

Projekt zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster Ergebnisse der Evaluation durch das Institut für Strategieentwicklung

1. Grundlegende Informationen

Das Projekt zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster wurde im Jahr 2003 als eines der ersten IV-Projekte in Deutschland ins Leben gerufen, um eine qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende und zweckmäßige sowie wirtschaftliche Versorgung der Patienten sicherzustellen. Dazu wurden Strukturen etabliert, um eine am Versorgungsbedarf der Patienten orientierte Zusammenarbeit aller Beteiligten, einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, zu gewährleisten.

Bis heute (Juni 2006) wurden mehr als 300 Versicherte der BARMER Ersatzkasse aus den Indikationsbereichen Knie- und Hüft-Endoprothetik im Rahmen dieses IV-Projekts versorgt. Damit gehört das IV-Projekt Endoprothetik Münster zu den größten IV-Projekten im deutschen Gesundheitswesen.

Die Vertragspartner des IV-Projekts sind

- die BARMER Ersatzkasse
- die St. Franziskus-Stiftung
- die inoges ag

Als Leistungserbringer waren zu Vertragsbeginn folgende Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen beteiligt:

- St. Franziskus-Hospital GmbH Münster
- St. Elisabeth-Hospital Meerbusch-Lank GmbH
- St. Bernhard-Hospital Kamp-Lintfort GmbH
- St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen GmbH
- Klinik Münsterland
- Reha Bad Hamm GmbH
- Reha Krefeld - RK - GmbH
- Reha Rheinland - RR - GmbH
- ZaR Zentrum für ambulante Rehabilitation GmbH Münster

Inzwischen wurde die Liste um neue Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen erweitert¹. Gleich-

¹ St. Josefhospital Uerdingen, Krefeld, Elisabeth-Krankenhaus Recklinghausen, Städt. Krankenhaus Maria-Hilf Brilon, Caspar Heinrich Klinik Bad Driburg, Marcus-Klinik Bad Driburg, Niederrhein-Klinik Korschenbroich

zeitig ist mit den ersten niedergelassenen Orthopäden eine weitere Gruppe von Leistungserbringern als Vertragspartner hinzugekommen, die für den nachhaltigen Erfolg der Integrationsversorgung eine wichtige Rolle spielt.

Um den Erfolg der Integrierten Versorgung allgemein und des IV-Projekts Endoprothetik Münster im Besonderen einer kritischen Prüfung zu unterziehen, wurde das Institut für Strategieentwicklung in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke damit beauftragt, das IV-Projekt nach einer Laufzeit von zwei Jahren wissenschaftlich fundiert zu evaluieren. Dabei wurden vor allem drei Aspekte in den Fokus gerückt: die Qualität der internen Strukturen, die von den Patienten subjektiv empfundene Versorgungsqualität und die wirtschaftlichen Aspekte der Versorgung.

Neben einer umfassenden Datenanalyse und 25 qualitativen Interviews mit Schlüsselpersonen des IV-Projekts wurde zum diesem Zweck eine fragebogen-gestützte Patientenbefragung durchgeführt, in der alle bisherigen Teilnehmer des IV-Projekts angesprochen wurden. Gleichzeitig wurde eine nach demographischen Kriterien ausgewählte Vergleichsgruppe angesprochen, um die Qualität der Integrierten Versorgung an den Gegebenheiten der Regelversorgung messen zu können.

Die Ergebnisse dieser Evaluation werden im Folgenden zusammengefasst wiedergegeben.

2. Schnittstellen der Versorgung

Die Kommunikation und Koordination zwischen den Leistungserbringern verläuft deutlich kooperativer und stärker an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet als in der Regelversorgung. Zwischen den beteiligten Leistungserbringern des IV-Projekts bestehen kurze Kommunikationswege, so dass notwendige Abklärungen zur Verbesserung des Versorgungsprozesses jederzeit kurzfristig möglich sind.

