



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Medizinische Versorgung neu vernetzen

7 Projekte stellen sich vor



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Projektbeispiel I

**Optimal@NRW: Vermeidbare Krankenhauseinweisungen
reduzieren**

Optimal@NRW

Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk – rund um die Uhr



Förderzeitraum:

01. April 2020 - 31. März 2024

Fördervolumen:

ca. 14.940.000 €

Konsortialführung:

Prof. Dr. med. Jörg C. Brokmann
Leiter des Zentrums für klinische Akut- und
Notfallmedizin
Uniklinik RWTH Aachen



Hauptevaluation im stationären Pflegesetting (Universität Bielefeld):

- Hypothese: Durch die Etablierung der NVS lassen sich **vermeidbare Krankenhauseinweisungen** aus Pflegeeinrichtungen **um 30% reduzieren**
- Primäres Outcome: Anzahl der Krankenhaustage
- Sekundäre Endpunkte: medizinische Parameter (z.B. Anzahl & Art der KH-Einweisungen), Kosten, Lebensqualität
- Zudem: Explorative Pilotstudie zur technischen Umsetzbarkeit der NVF im ambulanten Pflegesetting

Weitere Evaluationsstränge:

- **Ethik, Akzeptanz und Usability** (RWTH und UKA)
- **NäPa(Z) - Nicht-ärztliches Personal** – Qualifikation und Disposition (Universität Maastricht)

Optimal@NRW

Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk – rund um die Uhr



Studiendesign: Cluster-randomisierte Studie in Form des **Stepped-Wedge-Designs** mit Open-Cohort-Rekrutierung

Population: Pflegeheimbewohner*innen in **24 Pflegeeinrichtungen**

Teilnehmer*innen: Anzahl eingewilligter Personen: **1.639** (\emptyset **1.112** aktive Teilnehmer*innen pro Studienquartal)

Drop-Outs (inkl. Mortalitätsrate): 565 (34,47%) in 2 Jahren

Nachrekrutiert: 571

Monat	1-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24
Cluster 1								
Cluster 2		Kontrolle		Transition		Intervention		
Cluster 3								
Cluster 4								

Methodisches Vorgehen:

Datenbasis: Optimal@NRW-Studiendatenbank und **GKV-Routinedaten**

Datenanalyse: Vergleich **Interventions- vs. Kontrollgruppe** sowie **Subgruppenanalysen**

Bestimmung von Einflussfaktoren für das (primäre) Outcome mit geeigneten Regressionsanalysen

Kosten-Effektivitäts-Analyse

Optimal@NRW

Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk – rund um die Uhr



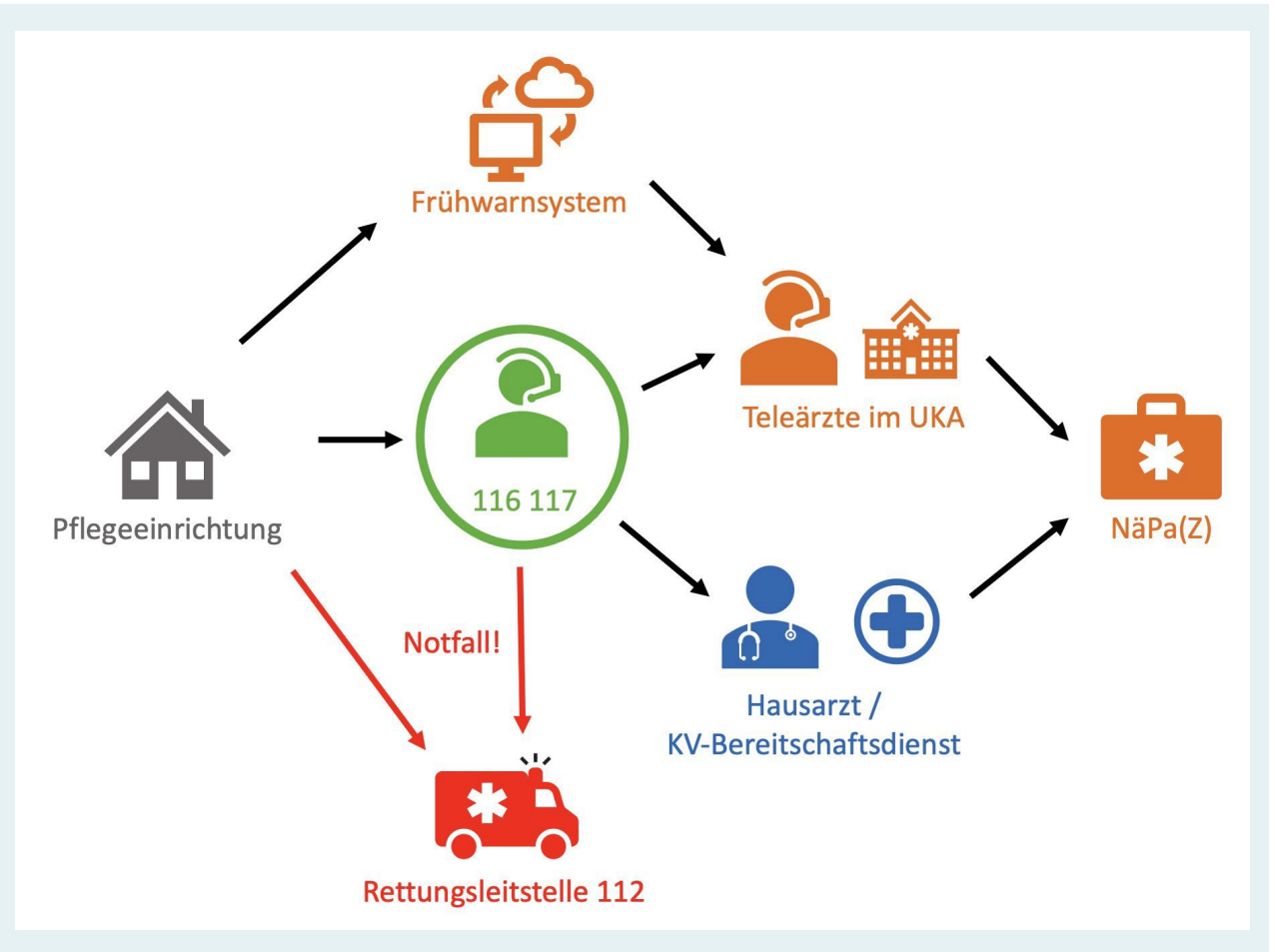
24 Pflegeeinrichtungen erhielten telemedizinisches Equipment und ein Frühwarnsystem



Rund um die Uhr stehen **Teleärzt*innen** der Uniklinik RWTH Aachen für Telekonsultationen in medizinischen Akutsituationen zur Verfügung



Nicht-ärztliche Praxisassistent*innen mit Zusatzaufgaben (NäPa(Z)) können ärztlich delegierbare Maßnahmen im Pflegeheim durchführen



Optimal@NRW

Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk – rund um die Uhr



Aktueller Stand & Ausblick (Projekt laufend)

Interventionsphase (abgeschlossen):

342 Telekonsultationen

457 telefon. Kontakte inkl. mediz. Beratung

157 NäPa(Z) Einsätze

Nachbeobachtungsphase &

Übergangsfinanzierung (laufend): 01.05.23 bis 31.3.24

Abgabe Evaluationsbericht: 30.09.24

Ausblick: intensive Gespräche zur Anschlussfinanzierung mit den beteiligten Krankenkassen (AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, DAK-G, IKK classic, TK), um geschaffene Strukturen aufrecht zu erhalten



Optimal@NRW

Optimierte Akutversorgung geriatrischer Patienten durch ein intersektorales telemedizinisches Kooperationsnetzwerk – rund um die Uhr



