) mit Einführungsempfehlung unter Verweis auf positive Erfahrungen in Modellversuchen (u.a. München)**
- **Fortführung der Diskussion in der AG 3 (Gesund Altern) des Deutschen Forums Prävention mit Kostenträgern und allen relevanten Akteuren im Gesundheitswesen**

Vorgeschichte II

- **AG 3: AOK kam spät, aber nicht zu spät, MDK war schon da, aber noch nicht richtig vertreten**
- **Prospektive Reklamation des neuen Tätigkeitsfeldes für eigene Berufsgruppe durch DBfK, Hausärzteverband, KV, ÖGD, GKV usw.**
- **Einschaltung des KC Geriatrie in Abstimmung mit SpiK und gemeinsamer Auftrag zur Grundsatzstellungnahme: Klärung der wissenschaftlichen Evidenz von präventiven Hausbesuchen für Ältere**

Geschätzte Kosten für einen präventiven Hausbesuch / Jahr bei Regeleinführung (2003)

Alter	Anzahl GKV-Versicherte nach KM 6 (2002)	Kosten pro präv. Hausbesuch	Gesamtaufwand in € für 1 Besuch/Jahr	In Beitrags-satzpunkten (130 MRD € und 15% BS)
Über 70 Jahre	9.176.934	250 €	2.294.233.500	0,264
„	„	400 €	3.670.773.600	0,422
Über 75 Jahre	5.841.939	250 €	1.460.484.750	0,168
„	„	400 €	2.336.775.600	0,269

Agenda

Einleitung und Hintergrund

Grundsatzstellungnahme zu präventiven Hausbesuchen

Verwertung und erste Umsetzung

Expertenhearing / Expertenbefragung

Offizielle Empfehlungen

Forschung: Status Quo und Ausblick

Grundsatzstellungnahme (2003)

Titel: „Wirksamkeit präventiver Hausbesuche im Alter“

Auftrag: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der GKV

Methodik: systematische Literaturrecherche in einschlägigen Datenbanken (MEDLINE, DARE, HTA, Cochrane Library und NHS EED)

Recherchestrategie: kontrollierte und randomisiert kontrollierte Originalarbeiten (N=28) sowie systematische Übersichtsarbeiten (N=1) und Meta-Analysen (N=2) zur Wirksamkeit präventiver Hausbesuche für ältere Menschen

(s auch Meinck et al. *Gesundheitswesen* 2004;66:732-738)



Grundsatzstellungnahme (2003)

Merkmale der Originalarbeiten:

1. Zielgruppen:

- unterschiedliche Altersgruppen (+ 65, + 70, + 75)
- mit oder ohne zusätzliche Einschränkungen (z.B. Pflegebedarf, ADL-Defizite)
- unterschiedliche Ausschlusskriterien (Kognition, Sprache)

2. Follow up: zwischen 6 - 48 Monaten

3. Interventionsdauer: 6 Monate bis zu 48 Monaten

3. Anzahl der Folgebesuche: 0 bis 24

4. beteiligte Professionen: 1 - 3 (Freiwillige, Pflegefachkräfte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Ärzte)

5. Zusatzqualifikationen der Hausbesucher: in ca. 50 % der Programme

6. Fallzahlen: 22 - 4128 Studienteilnehmer

7. Gesundheitssysteme: Dänemark, Großbritannien, USA, Schweiz, Kanada, Niederlande, Australien und Japan

8. Zeitraum: Erprobung erstreckte sich über 20 Jahre



Grundsatzstellungnahme (2003)

Merkmale der Originalarbeiten:

1. Zielgruppen:

- unterschiedliche Altersgruppen (+ 65, + 70, + 75)
- mit oder ohne zusätzliche Einschränkungen (z.B. Pflegebedarf, ADL-Defizite)

Fazit:
erhebliche Heterogenität der
einzelnen Hausbesuchsprogramme

Therapeuten, Sozialarbeiter, Ärzte)