Im Rahmen des IV-Projekts Endoprothetik Münster wird den Patienten eine Rehabilitationsform angeboten, die in der Regelversorgung nicht vorgesehen ist, für bestimmte Patienten aber medizinische Vorteile mit sich bringt. Diese Rehabilitationsform teilt sich in eine stationäre und eine ambulante Rehabilitationsphase auf. Patienten, die sich für diese Form der Rehabilitation entscheiden, werden zunächst stationär und anschließend ambulant versorgt. Mithilfe dieser Mischform können die Patienten von den Vorteilen der stationären Rehabilitation – einer intensiven Behandlung direkt nach der Operation – und den Vor-

teilen der ambulanten Rehabilitation – einem über einen längeren Zeitraum andauernden strukturierten Behandlungsprozess – profitieren. Gleichzeitig werden durch den kürzeren Aufenthalt in der kostenintensiven stationären Rehabilitation geringere Kosten verursacht. Allerdings stellt diese Mischform eine Herausforderung in der Kommunikation gegenüber dem Patienten dar, da deutlich gemacht werden muss, dass der – im Vergleich zu anderen Patienten – kürzere Aufenthalt in der stationären Rehabilitation kein Versorgungsnachteil ist. Hier wird in Zukunft in noch stärkerem Maße eine gemeinsame Kommunikationsstrategie der Vertragspartner greifen, um den Patienten die Vorteile der geteilten Rehabilitation zu verdeutlichen.

3. Patientenbefragung

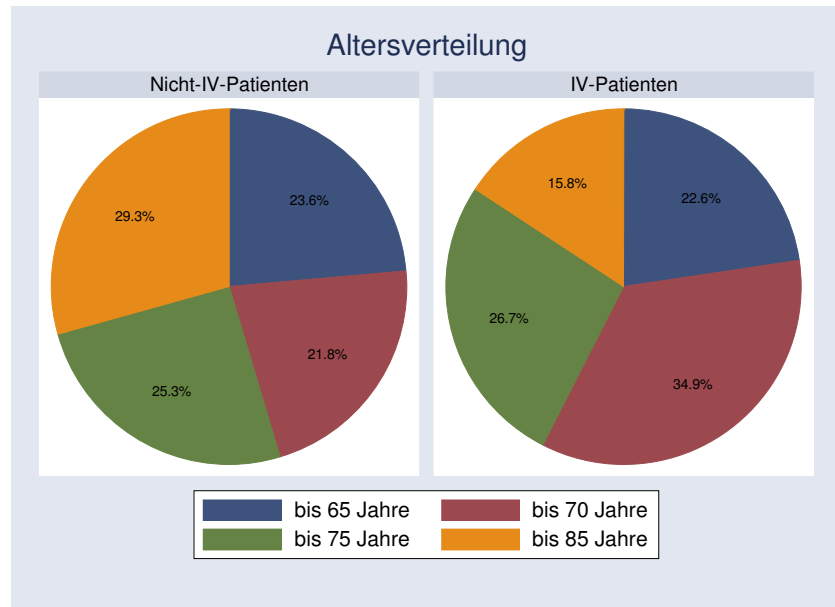
Die schriftliche Patientenbefragung bildet ein Kernelement der Evaluation. Von den 640 verschickten Fragebögen wurden 325 Fragebögen von den Patienten ausgefüllt zurückgeschickt und konnten so im Rahmen der Analyse ausgewertet werden. Von Interesse waren zum einen die Wahrnehmung der Besonderheiten der Integrierten Versorgung und zum anderen die Unterschiede zur Regelversorgung.

Sämtliche 243 Patienten, die bislang an dem IV-Projekt teilgenommen haben, wurden schriftlich befragt. Gleichzeitig wurde eine Vergleichsgruppe aus 400 Patienten gebildet, die nach Indikation, nach soziodemographischen Kriterien und nach den Rahmenbedingungen ihrer Versorgung (regionaler Kontext und Fallzahlen der Krankenhäuser) einen statistisch validen Vergleich ermöglicht. Mit einer Rücklaufquote von etwa 61 % aus der Gruppe der befragten IV-Patienten (149 Fragebögen) und von 44 % in der Vergleichsgruppe (176 Fragebögen) konnten umfassende Informationen über die von den Patienten wahrgenommenen Unterschiede der beiden Versorgungsformen gewonnen werden.

