

Im Folgenden sind die Punkte der Kommentierung des Klinikums Itzehoe zum Abschlussbericht Klinikum Itzehoe – Zentrum für Psychosoziale Medizin (Berichtsnummer: 3; Datum: 29.06.2020, aktualisiert am 18.09.2020) erfasst (siehe ebenfalls veröffentlichtes Dokument „RPB AB Begleitforschung Kommentierung KI 20201005“) 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 Klinikum Itzehoe – Zentrum für Psychosoziale Medizin
(Berichtsnummer: 3; Datum: 29.06.2020 aktualisiert am 18.09.2020)

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

Wir kommen zu dem Schluss, dass aufgrund relevanter methodischer Limitierungen die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Kreis Steinburg nicht sachgerecht erfasst wurde und damit die auf das Klinikum Itzehoe bezogenen Ergebnisse der Studie keine Aussage über die Zielerreichung im Rahmen des Modellprojektes zulassen¹.

Wir bedauern, dass Sie die Evaluation als „nicht sachgerecht“ empfinden, um die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Kreis Steinburg zu erfassen. Wir haben im Folgenden zu jedem Ihrer Punkte Stellung genommen und hoffen, dadurch weitere Erklärungen liefern zu können.

1. Grundlagen

Der o.g. Bericht ist dem Klinikum Itzehoe am 22. September 2020 durch das Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) in Dresden zugegangen.

Der Bericht soll auf der Internetseite des Institutes mit Klarnamen veröffentlicht werden. Das Klinikum Itzehoe erhält die Möglichkeit zur Kommentierung innerhalb von 4 Wochen. Dieser Kommentar soll ebenfalls veröffentlicht werden.

¹ Es ist uns wichtig zu betonen, dass sich die Bemerkungen zur Limitierung der Methodik nicht auf die Zulässigkeit der wissenschaftlichen Methodik des untersuchenden Institutes beziehen, sondern Ausdruck des grundsätzlichen Ansatzes der Studie sind.

Die Kommentierung bezieht sich auch auf den Methodenband der Studie².

2. Vertragssituation im Klinikum Itzehoe

Seit dem 1.1.2003 wird im Klinikum Itzehoe das Modellprojekt eines Regionalen Psychiatrie-Budgets (Modellprojekt nach §24 Bundespflegesatz-Verordnung in der damaligen Form) für alle Einwohner des Kreises Steinburg, die wegen einer psychischen Störung die Hilfe des Klinikums benötigen, umgesetzt. Mit Datum vom 1.1.2014 wurde dieses Projekt in im wesentlichen unveränderter Form in ein Modellprojekt nach §64b SGB V überführt. Die aktuelle Laufzeit ist bis zum 31.12.2020. Gespräche mit den Krankenkassen mit dem Ziel der Fortführung des Modellprojektes werden aktuell geführt.

3. Kommentierung der grundlegenden Methodik

3.1 Zielsetzung und Fragestellung

Gemäß Angaben des Institutes ist die Zielsetzung der Studie wie folgt:

EVA64 (Bundesweit einheitliche Wissenschaftliche Evaluation von Modellvorhaben nach §64b SGB V) untersucht Effektivität, Kosten und Effizienz von Verträgen zu innovativen Versorgungssystemen gemäß §64b Sozialgesetzbuch V (SGB V). Es werden die Interventionsgruppen (IG) mit der Regelversorgung, d.h. kein Vertrag nach §64b SGB V (Kontrollgruppe (KG) auf Grundlage von Sekundärdaten gesetzlicher Krankenkassen verglichen³.

Das Erreichen dieser Ziele kann nicht durch die Analyse von Sekundärdaten der Krankenkassen bzw. durch Vergleiche mit anderen Kliniken, die kein Modellprojekt haben, überprüft oder beurteilt werden, da dadurch die entscheidenden Parameter nicht berücksichtigt bzw. erfasst werden können.

Wir verstehen den Ansatz, dass eine Evaluation basierend ausschließlich auf Sekundärdaten von Krankenkassen nicht alle Aspekte von Modellvorhaben abbilden kann. Dennoch wurden bereits in der Ausschreibung der Evaluation Ziele der Modellvorhaben formuliert, die sich sehr gut mit Sekundärdaten abbilden lassen (z.B. stationäre und ambulante Inanspruchnahme). Für einige Outcomes ist die Aussagefähigkeit sicherlich eingeschränkt (z.B. Leitlinienadhärenz, unten mehr dazu). Hier haben die Evaluatoren dies in der Diskussion so benannt und den mit den Daten am besten möglichen Ansatz zur Beurteilung gewählt. Die Evaluation von Modellvorhaben anhand von Abrechnungsdaten der Krankenkassen ist im Übrigen kein grundsätzlich neuer Ansatz und in der Versorgungsforschung inzwischen weit implementiert (u.a. Swart. Handbook Integrated Care. Berlin (2017), S. 333-349; Schubert et al (2016), ZEFQ: 117, P27-37).

Das Wesentliche von Modellprojekten für eine innovative psychiatrische Versorgung sind nämlich fachliche sowie interne strukturelle Veränderungen, die zu einer verbesserten Versorgung und insbesondere einer verbesserten Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen sollen. Ziele sind

² https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/zegv/projekte/methodenband_ab_20200320.pdf

³ <https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/zegv/projekte/eva64>

insbesondere ein effektiverer Einsatz der verfügbaren Ressourcen, verbesserte Behandlungs- und Beziehungskonstanz, Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus, möglichst weitgehende Ambulantisierung sowie Umsetzung des Normalitätsprinzips.

Es ist nicht Ziel von Modellprojekten, Krankenhauskosten zu reduzieren oder „Patientenströme“ zu verändern (s.u.).

