



Bedeutung von Fallgruppen für die Ergebnismessung

Dr. Karla Spyra

IQMG-Jahrestagung

Berlin, 12.11.2009

Gliederung

1. Ergebnisqualität: Wunsch und Wirklichkeit
2. Kardinalprobleme der klassischen Outcome-Messung
3. Das Konzept der RMK: Ergebnisse der Outcome-Messung
4. Fazit und Ausblick

Beispiel: Rehabilitation Alkoholabhängiger

Im Focus: Ergebnisqualität



Pionier des Qualitätsmanagements

Avedis Donabedian, MD

*„Ergebnisse bleiben im Großen und Ganzen die **ultimate Beurteilungsebene** für die Wirksamkeit und Qualität der medizinischen Versorgung ...“*

Was will ergebnisorientierte Vergütung?

„Qualität soll sich lohnen!“

Gute Ergebnisse / Outcomes im Klinikvergleich



erzielt durch ...

Qualitativ gute Behandlung
nicht durch zufällige Auswahl „günstiger Risiken“

Kardinalprobleme der klassischen Outcome-Messung

Problem 1:

Was wird gemessen?

- Klassische Ergebniskriterien in der Rehabilitation beziehen sich auf „harte“, gut messbare Ziele, z.B.:
 - Arbeitsfähigkeit
 - Abstinenz
- Risikofaktoren sind nur teilweise operationalisiert/messbar, obwohl Evidenz nachgewiesen und therapeutisch beeinflussbar
- Neues Paradigma mit der ICF, aber fehlende Assessments
- Patientenzufriedenheit als „Kriterium eigener Art“

Problem 2:

Wie wird der "Patientenmix" im Klinikvergleich berücksichtigt?

Die Outcomequalität eines Hauses hängt nicht nur von der Behandlung ab, sondern auch von **Patientenmerkmalen**, die von der Rehabilitation...

- ...**nicht verändert** werden können, u.a.
 - **Alter/Geschlecht**
 - **Sozialstatus**
 - **Vorbehandlung**
 - ...

- ...**nur begrenzt verändert** werden können, u.a.
 - **Schweregrad = Gesamtheit der Risikofaktoren**
 - ...



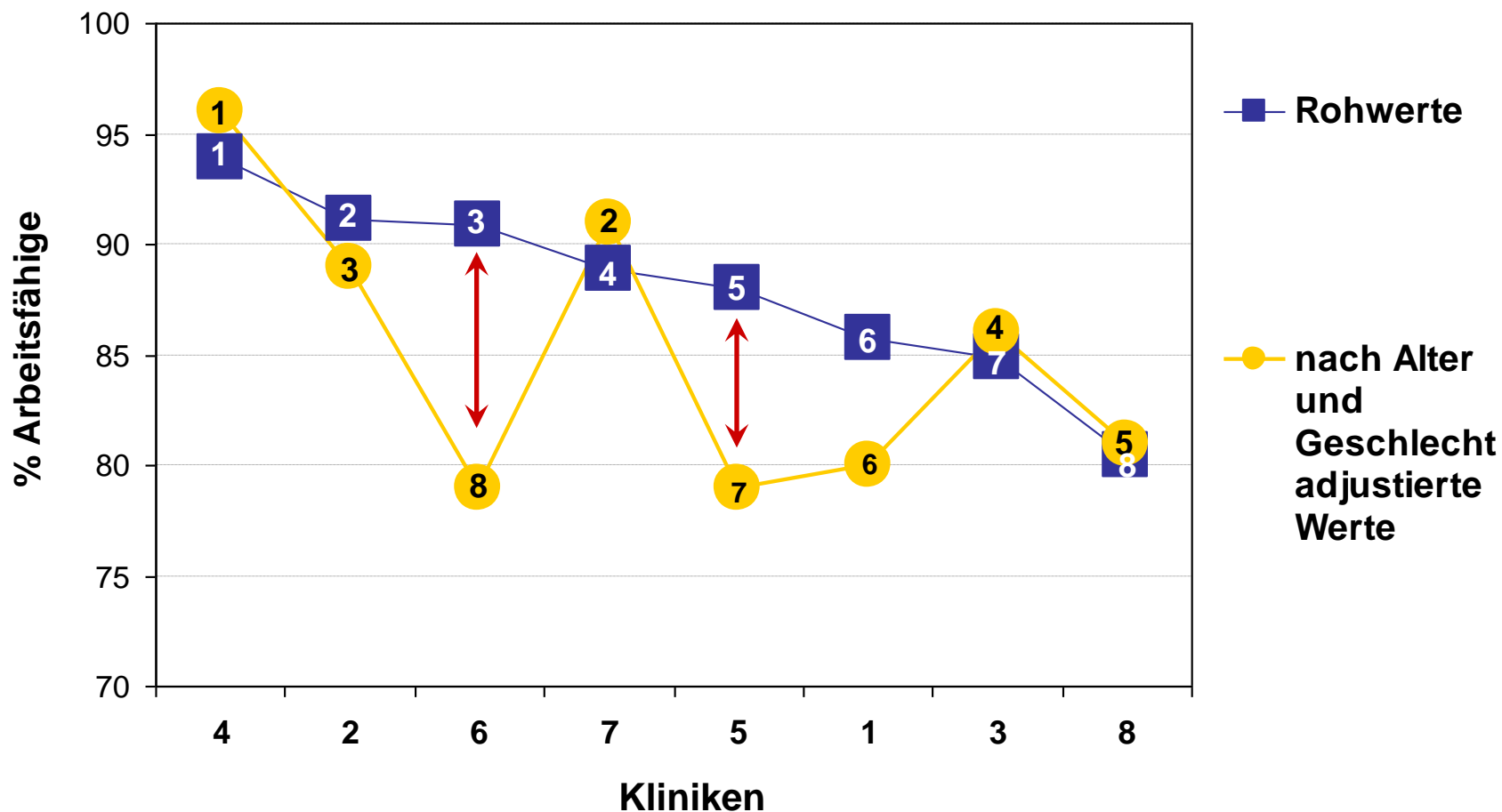
Muss bei klinikvergleichender Outcome-Bewertung berücksichtigt werden