3.1. Struktur der Patientengruppen

Die Ex-Ante-Definition der Gruppencharakteristika spiegelt sich auch in den ausgewerteten Fragebögen wider. Das Gesamtsample, das 325 Auswertungen umfasst, setzt sich zu 45,8 % aus Fragebögen von IV-Patienten und zu 54,2 % aus Fragebögen der Vergleichsgruppe (Nicht-IV-Patienten) zusammen. Die Verteilung von Frauen und Männer über die beiden Vergleichsgruppen weist nur marginale Unterschiede auf. Die Gruppe der IV-Patienten besteht zu 70 % aus Frauen und zu 30 % aus Männern. Die Ver-

gleichsgruppe hat einen Frauenanteil von 72 % und einen Männeranteil von 28 %. Das Durchschnittsalter der IV-Patienten liegt bei 69,8 Jahren (Min: 36; Max: 85). In der Vergleichsgruppe liegt das Durchschnittsalter bei 71,1 Jahren (Min: 35; Max: 91).

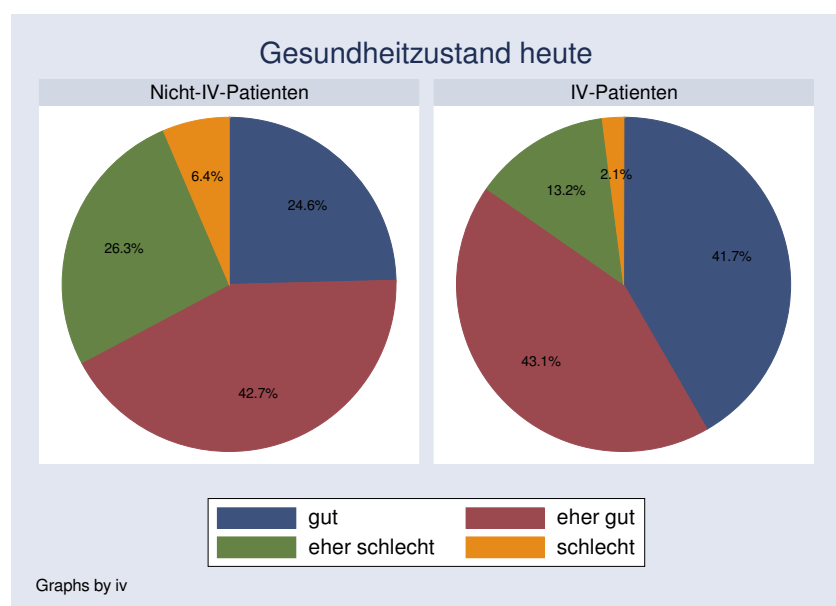


Die Verteilung der operierten Gelenke weist nur kleine Unterschiede zwischen den Gruppen auf, die für die Vergleichbarkeit zu vernachlässigen sind.

3.2. Auswertungen der vergleichenden Befragung

Gesundheitszustand heute

41,7 % der IV-Patienten schätzen ihren heutigen Gesundheitszustand als „gut“ ein. In der Vergleichsgruppe schätzen 24,6 % der Patienten ihren heutigen Gesundheitszustand als „gut“ ein.