Die Evaluation beschreibt nicht, dass Modellvorhaben „Krankenhauskosten reduzieren oder „Patientenströme“ verändern“ sollen. Vielmehr werden im Kapitel 4 des Berichts die 10 Hypothesen, die bereits zu Anfang der Studie formuliert wurden, im Abschlussbericht Hypothese für Hypothese mit den Outcomes der Evaluation (dieselben seit dem Ersten Zwischenbericht) diskutiert. Dabei wurden Spekulationen, die über die Daten hinausgehen, vermieden. Die unterliegende Hypothese ist, dass die Qualität der Behandlung (gemessen an den dargestellten Outcomes) verbessert wird und die Kosten sich nicht erhöhen. Die Hypothese f (Verträge gemäß § 64b SGB V führen zu geringeren Kosten. Die direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG) ist stets im Zusammenschau mit den anderen Hypothesen (a bis j) zu betrachten. Eine ausschließliche Reduzierung der Kosten ist nicht das Ziel der Modellvorhaben und wird auch in der Evaluation so dargestellt. Der effektivere Einsatz verfügbarer Ressourcen ist durch das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Ratio (gemessen an den primären Outcomes) dargestellt. Die verkürzte Verweildauer ist durch den primären Parameter kumulierte psychiatrische Behandlungsdauer erfasst.

3.2 Studiendesign

Zum Studiendesign wurden folgende Angaben gemacht⁴:

Das Studiendesign ist eine sekundärdatenbasierte, kontrollierte Kohortenstudie. Als Interventionsklinik/Modellklinik (IG) wurden Patienten des Klinikums Itzehoe mit einer Kontrollgruppe (KG) von Patienten strukturähnlicher Vergleichskliniken ohne Vertrag nach §64b SGB V verglichen. Die Datenquelle sind anonymisierte GKV-Routinedaten der am Modellvorhaben beteiligten Krankenkassen. Die jeweiligen Untersuchungskohorten (Patienten aus IG und KG) wurden je nach Zeitpunkt des Erstkontakts in der Modell- bzw. den Kontrollkliniken über einen Zeitraum von einem Jahr vor Eintritt in die Evaluation bis zu vier Jahren nach Eintritt in die Evaluation beobachtet.

Zum Zeitpunkt des Beginns der hier dargestellten Studie gab es das Modellprojekt eines Regionalen Budgets bereits seit elf Jahren (Beginn 1.1.2003). In diesem Zeitraum waren bereits die wesentlichen strukturellen und organisatorischen Veränderungen umgesetzt. Es konnte durch verschiedene Studien gezeigt werden⁵, dass sich die wesentlichen Veränderungen bereits in den ersten 5 Jahren auswirken. Typischerweise kommt es danach in den wesentlichen strukturellen Parametern nur noch zu eher geringen Anpassungen (siehe unten bezogen auf die Zahl der aufgestellten Betten).

Die Situation im Klinikum Itzehoe zu Beginn der Studie beschreibt also nicht den Ausgangspunkt der Veränderungen, sondern eine bereits weitgehende Veränderung der Versorgung.

Ein Vergleich mit anderen Kliniken, der sich nur auf diesen Zeitraum bezieht, verbietet sich somit.

⁴ Abschlussbericht S. 22

⁵ Vgl. u.a. Deister A, Wilms B (2014) Regionale Verantwortung übernehmen. Psychiatrie-Verlag, Köln

Den Evaluatoren war der Sachverhalt, dass einige Modellvorhaben in der Evaluation bereits modellähnliche Vorläuferverträge vor Beginn des Modellvorhabens nach § 64b SGB V aufwiesen, durchaus bewusst. Methodisch wurde dem begegnet, indem in jeder Analyse zwischen klinikneuen und klinikbekannten Patienten unterschieden wurde. Klinikneue Patienten sind Patienten, die mit dem Referenzaufenthalt (erste Behandlung seit Modellstart nach § 64b SGB V) zum ersten Mal in den Fachabteilungen 29xx, 30xx oder 31xx bzw. in der PIA der Referenz-Klinik (hier Klinikum Itzehoe bzw. entsprechende Kontrollkliniken) aufgetreten sind. Klinikbekannte sind Patienten, die bereits in den zwei Jahren vor Referenzfall in den Fachabteilungen 29xx, 30xx oder 31xx bzw. der PIA der Referenz-Klinik behandelt wurden (siehe Kapitel 8.1 des Abschlussberichts). Daher kommen Umstrukturierungen in Modellvorhaben, die bereits vor Modellstart nach § 64b SGB V einen modellähnlichen Vorläufervertrag aufwiesen (wie in diesem Fall), in klinikneuen Patienten kaum zum Tragen. Hier werden Patienten untersucht, die seit Modellstart nach § 64b SGB V zum ersten Mal in der Modellklinik behandelt wurden (bezogen auf die zwei Jahre vor erster Behandlung seit Modellstart). Im Jahr vor erstem Referenzaufenthalt (Prä) sind die Werte zwischen IG und KG meist sehr vergleichbar und erwartungsgemäß niedrig. Auf der anderen Seite sind bereits etablierte Strukturen in klinikbekannten Patienten ersichtlich. Hier ist oft in Modellvorhaben mit Vorläuferverträgen ein Niveau-Unterschied, der bereits im Präzeitraum bestand, ersichtlich. Somit können auch Modellvorhaben mit bereits umgesetzten Strukturen in der Evaluation gut berücksichtigt und ausgewertet werden. Auf der anderen Seite unterliegen Modellvorhaben ohne Vorläuferverträgen sogar dem Nachteil, dass neue Strukturen in Kliniken Zeit bis zur Umsetzung benötigen und somit in den ersten Jahren der Evaluation nur eingeschränkt ersichtlich sein können. Das mögliche Vorhandensein eines Vorläufervertrags wird in der Diskussion des jeweiligen Modellvorhabens stets berücksichtigt. Daher ist es nicht notwendig, dass die Evaluation den Start der Umstrukturierung abbildet, sondern es reicht, den aktuellen Stand darzustellen. Es wird davon ausgegangen, dass die Effekte der Modellversorgung auch in das Modell nach § 64b SGB V reichen und somit weiterhin messbar sind.

3.3 Patientenkollektiv

Bezüglich der Situation im Klinikum Itzehoe wurde in der Studie folgendes ausgeführt:

Durch Vertragsänderungen bzgl. Modellbeitritt und Teilnahme an der kassenübergreifenden Evaluation und vor allem Kassenfusionen gab es bei der neuen Datenlieferung Veränderungen in der Liste der berücksichtigten Krankenkassen gegenüber dem ersten Zwischenbericht, so dass es auch zu Änderungen bei den einbezogenen Patienten gekommen ist⁶.