Der klassische Klinikvergleich

Beispiel: Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger

Klinikvergleich klassisch:

Arbeitsfähig Entlassene; Ranking mit Rohwerten vs. mit nach ALTER und GESCHLECHT adjustierten Klinikmittelwerten



N=670 aus 8 Kliniken; Datenerhebung 2007/08

Zwischenfazit

Klassischer Ergebnisvergleich

- Nur wenige gut operationalisierbare/messbare Ergebniskriterien
- Adjustierung (zusammengefasste Bewertung unter rechnerisch egalisierten Patientenbedingungen) generiert „Kunstpazienten“

Es fehlt:

- Assessment für die umfassende Messung behandlungs- und ergebnisrelevanter Beeinträchtigungsdimensionen
- Instrumentarium für die Unterscheidung klinisch relevanter Patientengruppen
- Als Hilfsmittel für die Erschließung von Qualitätsreserven, die bspw. in der Behandlung unterschiedlicher Patientengruppen liegen

Vergütung und Patientenklassifikation in der Rehabilitation

„Ein **qualitätsorientiertes Vergütungssystem** ... müsste auf den **Rehabilitationsbedarf** der Patienten abgestimmt sein.“

„Der Rat hält ... die Entwicklung von

Patientenklassifikationssystemen für die medizinische
Rehabilitationfür geeignet ...

Leistungstransparenz zu schaffen.“

SACHVERSTÄNDIGENRAT
für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
Gutachten 2003

Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)

- Fallgruppen für die Rehabilitation -

Definition

(A) RMK-Bedarfsgruppierung

- Hauptindikationsgruppen (Major-Categories, z.B. **Sucht**)
- Indikationsgruppen (Basis-Categories, z.B. **Alkoholabhängigkeit AL**)
- Reha-revanter Schweregrad (**bio-psycho-soziale Beeinträchtigung**)



(B) Behandlungsanforderungen (**Therapeutische Leistungen etc.**)



Rehabilitanden-Management-Kategorien
z.B. **RMK-SUCHT-AL-1 bis RMK-SUCHT-AL-4**

RMK Sucht: 12 beteiligte Kliniken

AHG Kliniken Daun Am Rosenberg

AHG Kliniken Daun Thommener Höhe



AHG Klinik Tönisstein



AHG Klinik Tönisstein

AHG Klinik Wilhelmsheim



salus klinik Lindow



Fachklinik Furth im Wald (AKG)

Fachklinik Fredeburg (AKG)