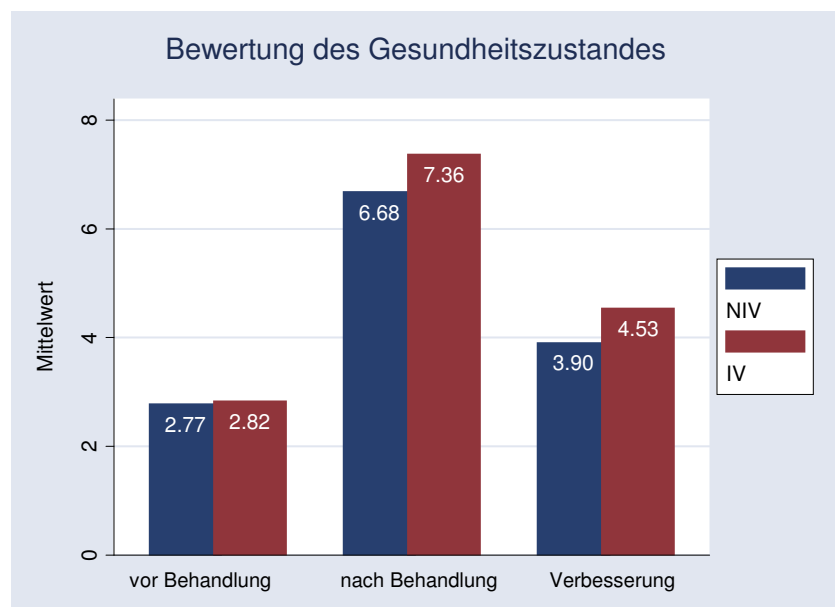


- ⇒ Der Gesundheitszustand heute wird von den befragten IV-Patienten signifikant besser eingeschätzt als von den Patienten der Vergleichsgruppe.

Die individuellen Aussagen über den heutigen Gesundheitszustand der Patienten wurden durch die gleichzeitige Kontrolle für Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand vor Behandlung (Schätzmodell *ordered probit*, ausgelegt für ordinale Skalen) abgesichert, so dass potentielle Einzeleffekte statistisch separiert sind.

Verbesserung des Gesundheitszustands

Die Patienten wurden im Fragebogen gebeten, ihren Gesundheitszustand vor der Operation und nach Abschluss der Behandlung auf einer Skala von 1 bis 10 anzugeben.



- ⇒ IV-Patienten schätzen die Entwicklung ihres Gesundheitszustands (Differenz von Gesundheitszustand vor Operation und Gesundheitszustand nach Abschluss der Behandlung) signifikant besser ein als die Patienten der Vergleichsgruppe.

Die Ergebnisse wurden durch die gleichzeitige Kontrolle für Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand vor Behandlung (Schätzmodell *linear regression* ausgelegt für metrische Skalen) abgesichert, so dass potentielle Einzeleffekte statistisch separiert sind.

Beurteilung des Krankenhausaufenthalts

Grundsätzlich wird der Krankenhausaufenthalt in beiden Vergleichsgruppen überwiegend positiv bewertet. In der Gruppe der IV-Patienten bewerten 84,1 % ihren Krankenhausaufenthalt mit „gut“, während in

der Vergleichsgruppe 62,9 % ihren Krankenhausaufenthalt mit „gut“ bewerten.

- ⇒ **IV-Patienten beurteilen ihren Krankenhausaufenthalt signifikant besser als die Patienten der Vergleichsgruppe.**

Die Ergebnisse wurden durch die gleichzeitige Kontrolle für Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand vor Behandlung (Schätzmodell *ordered probit*, ausgelegt für ordinale Skalen) abgesichert, so dass potentielle Einzeleffekte statistisch separiert sind.

Gesamteindruck der Rehabilitation

Grundsätzlich wird die Rehabilitation in beiden Vergleichsgruppen von der überwiegenden Zahl der Patienten positiv bewertet. Mit „gut“ bewerteten 81,7 % der IV-Patienten ihre Rehabilitation, bei der Vergleichsgruppe waren es 65,9 %.

- ⇒ **Der Gesamteindruck der Rehabilitation ist bei IV-Patienten signifikant besser als bei den Patienten der Vergleichsgruppe.**

Die Ergebnisse wurden durch die gleichzeitige Kontrolle für Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand vor Behandlung (Schätzmodell *ordered probit*, ausgelegt für ordinale Skalen) abgesichert, so dass potentielle Einzeleffekte statistisch separiert sind.

Unterschiede zu anderen Patienten

Die Patienten wurden im Rahmen des Fragebogens gefragt, ob sie in Krankenhaus und Rehabilitation Unterschiede zwischen der eigenen Versorgung und der ihrer Mitpatienten beobachtet hätten. Sowohl in der Gruppe der IV-Patienten als auch in der Vergleichsgruppe haben mehr als 95 % keine Unterschiede beobachten können.