Hierzu ist festzustellen, dass im Klinikum Itzehoe bereits zu Beginn des Regionalen Budgets (2003) alle Krankenkassen an dem Projekt beteiligt waren und somit auch alle Patienten im Kreis Steinburg, die eine psychische Erkrankung auf gewiesen haben, in das Projekt einbezogen waren. Weder auf vertraglicher noch auf Versorgungs-Ebene haben sich diesbezgl zwischen 2003 und heute Veränderungen ergeben. Evtl. zwischenzeitlich stattgefundenen Strukturveränderungen bei den Krankenkassen können zwar zu Problemen bei der Beurteilung des Behandlungsverlaufs führen, jedoch keinen Einfluss auf die Gesamtheit der berücksichtigten Patienten haben.

Dieser Satz bezieht sich auf die Teilnahme der Krankenkassen an der Evaluation und nicht auf die Teilnahme der Krankenkassen am Modellvorhaben. Es nehmen nicht alle Krankenkassen, die auch am Modellvorhaben beteiligt sind, an der Evaluation EVA64 teil. Es fallen hier allerdings nur wenige heraus (z.B. die IKK Nord

⁶ Abschlussbericht S. 428

oder kleinere Betriebskrankenkassen). Aber besonders im Bereich der Betriebskrankenkassen kam es in den letzten Jahren zu Fusionen, die auf die Teilnahme an der Evaluation auch Auswirkungen haben können. Dies ist in der Tat jedoch ein geringer Anteil. Angesichts der vielen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen und des hohen Abdeckungsgrads ist eine Selektion sehr unwahrscheinlich.

3.4 Definition von Kontroll- und Vergleichsgruppe

Folgende Angaben werden bzgl der Vergleichsgruppe gemacht:

Alle Patienten, die bei einer der 97 im Projekt beteiligten gesetzlichen Krankenkasse versichert sind und aufgrund einer der definierten psychischen Erkrankungen innerhalb des Evaluationszeitraums in einem Krankenhaus mit Vertrag gemäß §64b SGB V behandelt wurden/werden, werden mit Patienten der Regelversorgung verglichen. Die Kontrollkliniken, die die Vergleichsgruppe darstellen, werden anhand von Daten Strukturierter Qualitätsberichte und Indikatoren des Bundesinstituts für Bau-, Stadt und Raumforschung (INKAR-Daten) mittels a priori definierter Kriterien ausgewählt⁷.

Für die hier untersuchte Klinik wurden anhand der Daten des Strukturierten Qualitätsberichtes gemäß §137 SGB V (Berichtsjahr 2013) sowie durch eine Verlinkung von fünf Indikatoren des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (INKAR-Daten) die bis zu zehn strukturell ähnlichsten Kontrollkliniken im Bundesland der Modellklinik ausgewählt⁷.

Psychiatrische und Psychosomatische Standorte in Schleswig-Holstein
und Modellversuch nach § 64b SGB V



Wie die hier dargestellte Karte des zuständigen schleswig-holsteinischen Ministeriums⁸ eindeutig zeigt, gibt es in Schleswig-Holstein 13 Standorte, die über eine stationäre psychiatrische Versorgung verfügen. Fünf dieser Standorte haben Modellprojekte nach §64b SGB V (Itzehoe, Heide, Rendsburg, Riddorf, Geesthacht). Von den übrigen acht Kliniken wären nur die Kliniken in Neumünster, Flensburg und Elmshorn strukturell vergleichbar.

Die Namen der mit unserer Klinik verglichenen Einrichtungen sind uns nicht bekannt. Aus der Studie ergibt sich, dass 10 Häuser berücksichtigt wurden. Von diesen Häusern wurde eine unterschiedliche Zahl von Patienten in die Kontrollgruppe eingeschlossen. Von einem der dabei berücksichtigten Häuser waren es übrigens lediglich 5 Patienten.

Warum nur die Kliniken in Neumünster, Flensburg und Elmshorn strukturell vergleichbaren wären, ist in der obigen Kommentierung nicht ersichtlich. In unserer Auswahl der Kontrollkliniken wurden objektiv anhand

⁷ Abschlussbericht S. 23

⁸ Sozialministerium Schleswig-Holstein. Krankenhausplan 2017. Kiel: 2017.



a-priori definierter Kriterien die Strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V (Berichtsjahr 2013) herangezogen. Hier wurden aus allen möglichen und dargestellten Kliniken nur die aus dem gleichen Bundesland (Schleswig-Holstein), mit einer vergleichbaren institutionellen Struktur („Allgemeine Psychiatrie“ mit Fachabteilungsschlüssel 2900 gemäß Anlage 2 der § 301 SGB V Vereinbarung vom 05.07.2013) sowie die mit einer PIA (Angabe von „AM02 – Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V“ in der Tabelle B-X.8) ausgewählt. Dort erhielten wir 12 mögliche Kliniken. Aus diesen wurden mittels des im Methodenband für die Abschlussberichte (Kapitel 4.2) dargestellten Prozedere ein Ranking der strukturellen Vergleichbarkeit erstellt. Am Ende konnten 10 Kliniken berücksichtigt werden, wobei ein Großteil der Patienten aus den vier am besten passenden Kliniken zur Verfügung standen. Die Anzahl der eingeschlossenen Patienten pro Kontrollklinik hängt am nachfolgend durchgeführten Matching sowie an der Größe der Kontrollklinik. Dieses Prozedere zur Ziehung der Kontrollkliniken ist veröffentlicht (Petzold et al, Gesundheitswesen 2019; 81(01): 63-71) und wird für alle in EVA64 evaluierten Modellvorhaben (n=18) so angewendet. Andere Modellvorhaben nach § 64b SGB V werden selbstverständlich nicht als Kontrollgruppe aufgeführt.

Aus unserer Sicht ist die Kontrollgruppe zum Vergleich in keiner Weise geeignet.

