Netzwerk "Anreiz- und Steuerungssysteme
für eine moderne psychiatrische Versorgung"
Workshop am 23.09.2014 in Berlin

Evaluation der Modellvorhaben
- aktueller Stand -

Göran Lehmann, Fachreferent stationäre Versorgung, Hamburg

Agenda

1. Ziel
2. Organisatorische Ausgestaltung
3. Inhaltliche Ausgestaltung
4. Vorgaben BVA

Ziel

Ziel

› Abschluss eines Rahmenvertrages mit einem wissenschaftlichen Institut zur Durchführung der einheitlichen wissenschaftlichen Evaluation aller Modellverträge nach § 64 b SGB V

Vorteile eines einheitlichen Vorgehens

1. Gleiches Forschungsdesign mit vergleichbare Ergebnissen
2. Einheitliches Vorgehen wird deutlich höhere Akzeptanz finden
3. Umsetzung von aufwendigen und ggf. notwendigen Patientenbefragungen im Rahmen eines Gesamtprojektes besser umsetzbar und finanzierbar
4. Vergleich der Modelle untereinander möglich
5. Einmalige Durchführung des Ausschreibungsverfahrens
6. Einheitliches Datenkonzept mit einer zentralen Organisation der Datenlieferungen
7. Ressourcenschonend und kostengünstiger

Gemeinsame Stellungnahme verschiedener Verbände
u.a. ackpa und APK, Feb.2012

Evaluation

- Einheitlich
- Bundesweit
- Regionaler Bezug (Entwicklungsprozess von Versorgungsstrukturen)
- Vergleichbarkeit mit Regionen der Pflichtversorgung
- Belastbare und aussagekräftige Ergebnisse zu:
  - Umsteuerung in Richtung Ambulantisierung
  - Flexibilisierung
  - Nachhaltigkeit
  - Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung

Quelle: Dr. B. Willms, Workshop 22.02.2012

wissenschaftliche Begleitung
organisatorische Ausgestaltung

Es gibt viel zu tun…

Wenn wir es sein lassen,

packen es andere an…

Quelle: Dr. B. Willms, Workshop 22.02.2012

beteiligte Krankenkassen

BARMER GEK

KKH Kaufmännische Krankenkasse

hkk
Erste Gesundheit.

iKK classic
Unser Handwerk. Ihre Gesundheit.

iKK Südwest

Knappschaft Bahn See

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

HEK
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

BKK Dachverband

Die AOK in Deutschland

Organisatorische Umsetzung

AOK, Ersatzkassen, IKK, Knappschaft und BKK bilden eine AG Evaluation

AG Evaluation organisiert eine bundesweit einheitliche und verbindliche Evaluation aller Modelle nach § 64 b SGB V

Ausschreibung | Datenkonzept | Vertrag/Vergütung | Begleitung

wissenschaftliches Institut

Modell 1 | Modell 2 | Modell 3 | Modell 4 | Modell 5 | Modell n

Zwischenberichte/Schlussbericht

AG Evaluation

- Beteiligte Krankenkassen haben sich zu einer AG Evaluation zusammengeschlossen
- Beginn der Arbeit im Dezember 2013 auch unter Einbeziehung des GKV-SV
- Wesentliche Entscheidungen über Inhalte, Finanzierung und Organisation werden einvernehmlich geregelt
- Regularien bei Meinungsunterschieden wurden festgelegt

Standardmodell

› Modell - Flexibilisierung der psychiatrischen Behandlung (vs, ts, ambulant) im Rahmen eines Gesamtbudgets

› Gestaltung neuer Behandlungsmöglichkeiten (Hometreatment, Krisenintervention etc.)