3.3. Zwischenfazit der vergleichenden Patientenbefragung

- ⇒ **Patienten, die an der IV teilgenommen haben, bewerten ihren heutigen Gesundheitszustand und die Verbesserung ihres Gesundheitszustands im Vergleich zu der Zeit vor der Operation signifikant besser.**
- ⇒ **Patienten, die an der IV teilgenommen haben, bewerten ihren Krankenhausaufenthalt signifikant besser.**
- ⇒ **Patienten, die an der IV teilgenommen haben, bewerten ihre Rehabilitation (stationär und ambulant) signifikant besser.**

- ⇒ **Weder im Krankenhaus noch in der Rehabilitation haben die IV-Teilnehmer das Gefühl, anders behandelt zu werden als andere Patienten.**

Betrachtet man den letzten Punkt im Zusammenhang mit der signifikant höheren Zufriedenheit der IV-Patienten mit Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalt, zeigt sich, dass die Einzelbewertungen der IV-Patienten zwar im Durchschnitt höher sind als die der Vergleichsgruppe, dass dennoch dem überwiegenden Teil der IV-Patienten kein Unterschied zur Regelversorgung aufgefallen ist. Das kann mehrere Gründe haben. Zum einen ist die Qualität der rein medizinischen Versorgung für alle Patienten gleich, egal, ob sie an der Integrierten Versorgung teilnehmen oder nicht. Zum anderen fehlen den Patienten oft auch konkrete Vergleichsmöglichkeiten, wenn sie nicht selbst schon einmal mit einer ähnlichen Indikation im Rahmen der Regelversorgung behandelt wurden.

3.4. Auswertung der IV-spezifische Befragung

In dem IV-spezifischen Teil des Fragebogens wurde die Zufriedenheit der Patienten mit der IV, die Bedeutung des Case Managements und die Determinanten für die jeweiligen Einschätzungen untersucht.

- ⇒ **63,8 % der befragten IV-Patienten sind mit der IV „sehr zufrieden“, weitere 28,4 % „eher zufrieden“.**

Als wichtigste Gründe für die Teilnahme an der IV machen die Patienten vor allem Aussagen, die sich in folgende Kategorien zusammenfassen lassen:

- Medizinische und pflegerische Betreuung
- Behandlungsstruktur
- Case Management

Das Case Management wird von mehr als 75 % der Patienten, die an der IV teilgenommen haben, als wichtig eingeschätzt. Dabei liegen die zentralen Aufgaben des Case Managements nach Meinung der Patienten in folgenden Leistungen:

- Information / Aufklärung / Beratung
- Steuerung / Koordination des Behandlungsprozesses
- Fürsorge / Betreuung

- ⇒ **Über 90 % der IV-Patienten würden ihren Familienangehörigen oder Freunden im Bedarfsfall eine Teilnahme an der IV empfehlen.**

Trotz der insgesamt hohen Zufriedenheit mit der IV und der positiven Hervorhebung des strukturierten Behandlungsverlaufs fühlen sich jedoch nur 56,8 % der IV-Patienten in der Integrierten Versorgung besonders behandelt.

3.5. Ergebnisse der Patientenbefragung

- ⇒ Die Versorgungsqualität in der IV wird signifikant besser eingeschätzt als in der Regelversorgung. Die IV-Patienten bewerten sowohl ihren Aufenthalt in Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung als auch die Entwicklung ihres Gesundheitszustandes besser als die Patienten der Regelversorgung.
- ⇒ Trotz dieser Unterschiede fühlt sich ein großer Teil der Patienten in der Integrierten Versorgung nicht besonders behandelt. Hier liegt für die beteiligten Vertragspartner, vor allem aber für die BARMER ein Potential, die bessere und gleichzeitig günstigere Versorgung der Patienten bzw. Versicherten deutlicher zu kommunizieren.

4. Bonus-Inanspruchnahme

Patienten, die am IV-Modell Endoprothetik Münster teilnehmen, haben Anspruch auf Rückerstattung von bis zu 150 EUR an geleisteten Zuzahlungen. Die Erstattung erfolgt durch die BARMER Ersatzkasse auf Antrag des Patienten.