5. Zusatzqualifikationen der Hausbesucher: in ca. 50 % der Programme

6. Fallzahlen: 22 - 4128 Studienteilnehmer

7. Gesundheitssysteme: Dänemark, Großbritannien, USA, Schweiz, Kanada, Niederlande, Australien und Japan

8. Zeitraum: Erprobung erstreckte sich über 20 Jahre



Grundsatzstellungnahme (2003)

Ergebnisse der Übersichtsarbeiten:

- aufgrund der Heterogenität wurde von van Haastregt et al. (2000) auf eine quantitative studienübergreifende Auswertung verzichtet
- **Meta-Analyse 1** von Elkan et al. (2001): Wirksamkeit sowohl für Studien mit selektiertem als auch unselektiertem Einschluss der Studienteilnehmer
- **Meta-Analyse 2** von Stuck et al. (2002): Wirksamkeit nur für ergebnisrelevante Strata
 - jüngere Studienpopulation (≥ 78 Jahre)
 - Hausbesuchsanzahl > 9
 - Durchführung eines multidimensionalen Assessments mit Folgebesuchen
 - bei geringerem Mortalitätsrisiko
- **positive Effekte** aus den Meta-Analysen auf **Mortalität** und **Pflegeheimaufnahmen**, nicht aber auf funktionalen Status oder Krankenhausaufnahmen



Grundsatzstellungnahme (2003)

Fazit:

- **überwiegend keine Regelleistungen** in den Gesundheitssystemen
- **weitgehend unspezifisch positive Wirkung**
- **keine hinreichende Evidenz** für die konkrete Ausgestaltung von Erfolgsdeterminanten
- **ungeklärte (trägerspezifische) Kosten-Nutzen-Bilanz** unter den Bedingungen unterschiedlicher Gesundheitssysteme (auch Deutschland)
- bisher **keine kontrollierte (randomisierte) Erprobung in Deutschland**



Grundsatzstellungnahme

Empfehlungen:

- kontrollierte randomisierte Forschungsdesigns anwenden
- systematisch prüfen: Zielgruppe, einzusetzende Methoden/Instrumente, Anzahl und Dauer der Besuche, Qualifikation der Hausbesucher (da diese derzeit noch nicht abschließend beurteilt werden können)
- ausreichend große Fallzahlen, hinreichende Erprobungsdauern, umfassende biometrische Planung



Agenda

Einleitung und Hintergrund

Grundsatzstellungnahme zu präventiven Hausbesuchen

Verwertung und erste Umsetzung

Expertenhearing / Expertenbefragung

Offizielle Empfehlungen

Forschung: Status Quo und Ausblick

Empfehlung AG 3



- Grundsätzlich vielversprechende Maßnahme, Einführung prüfen, aber vorheriger Klärungsbedarf bzgl. der wesentlichen Erfolgsfaktoren von Hausbesuchsprogrammen
- Mehrheitliche Auffassung, dass wesentliche Vorraussetzungen für die flächendeckende Einführung präventiver Hausbesuche noch fehlen
- Empfehlung zur Durchführung eines multizentrischen Studienprogramms mit systematischer Variation der potentiell zentralen Hausbesuchsmerkmale

Empfehlung AG 3



- „Das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung empfiehlt deshalb, **ressortübergreifend** unterstützte und differenziert evaluierte Modellvorhaben zum Präventiven Hausbesuch durchzuführen. Da bei flächendeckender Regeleinführung je nach Ausgestaltung der Hausbesuchsprogramme zusätzliche Ausgaben in Höhe von einigen Milliarden Euro entstehen, muss in den kontrollierten Evaluationsstudien gesundheitsökonomisch das Verhältnis von

Ausstieg Deutscher Städtetag aus AG 3!