Berghofklinik Bad Essen (Paracelsus)



PARACELTUS
BERGHOFKLINIK
BAD ESSEN

Klinik Eschenburg (Klinik Eschenburg KG)



LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen, Bernhard-Salzmänn-Klinik (buss)

Fachklinik St. Marienstift – Dammer Berge (buss)



Saaletalklinik (Haus Saaletal GmbH)



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

RMK-Assessment

Bedarfsdimensionen

Substanzbezogene Dimension

- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
- Alkohol-Abstinenz-Selbstwirksamkeits-Erwartung (AASE- Versuchung)
- Anzahl vorangegangener Entzugsbehandlungen

Psychische Dimension

Psychische Symptomatik

- Trait-Angst (STAI-X2)
- Schwere der Depression (BDI-II)
- Klinische Symptome (SCL-90/SCL-9)

Persönliche Ressourcen

- Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE)
- Aktive Copingstrategien (COPE)
- Lebenszufriedenheit (SOEP-Item)

Soziale Dimension

Erwerbsproblematik

- Alter und Arbeitslosigkeit

Arbeitsbezogenes Erleben und Verhalten


- Erfolgserleben im Beruf und
Offensive Problembewältigung (AVEM)

Soziale Unterstützung

- Praktische Unterstützung
und Emotionale Unterstützung (F-SozU)

RMK-Fallgruppen

Alkoholabhängigkeit

Dimension [in % betroffener Pat.]	Gruppierung	AL-1	AL-2	AL-3	AL-4	
						
Substanzbezogene Beeinträchtigung		+	+++	+++	++++	
Psychische Beeinträchtigung	Psychische Symptomatik	+	+++	++	++++	
	Persönliche Ressourcen	+	++	++	++++	
Soziale Beeinträchtigung		++	++	++	+++	
Arbeitsbezogenes Erleben & Verhalten			++	+++	+++	++++
Soziale Unterstützung			+	++	++++	++++

++++ = >75% → maximale Beeinträchtigung

+++ = 50-75% → sehr starke Beeinträchtigung

++ = 25-50% → starke Beeinträchtigung

+ = 0-25% → weniger starke Beeinträchtigung

RMK-Fallgruppen

ungleich auf Kliniken verteilt!!!