Diese Bonusleistung wird von auffallend wenigen IV-Teilnehmern in Anspruch genommen. Anhand des geringen Ausnutzungsgrads der Rückerstattung lässt sich vermuten, dass diese Bonusleistung kein zentrales Entscheidungskriterium für viele Versicherte ist, an der IV teilzunehmen. Aus diesem Grund werden im Kreis der Vertragspartner alternative Möglichkeiten von Zusatzleistungen geprüft, um die für die Zuzahlungserstattung bereitgestellten Mittel für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungsqualität einzusetzen.

5. Nachuntersuchungen

Die endoprothetische Versorgung im Rahmen des IV-Projekts beinhaltet nach Abschluss der Rehabilitation sechs Nachuntersuchungen in einem Zeitraum von zehn Jahren. Die Nachuntersuchungen bestehen aus therapeutischer Gangbildanalysen, ärztlichen Kontrolluntersuchungen und gegebenenfalls Röntgenkontrollen.

Bezüglich der Dokumentation der Nachuntersuchungen bestehen bislang noch Defizite: Die Untersuchungen werden nicht zentral erfasst, sondern von

den behandelnden Krankenhäusern durchgeführt. Somit ist aus Projektperspektive noch keine Auswertung der Nachuntersuchungen möglich. In Zukunft wird ein Teil der Nachuntersuchungen auch durch die in das IV-Projekt eingebundenen niedergelassenen Orthopäden durchgeführt werden, wodurch eine zentrale Koordination der Nachuntersuchungen noch wichtiger wird.

- ⇒ Zukünftig soll daher das Case Management zentrale für Organisation, Betreuung und Dokumentation der Nachuntersuchungen zuständig sein. Auf diesem Wege kann eine Integration der Nachuntersuchungen in den Gesamtzusammenhang der Versorgung gewährleistet werden.

6. Veränderungen der Aufenthaltsdauer

Dauer des Krankenhausaufenthalts

Nicht-IV-Patienten liegen durchschnittlich 14,8 Tage im Krankenhaus, IV-Patienten durchschnittlich 13,5 Tage.

- ⇒ In der IV verkürzt sich die durchschnittliche Liegezeit im Krankenhaus um 1,3 Tage.

Dauer des Aufenthalts in stationärer Rehabilitation

Die Aufenthaltsdauer in der stationären Rehabilitation beträgt bei IV-Patienten durchschnittlich 17,9 Tage und bei Nicht-IV-Patienten durchschnittlich 19,6 Tage. Die Dauer der stationären Behandlung stellt sich für IV-Patienten als signifikant niedriger dar als in der Vergleichsgruppe.

- ⇒ Der Aufenthalt in der stationären Rehabilitation verkürzt sich in der IV durchschnittlich um 1,7 Tage.

Die Ergebnisse wurden durch die gleichzeitige Kontrolle für Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand vor Behandlung (Schätzmodell *linear regression*, ausgelegt für metrische Skalen) abgesichert, so dass potentielle Einzeleffekte statistisch separiert sind.

Dauer des Aufenthalts in ambulanter Rehabilitation

Die Aufenthaltsdauer in der ambulanten Rehabilitation beträgt bei IV-Patienten durchschnittlich 16,6 Tage und bei Nicht-IV-Patienten durchschnittlich 19,6 Tage. Die Dauer der ambulanten Behandlung stellt sich für IV-Patienten als signifikant niedriger dar als in der Vergleichsgruppe.

- ⇒ Damit verkürzt sich in der Integrierten Versorgung der Aufenthalt in der ambulanten Rehabilitation durchschnittlich um etwa 3 Tage.

Die Ergebnisse wurden durch die gleichzeitige Kontrolle für Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand vor Behandlung (Schätzmodell *linear regression*, ausgelegt für metrische Skalen) abgesichert, so dass potentielle Einzeleffekte statistisch separiert sind.

- ⇒ Insgesamt lässt sich für die beobachtbare Veränderung der Aufenthaltsdauer in Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung zeigen, dass die Integrierte Versorgung durch bessere Koordination der Leistungsprozesse zwischen den einzelnen Leistungserbringern in der Lage ist, die Versorgung durch signifikant kürzere Liegezeiten wirtschaftlicher zu gestalten, und das bei einer gleichzeitig höheren Patientenzufriedenheit.

