

# Patientenseitige Entscheidungspräferenzen beim Zugang zur Integrierten Versorgung von Knie- und Hüftgelenkersatz

## Nutzen und Begrenzungen unterschiedlicher Erhebungsmethoden

Streibelt<sup>1</sup> M, Thren<sup>2</sup> K & Müller-Fahmow<sup>1</sup> W

<sup>1</sup>Versorgungssystemforschung, Charité – Universitätsmedizin Berlin, <sup>2</sup>Klinik Niedersachsen Bad Nenndorf

### Hintergrund

Die Etablierung sektorenübergreifender Versorgung in Form Integrierter Versorgungsformen (IV) ist ein grundsätzliches Anliegen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (Teschler 2005; Dolderer et al. 2007). Die in diese Versorgungsformen gelegte Hoffnung effizienter und qualitätsgesicherter Behandlung ist in internationalen Reviews kontrovers diskutiert, jedoch nicht abschließend bestätigt worden (Janus & Amelung 2004; Ouwens, Wollersheim et al. 2005). Ein Grund dafür ist das Fehlen einer einheitlichen Definition relevanter IV-Kriterien. Insbesondere ist bisher noch immer nicht bekannt, welche Kriterien die Patienten bei Teilnahme an einer IV präferieren.

Gemeinsam mit verschiedenen Krankenkassen und niedergelassenen Ärzten bieten das Krankenhaus Annastift in Hannover und die Reha-Klinik Niedersachsen in Bad Nenndorf ein IV-Modell bei Knie- bzw. Hüftendoprothetik an. In Kooperation mit AOK, DAK und TK wird momentan – gefördert durch die Erwin-Röver-Stiftung – eine Evaluationsstudie dieser IV durchgeführt. Darin werden Fragen der Zugangs- und Prozessqualität thematisiert sowie eine Ergebnisbewertung des IV-Modells vorgenommen.

### Fragestellungen

- 1) Welche Relevanz besitzen spezifische Kriterien bei der Entscheidung der Patienten für ein Behandlungsmodell nach Integrierter Versorgung?
- 2) Welcher Nutzen bzw. welche Begrenzungen ergeben sich aus der Verwendung unterschiedlicher Methoden zur Erhebung von Entscheidungspräferenzen?

### Stichprobe: Patienten mit notwendiger Knie- bzw. Hüft-TEP-OP

Rekrutierungszeitraum: 17.07.-20.12.2006, N=155 Patienten	
Erreichbarkeit: N=111 Patienten	neutrale Ausfälle
Analyses Stichprobe: N=93 Patienten (Response: 84%)	Dropout
	neutrale Ausfälle

Alter: ø 74 Jahre (SD=7); Geschlecht: 69% weiblich; Indikation: 49% Knie-TEP, 51% Hüft-TEP.

### Ergebnisse

#### Erhebungsmethode 1: Likert-Skala

(vier Stufen, 1=„sehr wichtig“ bis 4=„sehr unwichtig“)

Im Folgenden finden Sie eine Liste von Leistungen, durch die sich die Integrierte Versorgung von der herkömmlichen Behandlung bei Knie- und Hüftgelenkersatz unterscheidet. Falls Sie sich für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung entschieden haben, wie wichtig waren die folgenden Leistungen für Ihre Entscheidung? (Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile das für Sie Zutreffende an!)

	sehr wichtig	sehr unwichtig	wichtig	unwichtig
[A] freie Wahl des Termins der Operation, garantiert aber innerhalb der nächsten 6 Wochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[B] umfassende Beratung über die Operation und den gesamten Behandlungsablauf durch Patientensass, Informations- und Broschüren zur Benutzung von Gehhilfen und Informationsveranstaltungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[C] enge Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Reha-Klinik, gemeinsame Visiten der Ärzte sowie Therapien durch Mitarbeiter der Reha-Klinik schon im Krankenhaus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[D] Terminangebote für die Nachbehandlung bis 10 Jahre nach der Operation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[E] verringerte finanzielle Eigenbeteiligung durch kostenlose Bereitstellung von Gehhilfen und teilweise geringere Zuzahlung bei späterer Krankengymnastik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Erhebungsmethode 2: Rangfolge

(Aufstellen einer Reihenfolge der Kriterien)

