

Ergebniskonferenz

Vernetzte Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen

16. März 2016

Alle Präsentationen

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen



Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Vernetzte Versorgung 13+1

Forschungsfrage und Studienaufbau

Berlin, 16. März 2016

Constance Stegbauer, M. Sc.

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen



Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Agenda

1

Fragestellung

2

Netzwerk psychische Gesundheit

3

Aufbau des Projekts

- Quantitative Analyse
- Qualitative Analyse
- Feedback an die Netzwerke
- Dissemination

4

Ihre Fragen

Vernetzte Versorgung 13+1

Titel	Strukturen und Prozesse einer effektiven und bedürfnisorientierten sektorenübergreifenden vernetzten Versorgung für Menschen mit psychischen Störungen (Vernetzte Versorgung 13+1)
Projektlaufzeit	Mai 2013 bis April 2016
Fördernummer	IIA5 - 2513FSB013

Projektpartner



Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



1

Fragestellung

Unsere Forschungsfragen

Was macht Netzwerke für psychisch kranke Menschen erfolgreich?

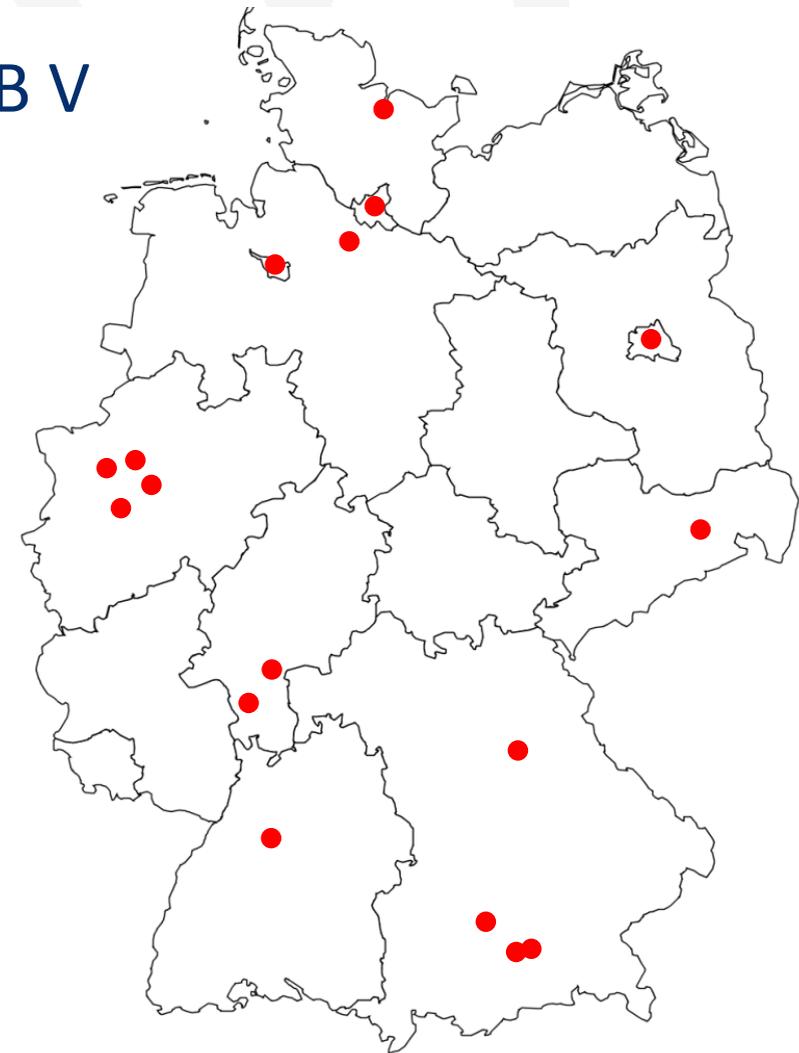
- **Wie** unterscheiden sich die Strukturen und Prozesse?
- **Wie** unterscheiden sich die patientenbezogenen Outcomes?
- **Welche** Strukturen und Prozesse beeinflussen inwieweit die patientenbezogenen Outcomes?
- **Welche** Erwartungen, Bedürfnisse und Hoffnungen haben Patienten, ihre Angehörigen und die Mitarbeiter in Bezug auf die Versorgung und die Kooperationsbeziehungen der Leistungserbringer in einem Netzwerk? Welche Prozesse tragen dazu bei diese zu erfüllen?
- **Wo** finden sich Optimierungspotenziale in den Strukturen und Prozessen der Netzwerke?

2

NetzWerk psychische Gesundheit

Netzwerk psychische Gesundheit

- Integrierte Versorgung nach §§140a-d SGB V
 - 17 Netzwerke für Menschen mit einer psychischen Erkrankung
 - 1 Netzwerk für Menschen mit Essstörung
- versorgen über 12.000 Menschen deutschlandweit (Stand 2013)



Kernstrukturen der Netzwerke



3

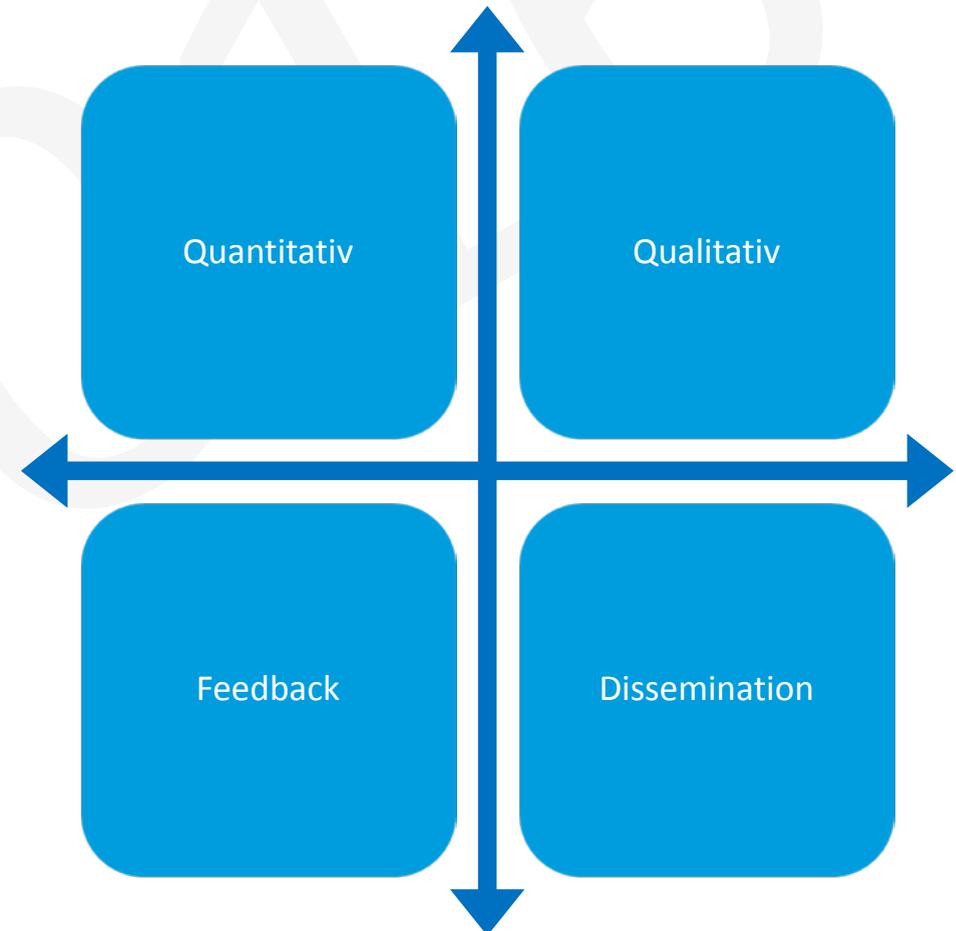
Aufbau des Projekts

- Quantitative Analyse
- Qualitative Analyse
- Feedback an die Netzwerke
- Dissemination der Ergebnisse

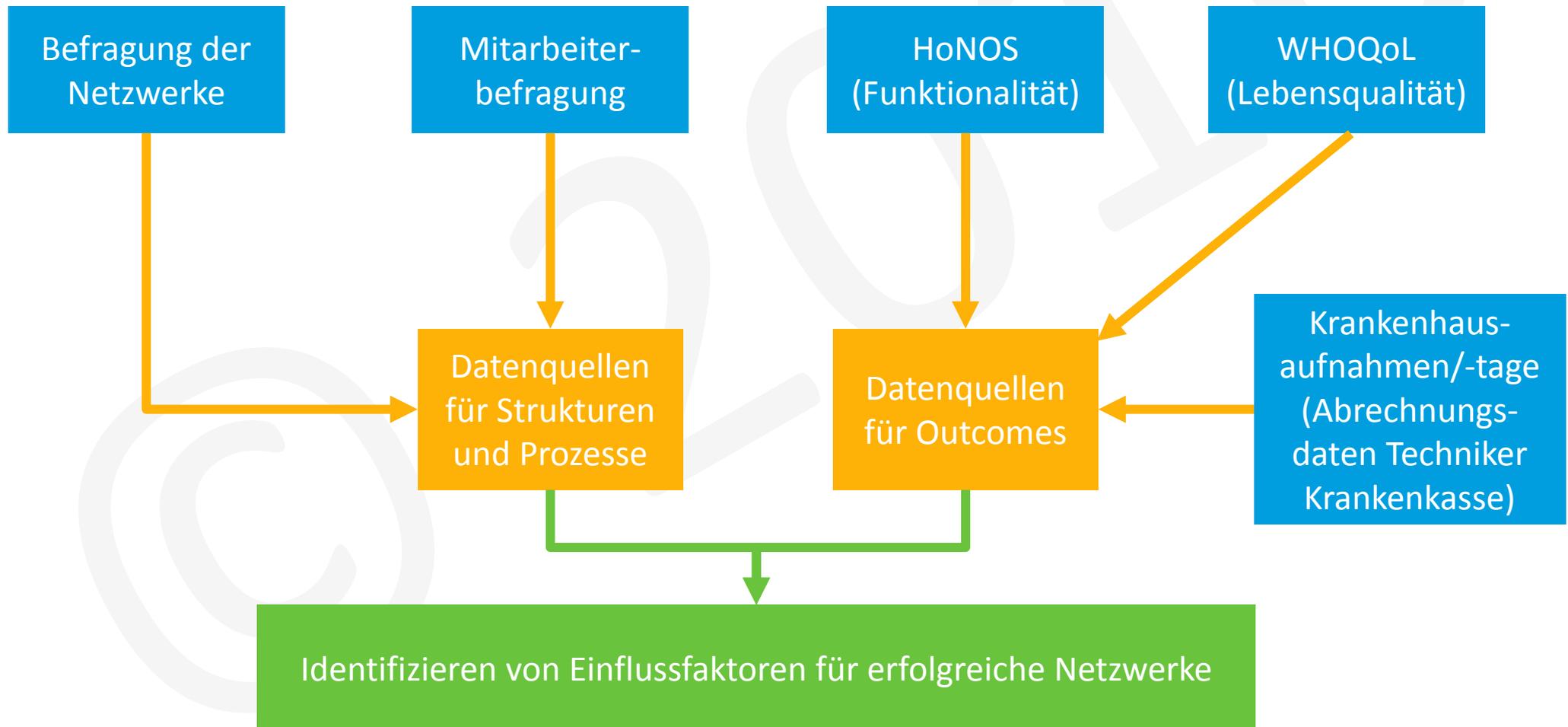
Aufbau des Projekts

Fragestellung:

Welche Versorgungsstrukturen und -prozesse müssen kooperative Versorgungsnetzwerke in Deutschland für Menschen mit psychischen Störungen aufweisen, damit sie effektiv sind und sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren?



Quantitative Analyse



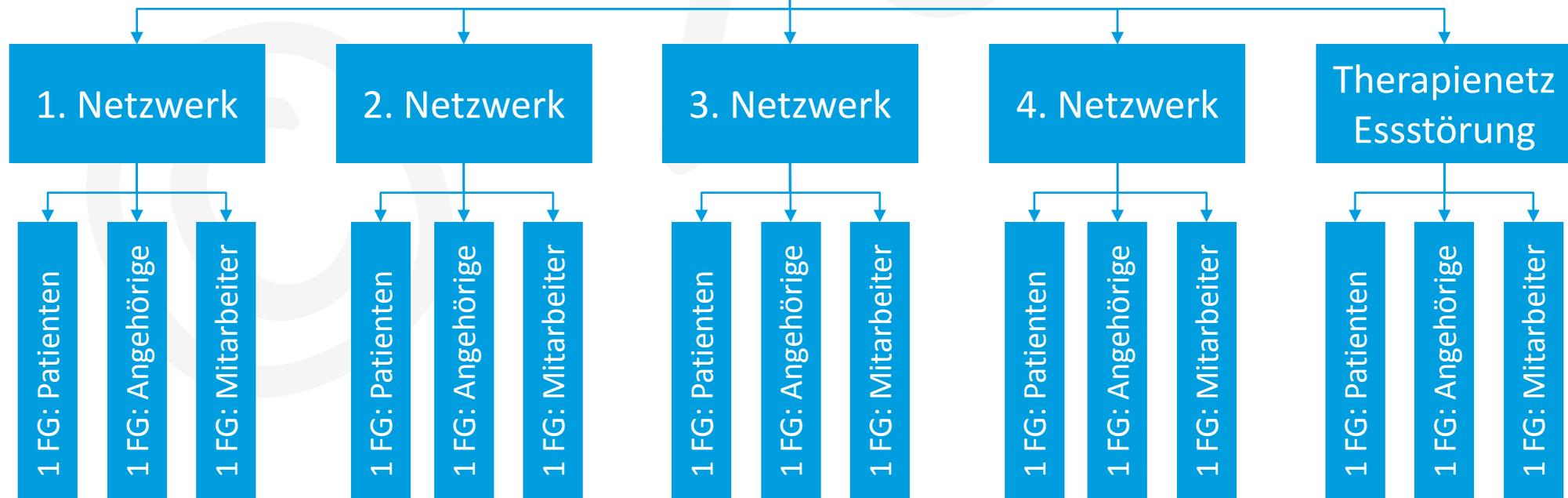
HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales

WHOQoL: World Health Organization Quality of Life

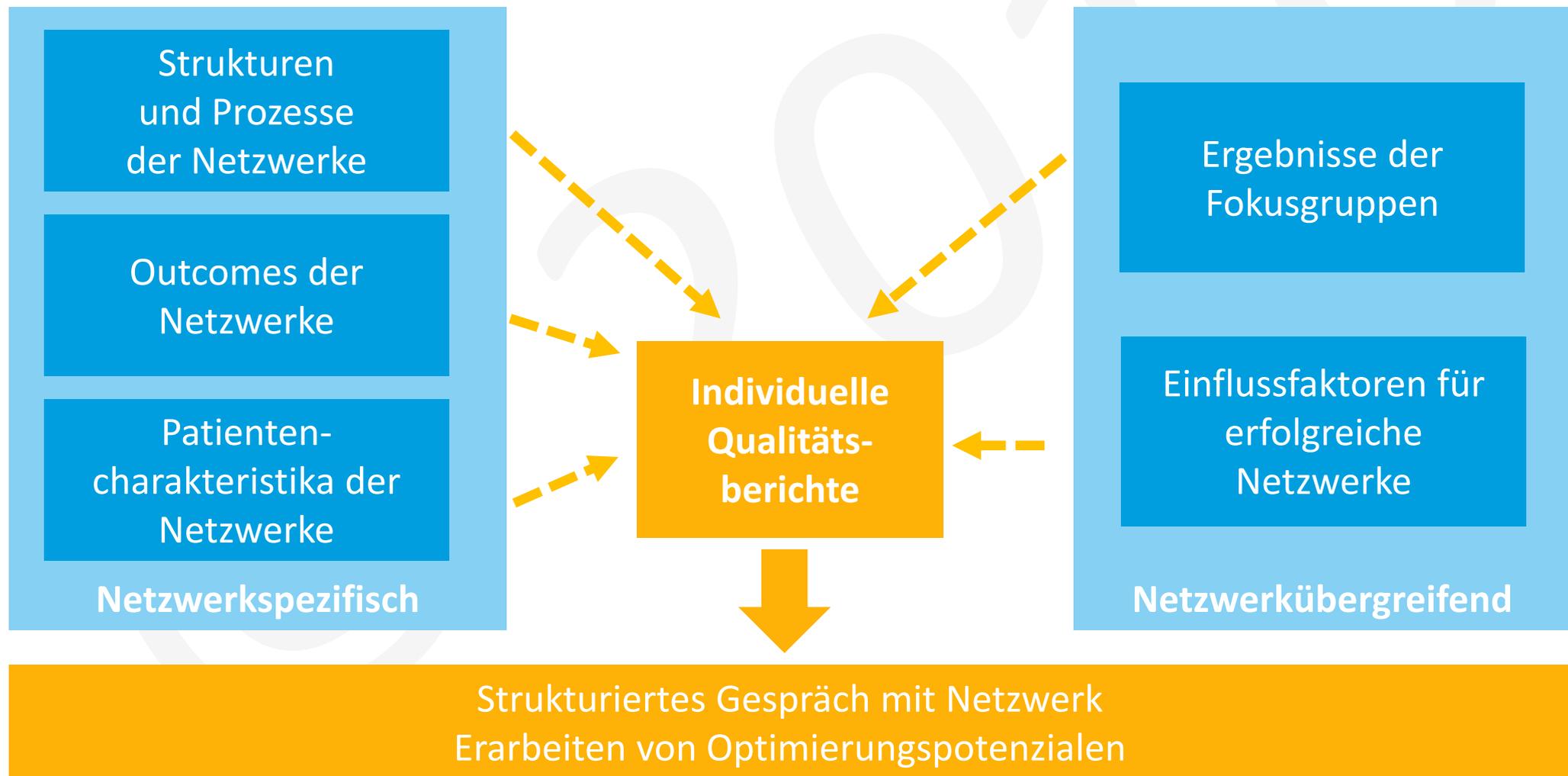
Qualitative Analyse

Welche Erwartungen, Bedürfnisse und Hoffnungen – bezogen auf die Versorgung und die Kooperationsbeziehungen der Leistungserbringer – haben die Patienten, ihre Angehörigen und die Mitarbeiter der Netzwerke?

15 Fokusgruppen (FG)

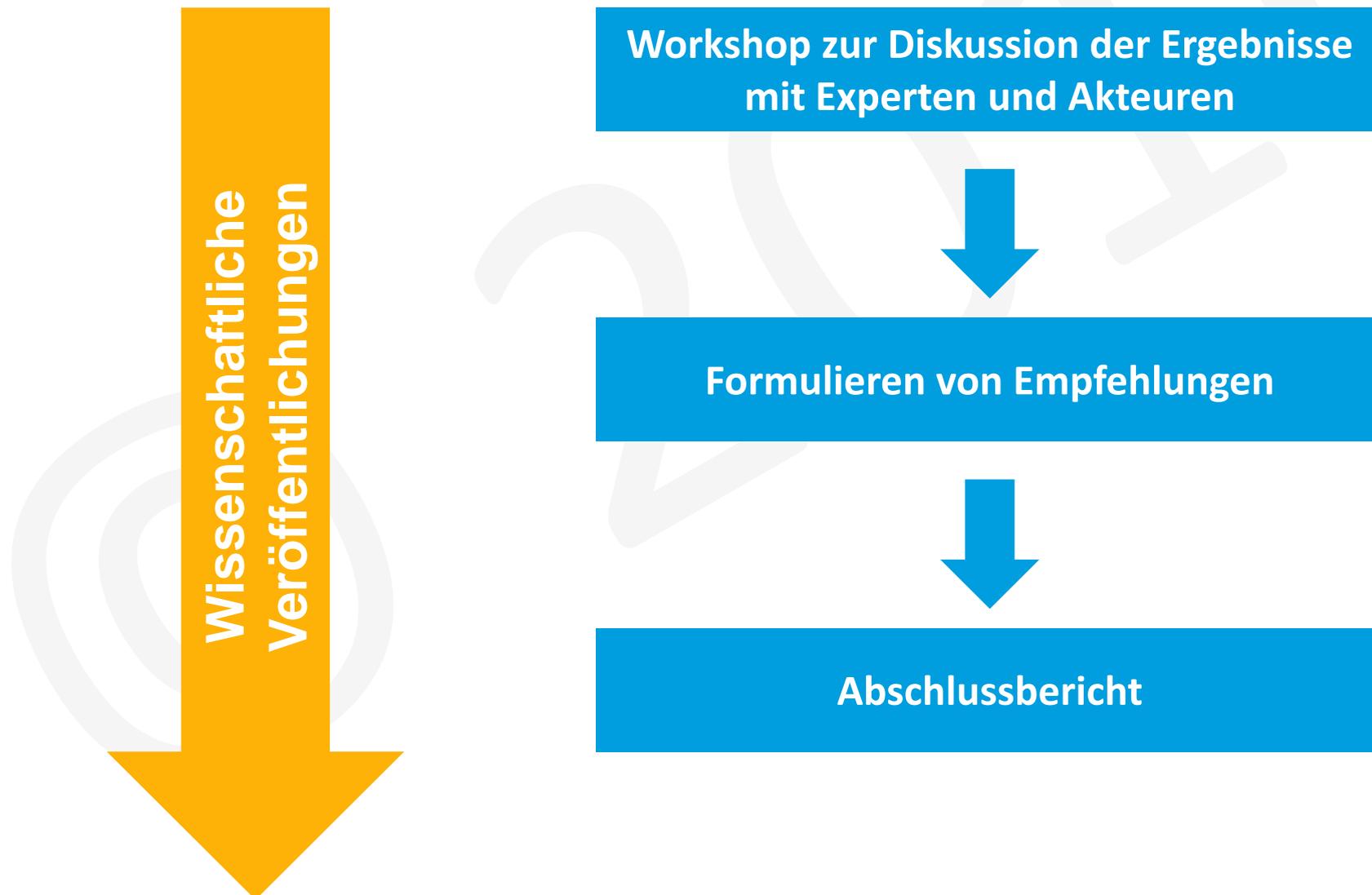


Feedback an die Netzwerke



Siehe auch: Ivers, N; Jamtvedt, G; Flottorp, S; Young, J; Odgaard-Jensen, J; French, S; O'Brien, M; Johansen, M; Grimshaw, J; Oxman, A (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 6: CD000259.

Dissemination der Ergebnisse



4

Ihre Fragen

Wir wünschen Ihnen eine anregende und spannende Veranstaltung!



Bildquelle: http://www.langenbeck-virchow-haus.de/images/images_galleries/Miscellaneous/LVH_Home_01.jpg
[Abrufdatum: 03.03.2016]

Möglichkeiten und Grenzen der Versorgungsforschung aus Sicht einer Krankenkasse

Ergebniskonferenz

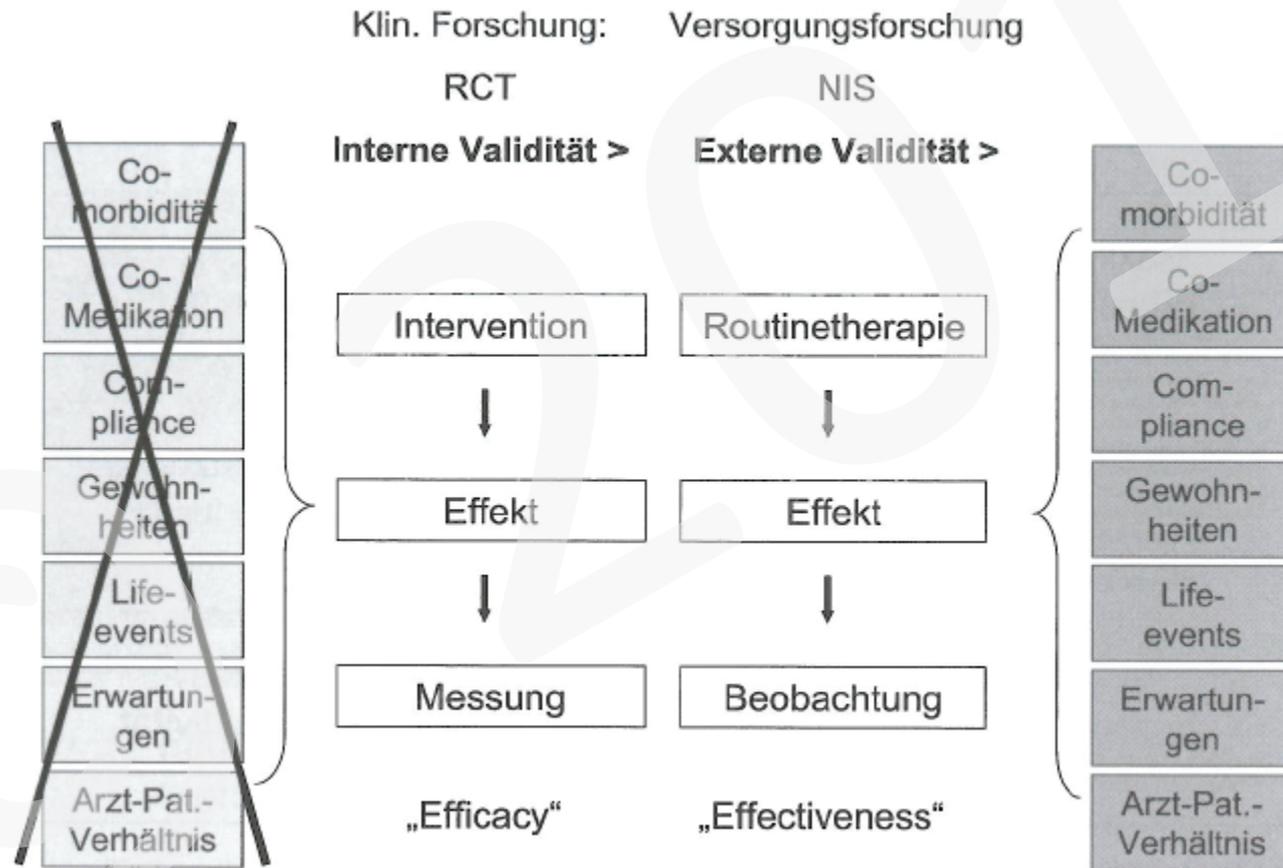
„Vernetzte Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen“

Dr. Frank Verheyen



WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT
DER TK FÜR NUTZEN UND EFFIZIENZ
IM GESUNDHEITSWESEN

Klinische Forschung versus Versorgungsforschung



Spannungsfeld Krankenkasse - Wissenschaft

- Bei der Allokation knapper Güter ist es wichtig, Transparenz über die Ergebnisse der Patientenversorgung herzustellen sowie die Qualität und Wirtschaftlichkeit kontinuierlich zu überprüfen und optimieren.
- Belastbare Entscheidungsgrundlagen erfordern ausdifferenzierte „Methodenwerkzeuge“:
 - zur Gestaltung adäquater (neuer) Versorgungskonzepte
 - zum Sammeln von Informationen über an sich wirksame Leistungen und Versorgungskonzepte zur Steuerung
- Ziel ist ein möglichst hohes Evidenzlevel bei der Evaluation von Versorgungsangeboten, aber: nicht immer ist ein RCT möglich bzw. sinnvoll

Spannungsfeld Krankenkasse - Wissenschaft

Versorgungsforschung als **Ergänzung**, nicht Ersatz von RCTs

Idealbedingung („efficacy“)

Homogen zusammengesetzte
Patientengruppen,
standardisierte Prozeduren,
ideale Studienbedingungen,
Ärzte als Experten eines
bestimmten Gebietes

Alltagsbedingungen („effectiveness“)

Heterogen zusammengesetzte
Patientengruppen, variable
Prozeduren, Bedingungen der
täglichen Praxis aller Ärzte

Effectiveness GAP: „There is a well-known gap between the clinical outcomes achieved within randomized controlled trials (RCTs) and those seen in real-world clinical practice“ (Weiss, 2009)

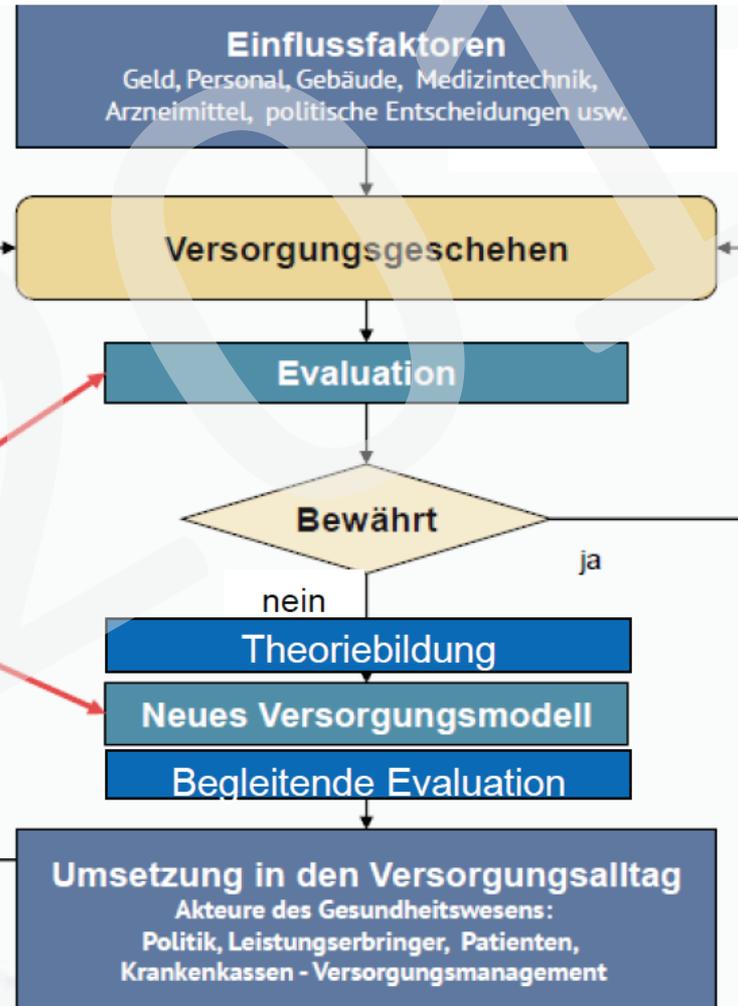
Grenzen der Versorgungsforschung

- Aktueller Trend: Von der beschreibenden zur erklärenden Versorgungsforschung
- Versorgungs-Realität: Leistungserbringer arbeiten nicht immer exakt nach einem Studienprotokoll, Untersuchung einer Kontrollgruppe ist oft schwierig, Störvariablen lassen sich nur bedingt kontrollieren
➔ begrenzen die Aussagekraft von Studien
- Effectiveness GAP: „There is a well-known gap between the clinical outcomes achieved within randomized controlled trials (RCTs) and those seen in real-world clinical practice.“

Versorgungsforschung als Lernende Versorgung / Lernendes System

**Gesundheits- und
Krankenversorgung -
Ein Lernendes System -
Rolle der Versorgungs-
forschung**

Versorgungsforschung



Ein lernendes Gesundheitssystem...