Kontakt

optimal-nrw@ukaachen.de

0241 80 38899

www.ukaachen.de/optimal@nrw



Team Optimal@NRW beim Abschlusskongress

Quelle: Uniklinik RWTH Aachen



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Projektbeispiel II

RubiN - Regional ununterbrochen betreut im Netz

RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz

Steckbrief des Projektes

- 01.07.20218 – 30.06.2022
- 8,1 Mio. €
- Konsortium:
 - Konsortialführung BARMER (Sonja Laag)
 - Konsortialpartner 8 Praxisnetze (plexXon Oldenburg, PNHL Herzogtum-Lauenburg, Gesundheitsregion Siegerland, Ärztenetz Lippe/Detmold, LGN Leipzig, GKS Köln, genial Lingen, MuM Bünde) / Schulungsnetz GeriNet e.V. / TK, AOKNW, KKH / 4 Evaluationsinstitute (Universitätsmedizin Greifswald, inav Berlin, Universität Frankfurt, Universität Lübeck)
 - Kooperationspartner: MDK KCG, BV Geriatrie, St. Marien-Hospital Köln, KV WL, Nordrhein, Sachsen, Schleswig-Holstein / Ärztekammern WL, Nordrhein, Sachsen, Schleswig-Holstein
- Umsetzung in NRW, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Sachsen

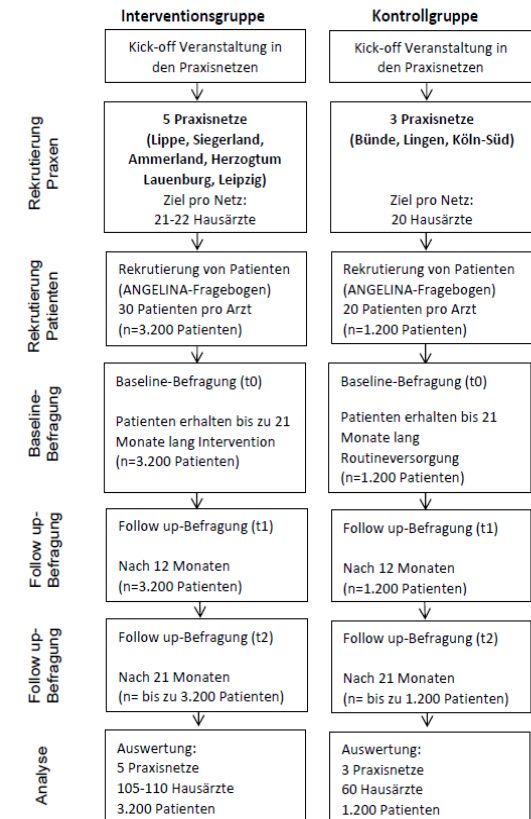
RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz

Projektziele und Hypothesen

- Zentrale Fragestellung: Verbessert ein multiprofessionelles, sektorenübergreifendes und assessmentgestütztes Care- und Casemanagement (CCM) die Identifikation, die Versorgungssituation und den Gesundheitszustand geriatrischer Patientinnen und Patienten, damit diese so lange wie möglich in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben können sollen?
- Die Fragestellung wurde auf drei Ebenen (1. Ebene der Leistungsempfänger (=Patientinnen und Patienten bzw. An- und Zugehörige), 2. Ebene der Leistungserbringer und 3. Ebene der Ärztenetze) mit verschiedenen Methoden und Evaluationsendpunkten untersucht. Damit sollten wichtige Informationen in Hinblick auf die Übertragung des Versorgungskonzepts (CCM) in die Regelversorgung gewonnen werden.
- TP1: Quantitative Evaluation mit Primärdaten – **primärer Endpunkt: Barthel-Index**
- TP2: Gesundheitsökonomische Evaluation
- TP3: Prozessevaluation - Machbarkeit und Umsetzung mit Schwerpunkt auf die Unterschiede zwischen den Praxisnetzen
- TP4: Prozessevaluation - Schwerpunkt Akzeptanz und Zufriedenheit (An- und Zugehörige sowie Versorger)
- Sekundäre Endpunkte: Lebensqualität, Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Kognition, Mobilität, Ernährungsstatus und wahrgenommenen Belastung von pflegenden Angehörigen.
- Erstellung einer Rechtsexpertise zum notwendigen rechtlichen Anpassungsrahmen hinsichtlich einer Implementierung des CCM im SGB V

RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz

- **Studiendesign:** prospektiv kontrollierte Interventionsstudie
- 5 Ärztenetze fungierten als Interventionsgruppe (IG bzw. Interventionsnetz IN) und implementierten das im GeriNet e.V. entwickelte Versorgungskonzept CCM, angepasst an die regionalen Gegebenheiten.
- Drei Ärztenetze fungierten als Kontrollgruppe (KG bzw. Kontrollnetz KN).
- Die Zuordnung der einzelnen acht Praxisnetze in die IG bzw. KG erfolgte nach pragmatischen Aspekten. Für eine randomisierte Zuteilung der Praxisnetze war die Anzahl der Regionen zu klein und die Netze waren zu unterschiedlich. Berücksichtigt wurde, dass sowohl in der IG als auch in der KG jeweils eine städtische Region neben den ansonsten eher ländlichen Regionen enthalten war.
- **Primärdaten:** Die Primärdaten der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten wurden in der IG nach erfolgter Bedarfsfeststellung durch die Casemanager zu drei Zeitpunkten erhoben. Die Bedarfsfeststellung erfolgte mithilfe des ANGELINA-Fragebogens inkl. der Unterstützung von geschulten MFA der Hausarztpraxen. In den KN unterstützten ebenfalls dafür speziell geschulte MFA der Hausarztpraxen mithilfe des ANGELINA-Bogens zur Bedarfsfeststellung. Die Patienten und Patientinnen der KG erhielten kein CCM. Die Datendokumentation zu den patientenrelevanten Erhebungsinstrumenten zu allen Erhebungszeitpunkten erfolgte direkt auf der Basis eines IT-gestützten Datendokumentationssystems.
- **Sekundärdaten:** Bei den Sekundärdaten handelt es sich um einen Auszug von patientenbezogenen Routinedaten beteiligter Krankenkassen bezüglich Inanspruchnahme und Kosten von Gesundheitsleistungen.
- **Prozessevaluation:** Quantitative Daten wurden aus Fragebogenerhebungen und administrativen Daten von Patientinnen und Patienten, Zu- und Angehöriger sowie vom Leistungserbringer (ärztliche und nichtärztliche) erhoben. Zudem wurden Experteninterviews mit Patientinnen und Patienten, Zu- und Angehörigen, Leistungserbringern (ärztliche und nichtärztliche) sowie Fokusgruppen-Diskussionen mit allen Beteiligten in den IN und KN durchgeführt, zum Vergleich und Herausarbeiten der Besonderheiten von ÄN.



RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz

- In den Ärztenetzen der Interventionsgruppe erfolgte bei Angehörigen aus Gesundheitsberufen (MFA, Therapeuten oder Pflegefachkräfte) eine Schulung für das CCM bei geriatrischen Patientinnen und Patienten durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des GeriNet e.V. Leipzig.
- In den ÄN der IG und KG führten die Hausarztpraxen das Identifizieren (Screening) der geriatrischen Patientinnen und Patienten mithilfe des ANGELINA-Bogens durch. Bei Erfüllung der Einschlusskriterien wurden die identifizierten Patientinnen und Patienten nach Abgabe der Einwilligungserklärung in die Studie eingeschlossen. Die teilnehmenden Patientinnen und Patienten wurden zu Studienbeginn (BL) und nach 12 Monaten (FU12) im Rahmen der Evaluation durch speziell für diese Aufgabe geschulte Mitarbeiter des jeweiligen ÄN befragt (gleiche Erhebungsinstrumente wie für die IG). Nach der BL-Befragung erhielten die Patientinnen und Patienten der IG das Care- und Case Management, die Patienten und Patientinnen in den KN die übliche Regelversorgung („care as usual“) und nach 12 Monaten zu t1 erfolgte die FU12-Befragung wieder mit den gleichen Instrumenten wie zuvor sowie in der IG auch nach 21 Monaten (Follow Up).
- Pro Ärztenetz wurden vier CM qualifiziert. Die CM waren nach ihrer Qualifizierung in der Lage, die Versorgungsbedarfe der geriatrischen Patientinnen und Patienten in die soziale Gesetzgebung einzuordnen und in der Region ein regionales geriatricspezifisches Netzwerk zu gestalten, d. h. sie konnten entsprechende Kommunikations- und Kollaborationsstrukturen aufbauen. Weiterhin konnten sie aufgrund des beim Erstkontakt erhobenen geriatrischen Basisassessments eine Risikoeinschätzung vornehmen und einen optimalen Behandlungsplan für die Patientin oder für den Patienten individuell ausarbeiten und sie waren in der Lage, fallbezogene Verläufe zu monitoren und zu bewerten und auch zu beurteilen, ob der Versorgungsplan ggf. korrigiert bzw. angepasst werden sollte. Die CM konnten Versorgungslücken erkennen und ggf. über Fallbesprechungen und „Runde Tisch“-Konferenzen die Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit beeinflussen. Die CM arbeiteten eng mit der Hausärztin oder dem Hausarzt zusammen und koordinierten die Versorgung der geriatrischen Patientinnen und Patienten und kollaborierten eng mit allen anderen Gesundheitsprofessionen in dem jeweiligen ÄN.
- Zur Dokumentation des durch das CCM erbrachten Leistungsspektrums kam ein in der Interventionsgruppe ein Erfassungsbogen in Form des Kontakt- bzw. Leistungsprotokolls zum Einsatz, welches jeden Kontakt mit der geriatrischen Studienteilnehmerin oder dem geriatrischen Studienteilnehmer der IG erfasste.
- In den Ärztenetzen der Kontrollgruppe wurde nur das geriatrische Basis-Assessment zu allen Messzeitpunkten umgesetzt.

RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz

- Das Projekt ist abgeschlossen, das Projekt wartet auf die Empfehlung. Die Intervention erfolgte vom 01.01.2019 – 31.12.2020. In einigen Netzregionen wurde RubiN auf Grundlage eines Selektivvertrages z.T. noch für die Zeit vom 01.01.2021-31.12.2022 von einigen Kassen zwischenfinanziert. Zur Zeit wird RubiN nur noch in einzelnen Netzen als Selbstzahlerleistung angeboten.
- **Ergebnisse:**
 - **Primärer Endpunkt Barthel-Index:** Die Erfassung des Gesundheitszustands, sprich das Selbstständigkeitsvermögen, konnte anhand des Barthel-Index keine signifikante Verbesserung zeigen. Hierfür gibt es unterschiedliche Interpretationen. Unter anderem war die Interventionsgruppe älter als die Kontrollgruppe und generell lag der BI-Score bei Studieneintritt schon auf einem hohen Niveau. Der Barthel-Index als Messinstrument könnte für einige Patienten und Patientinnen nicht das richtige Instrument gewesen sein, da es zu wenig sensitiv auf die Interventionseffekte reagiert. Weiterhin ist die Versorgung in den Interventions- als auch Kontrollnetzen aufgrund der 87b-Arztnetzertifizierung schon grundsätzlich besser organisiert als ohne Vernetzung.
 - **Gesundheitsökonomie:** Die gesundheitsökonomischen Ergebnisse zeigen, dass das RubiN-CCM mit Mehrkosten einhergeht, ohne einen zusätzlichen medizinischen Nutzen zu generieren. Die Mehrkosten überwiegen potenzielle Einsparungen. Bei der Bewertung müssen die Besonderheit der Studienpopulation und das Ziel der Intervention berücksichtigt werden. Bei dem eingeschlossenen Sample handelt es sich um Personen über 70 Jahre mit hohen Gesundheitskosten, welche mit dem Alter ansteigen. Das Ziel des CCM ist der Ausgleich einer Unter- und Fehlversorgung. Die Intervention sollte durch eine höhere Inanspruchnahme primärer Versorgungsleistungen führen, wie sie in der IG im Zeitverlauf signifikant bei Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Pflegeleistungen zu beobachten war, während es Hinweise auf ein Sinken stationärer Kosten gab. Da die Kontrollnetze auch ein hohes Niveau an koordinierter Versorgung anbieten, fallen die Umverteilungen geringer aus als in anderen CCM-Interventionen. Systematische CCM-Effekte sind weiterhin erst nach einem längeren Zeitraum als dem in RubiN erkennbar und die initialen Set-UP-Kosten für eine Intervention fallen bei längerer Projektlaufzeit weniger ins Gewicht.
- Große Akzeptanz bei Patienten und Patientinnen: Die Casemanager geben Sicherheit, um Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit zu bewahren. Hierbei geht es im Bedarfsfalle um konkrete Hilfe wie der Beschaffung eines Duschstuhls, es geht aber darum, jemanden im Fall der Fälle ansprechen zu können. Das Patientensein im höheren und hohen Alter wird nicht als fester Zustand aufgefasst, sondern eher als ein diffuser, oft mit erheblichen Unsicherheiten verbundener Veränderungsprozess. In diesem können häufig eine Vielzahl von und eine Vielfalt an gesundheitlicher und anderer Probleme zusammenkommen, für die unterschiedliche, spezifische und individuelle Lösungen gefunden werden müssen.
- Große Akzeptanz bei allen Leistungserbringenden (CM, Praxen, Praxisnetze). Das RubiN-CCM konnte als Versorgungskonzept gut umgesetzt werden. Die Teamstrukturen waren von Vorteil. Als positiv erwies sich für die Umsetzung des CCM die Anbindung an die Arztpraxen. Multiprofessionalität und eine hohe Flexibilität innerhalb der CCM-Teams führten dazu, Patienten und Patientinnen auf Basis eines teambasierten und kollaborativen Vorgehens eine gute und umfassende Versorgung anbieten zu können. Auch Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern messen dem CCM zukünftig eine große Bedeutung zu, um Patienten und Patientinnen eine Orientierung im Gesundheitssystem zu geben. Inhaltlich wird das Leistungsspektrum eines CCM von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen vorrangig in einer Koordinationsfunktion mit anteiligen, sozialgesetzbuchübergreifenden Beratungsleistungen gesehen und nicht als Erbringung medizinischer Leistungen. Diese Sichtweise deckt sich mit den Ergebnissen der Rechtsexpertise zur Beschaffenheit und des Charakters von CCM.