↓

› Forschungsdesign wird nach diesem Standardmodell ausgerichtet

Umfang der Evaluation

115 Mio. € Budget und
ca. 25.000 Patienten

- 12 bereits vereinbarten Modell bilden die Grundlage
- Ausschreibungsverfahren verpflichtet die beteiligten Krankenkasse alle Verträge, die bis zum 31.12.2016 abgeschlossen werden, über diesen Rahmenvertrag zu evaluieren
- Schätzung liegt bei ca. 25 Modellen

Ausschreibung

- europaweite Ausschreibung - Auftragsvolumen liegt über 207.000 €
- Teilnahmewettbewerb mit Verhandlungsverfahren
- Beginn voraussichtlich im November, Zuschlag erfolgt im April 2015

keine Aufteilung in Lose

1. Vergabe in Losen ist aus technischen Gründen nicht vorgesehen
2. Vergabe an unterschiedliche Auftragnehmer hätte zur Folge, dass die einzelnen Evaluationsmodelle nicht vergleichbar sind.
3. Abstimmung, Begleitung und Durchführung einer einheitlichen Evaluation durch mehrere Institute zieht unangemessenen bürokratischen Aufwand nach sich
4. Die Abstimmung eines einheitlichen Konzeptes würde die gesetzlich vorgeschriebene Unabhängigkeit der Institute aufheben
5. Hoher Abstimmungsaufwand an den Schnittstellen

wissenschaftliche Begleitung
Inhaltliche Ausgestaltung

Inhaltliche Ausgestaltung

- Grundlage für die Erarbeitung eines Forschungsdesigns sind Thesen bzw. Forschungsfragen
- Im wesentlichen zwei Themenfelder:
  1. Analyse der Effektivität und Qualität der Modelle
  2. Analyse der Kosten der Modelle
- Institut ist frei in der Ausgestaltung - keine Vorgaben, dennoch Bewertung der Angebote notwendig
- Forschungsdesign muss sich an den Zielen der Modelle orientieren

Ziele von Modellvorhaben

- Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen durch:
  - Ausrichtung auf eine sektorenübergreifende Leistungserbringung
  - ganzheitliche, am Patienten orientierte Versorgung ermöglichen
  - Behandlungskontinuität der Patienten sicherstellen
  - Weiterentwicklung des neuen Vergütungssystems nach § 17d KHG
  - die Versorgungsqualität verbessern
  - Ressourceneinsatz zu optimieren
  - Kapazitätserweiterungen im stationären Sektor und finanzielle Fehlanreize zu vermeiden.
  - Umfang der stationären Versorgung verringern
  - Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung zu verbessern

Inhaltliche Ausgestaltung

1. Gibt es Unterschiede in der Evaluation zwischen neuen und bereits bestehenden Modellen?
2. Sollen Modelle mit Regelversorgung verglichen werden oder gibt es auch einen Vergleich zwischen den Modellen?
3. Wie ist in diesem Zusammenhang die Ausgangssituation eines Leistungserbringers zu berücksichtigen (z.B. Bettenmessziffer, Struktur des Krankenhauses, Vernetzung, andere Anbieter)?
4. Abgrenzung zur Begleitforschung

Inhaltliche Ausgestaltung

Festlegung der Evaluationsoutcomes

1. Kennzahlen auf Basis von Routinedaten
2. Kennzahlen auf der Basis der Befragungen der Patienten
3. Kennzahlen auf der Basis von Befragungen der Behandler

Kennzahlen auf Basis von Routine(kassen)daten

Ambulante Daten

Ambulante Diagnosen
- VERSNR
- FARZTGRP
- PLZ3
- ICD
- QUARTAL
- JAHR
- FALLNR_INT

Ambulante Leistungen
- VERSNR
- FARZTGRP
- PLZ3
- EGO_NR
- GO_DAT
- QUARTAL
- JAHR
- FALLNR_INT

Ambulante Operationen
- VERSNR
- FARZTGRP
- PLZ3
- OPS
- QUARTAL
- JAHR
- FALLNR_INT

Stationäre Daten

Stationäre Diagnosen
- VERSNR
- AUFN_NR
- ICD
- ICD_TYP
- ICD2
- IK_KHS

Stationäre Operationen
- VERSNR
- AUFN_NR
- OPS
- OP_DAT
- IK_KHS

Stationäre KH-Fälle
- VERSNR
- AUFN_NR
- AUFN_GRD
- FARZTGRP
- PLZ3
- DRG
- FABTAUFN
- FABTENTL
- ICD
- IK_KHS
- KHS_VON
- KHS_BIS
- ZAHL_BTR
- PLZ3_KH