- wird durch gute Wissenschaft (Versorgungsforschung) vorangetrieben
 - TK/WINEG: Deshalb nutzen wir bei unseren Evaluationen -soweit möglich- hochwertige Methoden wie Randomisierung, Kontrollgruppen-Designs (Propensity Score Matching) etc...
- fokussiert auf Steigerung des Patientennutzens, nicht der Erlöse
 - TK/WINEG: Der Patient/Versicherte steht bei uns im Mittelpunkt, deshalb messen wir den Nutzen einer Maßnahme u.a. anhand von „patient reported outcomes“. Versorgung muss aber bezahlbar bleiben, deshalb muss bei geringem zu erwartenden Nutzen die Kasse auch steuernd eingreifen
- verbessert sich durch Implementierung und Evaluation wissenschaftlich abgesicherter innovativer Konzepte
 - TK/WINEG: Nicht immer ist bei Implementierung eines innovativen Konzeptes klar, ob dies wirklich den erwarteten Nutzen bringt. Ergebnisse einer Evaluation können auch Anhaltspunkte dafür liefern, wie welche innovativen Konzepte besser nicht in die Regelversorgung überführt werden sollten oder an welcher Stelle besser noch einmal nachgesteuert werden sollten.

Zusammenfassung

- Methodisch seriöse Forschung ist immer ergebnis-offen, auch negative Evaluations-Ergebnisse sind wertvoll für die „Lernende Versorgung“
- Neue Versorgungsformen sind „komplexe Interventionen“, die z.T. durch hohe Freiheitsgrade und hohe Variabilität gekennzeichnet sind
- Die Evaluation dieser „komplexen Interventionen“ macht i.d.R. ein mehrstufiges und multimodales Verfahren notwendig („Zerlegung“ des Versorgungs-geschehens in Teilschritte, Einbezug von Patientenberichteten Outcomes etc.)
- Weiterentwicklung von Methoden und Konzepten ist auch in Zukunft ein relevantes Thema, nicht nur für Krankenkassen!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.



Dr. Frank Verheyen | www.wineg.de | dr.frank.verheyen@wineg.de

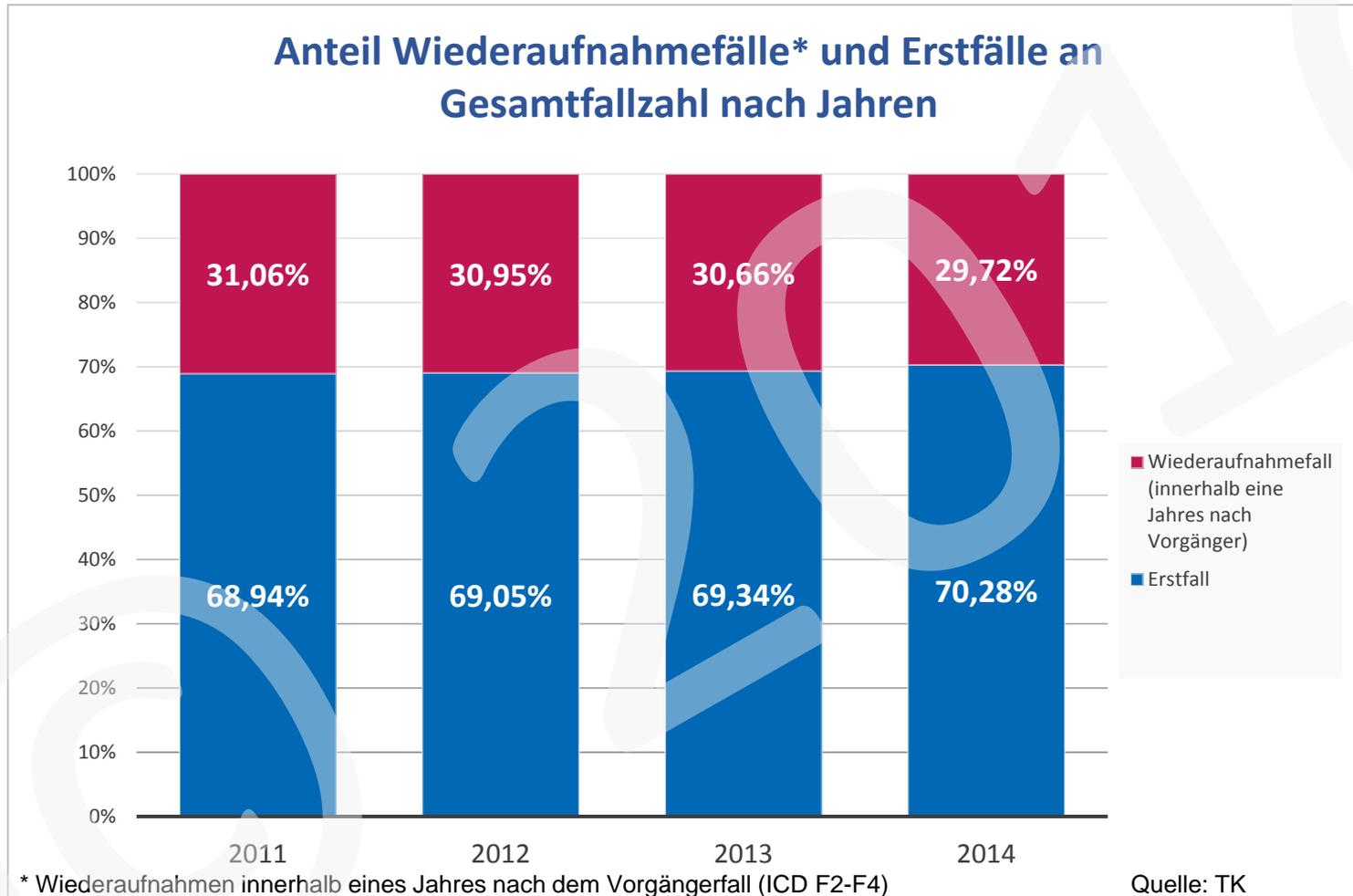


„Netzwerk psychische Gesundheit“

Für eine bessere Versorgung psychisch Kranker



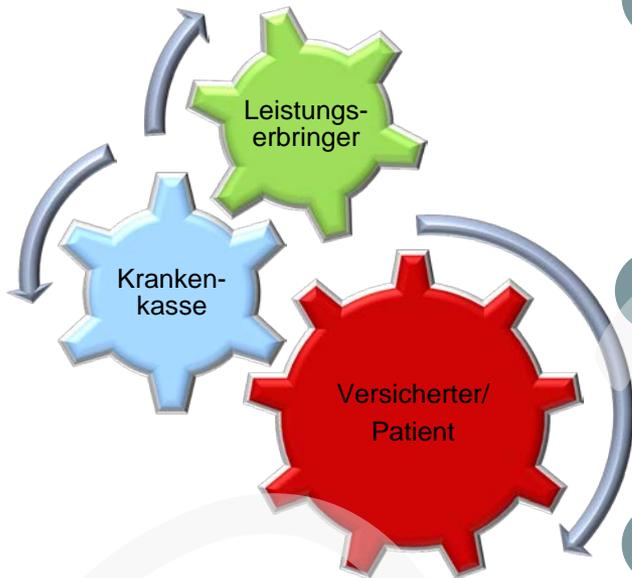
Der Drehtüreffekt in der Psychiatrie



30% der Patienten landen innerhalb eines Jahres erneut im Krankenhaus.

Versorgungsinhalte des NWpG

Hauptleistungen des Netzwerks



1 **Ergänzung zur haus- u. fachärztlichen Regelversorgung**

- Erreichbarkeit rund um die Uhr
- Persönlicher Ansprechpartner ("Bezugsbegleiter", MentorInnen)
- Trialog: Einbeziehung der Familie und Angehörigen

2 **Zugang zu GKV-Leistungen unbürokratisch und flexibel**

- Soziotherapie
- Ambulante psychiatrische Fachkrankenpflege
- Optional: Psychotherapie (Kurzzeit)

3 **Leistungen über die GKV-Regelversorgung hinaus**

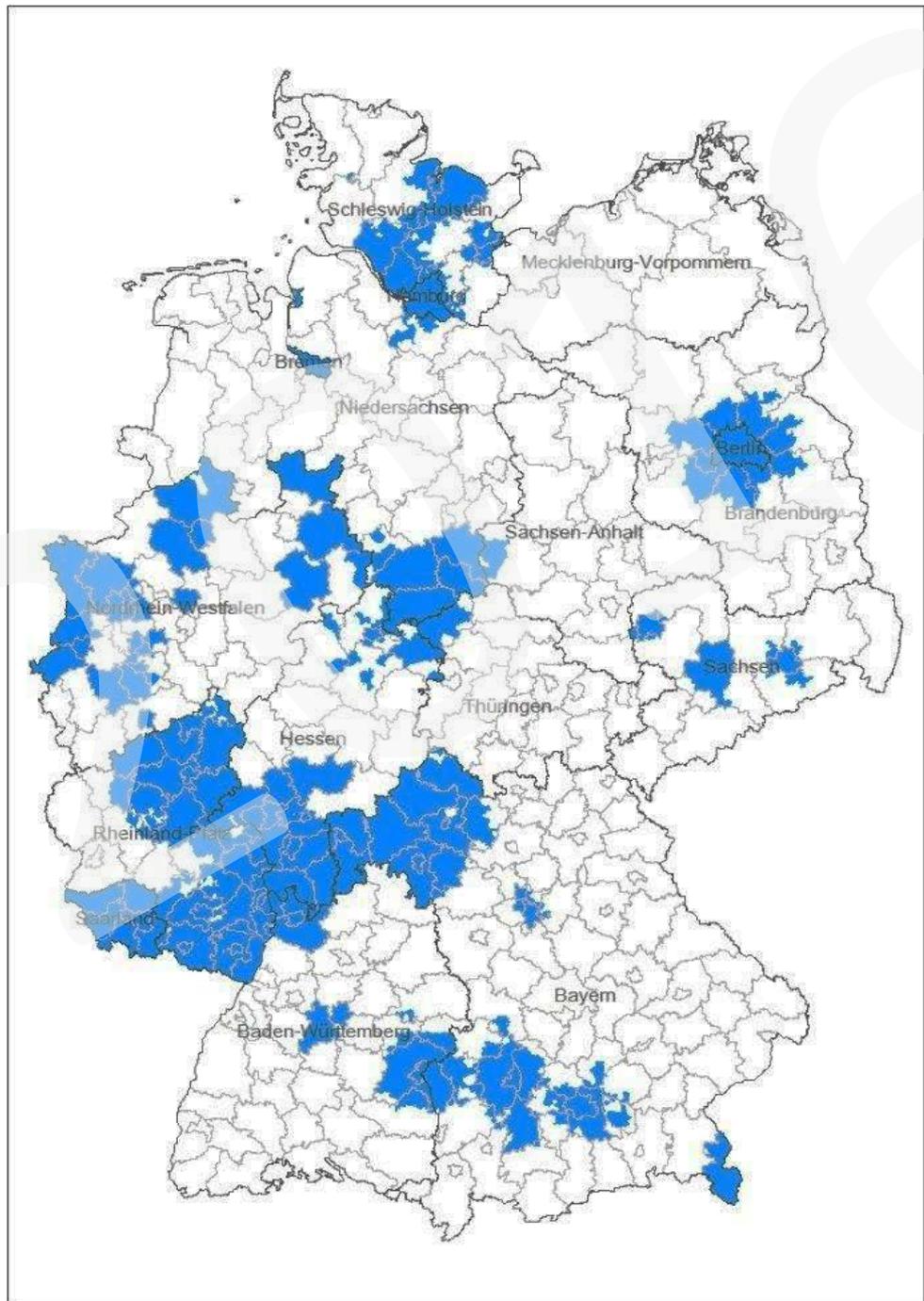
- Zuhause-Behandlung ("Need-adapted treatment")
- Stabilisierung vor Ort, sonst Rückzugsraum/Krisenpension
- Psychoedukation, auch für Angehörige