RubiN – Regional ununterbrochen betreut im Netz

Kontakt

Sonja Laag, sonja.laag@barmer.de,

BARMER Wuppertal

Lichtscheider Straße 89

42289 Wuppertal

<https://www.rubin-netzwerk.de/>



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Projektbeispiel III

**StroCare – Optimierte sektorenübergreifende,
koordinierte und evidenzbasierte Behandlung von
Schlaganfallpatienten durch übergreifende
Prozessverantwortung und patientenorientierte
Ergebnisqualitätsmessung**

StroCare – sektorenübergreifende koordinierte Behandlung von Schlaganfallpatienten mit patientenzentrierter Ergebnisqualitätsmessung



Projektsteckbrief:

- **Laufzeit:** 01.07.2019 – 31.12.2023 (54 Monate)
- **Fördervolumen:** 3.794.200,00 €
- **Konsortium:** Verbund aus **3 Akutkliniken** (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Elbe Kliniken Stade, Albertinen-Krankenhaus), **5 Rehakliniken** (Klinikum Bad Bramstedt, RehaCentrum Hamburg, VAMED Geesthacht, VAMED Damp, MediClin Soltau), der **BARMER Krankenkasse**, **Casemanagement** (Lohmann und Birkner medizinisches ServiceCenter GmbH), **Philips GmbH**
- **Beteiligte Bundesländer:** Metropolregion Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen

StroCare – sektorenübergreifende koordinierte Behandlung von Schlaganfallpatienten mit patientenzentrierter Ergebnisqualitätsmessung



Projektziele und Hypothesen

Optimierung der Schlaganfallversorgung durch eine sektorenübergreifende Nachsorge und Integration von patientenzentrierter Ergebnisqualitätsmessung (PROMs)

- **Hypothese 1:** Die StroCare-Intervention wird zu einer Verringerung der akutstationären Leistungsanspruchnahme und somit zu einer Verringerung der stationären Kosten führen
- **Hypothese 2:** Die StroCare-Intervention wird zu einer Reduzierung der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen führen und somit zu reduzierten Pflegekosten
- **Hypothese 3:** Die gesamten Versorgungskosten werden durch die Reduktion stationärer und pflegerischer Kosten im Vergleich zum aktuellen Status quo sinken.

Endpunkte

- **Primärer** Endpunkt: Körperliche Lebensqualität (PROMIS-10)
- **Sekundäre** Endpunkte: Psychische Lebensqualität, Morbidität, Reinfarkte, Sekundärtherapie-Adhärenz, Funktionsfähigkeit, Wartezeit zwischen den Versorgungsschritten, Re-Hospitalisierung, Qualität der Risikofaktoreinstellung

StroCare – sektorenübergreifende koordinierte Behandlung von Schlaganfallpatienten mit patientenzentrierter Ergebnisqualitätsmessung



Studiendesign und Methodik

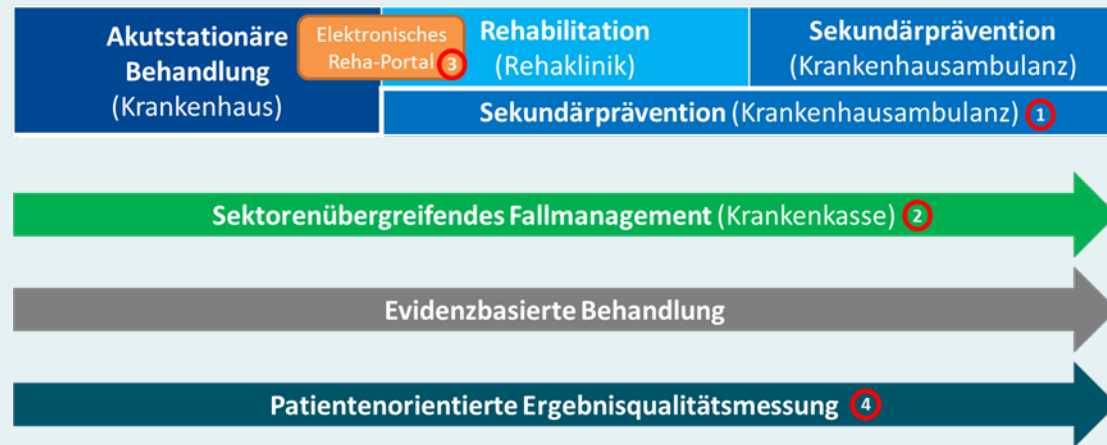
- Patient:innen mit den Indikationen (nach ICD 10): G45; I61 und I63
- Erreichte **Fallzahlen**
 - Kontrollgruppe: 218**
 - Interventionsgruppe: 198**
- Multizentrische kontrollierte Machbarkeitsstudie im Vorher-Nachher-Design:
 - Eine retrospektive Gruppe (nur Routinedaten)
 - Zwei prospektive Gruppen (Primär- und Routinedaten)
- **Datenbasis und Datenanalyse**
 - Qualitativer Teil -> formative Evaluation des Implementierungsprozesses
 - Quantitativer Teil -> summative Evaluation der Interventionseffekte
 - Gesundheitsökonomische Analyse -> Kostenvergleich StroCare - Routineversorgung

StroCare – sektorenübergreifende koordinierte Behandlung von Schlaganfallpatienten mit patientenzentrierter Ergebnisqualitätsmessung



Intervention

Innovationfondsprojekt StroCare



Krankenhaus (KH): UKE und teilnehmende Kliniken Albertinen-Krankenhaus und Elbe Kliniken in Stade
Rehaklinik: Teilnehmende Rehakliniken RehaCentrum Hamburg, Klinikum Bad Bramstedt, MediClin Klinikum Soltau, VAMED Klinik Geesthacht, VAMED Rehaklinik Damp

- 1. Sekundärprävention im Krankenhaus (ambulant)**
 - Verbesserte Nachsorge durch Etablierung eines spezifischen Nachsorgeangebots
- 2. Sektorenübergreifendes Fallmanagement**
 - Parallele Begleitung der Patient:innen hinsichtlich sonstiger Versorgungsfragen
- 3. Elektronisches Rehaportal**
 - Beschleunigung der Platzvergabe in den beteiligten Rehakliniken inkl. automatischer Kostenübernahme
- 4. PROMs**
 - Sektorenübergreifende Ergebnismessung während jeden Behandlungszeitpunktes

StroCare – sektorenübergreifende koordinierte Behandlung von Schlaganfallpatienten mit patientenzentrierter Ergebnisqualitätsmessung



Kontakt

Prof. Dr. Götz Thomalla

Klinik und Poliklinik für Neurologie

Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf

+49 40 7410 50137

thomalla@uke.de



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Projektbeispiel IV

**MAKING SDM A REALITY – Vollimplementierung von
Shared Decision Making im Krankenhaus**

MAKING SDM A REALITY

Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus

- Laufzeit: 1. Oktober 2017 – 30. September 2021
- Fördervolumen: 13,7 Millionen Euro
- Bundesland: Schleswig-Holstein
- Konsortium:
 - Nationales Kompetenzzentrum Shared Decision Making
 - Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
 - TakePart Media+Science GmbH
 - Universität Nordnorwegen
 - Techniker Krankenkasse
- Evaluation: Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Technische Universität München



MAKING SDM A REALITY

Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus

Projektziel:

Krankenhausweite Implementierung von Shared Decision Making

Primäre Endpunkte: **Wirksamkeit** bzgl. der Erzeugung von Shared Decision Making

Kosteneffizienz des SHARE TO CARE-Programms

Praktikabilität bzgl. der

- **Implementierung im Krankenhausalltag**
- **Aufrechterhaltung als Krankenkassenleistung**

Sekundärer Endpunkt: **Gesundheitskompetenz** bei Therapieentscheidungen

*Kurzfilm für Patienten zum
Shared Decision Making:*



MAKING SDM A REALITY

Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus

Analyse der primären Endpunkte:

Wirksamkeit bzgl. Erzeugung von Shared Decision Making (SDM):

Krankenhausweit und indikationsübergreifend erfasst mit

- validiertem Patientenfragebogen zu SDM (PICS, prä-post mit Kontrollgruppe)
- validiertem Instrument zur objektiven Analyse von Patientengesprächen (MAPPIN'SDM, prä-post-Vergleich)

Kosteneffizienz des SHARE TO CARE-Programms:

Indikationsübergreifender Vergleich der Interventionsklinik mit bundesweit gematchten Kontrollpatienten:

- Einsparungen durch SDM vs. Interventionskosten für SDM – unter Berücksichtigung der Versorgungsqualität

Praktikabilität bzgl. Implementierung und Aufrechterhaltung als Krankenkassenleistung:

- Analyse der Umsetzbarkeit im Krankenhausalltag sowie der Überführbarkeit in einen Versorgungsvertrag

MAKING SDM A REALITY

Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus

Neue Versorgungsform:

Shared Decision Making als Standard bei allen Therapieentscheidungen

Intervention:

Das SHARE TO CARE-Programm

- Kommunikationstraining aller Ärztinnen und Ärzte
- 80 evidenzbasierte Online-Entscheidungshilfen
- Einbindung aller Pflegekräfte als SDM-Supporter oder Decision Coaches
- Aktivierung aller Patientinnen und Patienten

*Illustrationsfilm zur
Intervention:*



Vollständige Umsetzung wird durch das SHARE TO CARE-Zertifikat belegt.