Ambulante KH-Fälle
- VERSNR
- FARZTGRP
- PLZ3
- FABT
- AMBO_VON
- AUFN_NR
- IK_KHS
- ZAHL_BTR
- L_ART
- PLZ3_KH

Amb. Behandlung im KH
- VERSNR
- AUFN_NR
- ICD
- ICD2
- IK_KHS
- ICD_TYP
- L_ART

Amb. Operationen im KH
- VERSNR
- AUFN_NR
- IK_KHS
- OPS
- L_ART

Arznei-, Heil- & Hilfsmittel

Arzneimittel
- VERSNR
- ATC
- FARZTGRP
- PLZ3
- KZ_HM
- PZNR
- ABGDAT
- NETTO_M
- AUSSTDAT

Versichertendaten

Versicherten-Stammdaten
- VERSNR
- GEBJAHR
- GESCHL
- PLZ_VERS_3
- AB_GRD
- ZU_DAT
- AB_DAT
- Tätigkeit
- Bildung
- Versichertenstatus

Arbeitsunfähigkeit
- VERSNR
- KG_BETR
- AU_BIS
- AU_VON
- ICD

DMP Teilnahme
- VERSNR
- DMP_PRF_NR
- DMPT_VON
- DMPT_BIS

› zzgl. Strukturdaten (KH Betten, Bettenmessziffern, Bevölkerungsdaten etc.)

› Vertragsdaten (Vergütung)

Kennzahlen auf Basis von Routine(kassen)daten

Herausforderung Datenschutz

- Daten müssen anonymisiert werden, sonst Einwilligung des Versicherten notwendig
- durch Anonymisierung keine Verknüpfung mit Daten außerhalb der Krankenkasse möglich
- Zuspielen von zusätzlichen Informationen aus dem KH somit nicht möglich

Kennzahlen auf Basis von Routinedaten

- Leistungsausgaben[7]
  - Gesamtausgaben (davon aufgrund von F-Diagnosen[3])
  - Ausgaben nach Leistungsbereichen (davon aufgrund von F-Diagnosen[3])
- Parameter der Inanspruchnahme
  - Anzahl Tage / Aufenthalte im Krankenhaus (davon aufgrund von F-Diagnosen[3])
  - Anzahl Hausarztbesuche (davon aufgrund von F-Diagnosen[3])
  - Anzahl PIA-Besuche
  - Anzahl psychiatrischer Facharztbesuche
  - Anzahl anderer Facharztbesuche (davon aufgrund von F-Diagnosen[3])
  - Anzahl Verordnungen (davon ATC1 „N“)

Kennzahlen auf Basis von Routinedaten

- Mortalität & Morbidität
  - Mortalität / Life-years-lost (soweit kodiert, davon aufgrund von F-Diagnosen[3])
  - Anzahl AU-Tage (davon aufgrund von F-Diagnosen[3])
  - Schweregrad nach PEPP (wenn Vergleichskrankenhaus PEPP verwendet)
  - Art und Umfang von Nebendiagnosen (siehe Einteilung in 5.3)

Kennzahlen auf Basis von Routinedaten

- Prozessparameter
  - Behandlerkonstanz in der Interventionsgruppe stationär (Anteil Patienten mit stationären Aufenthalten außerhalb des Modells / mit >20 Tagen außerhalb des Modells)
  - Behandlerkonstanz in der Interventionsgruppe ambulant (Anteil Patienten mit PIA außerhalb des Modells / mit >5 Kontakten)
  - stationäre Wiederaufnahmen wegen psychiatrischer Diagnose (Anteil Patienten mit stationärer Wiederaufnahme innerhalb von 6 Monaten mit gleicher dreistelliger F-Diagnose[3])
  - Anzahl Notaufnahmen in der Psychiatrie
  - prozentualer Anteil der im Versorgungsbereich des Krankenhaus wohnhaften Patienten (im Zeitverlauf; nur für die Interventionsgruppe)