4 **Synergie zu komplementären Angeboten (z.B. SGB XI, XII)**

- Ambulante Rehabilitation, berufliche Wiedereingliederung
- Betreutes Wohnen

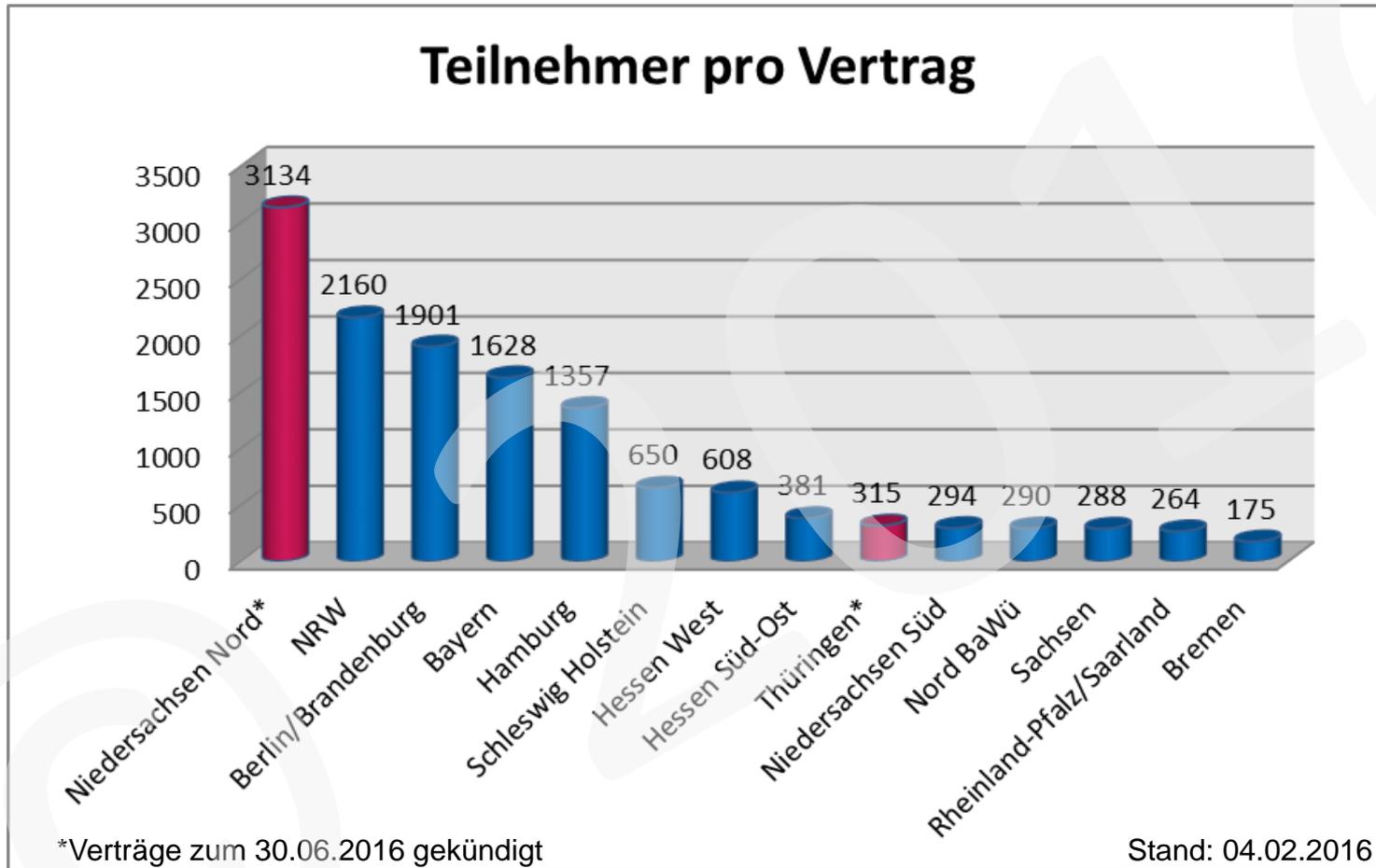
Standorte

- > 12 Verträge in 13 Bundesländern*
- > sowohl in Metropolregionen als auch in ländlichen Gebieten



* (SH, Hamburg, Bremen, Niedersachsen, NRW, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Sachsen)

Teilnehmer



Mit über 13.500 Teilnehmern in 2015 ist das NWpG zur Zeit das größte Angebot zur ambulanten Versorgung psychisch Kranker!

NetzWerk psychische Gesundheit

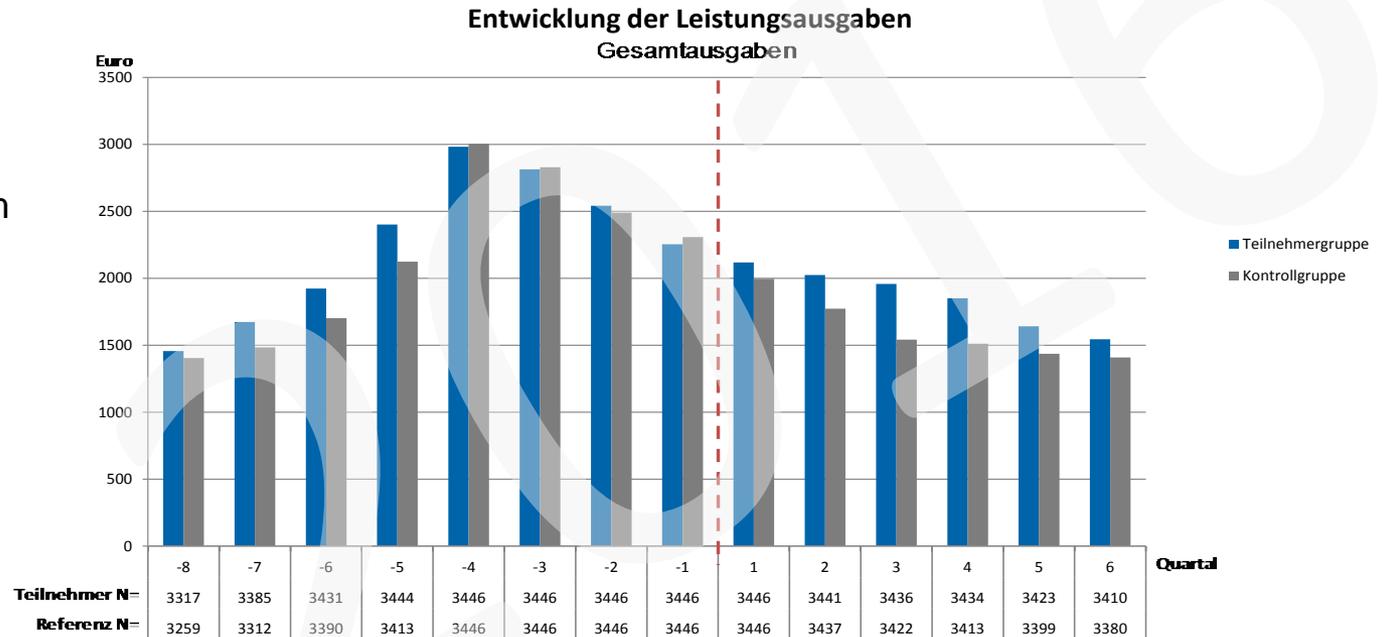
Ergebnisse der wirtschaftlichen Erfolgsmessung

- › Vergleich der Gesamtkosten der Neuteilnehmer aus 2013 mit den Gesamtkosten einer Kontrollgruppe
- › Betrachtung der Kostenentwicklung innerhalb eines Jahres nach Teilnahmebeginn

Die Bestimmung der Gesamtkostendifferenz für das erste Teilnehmerjahr zeigt signifikante Mehrkosten für die Teilnehmer.

Limitationen des Prädiktionsmodells

1. Das Ausgabenniveau ist 4 Quartale vor Interventionsbeginn am höchsten und flacht danach kontinuierlich ab. Somit erfolgt die Aufnahme der Versicherten in den Vertrag zu spät.



B137B
Erstellt durch EMVM, SMD im Oktober 2015

2. Bei einem relativ geringen durchschnittlichen KHS-Risiko von ca. 13% ist eine Realisierung von Einsparungen schwer.

Unter den Bedingungen des Prädiktionsmodells erfolgt keine rechtzeitige Erfassung von Versicherten mit einem hohen Risiko für einen stationären Aufenthalt!

Neuausrichtung

- Umstellung der Teilnehmerselektion unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt (aktives Entlassmanagement) -> Fokussierung auf Versicherte mit hohem KHS-Risiko
- Anpassung der Leistungsinhalte
- Erhöhung der Transparenz bzgl. des Leistungsgeschehens

Frank Herrmann

Techniker Krankenkasse

Tel. 040 - 69 09 - 16 30

frank.herrmann@tk.de

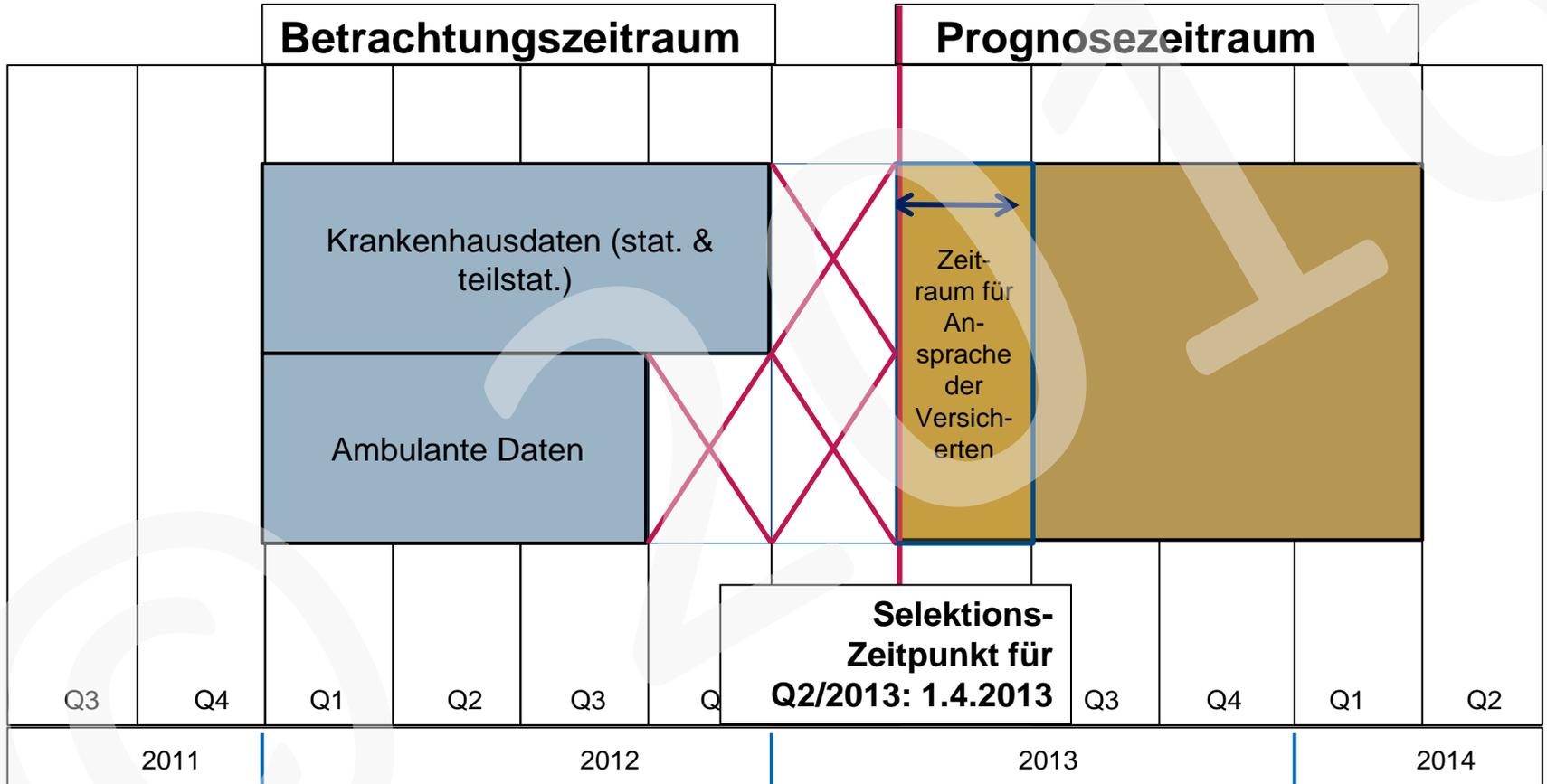
**Falls Sie noch
Fragen haben...**

...stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.



Die Versichertenselektion im NWpG

Von der Historie hin zu Prognosen



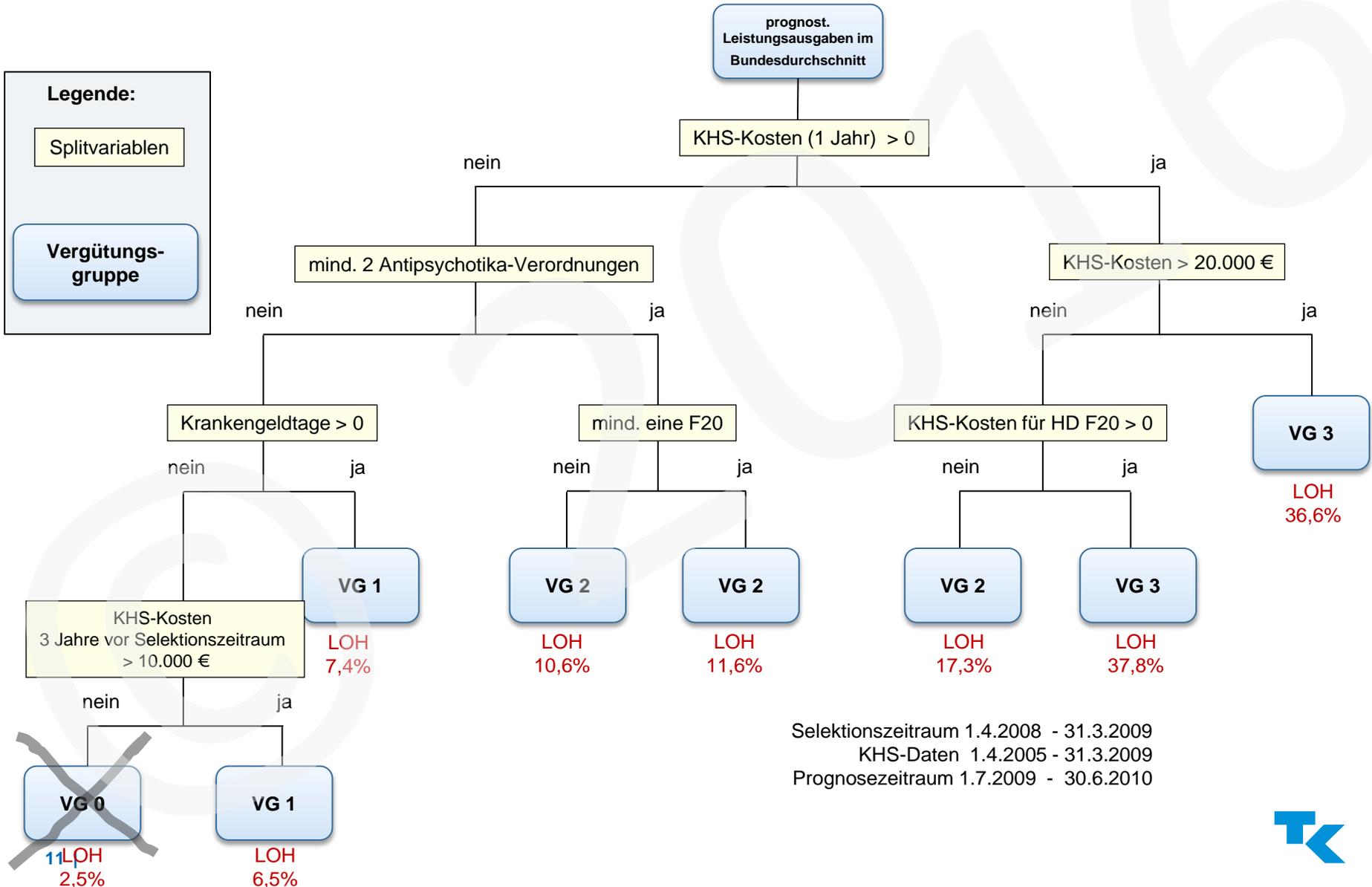
Bislang wurden aus den Routinedaten der Versicherten Prognosen hinsichtlich ihres Krankenhausrisikos und ihrer zukünftigen Leistungsausgaben abgeleitet.

Vergütungsmodell des NWpG

Legende:

Splitvariablen

Vergütungsgruppe



Akzeptanz und Zufriedenheit der Teilnehmer

- › Ca. 20 % der von der TK angesprochenen Versicherten interessieren sich für das Angebot!