MAKING SDM A REALITY

Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus

Ergebnisse:

- SHARE TO CARE steigert Shared Decision Making und die Versorgungsqualität.
- Es senkt die Versorgungskosten und spart mehr Geld ein als es kostet.
- Krankenkassen führen daher freiwillig das Kieler Modell mit einem Zusatzentgelt fort. (*§140a SGB V*)



➤ **Empfehlung von G-BA und Regierungskommission zur Krankenhausreform:**

Übernahme in die bundesweite Regelversorgung!

Replikationen des Kieler Modells sind bereits gestartet in 10 weiteren Krankenhäusern.

Über 200 weitere Häuser – und die Krankenkassen – warten auf die Umsetzung per Bundesgesetz.

MAKING SDM A REALITY

Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus

Kontakt:



Nationales Kompetenzzentrum
Shared Decision Making



Prof. Dr. Friedemann Geiger

f.geiger@uksh.de

www.uksh.de/sdm

Projektfilm:



SHARE TO CARE
Gemeinsam entscheiden.



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Projektbeispiel V

**INDEED – Inanspruchnahme und sektorenübergreifende
Versorgungsmuster von Patienten in
Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland**

INDEED – Inanspruchnahme und sektorenübergreifende Versorgungsmuster von Patienten in Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland

- „Steckbrief“

Laufzeit: 1. Mai 2017 – 30. April 2021

Fördervolumen: 2.151.300,94€



Notfall- und Akutmedizin Campus Mitte und Virchow

Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheit

Institut für medizinische Soziologie und Rehabilitationsw



INDEED – Inanspruchnahme und sektorenübergreifende Versorgungsmuster von Patienten in Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland

- **Projektziel:** Analyse der sektorenübergreifenden Versorgungsmuster von Patient*innen, die Notaufnahmen in Anspruch nehmen, von zwei Jahren vor bis ein Jahr nach ihrem Krankenhausaufenthalt 2016.

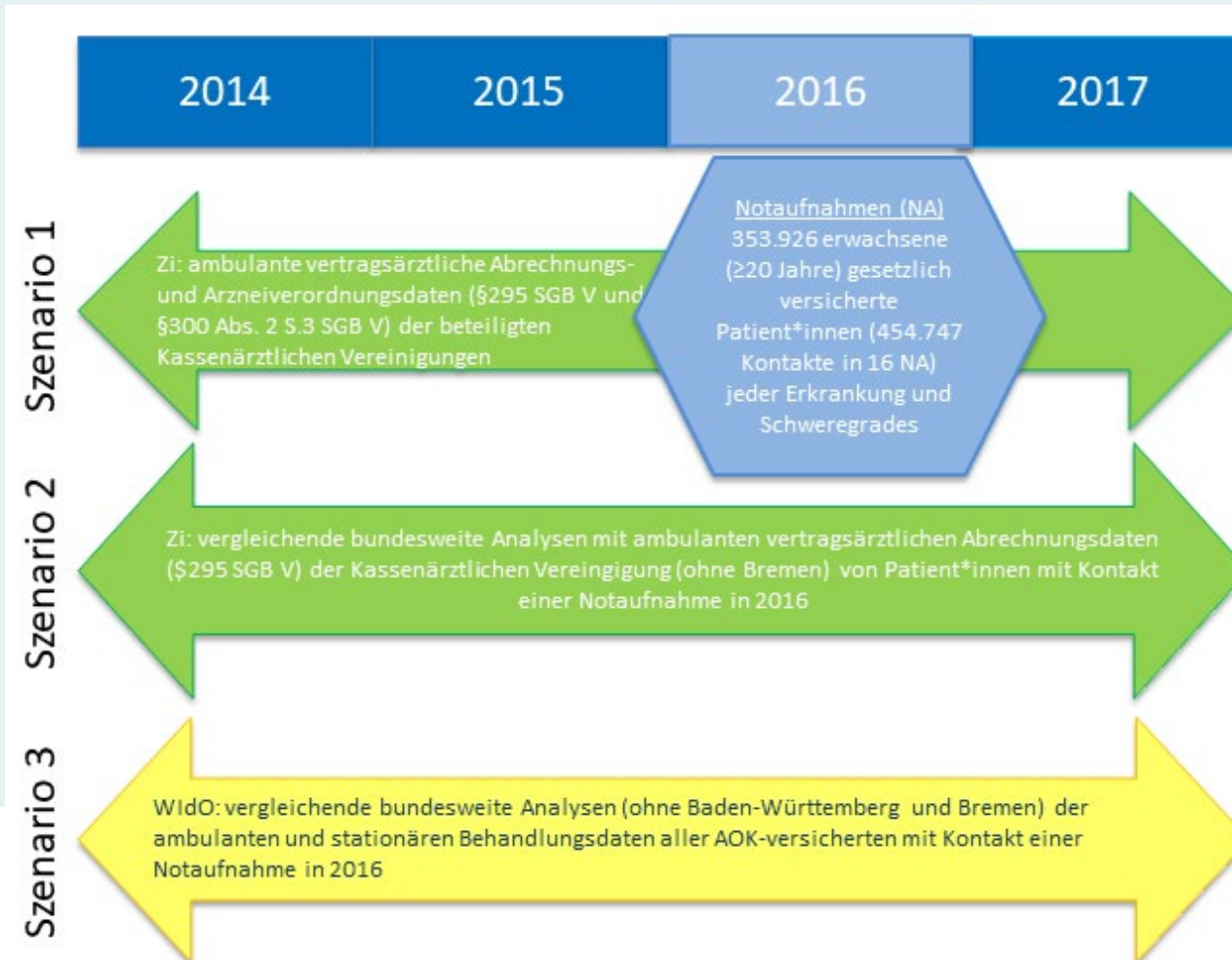
Primäres Ziel: Schätzung der Häufigkeit adäquater versus inadäquater bzw. potenziell vermeidbarer Inanspruchnahme von Notfallversorgungsanforderungen, sowie Identifizierung von Interventionsoptionen.

Sekundäre Ziele: Untersuchung von Versorgungsmustern, Identifizierung von Clustern mit unterschiedlichem Inanspruchnahmeverhalten, Analyse von Versorgungsbedarf und -lücken sowie Einflussfaktoren auf Inanspruchnahmen von Versorgungsstrukturen.

Methodisches Ziel: Entwicklung und Evaluation von Konzepten (Datenschutz, Datenmanagement) zur zukünftigen und wiederkehrenden Nutzung in weiteren Bereichen der Versorgungsforschung.