Die objektive Bestimmung einer Kontrollgruppe ist für die Aussagefähigkeit der Evaluation essentiell, da sich Veränderungen über die Zeit auch in der Regelversorgung zeigen könnten (Vergleich mit der Kontrollgruppe). Die Auswahl möglicher Vergleichskliniken erfolgte über den Fachabteilungsschlüssel 2900 (also „Punkt“ und „Stern“ obiger Abbildung) und anhand der damals aktuell verfügbaren Qualitätsberichte aus dem Jahr 2013. In die Bestimmung der Kontrollkliniken gingen folgende Faktoren über Strukturierte Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V und INKAR-Daten ein: gleiche Kassenärztliche Vereinigung der Organisationseinheit, Fachabteilung Psychiatrie sowie PIA müssen vorliegen; in die Gewichtung zur Vergleichbarkeit gingen ein: Behandlungshäufigkeit der definierten Erkrankungsgruppen, Regionale Versorgungsverpflichtung, ambulante Behandlungsmöglichkeiten, Betten- und Fallzahl der Klinik/Fachabteilung, Anzahl an Ärzten, Pflege und therapeutisches Personal sowie Strukturmerkmale des Umfelds (Arbeitslosenquote, Bildung, Haushaltseinkommen, Arztdichte, Psychotherapeutendichte). Aus unserer Sicht ist die Vergleichbarkeit zwischen Modell- und Kontrollkliniken gegeben (basierend auf dem bestmöglichen Verfahren). In einem zweiten Schritt wurden dann vergleichbare Kontrollpatienten mittels eines gemischten Propensity Score Matchings den Modellpatienten zugeordnet (Kontrollgruppe). Dabei gingen folgende Parameter exakt: Jahr des Referenzfalls, kliniker vs. klinikbekannt, Referenzdiagnose, sowie folgende Parameter per Propensity Score ein: Alter, Geschlecht, Anzahl stationärer Krankenhausfälle in psychiatrischen Einrichtungen ein Jahr vor Referenzfall, Anzahl Behandlungsfälle in PIA bzw. im vertragsärztlichen Bereich ein Jahr vor Referenzfall. Durch dieses zweistufige Verfahren wurde, aus unserer Sicht, zum einen eine Vergleichbarkeit zwischen den Kliniken und zum zweiten eine Vergleichbarkeit zwischen den Patienten hergestellt.

3.5 Zielparameter

Folgende wesentliche Zielparameter werden untersucht:

Verglichen werden Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte (inkl. teilstationärer und tagesklinischer Versorgung), Häufigkeit und Intensität ambulanter Leistungen sowie der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, sektorenübergreifende Kontinuität, Kontaktabbrüche zum psychiatrischen Versorgungssystem, Arzt- / Krankenhaus-Hopping, Arbeitsunfähigkeit, Wiederaufnahmeraten, Komorbiditäten, Mortalität,



Progression, Leitlinienadhärenz und Kosten. Die Effektivität und Kosten werden anhand von Kosten-Effektivitätsanalysen gegenübergestellt. Es werden die Auswirkungen der Verträge sowohl auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch auf die Erwachsenenpsychiatrie untersucht².

Die hier beschriebenen Zielparameter sind nicht geeignet, die Effektivität der Versorgung in Modellprojekten umfassend zu beschreiben. Dies liegt zum Teil auch an definitorischen Problemen. So wird in den Modellprojekten unter Behandlungs- bzw. Beziehungs-Konstanz ein interner Parameter verstanden (langfristige Behandlung durch das gleiche Team) und nicht eine sektoren-übergreifende Kontinuität, bei der die Behandlung durch niedergelassene Ärzte betrachtet wird. Diese ist durch die Modellprojekte nicht beeinflussbar.

Die Frage der Leitlinienadhärenz ist aufgrund von Routinedaten in keiner Weise zu beurteilen.

Aus unserer Sicht sind diese Zielparameter geeignet, um die Effektivität der Versorgung in Modellvorhaben zu beschreiben. Wir stimmen zu, dass dies nur eine Sichtweise abbildet und Primärdaten und weitere Auswertungen notwendig sind, um ein umfassendes Bild zu erlangen. Daher wurde auch die vom Innovationsfonds geförderte Studie PsychCare ins Leben gerufen. Dennoch zeigt diese Evaluation einen wichtigen Aspekt zur Effektivität der Modellvorhaben. Die Limitationen aufgrund der Verfügbarkeit von ausschließlich Sekundärdaten sind in der Diskussion aufgegriffen. Eine Setting-übergreifende Behandlungskontinuität (innerhalb des Modellvorhabens) kann in der Tat mit den Daten nicht abgebildet werden. Hier sind andere Daten notwendig. Dies wird in der Diskussion zur Behandlungskontinuität in der Evaluation aufgegriffen. Diese Definition wurde stets transparent kommuniziert und bereits in Präsentationen und ersten Zwischenberichten so angewendet. Mit den Daten kann nur eine sektorenübergreifende Behandlungskontinuität abgebildet werden (Übergang vom stationären in den vertragsärztlichen Bereich). Es könnte schon ein Ziel eines Modellvorhabens sein, die sektorenübergreifende Versorgung zu verbessern. Jedoch verfolgen nur sehr wenige Modellvorhaben dieses Ziel, was sicherlich auch Gründe hat (z.B. durch die separate Finanzierung des stationären und vertragsärztlichen Bereichs). Dieser Parameter mit entsprechender Operationalisierung wurde bereits am Anfang der Evaluation festgesetzt und wird nun über die mehrjährige Evaluationslaufzeit betrachtet.