Kennzahlen auf Basis von Routinedaten

Ergebnisqualität:

- Anzahl/Anteil arbeitsfähig entlassener Patienten
- Anzahl/Anteil Entlassung aufgrund Tod
- Anzahl/Anteil Entlassung in Rehaeinrichtung
- Wiederaufnahmequote
- Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage
- Anteil EU/BU Berentungen

Kennzahlen auf Basis von Routinedaten

Prozessqualität:

- Anzahl/Anteil Fälle mit Entlassung gegen ärztlichen Rat (Behandlungsabbruch)
- Anzahl/Anteil OPS-Kode 9-644* (stationsersetzendes Setting)
- Anzahl/Anteil PIA -002 / PIA-004 (aufsuchende Behandlung)
- Anzahl/Anteil PIA-Kontakte, die im zeitlichen Zusammenhang mit der stationären Behandlung stehen (z.B. bis Folgequartal nach Entlassung aus stationärer Behandlung oder auch innerhalb xy Tagen)
- Tage zwischen zwischen stationärer Entlassung und PIA/Arztkontakt bzw. PIA und Arztkontakt

Kennzahlen auf Basis von Befragung Patienten

- **Lebensqualität der Patienten (WHO-QoL), ermöglicht Berechnung der Kosten per QALY**

  26 Items

Kennzahlen auf der Basis von Befragungen von Behandlern

- **individueller Versorgungsbedarf und Grad der Bedarfsdeckung (z.B. NCA, Cansas)**

  ca. 20-25 Items, je nach Instrument

Beispiel: Bedarfsmessung - Needs for Care Assessment (NCA)

Klinischer Bedarf
(Symptome, Verhaltensprobleme)

Positivsymptomatik
Negativsymptomatik
Nebenwirkungen
Neurotische Symptome
Demenz
Körperliche Störungen
Selbst-/Fremdgefährdung
Unangepasstes Verhalten
Psychosozialer Stress
Alkoholmissbrauch
Drogenmissbrauch

Sozial-rehabilitativer Bedarf
(Fähigkeiten und Fertigkeiten)

Körperpflege
Einkaufen
Nahrungsaufnahme
Sauberhalten Wohnraum
Verkehrsmittel
Freizeit
Bildungsangebote
Arbeit
Kommunikation
Geldwirtschaft
Behördengänge

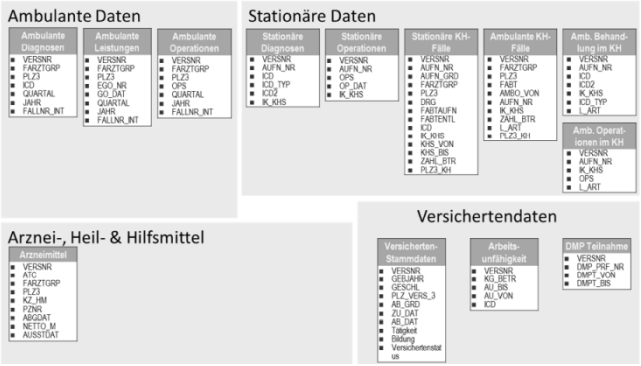
Vergleich Modell mit Kontrollgruppe

- Wie erfolgt die Festlegung einer Kontrollgruppe?
  - regional spezifisch (vergleichbare Region unter Beachtung von Angeboten und Versichertenstruktur)
  - Vergleich über adjustierte Patienten
  - Kombination aus beiden