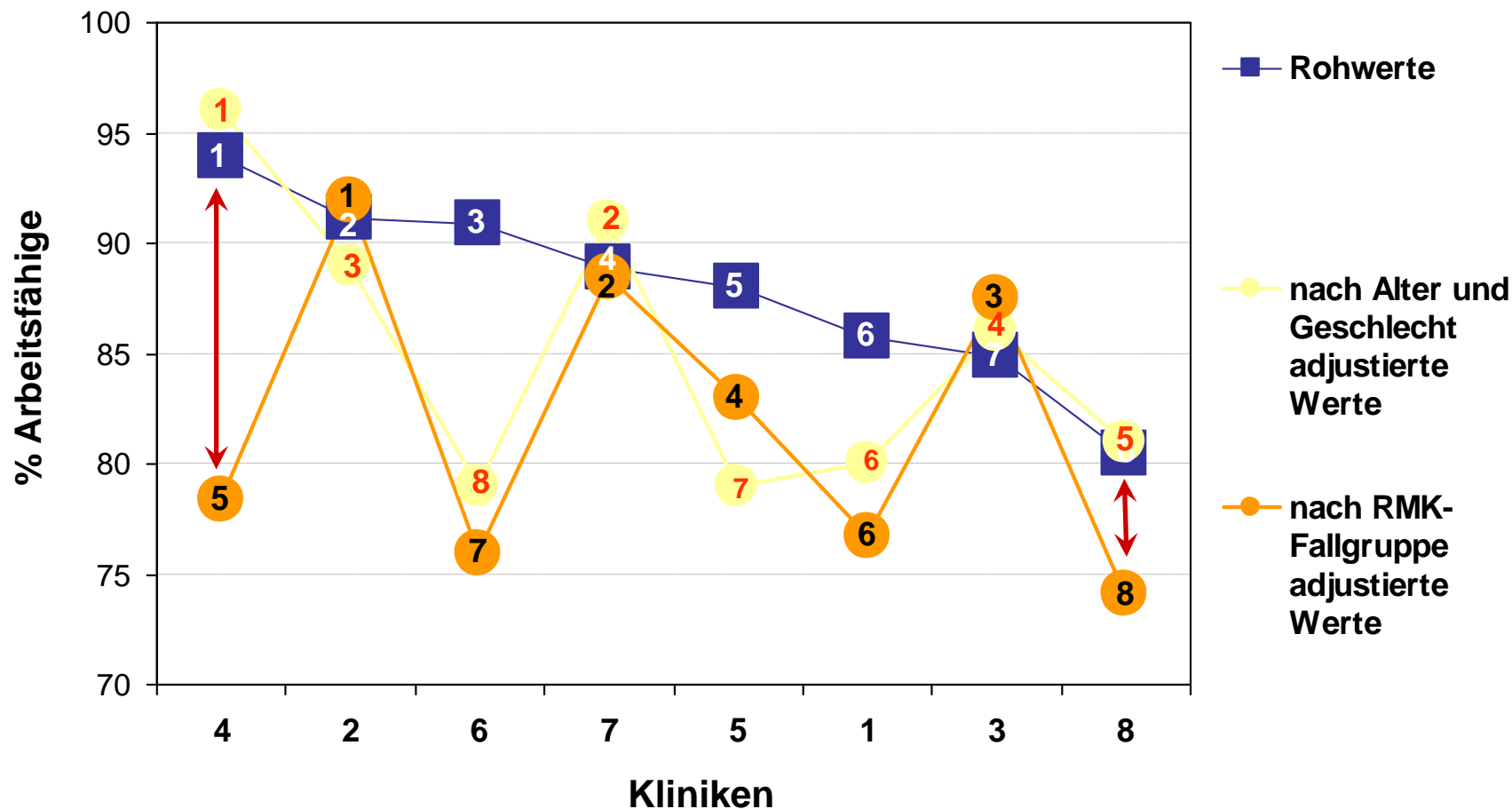
	AL-1	AL-2	AL-3	AL-4	gesamt
Klinik 01	42.3% (n=33)	32.1% (n=25)	20.5% (n=16)	5.1% (n=4)	100% (n=78)
Klinik 02	13.3% (n=6)	48.9% (n=22)	22.2% (n=10)	15.6% (n=7)	100% (n=45)
Klinik 03	22.2% (n=18)	38.3% (n=31)	16.0% (n=13)	23.5% (n=19)	100% (n=81)
Klinik 05	19.0% (n=11)	32.8% (n=19)	22.4% (n=13)	25.9% (n=15)	100% (n=58)
Klinik 06	29.2% (n=26)	29.2% (n=26)	18.0% (n=16)	23.6% (n=21)	100% (n=89)
Klinik 07	41.4% (n=24)	25.9% (n=15)	22.4% (n=13)	10.3% (n=6)	100% (n=58)
Klinik 08	25.6% (n=10)	28.2% (n=11)	23.1% (n=9)	23.1% (n=9)	100% (n=39)
Klinik 09	16.7% (n=13)	34.6% (n=27)	23.1% (n=18)	25.6% (n=20)	100% (n=78)
Klinik 10	28.3% (n=13)	30.4% (n=14)	19.6% (n=9)	21.7% (n=10)	100% (n=46)
gesamt	26.9% (n=154)	33.2% (n=190)	20.5% (n=117)	19.4% (n=111)	100% (n=572)