Da die Erhebung der Leitlinienadhärenz ein Merkmal der Ausschreibung zur Evaluation (EVA64) war, wurde die mögliche Erhebung dieser mit GKV-Routinedaten von den Evaluatoren intensiv untersucht. Leitlinien wurden analysiert und letztendlich auf eine Publikation zurückgegriffen (Großimlinghaus et al, Nervenarzt 2013; 84: 350-365). Das Prozedere und die Limitationen sind transparent in der Diskussion im Bericht dargestellt:

„Eine Abbildung von Leitlinienadhärenz mit Sekundärdaten unterliegt einer Reihe an Limitationen. Zum einen können nur abgerechnete Leistungen in die Betrachtung von Indikatoren für Leitlinienadhärenz einbezogen werden. Ob Medikamente vom Patienten z. B. nicht eingenommen oder Therapie nicht in Anspruch genommen werden (Non-Compliance), können Daten der GKV nicht darstellen. Zum anderen können berechtigte Gründe vorliegen, im Einzelfall von standardisierten Empfehlungen abzuweichen. Einzelne Beweggründe oder Hintergründe für abweichende Empfehlungen können mit den vorliegenden Daten nicht untersucht werden. Weiterhin unterliegen Angaben zu Leitlinienadhärenz der Qualität und Validität der Kodierungen. Diese können, besonders im ambulanten Bereich, nicht verifiziert werden. Mit den hier untersuchten Indikatoren zur Abbildung einer leitlinien-nahen Versorgung wurde versucht, diese Limitationen zu berücksichtigen. Daher wurde nach Sichtung verschiedener Leitlinien, welche in Modellvorhaben nach §64b SGB V tangiert werden, und der Feststellung, dass sektoren- und diagnoseübergreifende Qualitätsindikatoren (QIs) leider noch nicht verfügbar sind, auf die Publikation von Großimlinghaus et al. (5) zurückgegriffen. Hier wurde anhand eines Delphi-Prozesses, geleitet von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), QIs für ausgewählte psychiatrische Erkrankungen entwickelt, die sektorenübergreifend verschiedene Versorgungsaspekte betrachten. Einzelne QIs für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenzen, Depression und Schizophrenie konnten berücksichtigt werden. Aus den insgesamt 44 QIs wurden die 13 QIs ausgewählt, die mit den vorliegenden GKV-Daten abgebildet werden konnten. Zum Beispiel mussten alle QIs, welche auf angebotene Leistungen zurückgreifen, für diese Betrachtung ausgeschlossen werden. Drei dieser ausgewählten QIs mussten nach Prüfung erster Daten ausgeschlossen werden, da die Dokumentation der PIA zu uneinheitlich war und somit eine korrekte Abbildung von

Inanspruchnahme für diese QIs nicht gewährleistet werden konnte. Weiteres dazu ist im separaten Methodenband nachzulesen. Die restlichen 10 QIs wurden überprüft. Teils konnten jedoch nur geringe Fallzahlen in den Nenner eingehen, da die Diagnose häufig eine Erstdiagnose sein musste bzw. vorherige Erkrankungen ausgeschlossen wurden oder die grundlegende Fallzahl zu gering war. Dies war besonders bei der Betrachtung von QIs zu Alkoholabhängigkeit, Demenzen und Schizophrenie der Fall. Hier konnten meist aufgrund geringer Fallzahlen keine Aussagen getroffen werden. Einzelfallentscheidungen konnten dadurch abgedeckt werden, dass Patienten der Modellklinik immer mit Patienten aus Kontrollkliniken verglichen wurden. Es ist davon auszugehen, dass Einzelfallabweichungen sowohl in der IG als auch in der KG gegeben werden und sich nicht erheblich unterscheiden sollten. Die Validität der Kodierungen konnten mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, sollten sich zwischen IG und KG jedoch nicht unterscheiden.“

Im bereits oben benannten Projekt PsychCare werden derzeit anhand eines Konsensverfahrens sektoren- und diagnoseübergreifende Qualitätsindikatoren erarbeitet. Das beschriebene Prozedere in der Evaluationsstudie EVA64, also Sichtung, was mit den Daten möglich ist und deren Umsetzung, wird auch in anderen Studien mit GKV-Routinedaten umgesetzt und ist auf dem Gebiet methodischer Standard. Als Beispiel sei hier die umfassende Evaluation des IV-Modellvorhabens „Gesundes Kinzigtal“ genannt (Schubert et al (2016), ZEFQ: 117, P27-37).

3.6 Untersuchung der Kostenstruktur

Es wird darauf hingewiesen, dass die vertragliche Vereinbarung vorsieht, dass während der Laufzeit des Vertrages die Zahl der jeweils behandelten Menschen innerhalb eines bestimmten Korridors stabil gehalten werden muss. Ebenfalls stabil bleibt die Höhe des Budgets (angepasst durch die jeweilige Veränderungsrate bzw. den Orientierungswert). Daraus ergibt sich definitorisch die weitgehende Stabilität der Behandlungskosten pro Mensch und Jahr.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Abrechnung der Behandlungen gegenüber den Krankenkassen nicht grundsätzlich verändert wurde. Insbesondere muss berücksichtigt werden, dass die Gesamtkosten für die jeweiligen Settings (vollstationär, teilstationär, ambulant) im Wesentlichen unverändert gehalten werden sollten. Dies war nur dadurch möglich, dass die Kosten für die einzelnen Leistungen entsprechend angepasst wurden.

Die abgerechneten Kosten sind also nicht als repräsentativ für die Veränderungen der Leistungen anzusehen.

Die Stabilität der Kosten aufgrund des zu Beginn des Modellvorhabens verhandelten, feststehenden Budgets, das lediglich aufgrund der gesetzlichen Steigerungsraten wächst, ist den Evaluatoren grundsätzlich bewusst. Reine Budgetveränderungen können aber über die für die Evaluation vorliegenden Routinedaten nur in sehr, sehr begrenztem Umfang abgebildet werden und werden daher nicht ausgewertet. Im Rahmen der Evaluation war dennoch von Interesse, inwieweit die abgerechneten Kosten (als Abschlagszahlungen auf das Budget) das Behandlungsgeschehen widerspiegeln. Hier ist auch immer der Vergleich zur Kontrollgruppe zu berücksichtigen. Die abgerechneten Kosten lagen dabei in der Interventionsgruppe über denen vergleichbarer Patienten der Kontrollgruppe. Den Evaluatoren ist aber an dieser Stelle auch bewusst, dass vor allem für die Betrachtung des ersten Modelljahres Verzerrungen durch einen deutlich höheren, den Ausgleichszahlungen vorangegangener Abrechnungsperioden beinhaltenden Pflegesatz entstanden. Hierzu wurde im Rahmen der Evaluation eine zusätzliche Auswertung angestoßen, bei der die dokumentierten Leistungen anhand des Day-Mix bewertet und über einen normierten Preis bewertet werden, um oben genannte Verzerrung ausschließen zu können. Mit den Ergebnissen ist voraussichtlich Ende 2020 zu rechnen.