Ausgestaltung der Hausbesuchsprogramme für Ältere **vorrangig zu berücksichtigen**. Ebenso soll in den mit ausreichender Dauer und ausreichenden Fallzahlen geplanten Begleitstudien versucht werden, die durch dieses Präventionsinstrument **evtl. erreichten Einsparungen** bei medizinischen und pflegerischen Kosten **den jeweiligen Kostenträgern (GKV, SPV, Kommunen) so zuzuordnen, dass die Anteile bei einer evtl. anschließenden Regelfinanzierung entsprechend bestimmt werden können.**“

Weitere Schritte in der AG 3

- **Erstes Aufatmen GKV, Interesse an konstruktiver Lösung**
- **Vertiefte Legitimation der Empfehlung und des Vorgehens durch Expertenworkshop (BMG) mit Einbezug des KCG (Dokumentation)**
- **Diffuses Bild nach Expertenworkshop**
- **Zentrale Frage im Hintergrund: Wer bezahlt das millionenschwere Studienprogramm?**
 - Bundestopf aus dem geplanten neuen Präventionsfonds?
 - BMBF ? (nur primäre Prävention), BMG (keine Titel), BMFSJF (?), DFG (?)
 - GKV (keine Forschungsförderung, evtl. Besuche/Leistungen)

Weitere Schritte in der AG 3

- **Beauftragung des KCG zur Durchführung einer strukturierten Expertenbefragung**
- **Zentrale Frage: Welche der möglichen Erfolgsfaktoren (Zielgruppe, Durchführende, Frequenz und Inhalte der präventiven Hausbesuche usw.) müssen unbedingt in einem systematischen Studienprogramm untersucht werden?**

Agenda

Einleitung und Hintergrund

Grundsatzstellungnahme zu präventiven Hausbesuchen

Verwertung und erste Umsetzung

Expertenhearing / Expertenbefragung

Offizielle Empfehlungen

Forschung: Status Quo und Ausblick

Expertenhearing der BVPG (2006)

Vorgehen

- Einladung von überwiegend nationalen Experten (N=8)
- Ablauf:
 - leitfadengestützte schriftliche Befragung
 - nachgehende mündliche Anhörung der Experten durch die Mitglieder der AG „Gesund Altern“ des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung

Empfehlungen der Experten:

- Eckpunkte eines multizentrischen Studienprogramms in Deutschland (z. B. Zielgruppe, Studienauer, Endpunkte ...)
- Hinweise zur ökonomischen Auswertungen, Studienkosten
- Einrichtung einer Planungsgruppe
- Empfehlung einer ressortübergreifenden Studienförderung



KCG-Expertenbefragung (2006)

Vorgehen

- Schriftliche Befragung von 44 Experten (5 waren bereits im Expertenhearing einbezogen) mit Arbeitsschwerpunkt im Bereich älterer Menschen
 - Geriatrie
 - Pflege
 - Gesundheitsökonomie
 - Prävention/Gesundheitsförderung
 - Sozialmedizin
- Fragebogen orientierte sich an den Leitfragen und den Ergebnissen des Expertenhearings
- 27 (61%) Fragebögen konnten in die Auswertung einbezogen werden
- anonyme quantitative Auswertung
- freitextliche Antworten wurden begrenzt ausgewertet



KCG-Expertenbefragung (2006)

Berücksichtigte Programmkomponenten

1. Zielstellung
2. Standardisierte zentrenübergreifende Ergebniskriterien
3. Primärer Endpunkt
4. Einschlusskriterien
5. Gründe für die Beendigung der Durchführung von Hausbesuchen
6. Zusätzliche Erhebungsbestandteile
7. Programmbestandteile von Hausbesuchen
8. Institutionen für primären Managementauftrag für die Hausbesuche
9. Institutionen mit gemeinschaftlicher Durchführung von Hausbesuchen
10. Profession und Qualifikation der „Hausbesucher“
11. Interventionsdauer, -dichte und -umfang, Studiendauer



KCG-Expertenbefragung (2006)

Vorschlag der Experten hinsichtlich systematisch zu prüfender Modelldeterminanten:

1. Altersgrenze

2. durchführende Institutionen

- Praxen geriatrisch geschulter Ärzte
- Hausarztpraxen
- ambulante Pflegedienste

3. Qualifikation der Berufsgruppen

- Hausärzte mit Unterstützung von Arzthelferinnen vs. Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation

4. Dauer, Intensität und Umfang

- durchschnittl. Erstbesuchsdauer von 60 Minuten
- Folgebesuche max. 3-4 pro Jahr und Teilnehmer



Agenda

Einleitung und Hintergrund

Grundsatzstellungnahme zu präventiven Hausbesuchen

Verwertung und erste Umsetzung

Expertenhearing / Expertenbefragung

Offizielle Empfehlungen

Forschung: Status Quo und Ausblick

Offizielle abschließende Empfehlungen

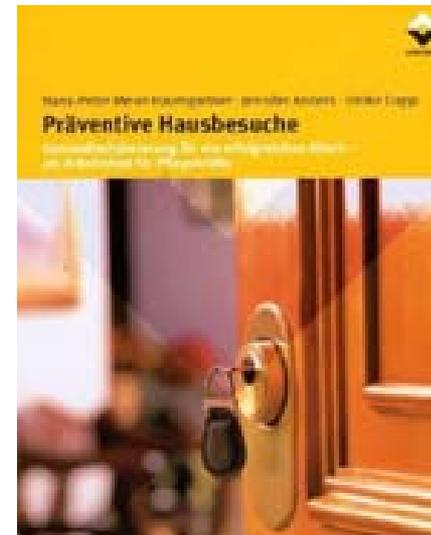
10/2007 Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

„Entsprechend hat die AG 3 „Gesund altern“ zum präventiven Hausbesuch Empfehlungen vorgelegt und im November 2005 ein Experten-Hearing zu diesem Thema veranstaltet: Nach Ansicht der Expertinnen und Experten ist die Erprobung präventiver Hausbesuche in einer umfassenden multizentrischen Studie sinnvoll, die es erlaubt, Festlegungen z.B. hinsichtlich der einzubeziehenden Zielgruppe und der praktikablen Vorgehensweise zu treffen.

Nachdem nun in Vorbereitung der geplanten Studie eine weitere Expertenbefragung durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Spik) durchgeführt worden ist, werden derzeit die offenen Fragen zur Planung, Ausschreibung und Finanzierung der multizentrischen Studie geklärt.

Die Ausarbeitung des Zielbereichs 6 wird auf den Zeitpunkt verschoben, zu dem hier konkrete Ergebnisse vorliegen.“

Mein Fazit: Höchste Zeit für ein solides Studienprogramm!



