

Im Folgenden sind die Punkte der Kommentierung des **Südharz Klinikums Nordhausen** zum Abschlussbericht Südharz Klinikums Nordhausen (Datum: 21.12.2020) erfasst (siehe ebenfalls veröffentlichtes Dokument „Kommentierung Abschlussbericht Evaluation Modellvorhaben“) und von den Evaluatoren kommentiert. Die Kommentierung des Klinikums ist in **schwarzer** Schrift und die Stellungnahme auf die Kommentare der Evaluatoren in **roter** Schrift hinterlegt.

Bundesweit einheitliche wissenschaftliche Evaluation von Modellvorhaben nach §64b SGB V (EVA64)

Kommentierung und Stellungnahme

Abschlussbericht Südharz Klinikum Nordhausen

Die Evaluatoren bedanken sich für die Kommentierung und haben alle Aspekte dieser in roter Schrift ebenfalls kommentiert bzw. weiter erklärt.

1. Die Ziele, die wir im Modellvertrag formuliert haben, sind nicht völlig konkludent zu den Zielen in der Evaluation.

Wir verstehen, dass es in einer bundesweiten Evaluation von insgesamt 18 Modellvorhaben zu kleineren Abweichungen von Modellzielen kommen kann. Die wesentlichen Ziele des Modellvorhabens, die hier betrachtet wurden, sind jedoch auch im Modellvertrag mit dem Südharz Klinikum Nordhausen festgeschrieben (siehe § 1 Ziel des Modellvertrags). Im Modellvertrag soll die Versorgung psychisch kranker Menschen auf eine sektorenübergreifende Leistungserbringung weiterentwickelt werden. Als Ziele wurden weiterhin eine ganzheitliche, patientenorientierte Versorgung, Sicherstellung der Behandlungskontinuität, Verbesserung der Versorgungsqualität, Optimierung des Ressourceneinsatzes, Vermeidung von Kapazitätserweiterung im (voll-)stationären Sektor sowie finanzielle Fehlanreize definiert. Weiterhin soll der Vertrag dazu beitragen, den Umfang (voll-)stationärer Versorgung zu verringern, ambulante Versorgung zu fördern bzw. den Übergang in den ambulanten Behandlungsbereich zu stärken. Dies sind alle Ziele, die auch in der vorliegenden Evaluation aufgegriffen werden (siehe Kapitel 4 Hypothesen zur Effektivität und Kosten). Aufgrund des bundesweit einheitlichen Charakters können hier teilweise Formulierungen abweichen. Weiterhin konnten Aspekte, die mit den vorliegenden ausschließlichen GKV-Routinedaten nicht abgebildet werden, nicht näher untersucht werden (z.B. ganzheitliche, patientenorientierte Versorgung). Diese Aspekte werden in weiteren Untersuchungen, wie z.B. in dem Innovationsfonds geförderten Projekt PsychCare, aufgegriffen.

2. Es wurde nicht berücksichtigt, dass das Südharz Klinikum zu den psychiatrischen Kliniken gehört, die das „psychiatrische Bereichsbudget“ seit dem Jahr 2009 etabliert haben. Hieraus resultiert, dass sich die wesentlichsten Veränderungen bereits in den ersten 4 bis 5 Jahren nach Modellbeginn ergeben. Das hat zur Folge, dass wir in den Ausgangsdaten – sprich dem Präzeitraum bereits schon unter oder über den Daten der Regelversorger lagen und somit nicht vergleichbar sind bzw. waren. So konnte bei vereinzelt Parametern (z.B. Einsparung und Vermeidung von vollstationären Fällen) eine statistisch relevante zusätzliche Absenkung zu den bereits geringeren Ausgangswerten kaum erreicht werden.

Uns ist bewusst, dass einige zu evaluierende Modellprojekte bereits sogenannte §64b-ähnliche Vorläuferverträge aufweisen. Dies wurde in der Evaluation berücksichtigt. Auf diesen Vorvertrag im Südharz Klinikum Nordhausen wurde in Kapitel 7 Darstellung Modellvorhaben und in der Zusammenfassung hingewiesen. In der Beschreibung der Ergebnisse wurde zunächst der Verlauf der Outcomes im Vergleich zur Kontrollgruppe beschrieben und dann auf statistische Signifikanz geprüft. Der Vergleich zum Jahr vor Modellstart nach § 64b SGBV (der hier zu evaluierende Vertrag) über die Zeit und mit einer Kontrollgruppe wurde untersucht. Sollten bereits große Unterschiede z.B. vollstationärer Behandlungstage in den Jahren vor Modellstart nach § 64b SGBV erzielt worden sein, dann sind diese Unterschiede im Präzeitraum in unserer Evaluation ersichtlich und werden beschrieben. Bei den klinikbekannten Patienten müsste daher ein Unterschied im Präzeitraum ersichtlich sein, sollten sich Strukturen bereits etabliert haben. Dies ist sowohl bei den vollstationären Behandlungstagen und den AU-Tagen hier ersichtlich. Dies wurde auch im Bericht beschrieben. Dass hier keine statistische Signifikanz erreicht wurde, ist voraussichtlich durch das bereits im Präzeitraum unterschiedliche Niveau bedingt. Auch dies wurde im Bericht so beschrieben. Da wir in unserer Evaluation einen Difference-in-Difference-Ansatz verfolgen, ist die Betrachtung klinikbekannter Patienten hauptsächlich deskriptiv zu werten. Bei den klinikneuen Patienten sollte der Ausgangswert im Präzeitraum zwischen Modellklinik und Vergleichsgruppe jedoch vergleichbar sein. Dort wäre jedoch z.B. ein größeres Absinken vollstationärer Behandlungstage ab dem ersten Jahr nach Referenzfall zu erwarten, besonders, wenn modellähnliche Strukturen bereits seit Jahren umgesetzt wurden. Die Betrachtung klinikneuer Patienten steht in unsere Evaluation daher im Fokus der Beschreibung.