4. Kommentierung von einzelnen Ergebnissen der Studie⁹

4.1 Bettenzahlen und deren Entwicklung

Zur Entwicklung der Bettenzahlen bzw. der Zahl der tagesklinischen Plätze wurde in der Studie unter anderem Folgendes ausgeführt:

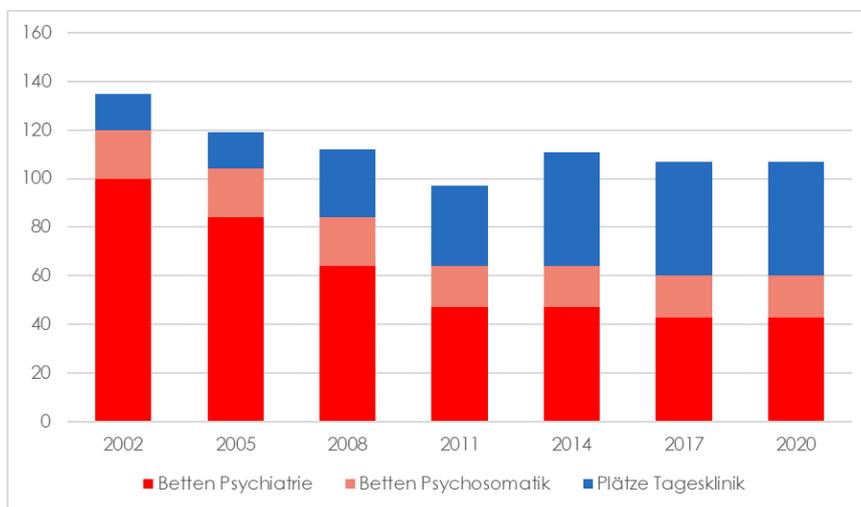
Am Klinikum Itzehoe waren laut Basisdaten zur Modellvereinbarung im Jahr vor Beginn des Modells 73 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 28 in der Tagesklinik und 20 in der Psychosomatik vorgesehen.¹⁰

Die beiliegende Grafik zeigt die Zahl der zwischen 2002 und 2020 jeweils aufgestellten Betten in den unterschiedlichen Bereichen.

Daraus ergibt sich, dass von 2002-2014 die Gesamtzahl der Betten (Allgemeine Psychiatrie und Psychosomatik) von 120 auf 63 reduziert wurde. Zwischen 2014 und 2020 kam es nur noch zu geringen zahlenmäßigen Anpassungen.

Die gegenläufige Entwicklung ist für die tagesklinischen Plätze festzustellen. Auch hier sind die Veränderungen im Untersuchungszeitraum der Studie nicht für den Gesamtzeitraum repräsentativ.

Es ergibt sich daraus, dass die Betrachtung des Zeitraums zwischen 2014 und 2018 nicht repräsentativ für die Entwicklungen im Modellprojekt insgesamt sein kann.



Der oben zitierte Satz stellt lediglich einen Querschnitt zu Beginn des Modellvorhabens dar und soll nicht die zeitliche Entwicklung beschreiben. Dieser Satz ist Teil der Beschreibung des Modellvorhabens und war so seit dem Ersten Zwischenbericht Bestandteil der Beschreibung. Es scheinen offensichtlich deutliche Strukturveränderungen in der Modellklinik vor Start des Modellvorhabens umgesetzt worden sein. Der Auftrag der Evaluation war jedoch die Bewertung der Umsetzung des Modellvorhabens ab Einführung des Modellvorhabens nach § 64b SGB V. Daten vor Modellstart nach § 64b SGB V, abgesehen von den zwei

⁹ Es handelt sich hier um eine beispielhafte Aufzählung relevante Ergebnisse. Die dabei angemerkt methodischen Probleme beziehen sich auch auf weitere Ergebnisse der Studie, die hier nicht im Detail aufgeführt sind.

¹⁰ Abschlussbericht S. 39

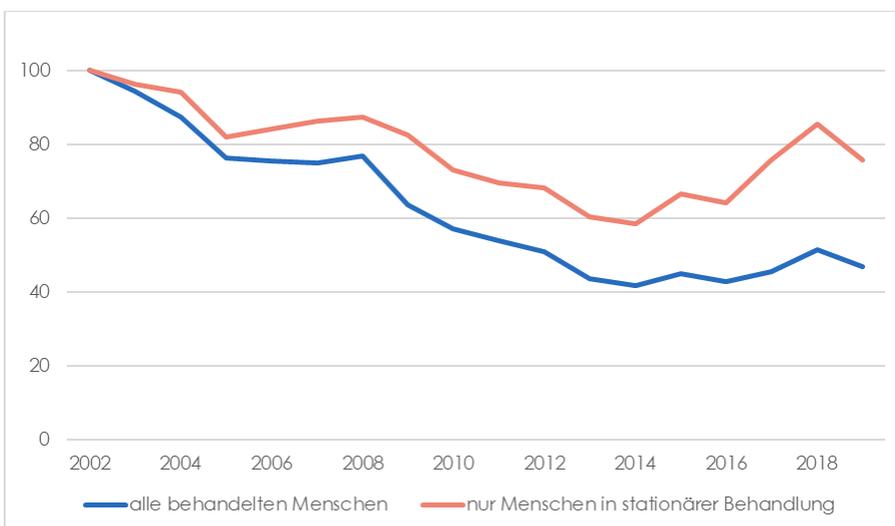
Jahren vor Referenzfall zur Einteilung in klinikneue und klinikbekannte Patienten und für die Werte aus dem „Präzeitraum“, lagen den Evaluatoren nicht vor und waren nicht Gegenstand der Untersuchung.

4.2 Stationäre Aufenthalte und Verweildauer

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass die Anzahl und Dauer vollstationärer Aufenthalte im Zuge des Modellvorhabens nicht verringert wurde. Wohl aber wurde die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte erhöht. Damit konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten (noch) nicht erreicht werden. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigen sich differenzierte Effekte¹¹.

Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung der kumulierten Behandlungstage in vollstationärer Behandlung zwischen 2002 und 2018 (Indexdarstellung; 2002=100). Verglichen mit der Situation im Jahr 2002 zeigt sich, dass (bezogen auf alle behandelten Menschen) die durchschnittliche stationäre Verweildauer (kumuliert pro Jahr) um 60 % gesunken ist. Bezogen auf diejenigen Menschen, die sich innerhalb eines Jahres mindestens einmal in stationärer Behandlung befanden, ergibt sich eine Reduktion um etwa 40%. Dabei ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass die kumulierte stationäre Verweildauer mit etwa 13 Tagen pro Jahr weniger als die Hälfte der durchschnittlichen (kumulierten) psychiatrischen Jahresverweildauer in Deutschland beträgt.

Es ergibt sich auch bzgl der Länge des stationären Aufenthaltes, dass die Betrachtung des Zeitraums zwischen 2014 und 2018 nicht repräsentativ für die Entwicklungen im Modellprojekt insgesamt sein kann.



Wie bereits oben beschrieben, müsste eine bereits eingesetzte Reduzierung vollstationärer Behandlungstage in der Vergangenheit (vorausgesetzt diese ist über die Zeit weiter bestehen geblieben), auch unter den klinikneuen Patienten sowie im Niveau (ab Präzeitraum) bei den klinikbekannten Patienten ersichtlich sein. Dies war in anderen Modellvorhaben in Schleswig-Holstein (alle mit Vorläuferverträgen) der Fall. Warum dies wider Erwarten im Modellvorhaben in Itzehoe nicht der Fall war, kann mit den Daten nicht erklärt werden. Auch wenn die Absenkung der stationären Behandlungstage in der Modellklinik in der

¹¹ Abschlussbericht S. 415



hier aufgeführten Abbildung ersichtlich ist, kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese auch in der Regelversorgung gesunken ist bzw. im Modellvorhaben am Anfang sehr hoch lag. Dieser Vergleich ist jedoch in der Evaluation EVA64 durchgeführt. Der Difference-in-Difference-Ansatz, also Vergleich IG vs. KG und Prä vs. Post, erlaubt eine relative Betrachtung der Zielparameter. Die Abbildung zeigt auch eine Steigerung stationärer Behandlungstage seit Einführung des Modellvorhabens nach § 64b SGB V. In der Evaluation wird nur der Zeitraum seit Beginn des Modellvorhabens nach § 64b SGB V betrachtet. Die Abbildung weist jedoch nicht aus, ob es sich hier um voll- oder teilstationäre Aufenthalte handelt. Da sich seit Einführung des Modellvorhabens die teilstationären Behandlungstage erhöht haben (siehe Abschlussbericht Kapitel 8.2.1) könnte dies den Anstieg der Abbildung hier erklären, vorausgesetzt es wurden voll- und teilstationäre Behandlungstage zusammen dargestellt.

4.3 Behandlungsstruktur

Bzgl der Behandlungsart bzw. Behandlungskontinuität wird in der Begleitstudie folgendes ausgeführt:

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass keine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben für das Jahr nach Referenzfall der klinikneuen und klinikbekannten Patienten gewährleistet werden konnte. Auch waren sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs im Modellvorhaben mit der Regelversorgung vergleichbar.¹²

Die Behandlungsstruktur wurde im Klinikum Itzehoe dadurch erfasst, dass die behandelten Menschen auf der Basis eines Kalenderjahres danach unterteilt wurden, in welchem Behandlungssetting sie jeweils behandelt wurden. Mit dem Parameter der „Art der Behandlung innerhalb eines Jahres“ wird beschrieben, in welchem Setting (stationär, teilstationär, ambulant) Patienten jeweils über ein Kalenderjahr behandelt werden. Dieser Parameter hat sich wie folgt entwickelt (Angaben jeweils 2002 und 2019):

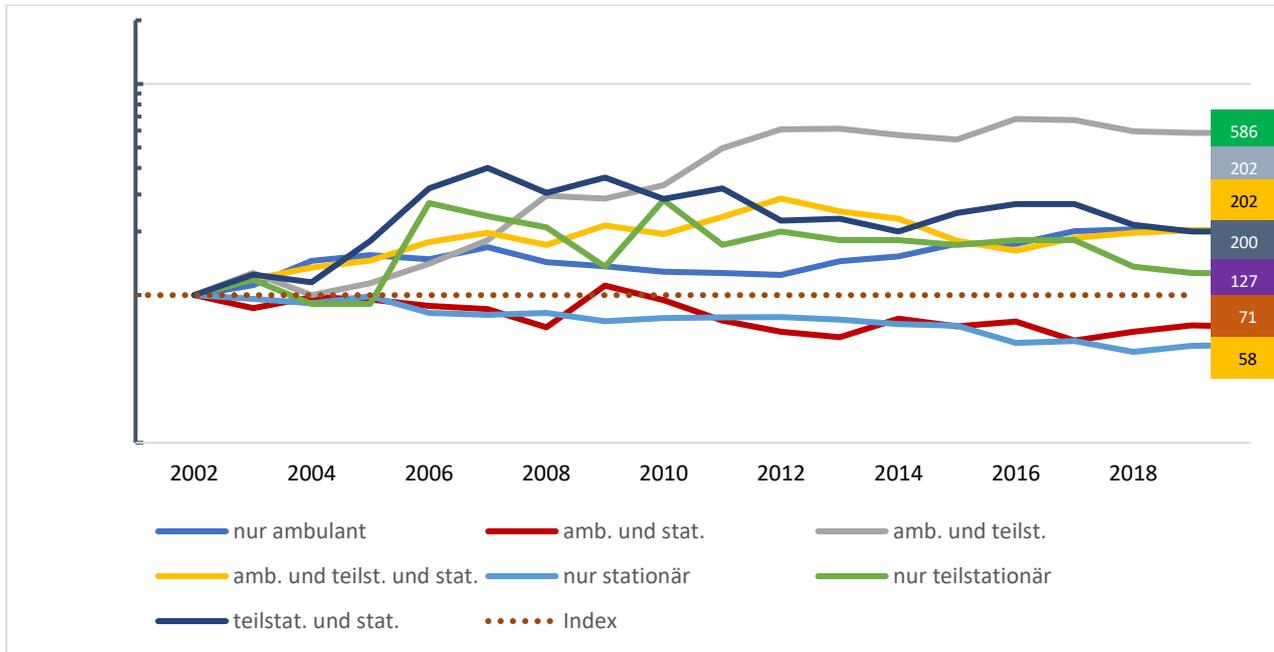
- Nur ambulante Behandlung: 14,1 % → 30,1 %
- Ambulant und tagesklinisch: 1,6 % → 10,1 %
- Ambulant, tagesklinisch und stationär: 2,7 % → 5,9 %
- Ambulant und stationär: 9,5 % → 7,2 %
- Nur tagesklinisch: 0,8 % → 1,1 %
- Tagesklinisch und stationär: 1,5 % → 3,1 %
- Nur stationär: 69,8 % → 42,5 %