Agenda

Einleitung und Hintergrund

Grundsatzstellungnahme zu präventiven Hausbesuchen

Verwertung und erste Umsetzung

Expertenhearing / Expertenbefragung

Offizielle Empfehlungen

Forschung: Status Quo und Ausblick

Forschung international: Status quo

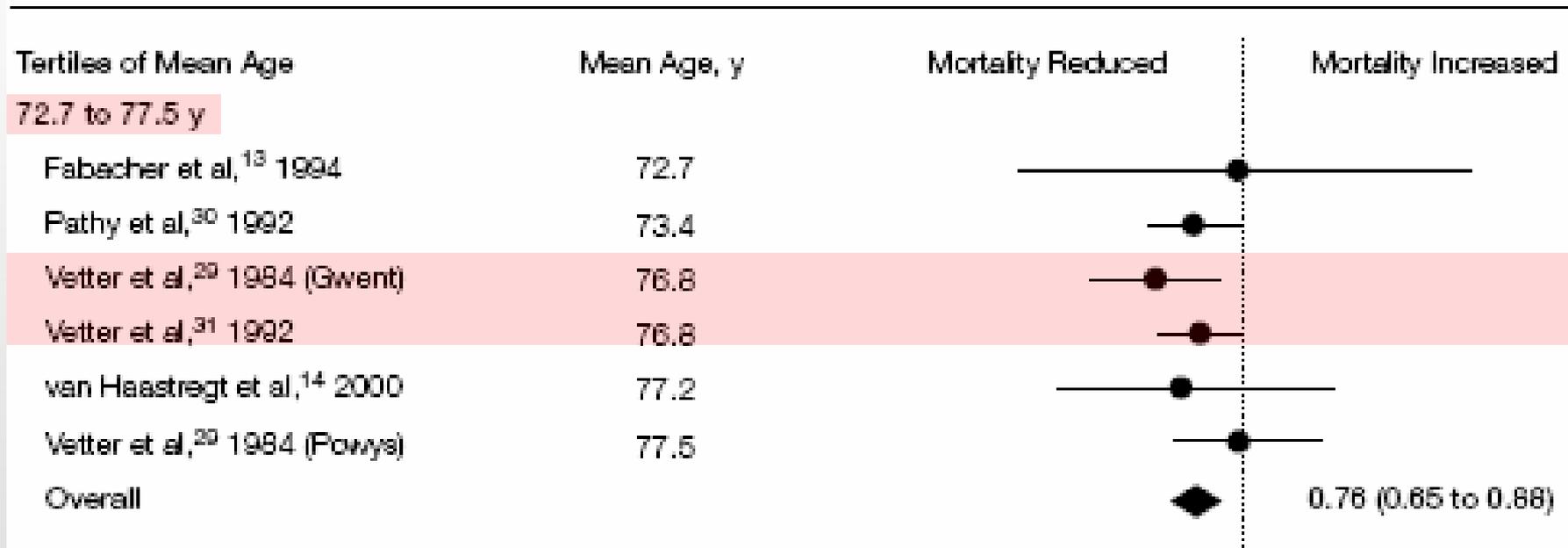
- nach der Grundsatzstellungnahme des KCG (2003) wurden weitere Studien aus dem Ausland und
- neue systematische Übersichtsarbeiten/Meta-Analysen zumeist aus den gleichen Arbeitsgruppen publiziert



Forschung international: Status quo

Stuck et al. JAMA (2002)

Figure 4. Effect of Preventive Home Visits on All-Cause Mortality



- *Stratum: Studienpopulation 72,7 – 77,5 Jahre*
- *positiver overall-Effekt auf Mortalität*



Forschung international: Status quo

Huss, Stuck et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci (2008)

577 y

Bouman (2007)

Febacher (1994)

Pathy (1992)

van Haastregt (2000)

Vetter, Gwent (1984)

Vetter (1992)

Sjösten (2007)

Subtotal (I-squared = 21.7%, p = 0.284)



- *erneut positiver overall-Effekt auf Mortalität durch die „alten“ Studien*
- *eine „alte“ Arbeit von Vetter, Gwent (1984) verschiebt sich durch Anpassung von 0,5 Jahren in ein anderes Stratum*
- *zwei neuere Studien aus 2007 ohne positiven Effekt auf Mortalität*



Forschung national: Status quo

keine bundesweiten Initiativen - aber regionale Projekte:

- **BZPH:** Machbarkeitsstudie I München (2001-2002)
 - **Albertinen-Haus:** Trinationale EU-Studie: „Disability prevention in the older population“ I Hamburg (2000-2003)
 - **Bosch BKK:** Projekt „mobil“ (2004-2007)
-

Laufende Projekte:

- **AOK Niedersachsen:** Programm für aktive Senioren „*Gesund Älter Werden*“ I Hannover (2003-2008)
- **Universitäten Halle und Leipzig:** „Altern zu Hause - Unterstützung durch präventive Hausbesuche“ (2007-2010) (gefördert durch das BMBF - Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd)



Forschung national: Status quo

Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“ (Oktober 2007)

*„Entsprechend hat die AG 3 „Gesund altern“ zum Präventiven Hausbesuch Empfehlungen vorgelegt und im November 2005 ein Experten-Hearing zu diesem Thema veranstaltet: Nach Ansicht der Expertinnen und Experten ist die **Erprobung präventiver Hausbesuche** in einer **umfassenden multizentrischen Studie sinnvoll**, die es erlaubt, Festlegungen z. B. hinsichtlich der einzubeziehenden Zielgruppe und der praktikablen Vorgehensweise zu treffen.*

Nachdem nun in Vorbereitung der geplanten Studie eine weitere Experten-Befragung durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Spik) durchgeführt worden ist, werden derzeit die offenen Fragen zur Planung, Ausschreibung und Finanzierung der multizentrischen Studie geklärt.