Pseudo-R² = .079

Neu: RMK-Klinikvergleich

Klassisches Ergebniskriterium: Arbeitsfähig Entlassene

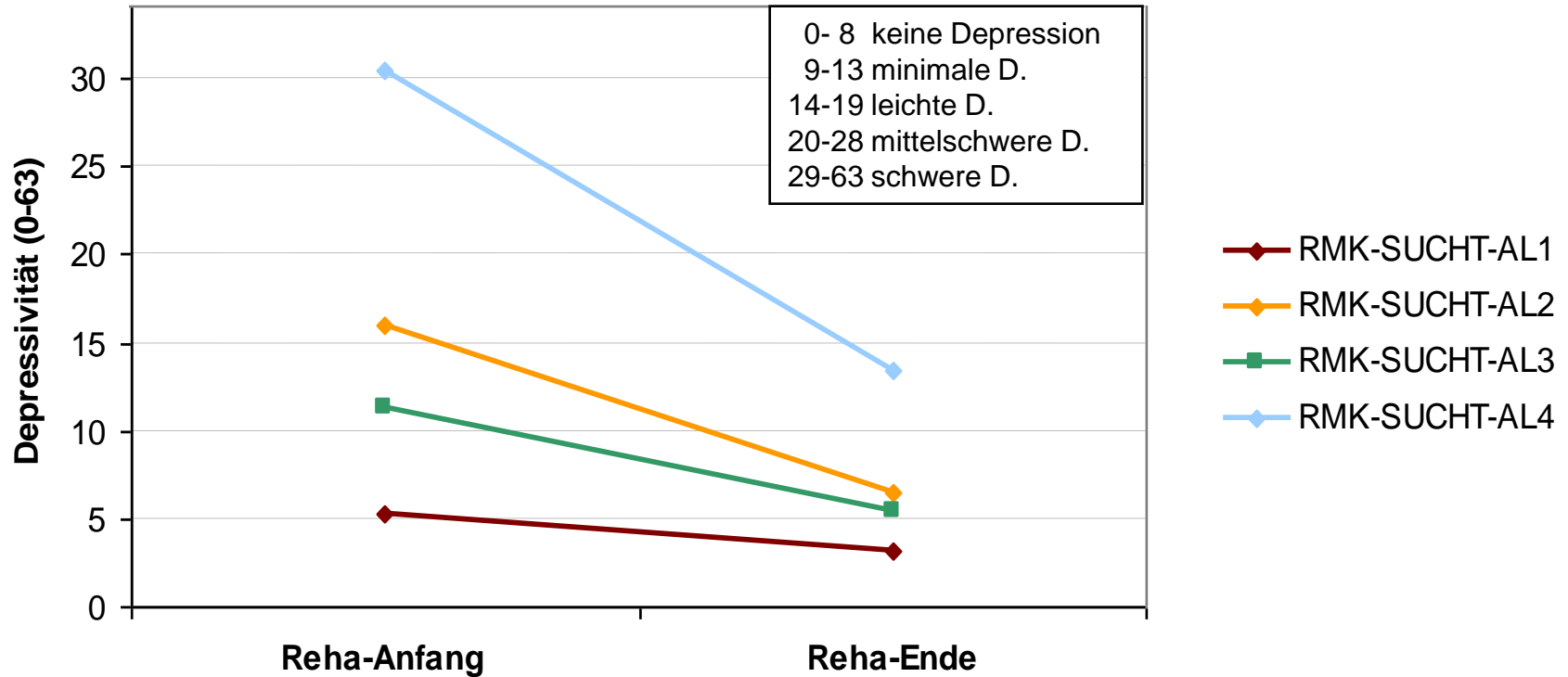
Ranking nach Rohwerten vs. mit nach RMK-Fallgruppe adjustierten Klinikmittelwerten