3. Es werden im Evaluationsbericht zwar positive Ergebnisse des Modells dargestellt, jedoch werden diese meistens als „nicht statistisch relevant“ und somit als nicht repräsentativ, gewürdigt. Bewertet man die absoluten Zahlen, so sind schon erhebliche Unterschiede zur Regelversorgung ersichtlich. Im Rahmen der gesamten Evaluation wurden die Anzahl der stationären Behandlungen und deren Dauer kontinuierlich abgesenkt. Es wurde die teilstationäre Behandlung weiter fokussiert, ohne dass diese die Anzahl und Dauer der stationären Behandlung kompensiert hätten. So lag die vollstationäre Behandlungsdauer für die U1 bei den klinikbekannten Patienten in den 4 Jahren fast um 10 Tage geringer als in der Regelversorgung. Auch bei U4 Patienten lag die Dauer insgesamt um 8,3 bzw. um 10,3 Tage unter der Regelversorgung. Auch bei den Arbeitsunfähigkeitstagen konnte eine Einsparung von fast 40% in der Gruppe U1 bei den klinikbekannten Patienten erzielt werden. Wir werten diese absoluten Zahlen schon als bemerkenswerte und erfolgreiche Umsetzung des Modells.

Im Evaluationsbericht steht an keiner Stelle „nicht statistisch relevant“, sondern an einigen Stellen „(nicht) statistisch signifikant“. Dies gilt es zu unterscheiden. Eine Aussage über die Relevanz, also die Bedeutung der Zu- oder Abnahme im Vergleich zur Regelversorgung, wird im Bericht nicht getroffen. Vielmehr wurde in inferenzstatistischen Analysen die statistische Signifikanz von Differenzwerten geprüft, also eine Aussage darüber getroffen, ob es sich um einen Zufallsbefund oder einen wahren Effekt handelt. Wird in unseren Auswertungen eine statistische Signifikanz erreicht bedeutet dies, dass die Nullhypothese verworfen (z.B. kein Unterschied zwischen den Gruppen und über die Zeit bezüglich vollstationärer Behandlungstage) und die Alternativhypothese (z.B. in der Modellklinik ist ein weniger starkes Ansteigen vollstationärer Behandlungstage als in der Kontrollgruppe im Vergleich zum Präzeitraum ersichtlich) angenommen werden kann. In der Modellierung gehen auch weitere möglicherweise konfundierende Faktoren wie Alter oder weitere Erkrankungen ein, die in der Betrachtung der deskriptiven Zahlen nicht ersichtlich sind. Bei kleinen Fallzahlen müssen jedoch die Effekte (sehr) groß sein, um eine statistische Signifikanz zu erreichen (siehe auch Hinweis in U1 bei AU-Tagen). Statistische Signifikanz von Differenzwerten, wie sie im Bericht dargestellt, sind jedoch prinzipiell zu unterscheiden von einer klinischen Relevanz ebendieser. Wir bestätigen, dass die vollstationäre Behandlungsdauer in U1 und U4 bei den klinikbekannten Patienten in der Modellklinik stets (mit der Ausnahme vom Präzeitraum in U4) unter der Werten der Kontrollgruppe lag. Dies wurde im Bericht auch so dargestellt. Auch bei den AU-Tagen waren weniger AU-Tage bei den klinikbekannten Patienten ersichtlich. Der Verweis auf den Vorläufervertrag des Südharz Klinikums Nordhausen und die Einordnung des Präzeitraums wurde auch in Kapitel 12 Diskussion (u.a. Seite 707) aufgegriffen. Wir wollen die erreichten Ergebnisse keineswegs abwerten, müssen jedoch nach einem vorher definierten und einheitlichen Prozedere vorgehen. Dies bedeutet die Beschreibung der Ergebnisse und die Ermittlung der statistischen Signifikanz nach dem Difference-in-Difference Ansatz.

- Die Möglichkeiten für Einsparungspotentiale in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind unserer Meinung nach, nur begrenzt möglich. Das Pflichtversorgungsgebiet für die KJP erschließt sich auf vier Landkreise – Nordhausen, Sömmerda, das Eichsfeld und dem Kyffhäuserkreis. Der ländliche Raum und die „weiten“ Entfernungen zwischen Wohnort der Patienten und der Einrichtung sind ein wesentliches KO - Kriterium. Die Familien sind in der Regel nicht bereit, diese Anfahrtswege in Kauf zu nehmen. Die anderen 4 Kinder- und Jugendpsychiatrien befinden sich entweder in Großstädten oder haben Außenstellen mit einer Tagesklinik und einer PIA.