Die Ausarbeitung des Zielbereiches 6 wird auf den Zeitpunkt verschoben, zu dem hier konkrete Ergebnisse vorliegen.“



Forschung national: Status quo

Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“ (Oktober 2007)

„Entsprechend hat die AG 2 „Gesund altern“ zum Präventiven Hausbesuch Empfehlungen erarbeitet und im November 2005 ein Experten-Hearing zu diesem Thema veranstaltet. Nach Ansicht der Expertinnen und Experten ist die Erprobung präventiver Hausbesuche in einer umfassenden multizentrischen Studie sinnvoll, die es erlaubt, Festlegungen z. B. hinsichtlich der einzubeziehenden Zielgruppe und der praktikablen Vorgehensweise zu treffen.

Benötigen wir nun noch ein „multi-zentrisches“ Studienprogramm zur Erprobung der Wirksamkeit und der Erfolgsdeterminanten?

JA!

Nachdem nun in Vorbereitung der geplanten Studie eine weitere Experten-Befragung durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (Spik) durchgeführt worden ist, werden derzeit die offenen Fragen zur Planung, Ausschreibung und Finanzierung der multizentrischen Studie geklärt.

Die Ausarbeitung des Zielbereiches 6 wird auf den Zeitpunkt verschoben, zu dem hier konkrete Ergebnisse vorliegen.“



Kontrollierte Projekte:

	Projekt „Mobil“ (BKK Bosch)	Projekt „Gesund älter werden“ (AOK Nds.)	Projekt „altern zu Hause“ (Unis in Halle/Leipzig)
Zielgruppe	- 75 Jahre und älter - ohne Pflegestufe - keine kognitive Einschränkung	- 68-79 Jahre - ohne Pflegestufe - ausreichendes Deutsch	- über 80 Jahre - zu Hause lebend - ausreichendes Deutsch
Interventions- gruppe	- 1.300 davon 180 aktiv besucht	- 1.300 davon 585 aktiv besucht	- 160 (geplant)
Ergebnisse	- keine signifikanten Effekte	- Ergebnisse liegen noch nicht vor	- Ergebnisse liegen noch nicht vor
(vgl. auch Meinck <i>Die Ersatzkasse</i> 11/2008:435-37)			



Forschung national: Status quo

Modellvorhaben in Deutschland:

- bisher **kein kontrollierter Nachweis der Wirksamkeit** für eines der Zielkriterien unter den Versorgungsbedingungen in Deutschland
- Ergebnisse des Projekts „Mobil“ erhöhen eher die **Skepsis eines Zusatznutzens unter den deutschen Versorgungsbedingungen**
- **die Aussichten, einen belastbaren Wirksamkeitsnachweis** durch die derzeit laufenden oder gerade begonnenen Modellvorhaben **zu führen, sind ungewiss**

**Zwar bisher noch keine ausreichende Erprobung,
aber zumindest auch noch keine Regelleistung in der
GKV oder SPV**



Fazit

nächste Schritte:

- Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. „Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte“ (Oktober 2007) konsequent umsetzen
- Förderung für ein nationales Studienprogramm sichern (BMBF, BMG)
- Einsetzung einer Expertengruppe klären, die eine Studienausschreibung erarbeitet und dabei die Empfehlungen aus Expertenhearing/-befragung berücksichtigt
- Studienprogramm ausschreiben
- Studien (national und international) kritisch begleiten und bewerten



Ausblick

Besser jetzt handeln, als zu einem späteren Zeitpunkt unter politisch motivierten Handlungsdruck geraten!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. Matthias Meinck, Dipl.-Soz.
Kompetenz-Centrum Geriatrie
beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord
Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg
040-25169 -491 (Tel.) -499 (Fax)
E-Mail: matthias.meinck@kcgeriatrie.de
URL: www.kcgeriatrie.de