N=526 aus 8 Kliniken; Datenerhebung 2007/08

Neu: RMK-Outcome-Kriterien

Depressivität: BDI-Summenwert



Haupteffekt A (Zeit): $F = 504,02$; $p < .01$; par. $\text{Eta}^2 = .53$

Haupteffekt B (Gruppe): $F = 191,13$; $p < .01$; par. $\text{Eta}^2 = .56$

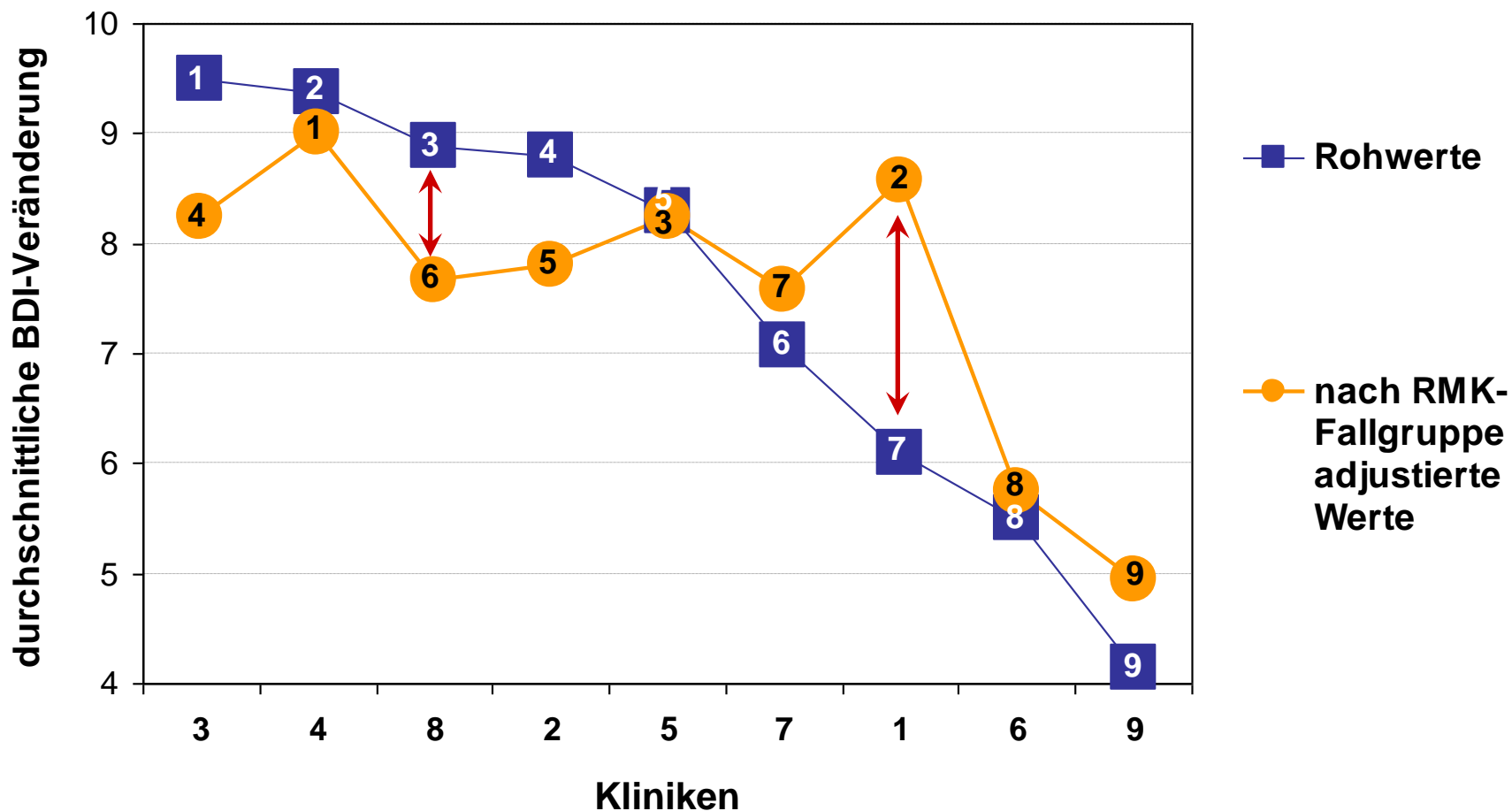
Interaktion A x B: $F = 60,32$; $p < .01$; par. $\text{Eta}^2 = .29$

N= 585 aus 10 Kliniken;
Datenerhebung 2007/08

Neu: RMK-Klinikvergleich und Outcome-Kriterium

Ergebniskriterium: Depressivitätsreduktion (BDI)

Ranking nach Rohwerten vs. mit nach RMK-Fallgruppe adjustierten Klinikmittelwerten