Vielen Dank für die weitere Einordnung der Ergebnisse.

- Im Rahmen der Kostenbetrachtung wurden für die stationäre / teilstationäre Versorgung die reinen Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V genutzt. Diese sind starken Schwankungen unterlegen und sind von verschiedenen Faktoren abhängig, beispielsweise von der Art der Abrechnung (PEPP oder tagesgleiche Pflegesätze). Zusätzlich ist der Zeitpunkt der Genehmigung, mögliche Ausgleiche für Vorjahre usw. ausschlaggebend. Natürlich macht es einen Unterschied in der Kostenstruktur ob ausschließlich eine Erwachsenenpsychiatrie oder zusätzlich auch noch eine Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgehalten wird. In den 10 Vergleichskliniken sind nur maximal 4 Kliniken mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrie enthalten. Die von den Gutachtern gewählten reinen Abrechnungsbeträge geben keine Aussage über das tatsächliche Kostenverhalten. Im Rahmen unseres Modellvertrages wurde das Budget grundsätzlich nur mit dem Veränderungswert/Grundlohnsumme gesteigert. Ausnahme sind die Jahre, in denen es den Psychiatrien möglich war, aufgrund eines vorzeitigen Umstieges auf die PEPP – Abrechnung, die doppelte Veränderungsrate in Anspruch zu nehmen. Dazu gehörte auch das Südharz Klinikum.

Dass eine Kostenevaluation eines Budgetsystems, bei der lediglich Abrechnungsdaten und keine Ausgleichszahlungen berücksichtigt werden (können), die tatsächlichen Kosten nur bedingt abbilden, ist den Evaluatoren bewusst. Wie von Ihnen genannt, spielt auch das Abrechnungssystem hierbei eine Rolle, da im PEPP-System Ausgleiche über separate Entgelte abgerechnet werden, im Pflegesatzsystem die Ausgleiche über angepasste Tagessätze realisiert werden. Aufgrund der Datenverfügbarkeit war dies jedoch die einzige Möglichkeit, Aussagen über die Kosten zu treffen. Es wird jedoch im Anschluss an den Abschlussbericht eine weitere Auswertung geben, bei der dem Umstand Rechnung getragen wird, dass die verschiedenen Vergütungssysteme und zwischen den Kliniken stark differierende tagesgleiche Pflegesätze bzw. Basisentgeltwerte, die nicht zwangsläufig die tatsächlichen Ressourcenverbräuche der psychiatrischen Versorgung widerspiegeln, zu einer gewissen Verzerrung der Ergebnisse der ursprünglichen, auf den vorliegenden Abrechnungsdaten fußenden Evaluation geführt haben. Diesem Umstand soll durch eine an das PEPP-System angelehnte Analyse Rechnung getragen werden, bei der die Ressourcenverbräuche der (teil-)stationären psychiatrischen Krankenhaufälle unabhängig von der real vollzogenen Abrechnungssystematik dem PEPP-System entsprechend



bewertet und analysiert werden. Durch das gewählte Vorgehen, bei dem Normpreise auf ein nach Behandler und Behandlungsintensität differenzierten Mengengerüst aufgesetzt werden, können die so ermittelten Kosten jedoch nicht mehr im Sinne von durch die Kostenträger zu leistende Zahlbeträgen verstanden werden, sondern sind vielmehr als ein Surrogat für Ressourcenverbräuche zu verstehen. Die von Ihnen genannten Verzerrungen sollten somit „entschärft“ werden können. Der Zeitpunkt für die Veröffentlichung dieser Auswertung, die Ihnen selbstverständlich auch zukommen wird, steht derzeit jedoch noch nicht fest.

Insgesamt werten wir die Ergebnisse des Modellvertrages für uns, für die Patienten und auch für die Krankenkassen als positiv, da es in der absoluten zahlenmäßigen Betrachtung eine Verlagerung von der vollstationären Behandlung in die anderen Versorgungsbereiche gibt. Abschließend muss festgestellt werden, dass mit der Etablierung des psychiatrischen Bereichsbudgets und der Weiterführung in den Modellvertrag nach § 64b SGB V die individuelle und erkrankungsbezogene Behandlung der Patienten unter Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände und dessen sozialen Umfeldes in Einklang gebracht werden konnten bei gleichzeitiger Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Das wesentliche von Modellprojekten für eine innovative psychiatrische Versorgung sind fachliche sowie interne strukturelle Veränderungen, die zu einer verbesserten Versorgung und insbesondere einer verbesserten Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen sollen.

Wir hoffen, dass unsere Evaluation weitere Hinweise auf die Erreichung der Modellziele gegeben haben, wir hiermit weitere Erklärungen bieten konnten und bedanken uns für Ihr Feedback und Ihre Einordnung.