Verfügbarkeit der Daten

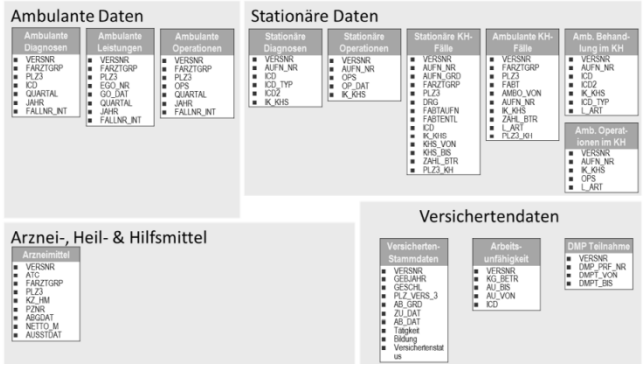
› anonymisierte Kassendaten

Routinedaten Modell



Adjustierung der Patienten (Vergleichbarkeit herstellen)

Routinedaten Kontrollgruppe



vergleichbarer Patient A

Messung Ressourcenaufwand im Modell	=	Messung Ressourcenaufwand in der Kontrollgruppe
	>	
	<	

Verfügbarkeit der Daten

- die Ausgestaltung des Modells muss so erfolgen, das Evaluationsoutcoms gemessen werden können
  - Bsp:
    - Resourcenverbrauch im ambulanten Bereich kann nur auf Basis von Routinedaten untersucht werden, wenn aufwandsgerechte Preise kalkuliert wurden

Verfügbarkeit der Daten

- bei der Nutzung von Fragebögen müssen diese auch in der Kontrollregion erfasst werden
- zusätzliche Aufwand

Adjustierung/Matching

Adjustierung

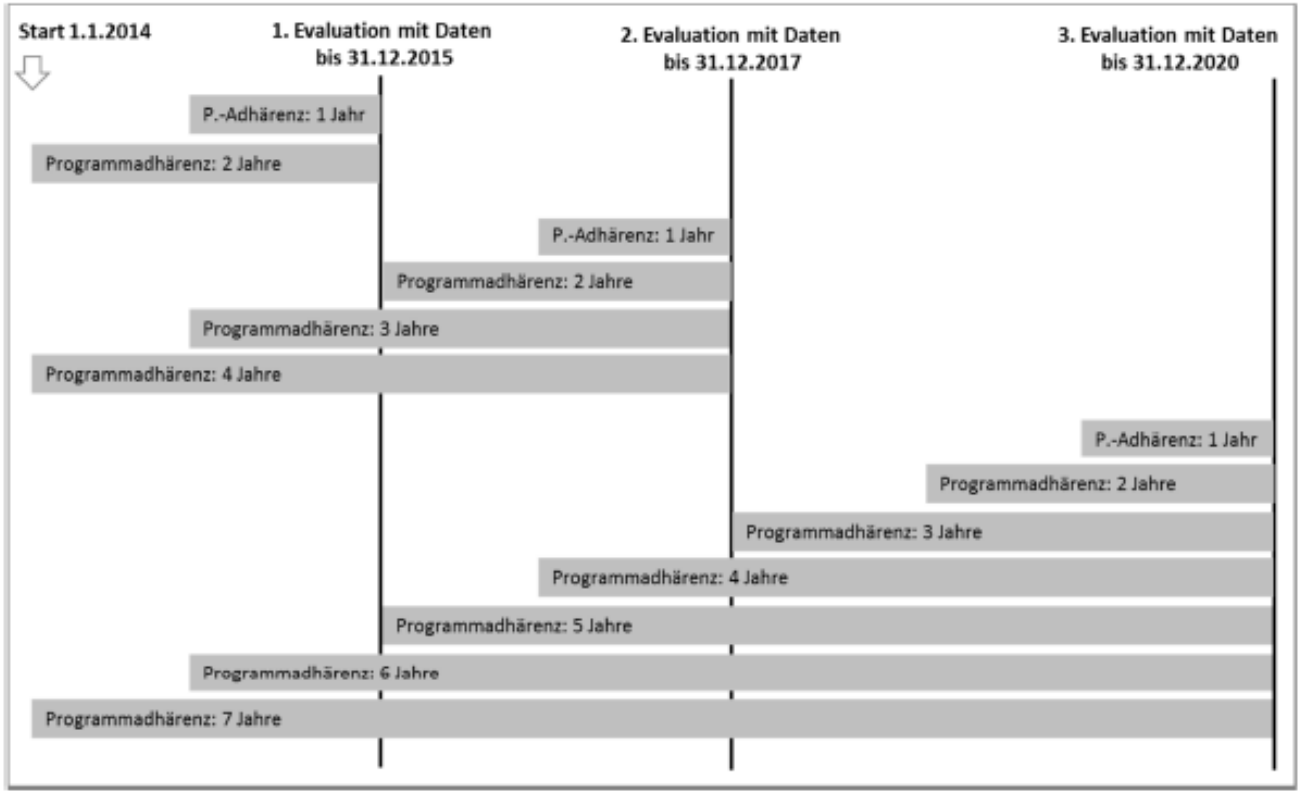
- Patientenbezogen (Wohnort, Alter, Geschlecht)
- Krankheitsbezogen (ICD, Dauer der Erkrankung etc.)
- Zuordnung zu Gruppen (Elixhauser oder PBM Gruppen)