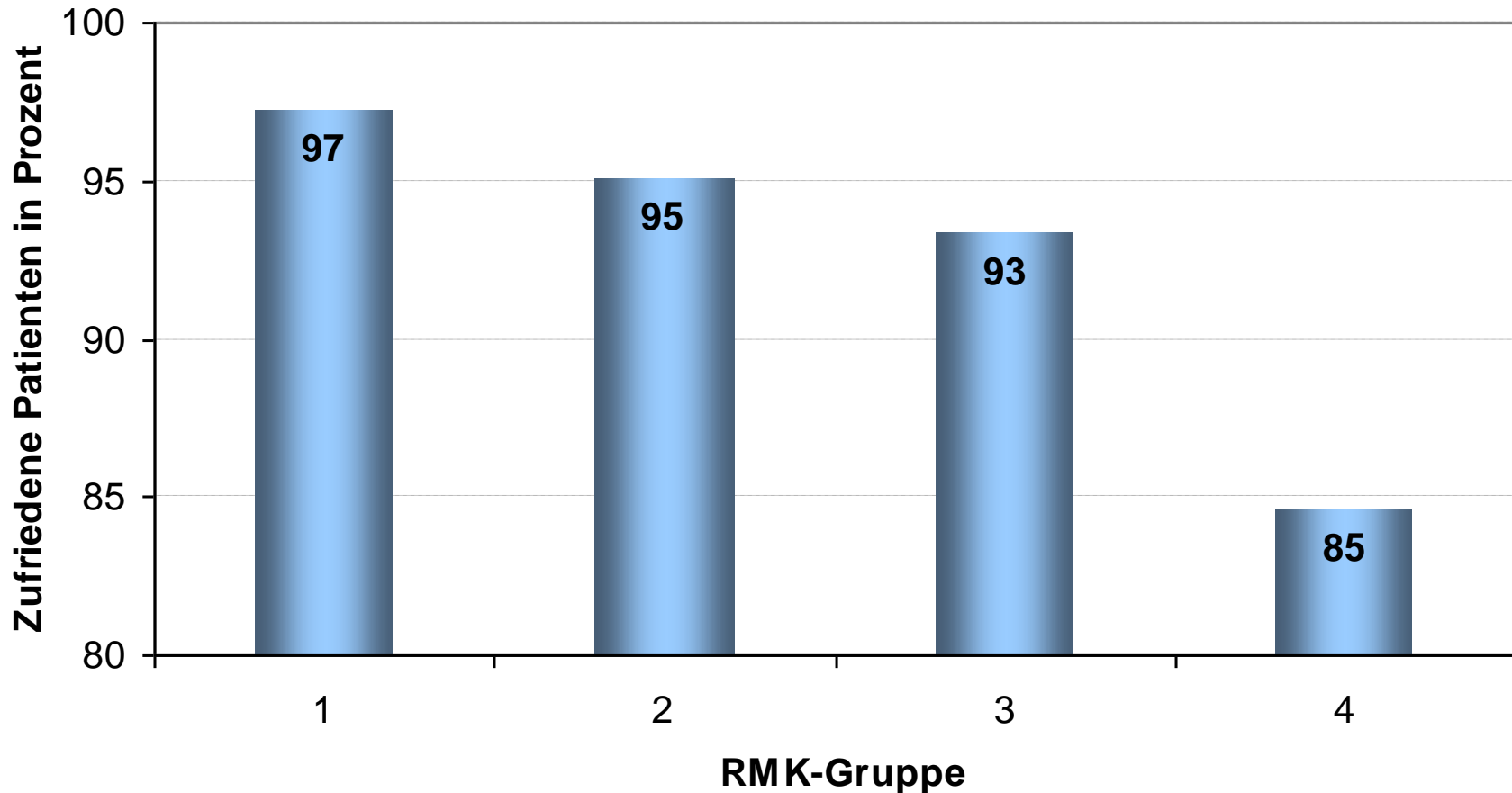


N=731 aus 9 Kliniken; Datenerhebung 2007/08

Patientenzufriedenheit zu Reha-Ende und RMK

Item: Erhalt der erwünschten Behandlung / Reha-Ende

Operationalisierung: „im Allgemeinen ja + eindeutig ja“ vs. „eindeutig nicht + eigentlich nicht“