Zitate:

Ich empfinde es als "besondere Qualität", der Techniker Krankenkasse, dass sie sich um ihre Mitglieder kümmert. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

...Deshalb möchte Ihnen heute mitteilen, dass ich dieses Projekt großartig finde und dass es mir sehr hilft...

... Ich hatte während meiner Zeit beim Netzwerk eine Krise, habe bei der Hotline angerufen und das hat mir geholfen. Mein Betreuer wurde informiert und wir haben uns kurzfristig verabredet. Angenehm finde ich auch, dass mein Betreuer mich zu Hause besucht....

... Als ich durch eine berufliche Veränderung die Wahl hatte, in eine private Krankenversicherung zu wechseln, habe ich mich entschieden, mich freiwillig in der TK zu versichern, um weiterhin das Angebot von Pinel in Anspruch nehmen zu können....

Welche Strukturen und Prozesse sind wichtig für ein gutes Patientenoutcome in vernetzter Versorgung?

Quantitative Ergebnisse

Berlin, 16. März 2016

Katja Kleine-Budde, Dipl.-Ök., MPH

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen



Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Agenda

1

Welche Patienten werden in den Netzwerken versorgt?

2

Wie geht es den Patienten?

3

Welche Strukturen und Prozesse haben Einfluss auf das Ergebnis?

4

Schlussfolgerungen

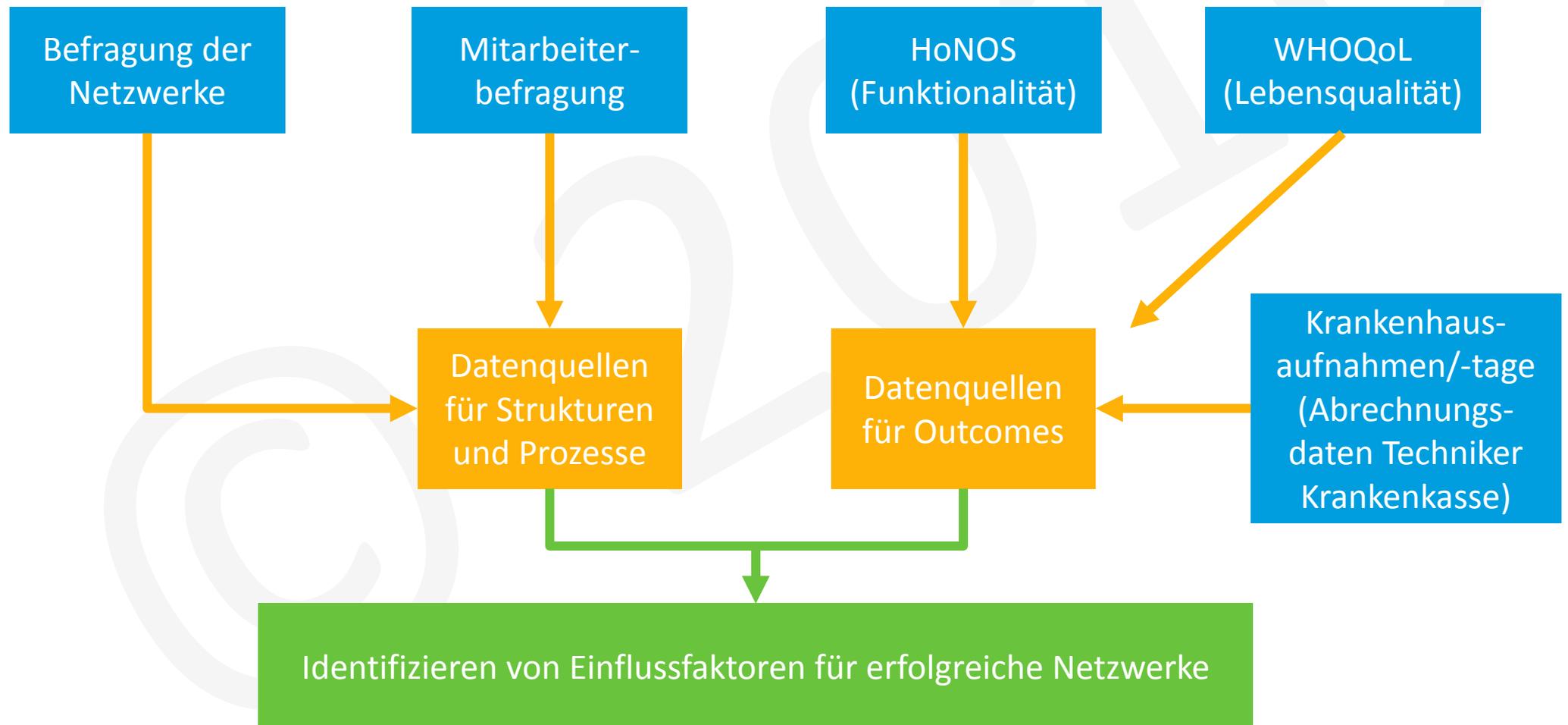
5

Exkurs: Mitarbeiterzufriedenheit

6

Ihre Fragen

Quantitative Analyse



HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales

WHOQoL: World Health Organization Quality of Life

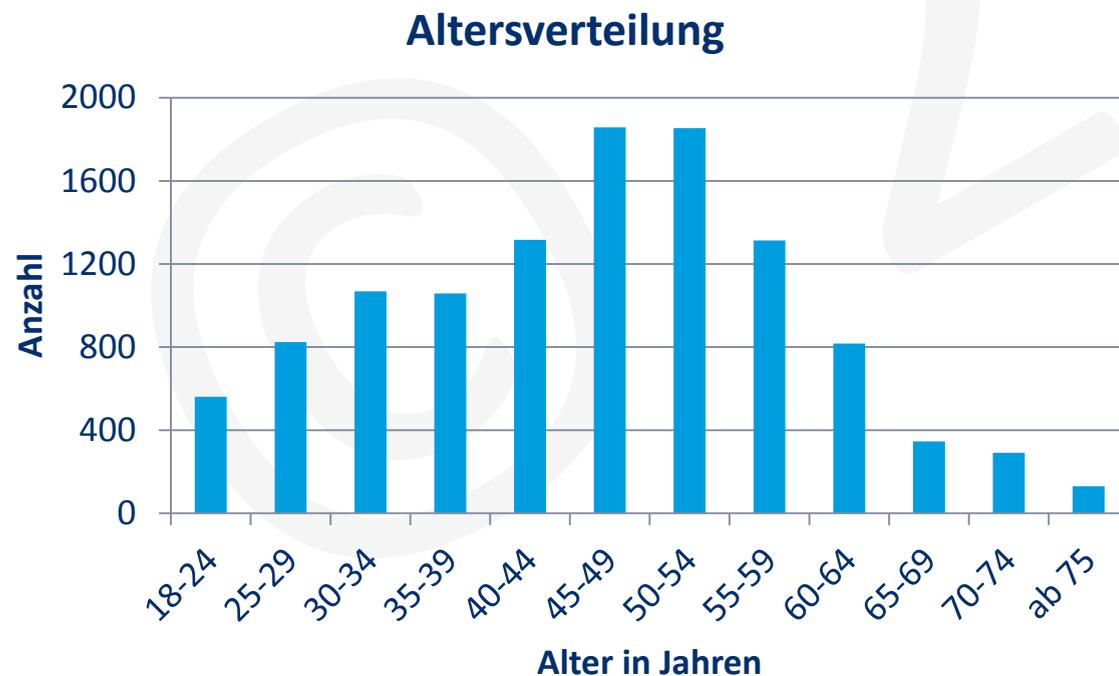
1

Welche Patienten werden in den Netzwerken versorgt?

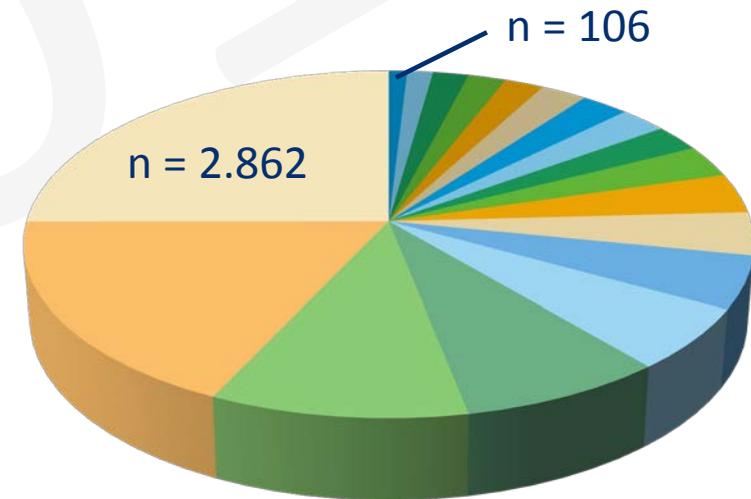
Patienten und Netzwerke

Soziodemografische Eckdaten

- 11.436 TK-Versicherte
- 65% weiblich
- Durchschnittsalter: 46 Jahre (SD 12,7)



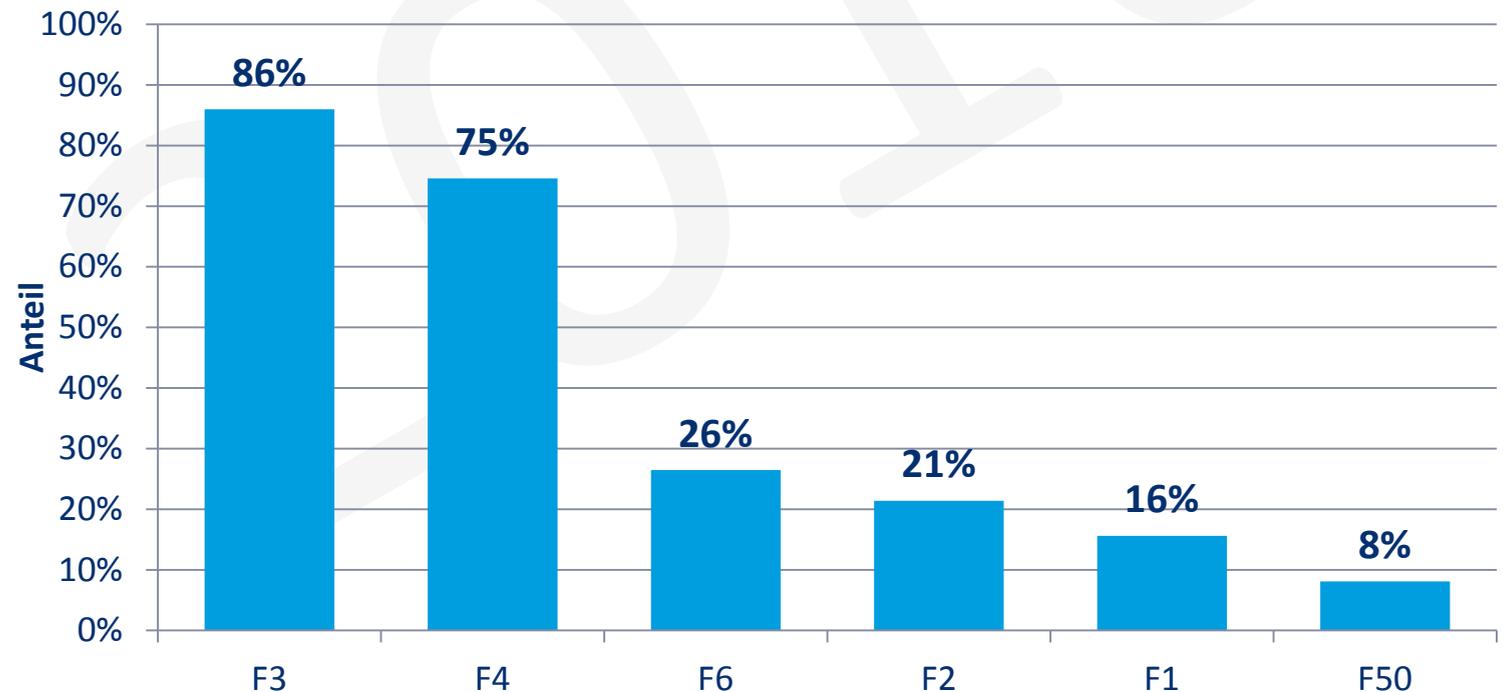
Verteilung der TK-Versicherten auf die Netzwerke



- Netzwerke sind unterschiedlich groß
- Die drei größten Netzwerke versorgen mehr als die Hälfte der eingeschriebenen TK-Versicherten.

Mit welchen Diagnosen kommen die TK-Versicherten in die Netzwerke?

- Betrachtet wurden alle gesicherten ambulanten und stationären Hauptdiagnosen aus dem Jahr vor dem Eintritt in das Netzwerk.
- Im Durchschnitt haben die hier eingeschriebenen TK-Versicherten 2,3 unterschiedliche F-Diagnosen.



- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50 Essstörungen
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

2

Wie geht es den Patienten?

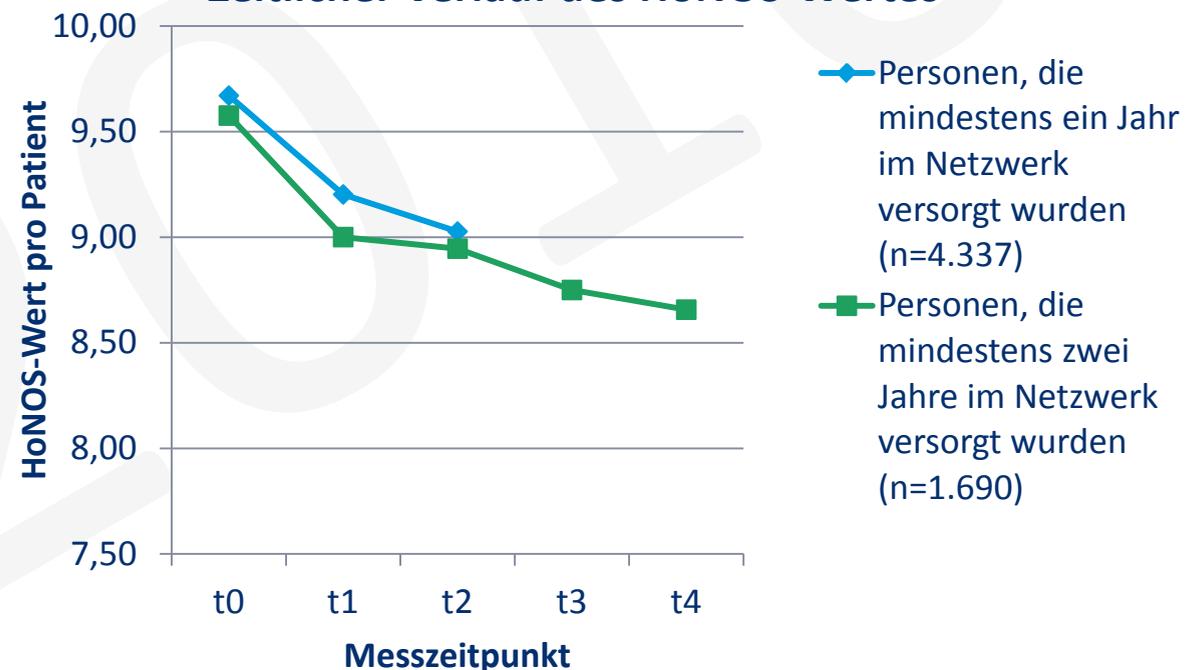
Funktionalität (HoNOS-Wert)

Health of the Nation Outcome Scales¹

- Validiertes Fremdeinschätzungs-instrument
- Misst die gesundheitliche und soziale Funktionalität von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- 12 Skalen erfragen psychiatrische Symptome, psychische Gesundheit, soziale Funktionalität, soziale Beziehungen und Wohnsituation
- 5-stufige Likert-Skala von „kein Problem“ bis „schweres bis sehr schweres Problem“
- Beurteilung der vorangegangenen 14 Tage

¹Andreas, S; Harfst, T; Rabung, S; Mestel, R; Schauenburg, H; Hausberg, M; Kawski, S; Koch, U; Schulz, H (2010). The Validity of the German version of the Health of the Nations Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. Int J Methodes Psychiatr Res 19(1): 50-62.