7. Wirtschaftlichkeitsanalyse

Die Wirtschaftlichkeitsanalyse des IV-Projekts Münster wurde auf der Grundlage von tatsächlich angefallenen Kosten vorgenommen. Aus anonymisierten Kosteninformationen pro Patient des Integrationsmodells und pro Patient der Regelversorgung konnten Durchschnittswerte für die Gruppe der IV-Teilnehmer und für die Vergleichsgruppe der Regelversorgungsteilnehmer ermittelt werden. Für die Analyse der IV-Gruppe wurden die Daten von 305 Patienten erfasst, die an der IV teilgenommen haben. Die Kosten für Heil- und Hilfsmittel (für den Zeitraum von sechs Monaten postoperativ) konnten auf der Basis von 119 Datensätzen berechnet werden. Für die nach demographischen Kriterien zusammengestellte Vergleichsgruppe wurden 242 Patientendatensätze der BARMER Ersatzkasse verwendet. Die Kosten für Heil- und Hilfsmittel (für den Zeitraum von sechs Monaten postoperativ) berechnen sich aus 278 Datensätzen.

(Nebenbemerkung: Die Kosten für Heil- und Hilfsmittel können von den Krankenkassen nicht indikationspezifisch erfasst werden und ermöglichen somit keine isolierte indikationsbezogene Kostenermittlung.)

- ⇒ Im Ergebnis liegen die vollständigen Versorgungskosten (akutstationäre Versorgung, stationäre bzw. ambulante Rehabilitation, Heil- und Hilfsmittelversorgung) innerhalb der IV durchschnittlich um mehr als 10 % unter den Kosten der Regelversorgung.

8. Fazit

Mit den hier vorgestellten Ergebnissen der Evaluation des Projekts zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster mit den Vertragspartnern BARMER Ersatzkasse, St. Franziskus-Stiftung Münster und inoges ag lässt sich zeigen, dass die Integrierte Versorgung als innovative Versorgungsform in der Lage ist, die Gesundheitsversorgung in Deutschland auf ein neues Qualitätsniveau zu heben. Dazu bedarf es des mutigen Einsatzes aller Beteiligten – den die Vertragspartner bereits durch ihre Unterschrift unter den IV-Vertrag im Oktober 2003 gezeigt haben.

Bis heute hat die Integrierte Versorgung dazu beigetragen, die Versorgung von Patienten in der Knie- und Hüft-Endoprothetik besser und wirtschaftlicher zu gestalten. Dennoch liegen in der Integrierten Versorgung noch einige Potentiale, die bisher nur unzureichend gehoben wurden. Diese erste Evaluation eines IV-Projekts dieser Dimension durch das Institut für Strategieentwicklung hat auch die ungenutzten Potentiale zum Vorschein gebracht und Wege aufgezeigt, wie diese realisiert werden können. Ein Schritt, den die Vertragspartner bereits vollzogen haben, ist die Einbindung der Gruppe der niedergelassenen Orthopäden. Damit ist die Grundlage geschaffen, um in Zukunft auch die medizinischen Ergebnisse der Integrierten Versorgung umfassend zu dokumentieren und wissenschaftlich zu analysieren. So soll sich zeigen, ob neben einer höheren Patientenzufriedenheit und einer verbesserten Wirtschaftlichkeit auch die medizinische Versorgungsqualität durch die Integrierte Versorgung gesteigert werden kann.

Das Projekt zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster kann durch den beständigen Einsatz aller Beteiligten zu einem Referenzprojekt für das Deutsche Gesundheitswesen werden. Es kann als Best-Practise-Beispiel für andere IV-Modelle dienen und so dafür sorgen, dass in Zukunft möglichst viele Patienten in unterschiedlichsten Indikationsbereichen von einer besseren und wirtschaftlicheren Gesundheitsversorgung im Rahmen der Integrierten Versorgung profitieren.

Institut für Strategieentwicklung, Witten/Herdecke, 14. Juni 2006

Manuel Dolderer

Tel. +49 (0) 2302 / 915 - 281

Mobil +49 (0) 177 / 215 22 08

manuel.dolderer@ifse.de