Auswahl Diagnosen

- um die Auswertungen und Datenlieferungen in einem überschaubaren Rahmen zu halten wäre die Begrenzung auf die häufigsten Diagnosen denkbar
- F0 - Demenz
- F10 - Alkoholabhängigkeit
- F2 - Schizophrenie
- F3 - Affektive Störungen
- F60.31 - Persönlichkeitsstörungen
- ggf. F9 - psychische und Verhaltensstörungen bei Kindern

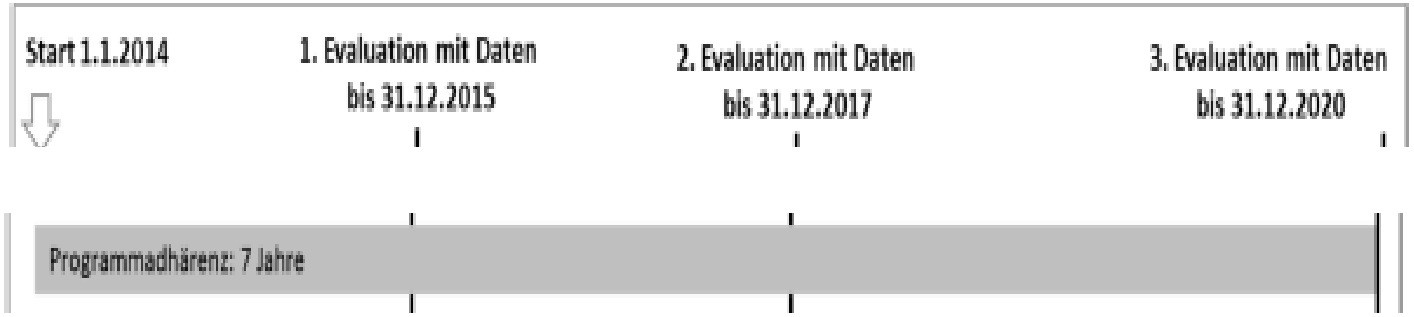
eingeschlossene Patienten

1. Möglichkeit - keine feste Gruppe, auch neue Patienten werden berücksichtigt



eingeschlossene Patienten

2. Möglichkeit - Definition einer fest definierten Kontrollgruppe die an unterschiedlichen Messpunkten untersucht wird



Messzeitpunkte/Berichte

- Grundsatz: wissenschaftliche Evaluation muss über den gesamten Vertragszeitraum erfolgen
- mindestens 3 Messzeitpunkte
- 2 Zwischenberichte, 1 Endbericht

Vorgaben BVA

Vorgaben BVA

- Unabhängigkeit des wissenschaftlichen Institutes
- Gewährleistung des Datenschutzes
  - nur anonymisierte Daten dürfen ohne Zustimmung des Versicherten verwendet werden
- Einhaltung der wissenschaftlichen Standards (z.B. hinsichtlich Stichprobengröße, Adjustierung und Auswahl der Vergleichsregionen)
- Forschungsdesign muss sich grundsätzlich an den Zielen der Modelle orientieren

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.