INDEED – Inanspruchnahme und sektorenübergreifende Versorgungsmuster von Patienten in Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland

- Routinedaten aller gesetzlich versicherten Patient*innen über 18/20 Jahren welche vorstellig waren in einer der 16 Notaufnahmen in 2016



Studiendesign und Datenbasis für die Routinedatenanalyse in den drei Szenarien des Projektes

INDEED – Inanspruchnahme und sektorenübergreifende Versorgungsmuster von Patienten in Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland



INDEED – Inanspruchnahme und sektorenübergreifende Versorgungsmuster von Patienten in Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland

- **Erfolgte Publikationen:**

Fischer-Rosinský et al., „*INDEED–Utilization and Cross-Sectoral Patterns of Care for Patients Admitted to Emergency Departments in Germany: Rationale and Study Design*“, *Frontiers in Public Health*, 2021

Fischer-Rosinský et al., „*Der Weg zu Routinedaten aus 16 Notaufnahmen für die sektorenübergreifende Versorgungsforschung*“, *Medizinische Klinik Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 2021

Nimptsch et al., „*Recording early deaths following emergency department visits in inpatient data: An observational study using data of 16 German hospitals*“, *ZEFQ*, 2022

Droege et al., „*Patients pathways before and after treatments in emergency departments: A retrospective analysis of secondary data in Germany*“, *Health policy*, 2023

Fischer-Rosinský et al., „*Frequency, demographics, diagnosis and consultation patterns of low-acuity attendances in German emergency departments– a secondary health data analysis from the INDEED-project*“, *BMJ open*, submitted Feb.2024

- **Aktuelle Arbeiten: 6 abgeschlossene/in Erstellung befindliche Masterarbeiten, 2 Promotionen in Erstellung, 1 Publikation eingereicht, 5 Publikationen in Finalisierung**

- **Projekt positiv beschieden: Empfehlung der Nutzung der Ergebnisse**

INDEED – Inanspruchnahme und sektorenübergreifende Versorgungsmuster von Patienten in Notfallversorgungsstrukturen in Deutschland

Prof. Dr. med. Martin Möckel
martin.moeckel@charite.de

Prof. Dr. med. Thomas Keil
thomas.keil@charite.de

Prof. Dr. rer. med. Anna Slagman
anna.slagman@charite.de

Dr. rer. nat. Antje Fischer-Rosinsky
antje.fischer-rosinsky@charite.de



Projektwebseite



Projektbericht,
Beschlusstext und
Rückmeldungen



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Projektbeispiel VI

**PsychCare – Wirksamkeit sektorenübergreifender
Versorgungsmodelle in der Psychiatrie - eine
prospektive, kontrollierte multizentrische
Beobachtungsstudie**

PsychCare

Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie – eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie

- Förderzeitraum 01.07.2017 bis 30.06.2021
- Fördervolumen 2,2 Mio. €
- Konsortium:

Datenlieferung:



Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und
Psychotherapie,
Technische
Universität
Dresden

Zentrum für
Evidenzbasierte
Gesundheits-
versorgung,
Technische
Universität
Dresden

Institut für
Sozialmedizin und
Gesundheits-
systemforschung,
Universität
Magdeburg

Hochschulklinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie,
Immanuel Klinik
Rüdersdorf

WIG2 GmbH,
Leipzig

Klinik und Poliklinik
für Kinder- und
Jugendpsychiatrie,
Uniklinikum
Würzburg



PsychCare

Ziel der Studie

Hintergrund

§64b SGB V

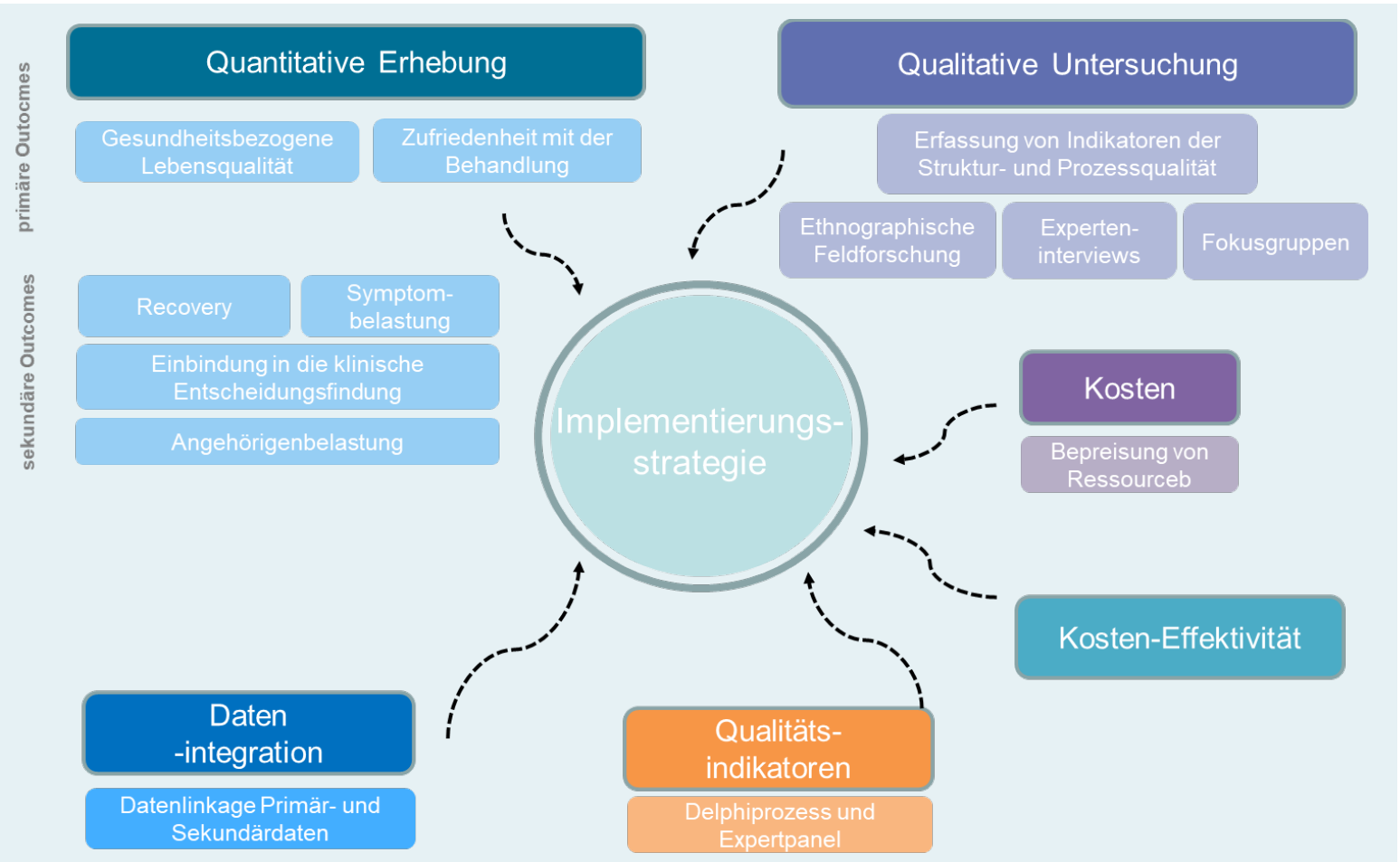
- Weiterentwicklung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Ausrichtung auf **Verbesserung der Versorgung von Patient*innen oder sektorenübergreifender Leistungserbringung** („flexible and integrated treatment“)
- Kostenträger und Leistungserbringende vereinbaren gemeinsam das Modell
- Globales Behandlungsbudget (klinikbezogenes Gesamtbudget über alle Settings)

Ziel

- Untersuchung des **Nutzens, der Kosten und der Effizienz** von Modellprojekten nach § 64b SGB V aus Sicht von Patienten, Angehörigen und Behandlern im Vergleich zur Regelversorgung
- Evaluation der **Perspektiven der Nutzer*innen** mittels partizipativer Prozessevaluation
- Entwicklung von **Qualitätsindikatoren** für eine patientenzentrierte und sektorenübergreifende psychiatrische Versorgung
- Schaffung von Evidenz für eine mögliche **Übertragung erfolgreicher Modelle bzw. Modellbestandteile in die Regelversorgung**

