



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM FREIBURG



Vorstellung des Projekts „Erweiterte koordinierte ärztliche Pflegeheimversorgung“

Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker, Dr. Boris Brühmann, Dr. Christina Reese, Rieka von der Warth (Evaluationsteam)

Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA) am IMBI

Projektpartner

Konsortialführung

- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) → Projektleitung, Gesamtkonzeption der neuen Versorgungsform

Konsortialpartner:

SEVERA (UKF)	<ul style="list-style-type: none">▪ Evaluationskonzept▪ Durchführung der Evaluation, Datenanalyse
ZGGF (UKF)	<ul style="list-style-type: none">▪ Schulungskonzept▪ Durchführung gemeinsamer Schulungen für Pflege und Ärzte▪ Entwicklung medizinischer und pflegerischer Behandlungspfade
GKV (BaWü)	<ul style="list-style-type: none">▪ Bereitstellung der für die Evaluation erforderlichen Routinedaten▪ Vertragsumsetzung bzgl. der neuen Versorgungsform
nubedian GmbH*	<ul style="list-style-type: none">▪ Entwicklung einer elektronischen Dokumentation („CoCareCockpit“)▪ Durchführung IT-Schulungen

*in Kooperation mit dem Forschungszentrum Informatik am Karlsruher Institut für Technologie (FZI)

Gliederung

- Hintergrund und Fragestellung
- Implementierte Intervention
- Evaluationsmethodik des Projektes
- Chancen des Projekts für Wissenschaft und Praxis

Hintergrund

- Die **(fach-)ärztliche Versorgung** in Pflegeheimen ist **defizitär**
(Balzer et al., 2013, Kleina et al., 2015)
- Mögliche **Ursachen:**
 - wirtschaftlich unattraktive **Vergütungsmodelle** für Ärzte
 - schwierige **Kommunikation und Kooperation** zwischen Pflegekräften, Hausärzten, Fachärzten
- Mögliche **Folgen:**
 - Fehlversorgung mit Medikamenten
 - nicht notwendige Krankenhausaufenthalte (Kleina et al., 2015)
- Krankenhausaufenthalte verursachen hohe **Kosten**, bedeuten für Heimbewohner **Stress** und können **negative Auswirkungen** haben (Renom-Guiteras et al., 2014)
- Viele Krankenseinweisungen von Heimbewohnern sind **potenziell vermeidbar** (lt. Studien ca. 50-70%) (Walker et al., 2009, Ouslander et al., 2010)

Fragestellung

**Führt eine Intervention zur Verbesserung
der (fach-)ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen
zu verbesserten Qualitäts- und Kosten-Outcomes?
(z.B. vermeidbare Krankenhauseinweisungen,
Lebensqualität der Bewohner)**

Projektstart: 1. April 2017

Dauer: 3 Jahre

Zu evaluierende Intervention

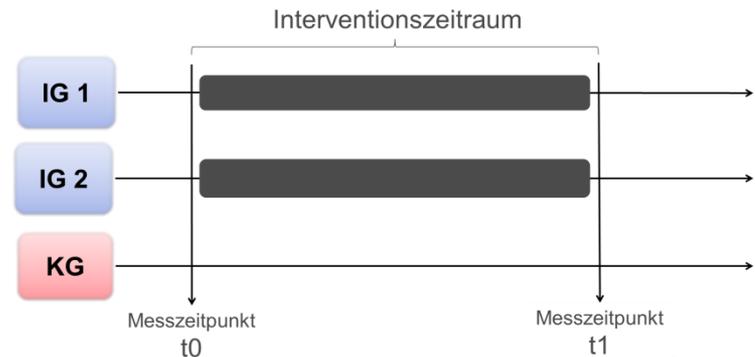
- Bildung von **Ärzteteams** (ca. 4 Hausärzte / Team)
- Wöchentliche **Hausarzt-Visiten** gemeinsam mit Pflegekraft
- Erweiterte **Erreichbarkeit** der Hausärzte
- 1x pro Quartal **Facharztvisite** gemeinsam mit Pflegekraft
- Verbesserung der **Kommunikation**:
 - Verantwortliche **Koordinatoren** im Pflegeheim
 - Einführung einer **elektronischen Dokumentation** (CCC)
 - **Quartals- und Jahresgespräche** mit Ärzten
- Erarbeitung strukturierter **Behandlungspfade** (incl. Schulungen für Ärzte und Pflegeverantwortliche)
- Verbessertes Management von **Krisensituationen** (Eskalationsschema)