Zeitlicher Verlauf des HoNOS-Wertes



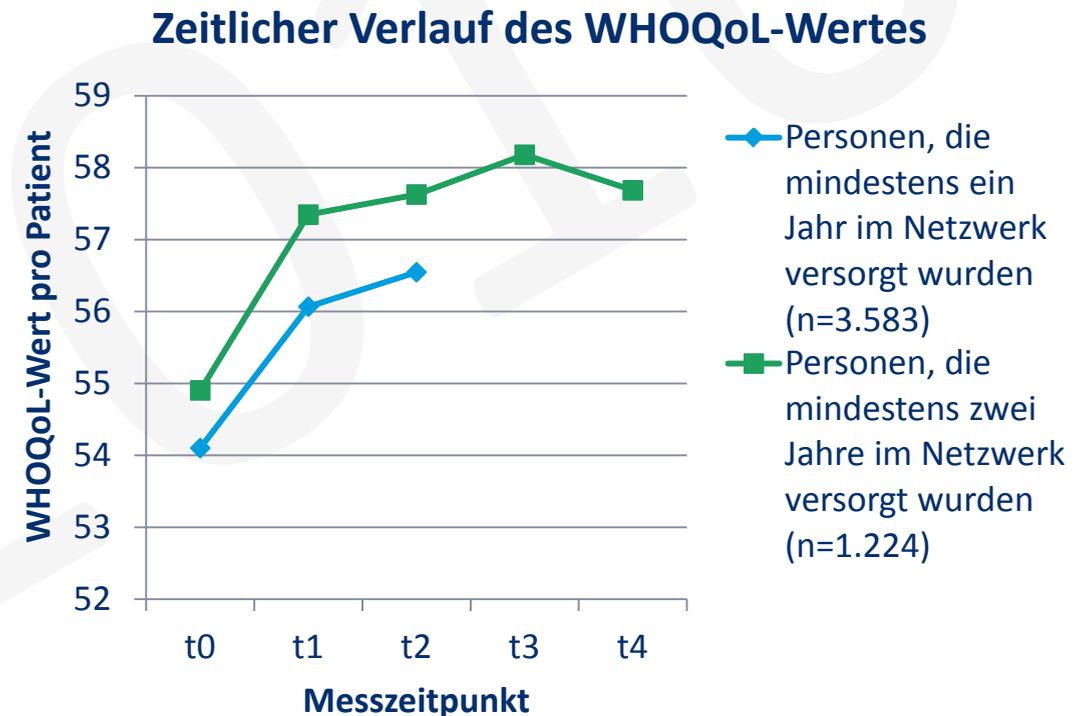
In den ersten Jahren sinkt der HoNOS-Wert, d.h. die Funktionalität der Personen verbessert sich.

Der Punktwert sinkt von 9,7 Punkten bei der Einschreibung auf 8,7 Punkte nach zwei Jahren.

Lebensqualität (WHOQoL-BREF)

World Health Organization Quality of Life-BREF¹

- Validiertes Instrument zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität
- Erfasst die Dimensionen „physisches Wohlbefinden“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“
- 26 Items
- 5-stufige Likert-Skala



Der WHOQoL-Wert steigt, d.h. die Lebensqualität der Personen verbessert sich.

Der Punktwert steigt von 54,9 Punkte bei der Einschreibung auf 57,7 Punkte nach zwei Jahren.

¹Angermeyer, MC; Kilian, R; Matschinger, H (2000). WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF: Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO-Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität. Göttingen: Hogrefe.

Inanspruchnahme stationärer Versorgung (voll- und teilstationär)

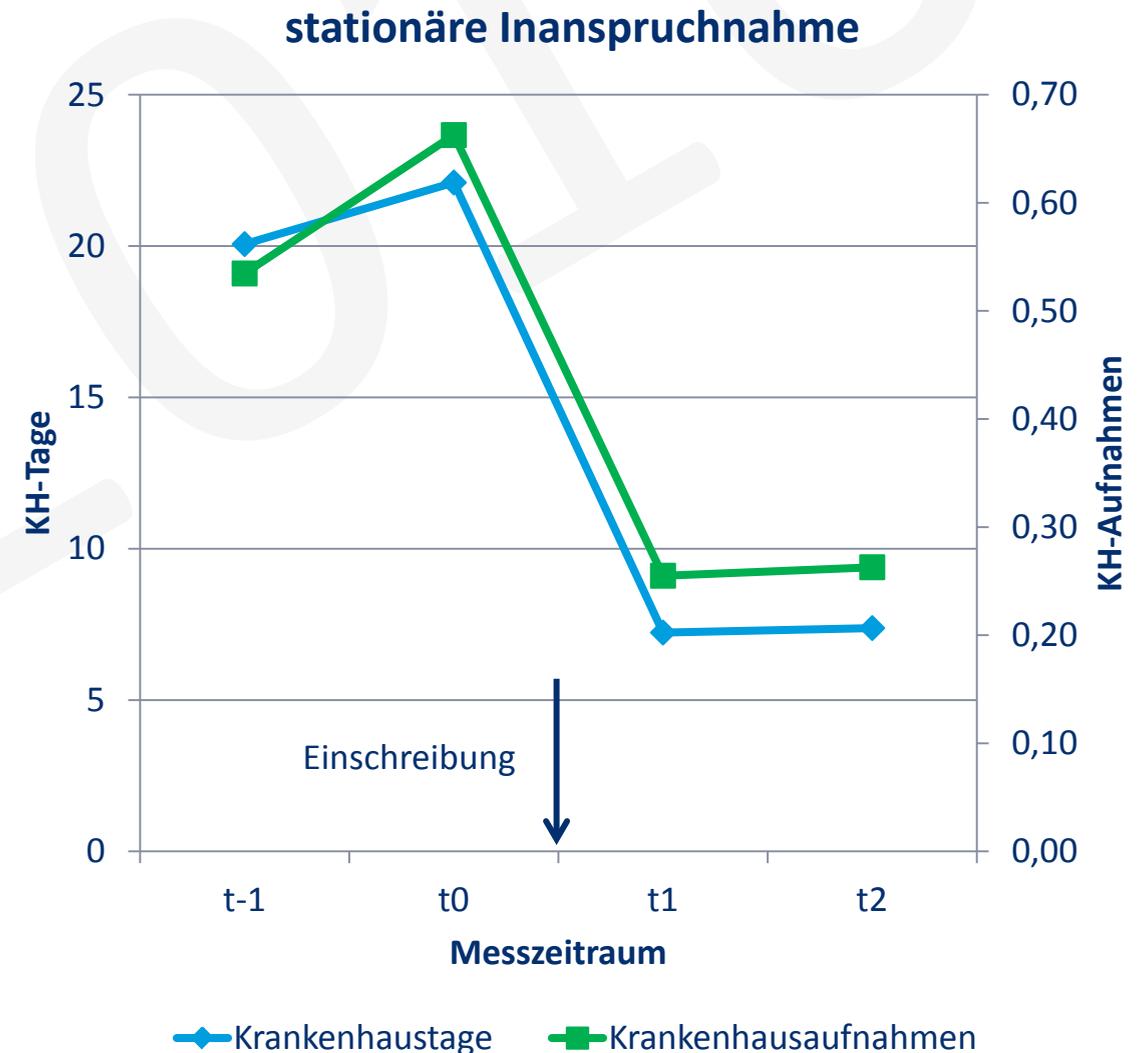
Zeiträume:

- t_{-1} : 2 Jahre bis 1 Jahr vor Einschreibung ins Netzwerk
- t_0 : 1 Jahr vor Einschreibung bis zur Einschreibung ins Netzwerk
- t_1 : ab Einschreibung bis 1 Jahr nach Einschreibung ins Netzwerk
- t_2 : ab 1 Jahr bis 2 Jahre nach Einschreibung ins Netzwerk

Versichertenzahl: 4.624

Krankenhaustage pro Versicherten:

- $t_0 = 22,10$ Tage
- $t_1 = 7,23$ Tage
- $t_2 = 7,38$ Tage



3

Welche Strukturen und Prozesse haben Einfluss auf das Ergebnis?

Strukturen und Prozesse der Netzwerke

- vertraglich festgelegte Leistungen
- Darüber hinaus kann jedes Netzwerk die Versorgung selbst organisieren und gestalten, z.B. Zusammensetzung der Teams, Umfang der Angehörigenarbeit, Kontakte zu Patienten.



Quantitative Auswertung: Strukturen und Prozesse aus der Netzwerkbefragung

- erhobene Strukturen und Prozesse:
 - Kapazität in der Versorgung (Patienten pro Bezugsbegleiter, Kontakthäufigkeiten)
 - Bezugsbegleiter (Professionen)
 - Fallbesprechungen (Dauer, wie viele Patienten etc.)
 - Netzwerkgespräche (Wie häufig nehmen unterschiedliche Teilnehmer teil?)
 - Krisenmanagement (Anzahl Kriseneinsätze, Nutzung von Krisenbetten in Stunden etc.)
 - Kooperationen (Mit wem? Wie viele? Vertraglich oder nicht-vertraglich?)
 - Gruppenangebote für Patienten und Angehörige

Quantitative Auswertung: Strukturen und Prozesse aus der Mitarbeiterbefragung

- erhobene Strukturen und Prozesse:
 - Soziodemografie, Profession und Arbeitszeit
 - Kontakthäufigkeiten und -dauer (z.B. Face-to-Face Kontakte, Hausbesuche)
 - Kooperationen mit unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. Ärzte, Therapeuten, SPDi, Arbeitgeber)
 - Vermittlung von Patienten an unterschiedliche Einrichtungen (z.B. Psychotherapeut, Selbsthilfe)
 - Leistungen, die Patienten erhalten haben (z.B. Psychoedukation, Fallbesprechung, Soziotherapie)
 - Verteilung der Arbeitsaufgaben
 - Supervision, Qualifikation, Fortbildung

Identifizieren von Einflussfaktoren

- Funktionalität und Lebensqualität
 - Für jeden Struktur-/Prozessparameter wurde der Zusammenhang zur Funktionalität und zur Lebensqualität errechnet.
 - lineare Regression
 - Alle signifikanten Variablen wurden in ein multivariates Modell integriert.
 - Patientenseitige Faktoren sowie Strukturen und Prozesse
 - Risikoadjustierung hinsichtlich Alter, Geschlecht und Krankheitsschwere
- Inanspruchnahme stationärer Versorgung
 - Welche Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer stationären Inanspruchnahme in t_2 ?
 - Logistische Regression, Berechnung des Odds Ratio (OR)
 - Patientenseitige Faktoren sowie Strukturen und Prozesse
 - Risikoadjustierung hinsichtlich Alter, Geschlecht und Krankheitsschwere

Ergebnisse

- **Funktionalität**
 - Je mehr Mitarbeiter mit psychiatrischer Zusatzausbildung, desto stärkere Verbesserung der Funktionalität (beta = -0,042; $p < 0,007$)
 - Je größer die Anzahl der Patienten pro Bezugsbegleiter, desto stärkere Verbesserung der Funktionalität (beta = -0,059; $p < 0,001$)
- **Lebensqualität**
 - Keine signifikanten Struktur- oder Prozessmerkmale gefunden
- **Inanspruchnahme stationärer Versorgung**
 - Keine signifikanten Struktur- oder Prozessmerkmale gefunden
 - Erhöhte „Chance“ auf einen Krankenhausaufenthalt bei:
 - mehr als 75 Krankenhaustagen (OR = 4,0) in vorherigen Jahren
 - vorangegangenem Krankenhausaufenthalt mit Hauptdiagnose F1 (OR = 2,9)

4

Schlussfolgerungen

Schlussfolgerungen

- Im Vorher-Nachher-Vergleich ist die Intervention erfolgreich.
- Die Grundstruktur der Netzwerke trägt wahrscheinlich wesentlich zur Verbesserung der Patientenoutcomes bei.
- Eine psychiatrische Zusatzausbildung der Mitarbeiter wirkt sich positiv auf die Funktionalität der Patienten aus.
- Darüber hinaus konnten keine Strukturen und Prozesse identifiziert werden, die die Patientenoutcomes beeinflussen.

Stärken und Limitationen

- Untersuchung eines bereits in der Praxis etablierten Modells
- Vorher-Nachher-Vergleich ohne Kontrollgruppe
- Versicherte einer Krankenkasse
- Über Routinedaten hinaus auch Berücksichtigung der Patientenperspektive
- Zusammenhänge können gezeigt werden, daraus können aber keine Kausalitäten abgeleitet werden.