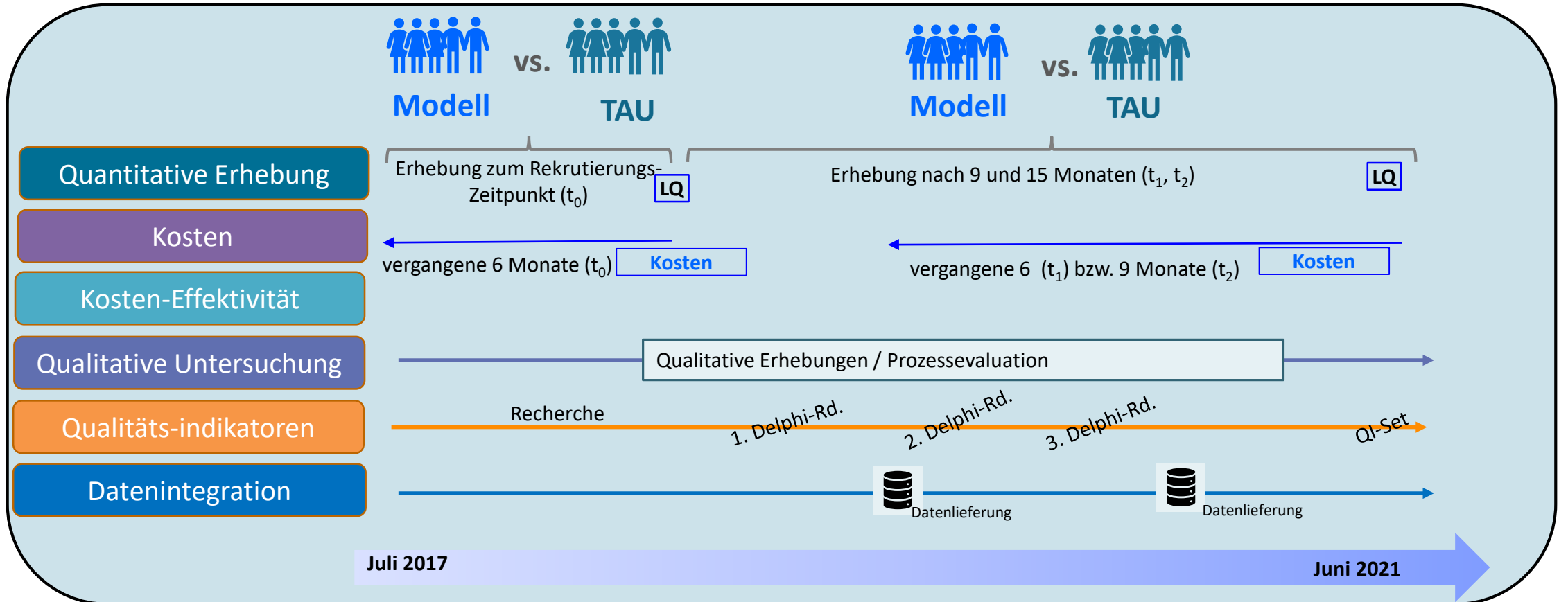
PsychCare Methodik

- prospektive, kontrollierte multiperspektivische und –methodische Evaluationsstudie
- Psychiatrische Patienten aus 9 zufällig ausgewählten **Kliniken mit Modellvertrag** nach §64b SGB V sowie 8 gematchten **Kontrollkliniken** ohne Modellvertrag



PsychCare

zeitlicher Ablauf



TAU = treatment as usual

PsychCare

Ergebnisse

- Erstmals innerhalb einer Studie Zusammenführung von quantitativen und qualitativen Primärdaten mit Sekundärdaten zum Vergleich der Modell- und Regelversorgung.
- Für Erwachsene mit alkoholbezogener, schizophrener oder affektiver Störung zeigte sich für die beiden primären **Endpunkte gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zufriedenheit mit der Behandlung** zur Basiserhebung - nicht aber nach 15 Monaten - ein Vorteil in den Modell- gegenüber den Kontrollkliniken, ebenso in der Kosteneffektivität.
- 12 erlebensbezogene Merkmale wurden identifiziert, anhand dieser konnten Bewertungen und Erfahrungen der Nutzenden erhoben werden.
- Modellkliniken zeigten einen signifikant höheren **Implementierungsgrad spezifischer Versorgungsmerkmale** settingübergreifender Versorgung als Kontrollkliniken.
- Der **Vertragsumfang** war eine maßgebliche Komponente für die Implementierung der Modellversorgung.
- Die Ergebnisse liefern Hinweise für die intendierte **Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung** der Modellprojekte nach § 64b SGB V.

PsychCare

Kontakt:

Prof. Dr. Andrea Pfennig

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden

andrea.pfennig@ukdd.de





**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Projektbeispiel VII

**MeZEB – Versorgung von Erwachsenen mit geistiger
Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen
vor und nach Einführung von Medizinischen Zentren
(MZEB)**

MeZEB - Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen vor und nach Einführung von Medizinischen Zentren (MZEB)

- **Laufzeit:** 01.01.2019 bis 31.08.2022
- **Fördervolumen:** ca. 1 Mio. €
- **Konsortialführung:** Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universitätsstr.25, 33615 Bielefeld, Stiftungsprofessur Rehabilitationswissenschaften | Rehabilitative Versorgungsforschung, Projektleitung: Prof. Dr. Thorsten Meyer-Feil
- **Konsortialpartner 1:** DIAKOVERE Krankenhaus gGmbH, Marienstr. 72-90, 30171 Hannover, MZEB – Bruno-Valentin-Institut, DIAKOVERE Annastift gGmbH, Anna-von-Borries-Str. 1-7, 30625 Hannover, Projektleitung: Prof. Dr. Martin Stephan
- **Konsortialpartner 2:** Krankenhaus Mara gGmbH, Kantensiek 11, 33617 Bielefeld, MZEB Bethel, Zentrum für Behindertenmedizin im Krankenhaus Mara gGmbH, Maraweg 21, 33617 Bielefeld, Projektleitung: Marcus Vogel

MeZEB - Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen vor und nach Einführung von Medizinischen Zentren (MZEB)