Methodik des Projektes

Design

Kontrollgruppendedesign mit Prä-Post-Messung

- **Interventionsgruppe 1**
Vollumfängliche Implementierung des Konzeptes und Vergütung der einzelnen ärztlichen Interventionen
- **Interventionsgruppe 2**
Ausschließlich Einführung der zentralen Maßnahmen wie Bildung von Ärzteteams, CCC, Schulungen und Audits, gemeinsame Visiten sowie Jahresgespräche und Vergütung des erhöhten Dokumentationsaufwandes (CCC)
- **Kontrollgruppe**



Methodik des Projektes

Design

Unterscheidung zwischen verdichteten/ländlichen Landkreisen

	Interventions- gruppe 1	Interventions- gruppe 2	Kontrollgruppe
<i>Verdichtete Landkreise</i>	Böblingen	Ludwigsburg	Enzkreis mit Stadt Pforzheim
<i>Ländliche Landkreise</i>	Rottweil	Neckar- Odenwald- Kreis	Zollernalbkreis

Ziel: N=2.000 pro Gruppe

(aber aktuell Fallzahlprobleme, u.a. aufgrund Matching Ärzteteams-
Pflegeheime, ggf. Ausweitung auf weitere Kreise)

Methodik des Projektes

Evaluation

Prozessevaluation

- **Deskription** der implementierten Prozesse
 - Routinedaten Einrichtungen
 - Gruppeninterviews
 - Befragungen
- **Bewertung** der Prozesse
 - Gruppeninterviews
 - Befragungen
 - Audits → ZGGF
- **Rückmeldung** der laufenden Ergebnisse an die Projektbeteiligten

Ergebnisevaluation

- Ergebnisevaluation mit **Kontrollgruppendesign**
- **Zwei Interventionsgruppen**
IG1: vollumfängliche Implementierung und Vergütung;
IG2: begrenzte Implementierung und Vergütung
- **Hypothesen:**
 1. Veränderung der Qualitäts-/Kostenindikatoren in beiden IGs besser aus als in der KG;
 2. Veränderung der Qualitätsindikatoren fällt in IG1 besser aus als in IG2

Methodik des Projektes

Indikatoren

Qualitätsindikatoren in der Ergebnisevaluation

- vom Patienten wahrgenommene **Versorgungsqualität** und **Zufriedenheit** mit Versorgung
- wahrgenommener **Gesundheitszustand**
- **Adhärenz** zu strukturierten medizinischen Behandlungspfaden (Bewertung durch Experten)
- **Leitlinientreue** (Bewertung durch Experten)
- Bewertung der **ärztlichen Betreuung** sowie der **Kooperation** Ärzte-Pflege durch Bewohner, Angehörige und die beteiligten Behandler

Kostenindikatoren

- Gesamt- und Bereichskosten aus GKV-Routinedaten:
 - Stationäre Versorgung und Krankentransporte
 - Ambulante Versorgung
 - Verordnungsdaten (z.B. Medikation, Heil- und Hilfsmittel)
 - Kosten der Prozesse im Modellprojekt

Methodik des Projektes

Analysen

Gesundheitsökonomische Analysen

(Zusammenarbeit mit Dr. Klaus Kaier, IMBI)

- Kosten-Nutzen-Analysen (z.B. Projektkosten vs. Kostenersparnisse)
- Kosten-Effektivitäts-Analysen (Abgleich Kostenveränderung – Qualitätsveränderung)

Datenanalysen

- Qualitative Datenanalysen (von Interviews)
- Quantitativ-statistische Datenanalyse im Rahmen des Kontrollgruppendesigns
 - Allgemeine lineare Modelle mit Berücksichtigung der Multi-Ebenen-Struktur (Bewohner in Pflegeheimen in Landkreisen)
 - Propensity Score - Adjustierung

Chancen des Projekts für

Wissenschaft

- Erkenntnisse zur **Wirksamkeit (und Wirkungswegen)** eines innovativen Konzepts zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen
- Erkenntnisse zu **Barrieren und förderliche Faktoren** bei der Implementierung einer komplexen Intervention
- Erkenntnisse zur **interprofessionellen Kommunikation** (Arzt-Pflege)

Praxis

- Bei positiver Evaluation Möglichkeit der Integration der **CoCare-Intervention** in die Routineversorgung
- Hinweise zur Optimierung von **Schnittstellenproblemen** niedergelassene Ärzte - Pflegeheime

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Erik Farin-Glattacker
Mail erik.farin@uniklinik-freiburg.de
Tel. 0761 / 270-74430