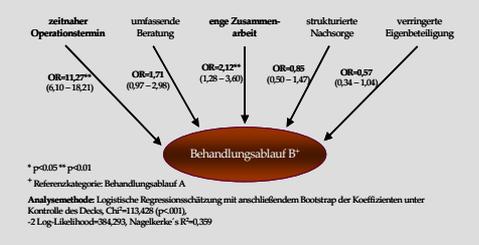
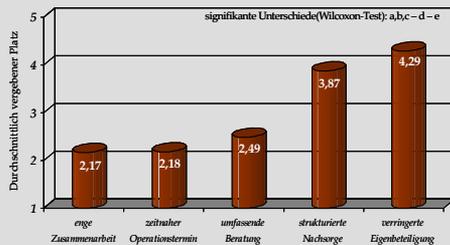
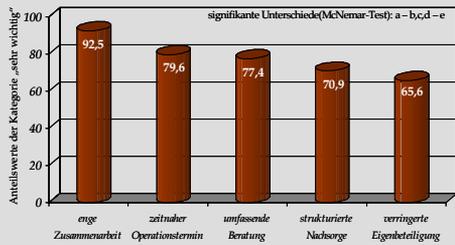
Wir möchten Sie nun bitten, diese fünf Leistungen in eine Reihenfolge zu bringen, die aus Ihrer Sicht der Wichtigkeit der einzelnen Leistungen entspricht. Tragen Sie bitte die Buchstaben der Leistungen aus Frage 4 (A bis E) in die Kästchen ein. Die aus Ihrer Sicht wichtigste Leistung erhält den Platz 1, die unwichtigste den Platz 5.

1. Platz	2. Platz	3. Platz	4. Platz	5. Platz
<input type="checkbox"/> [A] bis [E] aus Frage 4	<input type="checkbox"/> [A] bis [E] aus Frage 4	<input type="checkbox"/> [A] bis [E] aus Frage 4	<input type="checkbox"/> [A] bis [E] aus Frage 4	<input type="checkbox"/> [A] bis [E] aus Frage 4

#### Erhebungsmethode 3: Discrete-Choice-Experiment

(acht Paarvergleiche mit je zwei Behandlungsalternativen A und B in zwei zufällig auf die Patienten verteilten Decks)

I. Behandlungsablauf A	II. Behandlungsablauf B
Das Datum der Operation ist innerhalb der nächsten 6 Wochen von Ihnen frei wählbar. Sie bekommen durch Patientensass und Informationsbroschüren eine vielfältige Beratung über die Behandlung.	Das Datum der Operation ist gebunden an eine Warteliste. Sie bekommen auf Wunsch eine Beratung über die Behandlung.
Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Reha-Klinik ist durch gemeinsame Visiten und Therapien sehr eng.	Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Reha-Klinik beschränkt sich auf die Übermittlung von allgemeinen Informationen.
Ihre Termine zur Nachbehandlung werden nach Ermessen Ihres Arztes vergeben.	Sie bekommen Terminangebote zur Nachbehandlung bis 10 Jahre nach der Operation.
Ihre Eigenbeteiligung ist an die normalen Zuzahlungsregeln Ihrer Krankenkasse gebunden.	Ihre Eigenbeteiligung bei bestimmten Leistungen (z. B. Gehhilfen) ist verringert.
Ich würde mich entscheiden für <input type="checkbox"/> Behandlungsablauf A <input type="checkbox"/> Behandlungsablauf B	



### Fazit und Schlussfolgerungen

- (1) Die Relevanz einer Behandlung „aus einer Hand“ mit zeitlicher Straffung des Prozesses wird deutlich. Dies unterstreicht die Bemühungen um ganzheitliche Behandlungsmodelle.
- (2) Die Entscheidung für ein verbessertes Behandlungsmodell (wie der IV) scheint kaum durch ökonomische Anreize beeinflusst. Allerdings sollte die Operationalisierung kritisch hinterfragt werden. Tatsächliche Geldbeträge liefern u.U. andere Ergebnisse.
- (3) Die Verwendung von komplexen Discrete-Choice-Experimenten kann die Qualität der Erkenntnisse relevanter Entscheidungspräferenzen bei der Wahl eines spezifischen Behandlungsmodells in hohem Maße verbessern: Es wird (im Vergleich zu alternativen Erhebungsmethoden) ersichtlich, welche Kriterien tatsächlich einen Einfluss auf die Entscheidung ausüben und welche nicht.

### Literatur

Dolderer, M., Güldensupp, H., Amelung, V. E. (2007). Das Projekt zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster. In: Weatherly, J.N., Seiler, R., Meyer-Lutterloh, K. et al. (Hg.) Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 73-83.

Janus, K., Amelung, V. E. (2004). Integrierte Versorgung in Kalifornien - Erfolgs- und Misserfolgskriterien der ersten 10 Jahre und Impulse für Deutschland. Gesundheitswesen 66: 649-55.

Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. International Journal for Quality in Health Care 17(2): 141-6.

Teschler, H. (2005). Integrierte Versorgung in der Pneumologie. Pneumologie 59: 201-3.