5

Exkurs: Mitarbeiterzufriedenheit

Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen (Warr-Cook-Wall Skala¹)

n = 139;
Rücklauf 43,3%



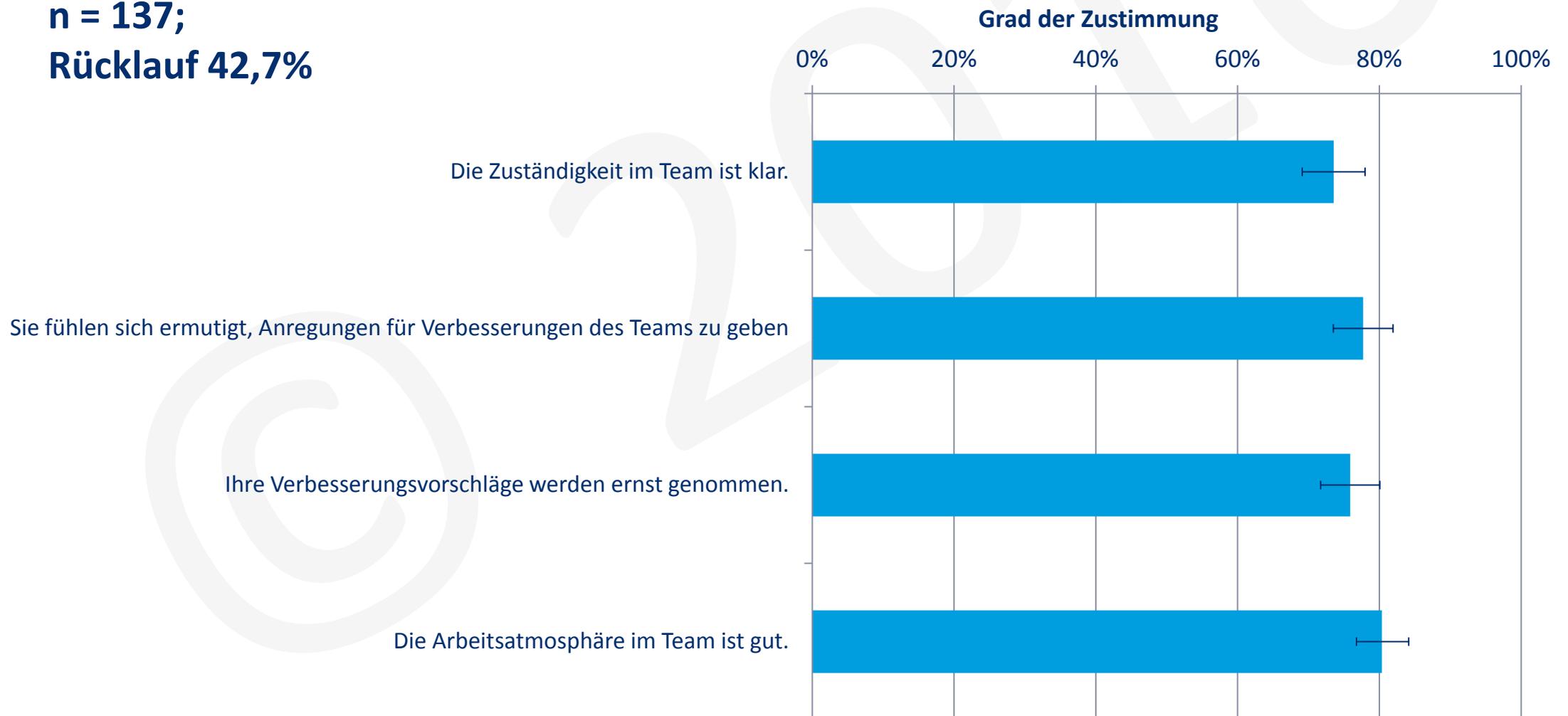
Insgesamt betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz?

¹Warr, P; Cook, J; Wall, T (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. J Occup Psychol 52: 129-148.

Arbeitsatmosphäre im Team

(Europäisches Praxisassessment¹, Mitarbeiterfragebogen)

n = 137;
Rücklauf 42,7%



¹ Grol, R; Dautzenberg, M; Brinkmann, H (2005). Quality Management in Primary Care. European Practice Assessment. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Welche Faktoren haben einen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit der Mitarbeiter?

- Vorgehen: multivariate lineare Regression (n = 134)
 - Abhängige Variable: „Insgesamt betrachtet: Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Arbeitsplatz?“
 - Unabhängige Variablen: weitere Variablen der Zufriedenheitsbefragung (Warr-Cook-Wall Skala) und die Fragen zur Arbeitsatmosphäre im Team (Mitarbeiterbefragung des Europäischen Praxisassessments)
- Ergebnis: Die Gesamtzufriedenheit ist höher, je zufriedener die Mitarbeiter
 - mit der erhaltenen **Anerkennung** sind (beta: 0,340; $p < 0,001$).
 - mit **Kollegen und Mitarbeitern** sind (beta: 0,218; $p = 0,004$).
 - mit der **Auswahl eigener Arbeitsmethoden** sind (beta: 0,182; $p < 0,008$).
 - mit der **Abwechslung der Arbeitsaufgaben** sind (beta: 0,171; $p < 0,008$).
 - mit der **Menge an Verantwortung** sind (beta: 0,169; $p < 0,021$).
- Varianzaufklärung (korr. R^2): 63,4%

Publikationen

- Stegbauer, C; Goetz, K; Bauer, E; Bestmann, B; Kleine-Budde, K; Ruprecht, T; Szecsenyi, J; Bramesfeld, A (2013). What contributes to good patient outcomes in the home treatment of the severely mentally ill: study protocol of a multi-centre analysis. BMC Psychiatry 13(1): 283.
- Bauer, E; Kleine-Budde, K; Stegbauer, C; Kaufmann-Kolle, P; Goetz, K; Bestmann, B; Szecsenyi, J; Bramesfeld, A (2016). Structures and processes necessary for providing effective home treatment to severely mentally ill persons: a naturalistic study. BMC Psychiatry (under review).

6

Ihre Fragen

Herzlichen Dank!



**AQUA – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH**

Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 / 789 52-0
Telefax: (+49) 0551 / 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de



Welche Strukturen und Prozesse sind wichtig für ein gutes Patientenoutcome in vernetzter Versorgung?

Qualitative Ergebnisse

Berlin, 16. März 2016

PD Dr. phil. Katja Götz

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg
Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck



Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Agenda

1

Einführung und Fragestellung

2

Methodische Vorgehensweise

3

Betrachtung der Versorgungskomponenten

- Netzwerkmitarbeiter
- Patienten
- Angehörige

4

Diskussion und Schlussfolgerungen

1

Einführung und Fragestellung

Ambulant vor stationär

- Inklusion erleben
- Behandlungsnetzwerke vor Ort systematisch aufbauen
- Das ambulante Netzwerk
- Richtungsweisende Instrumente und Methoden

Positionspapier zur Integrierten Versorgung, Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V. 2012

Fragestellung

Welche Erwartungen und Bedürfnisse haben Patienten, Angehörige von Patienten und Netzwerkmitarbeiter in Bezug auf die Versorgung im Netzwerk psychische Gesundheit?

2

Methodische Vorgehensweise

Ablauf der qualitativen Studienphase

- **Mai-Juli 2014: Vorbereitung der Fokusgruppen**
 - Auswahl der Netzwerke, Rekrutierung der Teilnehmer, Entwicklung von Leitfäden
- **Juli-Nov 2014: Datenerhebung**
 - 13 Fokusgruppen, 3 (Telefon-)Interviews
- **Aug-Dez 2014: Anfertigung der Transkripte**
 - 26 Stunden Gesprächsmaterial, 500 Seiten Transkripte
- **Feb-Juni 2015: Auswertung der Transkripte**
 - Qualitative Inhaltsanalyse

Die beteiligten Netzwerke



- Seit 2010
- 5487 IV-Patienten (davon 1759 TK)



- Seit 2012
- 106 IV-Patienten (davon 74 TK)



- Seit 2011
- 395 IV-Patienten (davon 294 TK)



- Seit 2009
- 1400 IV-Patienten (davon 1190 TK)



- Seit 2011
- 454 IV-Patienten (davon 126 TK)

Daten von: 2013 AQUA-Institut GmbH

3

Betrachtung der Versorgungskomponenten

- Netzwerkmitarbeiter
- Patienten
- Angehörige

Netzwerkmitarbeiter

- 27 (69%) von 39 weiblich
- Alter: Ø 43 Jahre (min. 26, max. 64)
- Beruflicher Hintergrund:
 - Soziale Arbeit n=11
 - Krankenpflege n=10
 - Psychologie n=8
 - Weitere: (Sonder-)Pädagogik, medizinischer Bereich, Ergotherapie
- Funktion innerhalb des Netzwerks:
 - Bezugstherapeut n=28
 - Leitende Funktion n=8

Strukturelle Komponenten der Versorgung

- Ständige Erreichbarkeit

„Diese 365 Tage im Jahr und 24 Stunden, das ist, glaube ich, ein absolutes Muss in der Psychiatrie“ (FG3_M5)

- Home Treatment

„Bei vielen Patienten [...] ist das total wichtig und des ist eine enorme Aufwertung. Dass sie für sich erfahren: Mensch ich bin so wichtig, oder ich werde so wichtig genommen, so ernst genommen.“ (FG1_M7)

- Einbezug Angehöriger

„Viele Angehörige sind auch unheimlich von Nutzen, die tragen diese Krankheit mit, oder bzw. die Genesung [...] die stützen ganz viel, und da ist es schon sinnvoll die mit ins Boot zu holen.“ (FG1_M2)

Prozessuale Komponenten der Versorgung

- Bedürfnisorientiertheit

„Ich finde es ist auch sehr individuell und flexibel, also ich habe vorher in einem betreuten Wohnprojekt gearbeitet, und da war alles sehr starr und vorgegeben, und so ist es sehr klientenorientiert. Das finde ich gut “ (FG4_M5)

- Interne Kooperation

„Dieses enge oder dieses wirklich vertraute Arbeiten das hat mich doch dann noch sehr positiv überrascht. Und dass man sich auch schnell wohlfühlt.“ (FG2_M8)

- Externe Kooperation

„Das braucht einfach eine gewisse Zeit, also die Beziehungen aufzunehmen [...] sich kennen zu lernen und – ja, und auch abzuklären, was ist denn leistbar, also was leistet wer.“ (FG1_M7)

Patienten

- 23 (58%) von 40 weiblich
- Alter: Ø 44 Jahre (min. 23, max. 60)
- Führende Beschwerden:
(Mehrfachnennung möglich)
 - Gedrückte Stimmung/Antriebslosigkeit n=27
 - Ängste n=19
 - Körperliche Beschwerden n=13

Strukturelle Komponenten der Versorgung / I

- Ständige Erreichbarkeit

„und dass ich da einen Ansprechpartner habe. wenn es mir schlecht geht, ich kann da anrufen, ich kann da in die Krisenpension gehen wenn ich möchte, und es ist immer permanent einer da.“ (FG9_P9)

- Home Treatment

„Ja es hat für mich das Gefühl von was Privatem, was ich sonst nicht habe. Und nicht als wenn ich in einer Praxis oder in der Psychiatrie oder Klinik bin. Also ich bin der Gastgeber dann in dem Moment.“ (FG7_P4)

Strukturelle Komponenten der Versorgung / II

- Rückzugsraum

„Ich habe aktiv nach dem Netzwerk gesucht, weil ich Krisenpension und Home Treatment brauchte, es war eine absolute Abwärtsspirale mit diesen Krankenhausaufenthalten.“ (FG9_P2)

- Einbezug Angehöriger

„Ich habe es mit meiner Frau gemacht, und seitdem ist da ein anderes Verständnis da, sie versteht Sachen, die sie vorher nicht verstanden hat.“ (FG9_P9)

Prozessuale Komponenten der Versorgung / I

- **Bezugstherapeut**

„er meldet sich bei mir regelmäßig ab, wenn er in Urlaub fährt oder sonst so mal eine Woche frei hat. Das finde ich ganz Klasse, weil man ja dann auf jemanden anderes angewiesen ist.“ (FG8_P3)

- **Bedürfnisorientiertheit**

„Ich glaube das ist ein einmaliges Angebot und ich muss sagen das hilft mir mittlerweile mehr als Klinikaufenthalte.“ (FG7_P4)

Prozessuale Komponenten der Versorgung / II

- **Aufsuchende Betreuung**

„Man kann sich nicht verlieren, weil es ja doch immer wieder nachgehakt wird. – Wie geht es dir, und angerufen wird oder...es wird sogar an die Termine erinnert am Tag vorher, so hallo morgen hast du einen Termin, vergiss nicht. Und das ist schon ganz gut.“ (FG10_P4)

- **Interne Kooperation**

„Ja zur Vernetzung hier kann ich nur sagen, ich habe immer das Gefühl es wird sich gekümmert [...] dass der eine über den anderen Bescheid weiß, und das kommt auch rüber.“ (FG7_P4)

- **Externe Kooperation**

„...also ich glaube, also mein Gefühl ist – da findet kein Austausch statt.“ (FG10_P3)

Angehörige

- 16 (67%) von 24 weiblich
- Alter: Ø 47 Jahre (min. 18, max. 70)
- Verhältnis zum Patienten:
 - (Ehe-)Partner n=12
 - Weitere Angehörigenverhältnisse:
Eltern, Geschwister, Kinder, Bekannte

Strukturelle Komponenten der Versorgung

- Ständige Erreichbarkeit

„Also für mich ist wirklich nur ganz wichtig, dass ich im Fall der Fälle anrufen kann und sagen kann bitte schauen Sie.... “ (FG11_A3)

- Home Treatment

„Aber ich finde es total super, dass die Dame sich ein Bild vor Ort machen wollte. Also ich war begeistert. [...] Weil am Telefon erzählen kann ich viel.“ (FG11_A5)

- Rückzugsraum

„...da gibt es also Möglichkeiten denke ich mal schon, dass man also da solche Zwischensituationen schaffen kann.“ (FG13_A7)

- Einbezug Angehöriger

„Die Aufklärung der Familie, hat bei uns halt viel viel Ruhe reingebracht – viel Gelassenheit, und das hilft dann auch meiner Freundin.“ (FG13_A3)

Prozessuale Komponenten der Versorgung / I

- Bezugstherapeut

„So eine Vertraulichkeit ist so ein Stück gekommen zwischen dem Herr [Netzwerk-Mitarbeiter] und meinem Mann. Und ohne dieses Grundvertrauen würde der sich ja nicht öffnen. Im Leben nicht.“ (FG12_A6)

- Bedürfnisorientiertheit

„...das ist persönlich dadurch, dass man ein ganz anderes Zeitlimit hat als beim Arzt...man geht auf den Klienten ganz anders ein, teilweise auch auf mich, wenn also Probleme sind.“ (FG13_A2)

Prozessuale Komponenten der Versorgung / II

- Aufsuchende Betreuung
- Interne Kooperation
- Externe Kooperation

„Die [NAME] hat sie heute zum Beispiel auch angerufen, hat sie gefragt wie es ihr jetzt so geht [...] als auch diese pro-aktive Betreuung...dass die nicht immer nur warten, dass da mal einer vorbeikommt, und...sondern auch selber sich mal erkundigen.“
(I5_A2)

„Also bei uns kommt jetzt immer die Frau X mit dem Herrn Y zusammen [...] man merkt halt, dass die zusammen arbeiten.“ (FG12_A4)

„Und deswegen wäre es für mich auch noch wichtig, wenn jetzt tatsächlich so ein Klinikaufenthalt dann doch erforderlich ist, dass dann aus diesem Netzwerk irgendwie ein Kontakt zur Klinik bestehen sollte.“
(FG13_A7)

Diskussion und Schlussfolgerungen / I

- Vorhalten von Strukturen und Prozessen ermöglicht individuelle Ausgestaltung der Versorgung
- Wahrnehmung verschiedener Hilfeangebote im Netzwerk (Krisenpension, Home Treatment, Notruftelefon)
- Hilfeangebote vermitteln Stabilität und Sicherheit für Patienten und Angehörige

Diskussion und Schlussfolgerungen / II

- Hilfeangebote wirken fördernd auf die Individualität des Patienten
- Patientenzentrierung als Grundlage für die Ausgestaltung der Versorgung im Netzwerk psychische Gesundheit
- Einbezug von Patienten und Angehörigen in Behandlungsentscheidungen
- Netzwerk als Innovation für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung

Publikationen

- Ruppert, D; Stegbauer, C; Bramesfeld, A; Bestmann, B; Szecsenyi, J; Götz, K (2016). „Die Hoffnung stirbt zuletzt...“ - sektorenübergreifende Kooperation in der Integrierten Versorgung. Eine qualitative Studie. Psychiat Prax; DOI: 10.1055/s-0041-109470
- Valentini, J; Ruppert, D; Magez, J; Stegbauer, C; Bramesfeld, A; Goetz, K (2016). Integrated care in German mental health services as benefit for relatives - a qualitative study. BMC Psychiatry 16(1): 48; DOI: 10.1186/s12888-016-0760-6.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt details:

PD Dr. Katja Götz

Institut für Allgemeinmedizin

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

E-Mail: katja.goetz@uksh.de

Tel.: 0451-500 1396

Feedback und Benchmark über die erbrachte Leistung an Netzwerke der vernetzen Versorgung

Was bringt das?