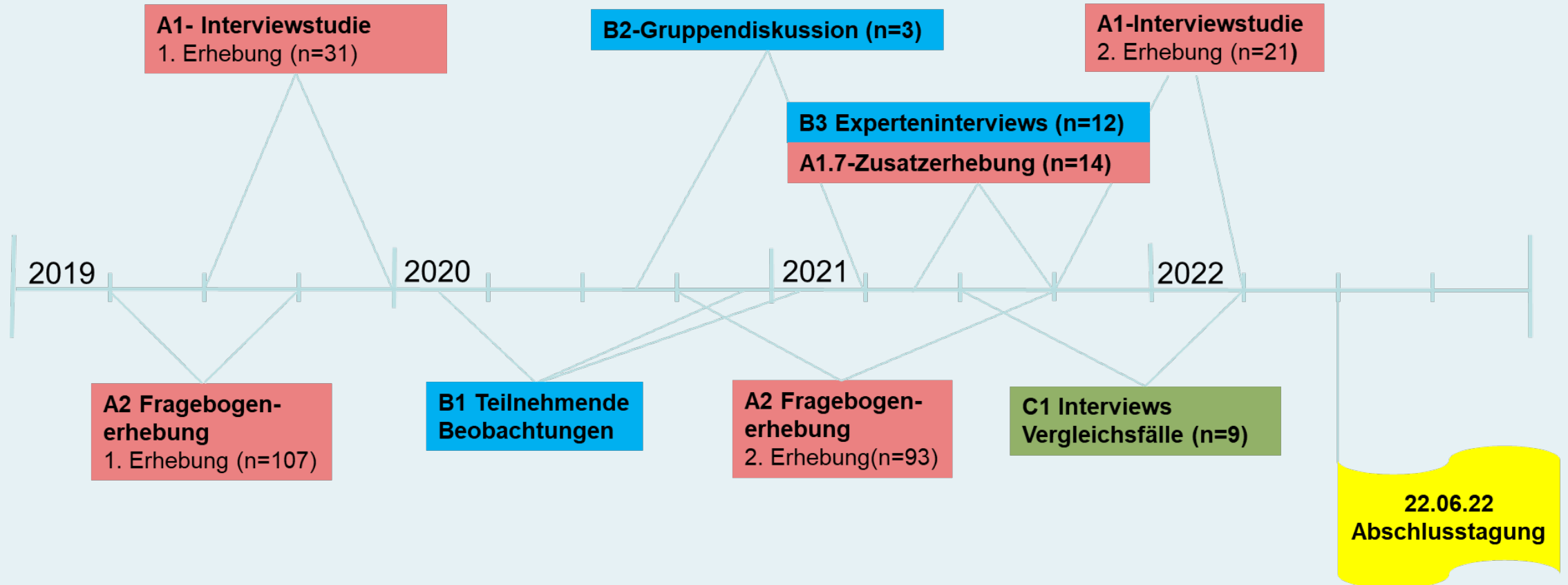
- **Projektziele:** Ursprüngliches Ziel des Projekts MeZEB war Beschreibung und Analyse der ambulanten medizinischen Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (Mm(g)B) im MZEB im Vergleich zur Standardversorgung.
Durch die Überlagerung der Nutzung von MZEB mit der Corona-Pandemie ab März 2020 mussten Ziel, Beschreibungen und Analysen des Projekts angepasst bzw. erweitert werden um den Einfluss der Pandemie auf die Versorgung der Zielgruppe.
- **Vorannahmen:** Die ambulante medizinische Versorgung von Mm(g)B erfolgt oft nicht bedarfsgerecht. MZEB können Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung von Mm(g)B leisten. Mm(g)B sind auf spezialisierte Versorgung angewiesen, die mit MZEB angeboten werden soll. MZEB können Bedarfslücken decken und zur Verbesserung der Versorgung beitragen.
- **Primäre Fragestellungen:** Wie ist die aktuelle ambulante medizinische Versorgung von Mm(g)B oder Mehrfachbehinderungen? Wie verändert sich diese Versorgung im Zuge der Einführung von MZEB? Welche Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung lassen sich aus den Ergebnissen der Fragen 1 und 2 ableiten? Welche versorgungswissenschaftlichen Erkenntnisse lassen sich aus den Ergebnissen ableiten?

MeZEB - Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen vor und nach Einführung von Medizinischen Zentren (MZEB)

- **Mixed-Methods-Studie** mit Teilnehmer*innen aus verschiedenen an der Versorgung beteiligten Gruppen
- Hauptaugenmerk der Interviewstudie lag auf den **Versorgungserfahrungen** von erwachsenen Personen mit intellektueller und/oder schwerer Mehrfachbeeinträchtigung bzw. ihrer An- und Zugehörigen
- Fragenbogenstudie zur **Versorgungsdokumentation**
- Perspektive von in **MZEB Beschäftigten**: in teilnehmender Beobachtung, Gruppendiskussionen und Expert*innen-Interviews wurden Angehörige verschiedener medizinischer Fachberufe begleitet und gehört
- **Datenbasis und Datenanalyse**:
 - A1: 52 leitfadengestützte Interviews mit Nutzer*innen bzw. An- und Zugehörigen, Transkription, Fallvignetten, inhaltsanalytische fallbezogene und fallvergleichende Auswertung
 - A1.7: 14 leitfadengestützte Interviews mit Nutzer*innen bzw. Angehörigen, Transkription, Fallvignetten, inhaltsanalytische fallbezogene und fallvergleichende Auswertung
 - A2: Fragebogenstudie, deskriptiv statistische Auswertungen mit SPSS je nach MZEB und vergleichend
 - B1: Beobachtungsstudie, chronologische Dokumentation, inhaltsanalytische Auswertung
 - B2: Gruppendiskussionen: Transkription, deduktiv-inhaltsanalytische Auswertung
 - B3: Expert*inneninterviews: Transkription, deduktiv-inhaltsanalytische Auswertung
 - C1: 9 leitfadengestützte Interviews mit Nichtnutzer*innen bzw. deren Angehörigen, Transkription, Fallvignetten, inhaltsanalytische fallbezogene und fallvergleichende Auswertung
- Abschlusstagung mit Vertretern aus allen an der Versorgung beteiligten Gruppen, World-Café-Methode

MeZEB - Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen vor und nach Einführung von Medizinischen Zentren (MZEB)

- zeitlicher und inhaltlicher Ablauf



MeZEB - Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen vor und nach Einführung von Medizinischen Zentren (MZEB)

Ergebnisse: Zur Versorgung von Mm(g)B im Rahmen der **ambulanten Regelversorgung** wird deutlich, dass es erhebliche **Schwierigkeiten beim Zugang zu Informationen und zu Versorgung** generell gibt. Dies führt zu verschiedenen Strategien der Kompensation, die von intensiver Suche nach Versorgung über Versorgungsmüdigkeit bis zum Vermeiden und Abbrechen von Versorgung reichen. Die Betroffenen nutzen die beiden involvierten MZEB in unterschiedlicher Weise. Die **Nutzungsmuster** erstrecken sich von einmaliger Konsultation bis zu langfristiger und regelmäßiger Inanspruchnahme, von gezielter Nachfrage einzelner Leistungen bis zu umfassender Beratung und Begleitung. Aus **Sicht der Versorgenden** handelt es sich bei den Einrichtungen v.a. um „**Inseln**“ der **Spezialisierung**, in denen „Vorreiter“ Pionierarbeit leisten. Sie sehen sich als Spezialist*innen, die Hausärzt*innen bei der Versorgung von Patient*innen mit komplexen Bedarfen entlasten können, aber auch als **Schnittstelle verschiedener Angebote**. Die Leistungen der MZEB sind breit gefächert und bilden Schnittstellen zur Regelversorgung. Besonderheiten des MZEB bestehen neben fachlicher Spezialisierung vor allem in größeren zeitlichen Spielräumen und der Bündelung verschiedener Angebote unter einem Dach.

Während der **Corona-Pandemie** wurde deutlich, dass die spezialisierte Versorgung von Mm(g)B in Krisenzeiten besonders gefährdet ist. Die MZEB mussten ihre Angebote einstellen bzw. drastisch reduzieren und die Patient*innen ihrerseits hatten noch größere (logistische) Probleme, ihre Termine wahrzunehmen und damit Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung zu erhalten.

Schlussfolgerung: Eine Stärkung der ambulanten (Regel-)Versorgung für Mm(g)B bleibt weiterhin notwendig und die hohe inhaltliche Variabilität der MZEB sollte thematisiert werden.

MeZEB - Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen vor und nach Einführung von Medizinischen Zentren (MZEB)

- Kontakt:
Prof. Dr. Thorsten Meyer-Feil / Dr. Cornelia Weiß
Institut für Rehabilitationsmedizin
Profizentrum Gesundheitswissenschaften
Universitätsmedizin Halle
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
reha@medizin.uni-halle.de





Gemeinsamer
Bundesausschuss
Innovationsausschuss

7 Projekte haben sich vorgestellt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!