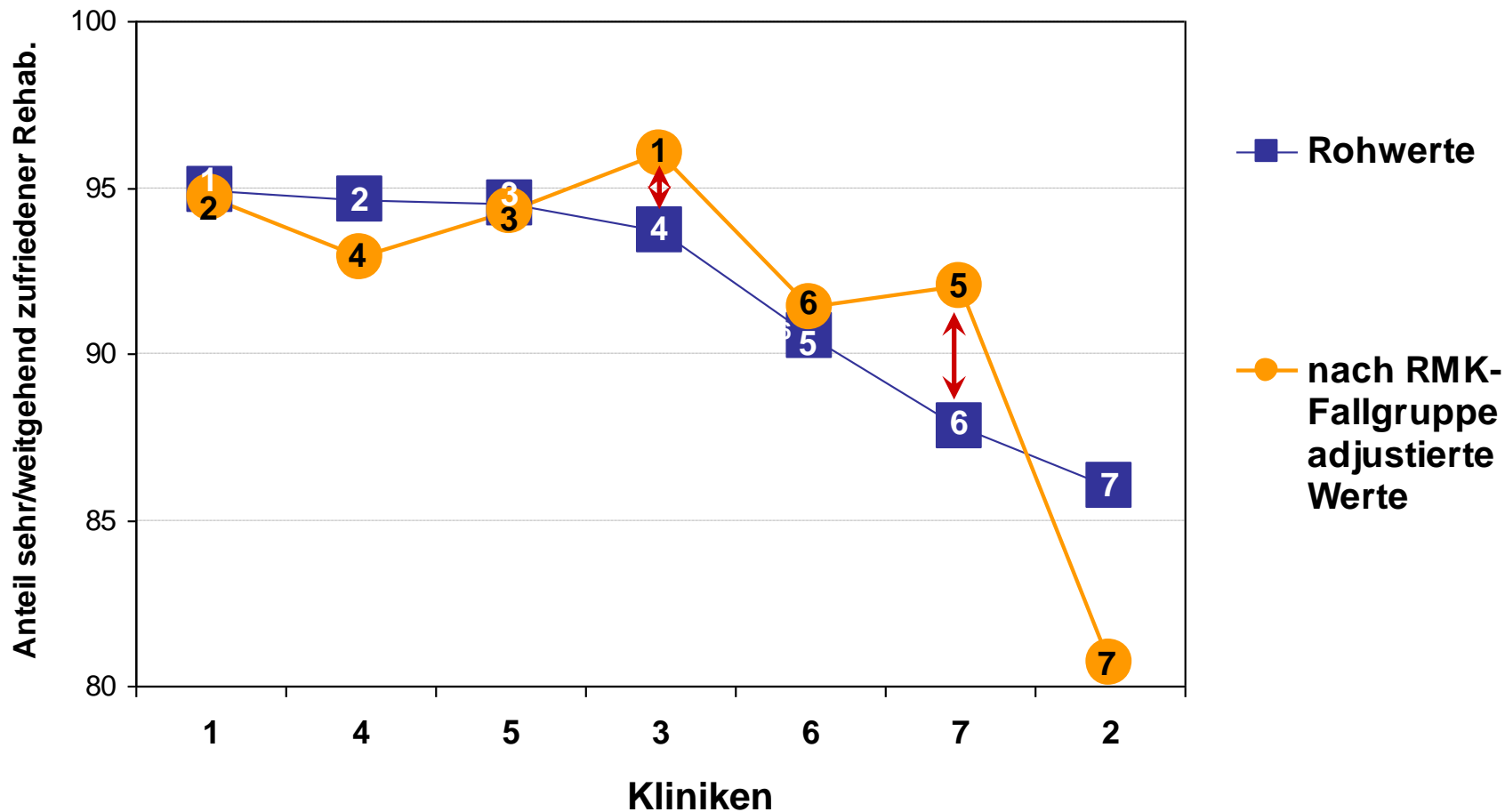
$p = .02^*$

N= 585 aus 10 Kliniken; Datenerhebung 2007/08

RMK-Klinikvergleich

Patientenzufriedenheit mit Rehabilitation zu Reha-Ende

Ranking nach Rohwerten vs. mit nach RMK-Fallgruppe adjustierten Klinikmittelwerten



N=571 aus 7 Kliniken; Datenerhebung 2007/08

Zwischenfazit: RMK-Outcome-Analysen

- **RMK-Assessment erlaubt bedarfsbezogene umfassende Outcome-Analyse**
- **RMK sind ergebnisrelevant**
 - **Gruppenunterschiede „stabil“ über die drei Messzeitpunkte**
 - **Je höher der Schweregrad, desto deutlichere Verbesserung**
- **RMK sind steuerrelevant**
 - **bestätigen (nachhaltige) Wirkung der Rehabilitation**
 - **auch Hinweise auf Optimierungspotenziale**
- **RMK sind relevant für Patientenzufriedenheit**
 - **Stärker belastete Patienten sind skeptischer als weniger Belastete, obwohl sie am meisten profitieren**

 **Neue Outcomekriterien**

 **Gerechter Klinikvergleich**

Fazit

- RMKs schaffen die Grundlage für eine angemessene Outcome-Bewertung, auch im Klinikvergleich!
- Die ergebnisbezogene/qualitätsorientierte Vergütung kann von den RMKs profitieren.
- Die Einbeziehung der RMKs in die Vergütung sollte auf der Leistungsebene beginnen.
- Eine ergebnisbezogene Vergütung erfordert weitere Forschungsarbeit.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.