Berlin, 16. März 2016

Constance Stegbauer, M. Sc.

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen



ZUKUNFT DURCH QUALITÄT

Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH

Agenda

1

Feedback an die Netzwerke

- Feedback-Prozess
- Individueller Qualitätsbericht
- Strukturierte Gespräche

2

Strukturierte Gespräche

- Rückmeldungen der Teilnehmer
- Erfahrungen der Forschungsgruppe

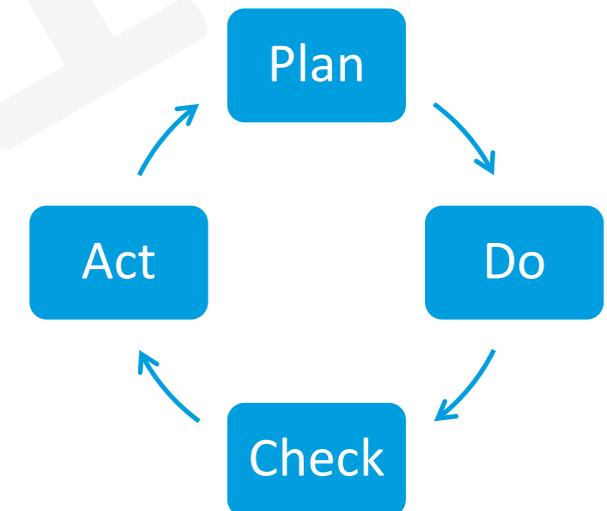
3

Feedback-Prozess aus Sicht eines Netzwerks (Stefan Meyer-Kaven)

Ziel des Feedbacks

Unterstützung der Netzwerke bei der kontinuierlichen Verbesserung durch:

- Ergebnisse im Vergleich zum Durchschnitt aller Netzwerke zurückmelden (Benchmark)
- Diskussion der Ergebnisse initiieren
- Gespräch moderieren



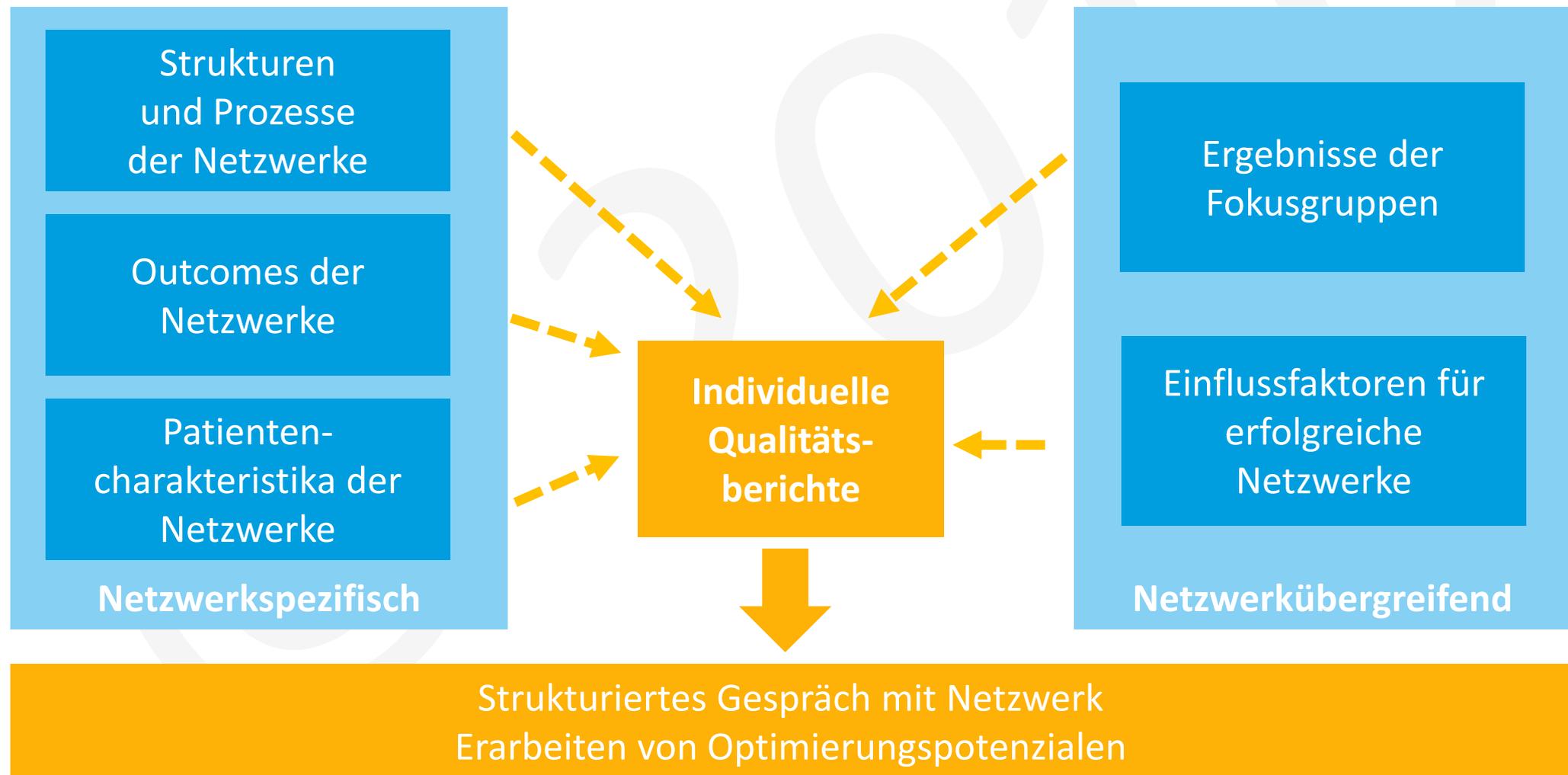
Netzwerk erarbeitet Optimierungspotenziale

1

Feedback an die Netzwerke

- Feedback-Prozess
- Individueller Qualitätsbericht
- Strukturierte Gespräche

Feedback an die Netzwerke



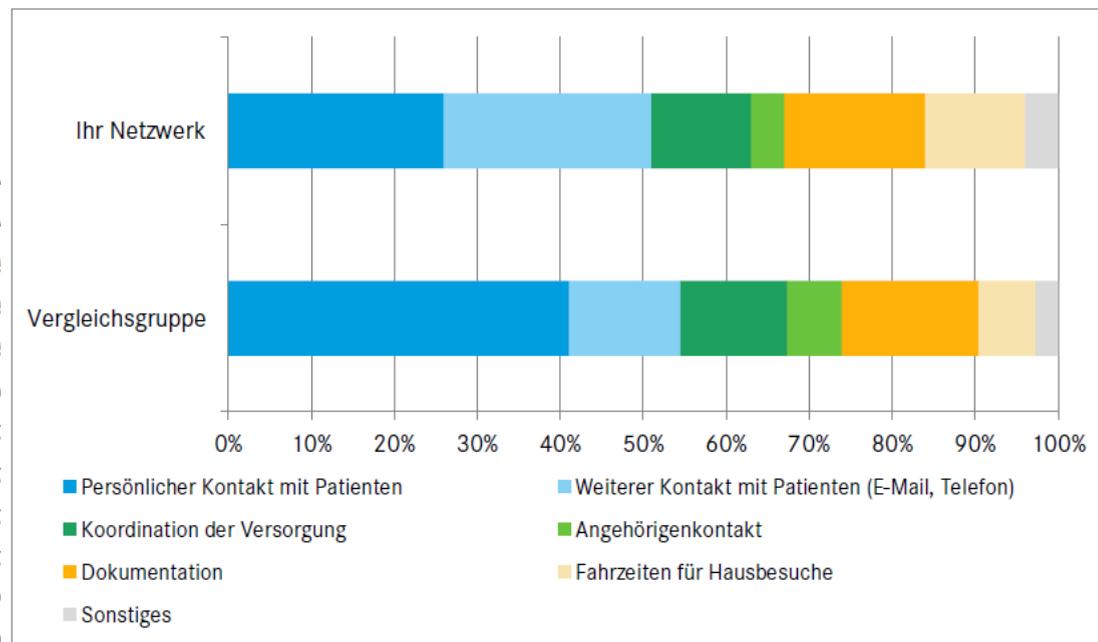
Siehe auch: Ivers, N; Jamtvedt, G; Flottorp, S; Young, J; Odgaard-Jensen, J; French, S; O'Brien, M; Johansen, M; Grimshaw, J; Oxman, A (2012).
Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 6: CD000259.

Individueller Qualitätsbericht

Inhaltsverzeichnis

- Tabellenverzeichnis.....
- Abbildungsverzeichnis.....
- 1 Allgemeiner Teil.....
 - 1.1 Einleitung.....
 - 1.2 Hintergrund.....
- 2 Methode.....
- 3 Quantitativer Ansatz.....
 - 3.1 Datenquellen und Vorgehen.....
 - 3.2 Ergebnisse.....
 - 3.2.1 Allgemein.....
 - 3.2.2 TK-Versicherte.....
 - 3.2.3 Ergebnisse des Netzwerkfragebogens..... 11
 - 3.2.4 Ergebnisse des Mitarbeiterfragebogens..... 15
 - 3.3 Analytisch: Ergebnisse der Regression..... *Tabelle 23: Einbezug von Angehörigen aus Patientensicht*
- 4 Qualitativer Ansatz.....

	Einbezug von Angehörigen	Ankerbeispiele
4.1 Vorgehen.....	Befürwortung	„... von daher finde ich das wichtig, dass der Angehörige da so ein bisschen mit einbezogen wird. Weil ich hab teils damals bevor wir dann drinnen waren, habe ich mich alleine gefühlt.“ (FG7_P6)
4.1.1 Leitfadenerstellung.....		
4.1.2 Teilnehmerrekrutierung.....		
4.1.3 Durchführung der Fokusgruppen.....	Ablehnung	„Aber da bin ich auch strikt dagegen, dass man – also – Kinder damit belastet.“ (FG7_P5)
4.1.4 Auswertungsstrategie.....		
4.2 Ergebnisse.....	Ambivalente Haltung	„Also meiner Meinung nach – sollte man die Angehörigen so weit mit einbeziehen wie man das selber zulässt.“ (FG7_P3)
4.2.1 Mitarbeiter der Netzwerke.....		
4.2.2 Patienten im Netzwerk.....	Erfahrungen	„Also meine Angehörigen sind schon ziemlich gut mit eingebunden.“ (FG8_P5)
4.2.3 Angehörige von Patienten im Netzwerk.....		
- 5 Fazit.....
- 6 Literatur..... 33
- 7 Anlage..... 34



2

Strukturierte Gespräche

- Rückmeldungen der Teilnehmer
- Erfahrungen der Forschungsgruppe

Strukturierte Gespräche mit den Netzwerken

- Netzwerke konnten entscheiden, wer teilnimmt
 - Geschäftsführung
 - Teamleitungen
 - Mitarbeiter
 - Patienten
- Ergebnisse des Netzwerks wurden präsentiert und anschließend diskutiert
- Audioaufnahme und Transkription der strukturierten Gespräche

Strukturierte Gespräche: Rückmeldung der Netzwerke

„...es war einfach mal ein gutes Feedback, weil wir natürlich hier, so hier in unserem Alltag, nichts mitkriegen. Wie wird das den gesehen von außen? Man kriegt die kritischen Bemerkungen der Kasse mit, [...] und sag dann manchmal was dazu. Und so ist, glaube ich, nochmal eine gute Rückmeldung auch an die Kollegen.“

„... Ich finde das ja ganz wichtig, dass solche Auswertungen auch stattfinden und eben auch gerade für die Mitarbeiter eine gewisse Reflexion bekommen und Arbeit einschätzen können und für sich auch adaptieren können.“

Strukturierte Gespräche: Erfahrungen der Forschungsgruppe

- Diskussion der Ergebnisse:
 - Rückmeldung vom Netzwerk zu den Ergebnissen
 - Einordnung der Ergebnisse durch das Netzwerk
 - weitere Anregungen zur Interpretation der Ergebnisse durch das Netzwerk
- Kritische Auseinandersetzung mit der Studie
- Anregungen für Weiterentwicklung der Evaluation
- Anregungen für weitere Evaluationen

3

Feedback-Prozess aus Sicht eines Netzwerks (Stefan Meyer-Kaven)

Herzlichen Dank!



**AQUA – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH**

Maschmühlenweg 8–10
37073 Göttingen

Telefon: (+49) 0551 / 789 52-0
Telefax: (+49) 0551 / 789 52-10

office@aqua-institut.de
www.aqua-institut.de





Evaluationsergebnisse 13+1 - Was bringt uns das?

Abitato ist beteiligt mit zwei Netzwerken:

- **Schleswig-Holstein**
- **Hamburg**

TK Teilnehmer Stand Februar 2016

SH: 550 HH: 1100 Anteil gesamt: 75%

Verstehen der Ergebnisse:

- Ausführliches Gespräch mit AQUA über:
 - Aussagefähigkeit bestimmter Parameter (Zeitstränge, Veränderungswerte)
 - Vergleichbarkeit der Mitarbeiterbefragung
- Vorstellung der Ergebnisse durch AQUA in den regionalen Netzwerken
 - Anregende Diskussion mit gegenseitigem Erkenntnisgewinn



abitato
Managementgesellschaft
seelische Gesundheit

Vergleich und Diskussion der Ergebnisse in eigenen Qualitätszirkeln

- Fallmanager unserer regionalen IV Teams
- Fachärzte
- Gesellschafter/Geschäftsführer

Signifikant besser als Vergleichsgruppe:

Krankenhaustage: t 1 ~ 7,36; SH: 4,5 HH: 4,1



Anregung zu eigenen Auswertungen:

- Eigene Patientenbefragungen
- **Steuerung** durch Auswertung wann welche Patientengruppe innerhalb der NWpG Teilnahme ein erhöhtes stationäres Behandlungsrisiko entwickelt

Einbeziehung der Diskussions- und Auswertungsergebnisse in das eigene Qualitätsmanagement.