Auch hier zeigt sich, dass die relevanten Veränderungen in den ersten Jahren (hier also ab 2003) aufgetreten sind, während in dem betrachteten Zeitraum keine relevanten Veränderungen mehr zu beobachten waren.

Es ging bei der Evaluation und der Betrachtung der Behandlungsstruktur vielmehr um den Vergleich des Modellvorhabens mit der Regelversorgung nach Beginn des Vertrages nach § 64b SGB V. Die hier für das Jahr 2019 dargestellten Patientenanteile entsprechen dabei mit geringfügigen Abweichungen den im Abschlussbericht dargestellten Anteilen in Tabelle 254, in der die Anteile nach Kalenderjahr abgebildet sind. Für die Evaluation maßgeblich war aber die Behandlungsstruktur der in bestimmten Kalenderjahren eingeschlossenen Patienten innerhalb ihres patientenindividuellen Nachbeobachtungszeitraums vor allem im Vergleich zu durch das Matching an die Patienten der IG angeglichenen Patienten der KG. Hier ließ sich jedoch für Patienten, die bereits vor Modellbeginn in Behandlung waren, kein Unterschied zu den

¹² Abschlussbericht S. 416

jeweiligen Kontrollpatienten hinsichtlich der Behandlungsstruktur feststellen; und für Patienten, die sich erstmalig in Krankenhausbehandlung befanden, lag der Anteil der vollstationär versorgten Patienten in der IG signifikant über dem der Regelversorgung.



(Indexdarstellung; logarithmische Darstellung)

4.4 Kostenentwicklung

Bzgl der Kostenentwicklung wird ausgeführt:

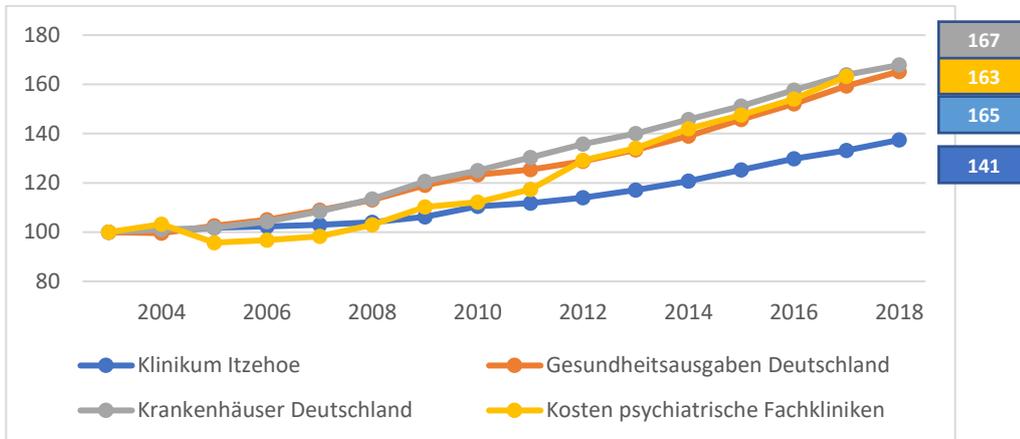
Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der geringeren direkt stationär psychiatrischen Versorgungskosten verworfen werden kann.(...) Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der geringeren Gesamtkosten in der IG verworfen werden kann¹³

Die hier getroffene Aussage bildet die Realität der Kostenentwicklung nicht ab.

Im Klinikum Itzehoe zeigt die Budgetentwicklung zwischen 2003 und 2018 eine Steigerung um 41%.

Bezogen auf die Gesundheitsausgaben in Deutschland insgesamt, die Kosten der Krankenhäuser in Deutschland und die Kosten psychiatrischer Fachkliniken ergibt sich somit eine um mehr als 20 Prozentpunkte geringere Kostensteigerung.

¹³ Abschlussbericht S. 422f.



An dieser Stelle soll auf die Ausführungen zu Punkt 3.6 (Untersuchung der Kostenstruktur) in diesem Dokument verwiesen werden. Mit den vorliegenden Daten können Gesamtbudgets nicht bewertet werden, da einerseits keine Vollerhebung aller Patienten vorlag (keine Daten der IKK Nord und kleinerer BKKen) und andererseits Daten für die am Jahresende berechneten Budgetausgleiche ebenfalls nicht vorlagen. Es soll aber nochmals darauf verwiesen werden, dass sich die Aussagen im Abschlussbericht nicht auf eine reine Zeitreihenbetrachtung der Modellklinik oder einen Vergleich der Modellklinik mit beliebigen Kliniken und Einrichtungen in Deutschland beziehen, sondern immer in Bezug auf die Kontrollgruppe, für die strukturgleiche Kliniken und vergleichbare Patienten herangezogen wurden (siehe auch Punkt 3.4 in diesem Dokument), zu verstehen sind. Ungeachtet der Frage, inwieweit die Kostendaten und Preise in den Routedaten verzerrt sein könnten, zeigte sich in der Auswertung jedoch, dass Patienten der Interventionsgruppe signifikant höhere Kosten im voll- und teilstationären, aber auch im vertragsärztlichen Bereich in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe führten zu den im Abschlussbericht dargestellten höheren Gesamtkosten.

Die für Ende 2020 geplante zusätzliche Auswertung, bei der neben der reinen Auszählung von Tagen und der Verwendung der in den Abrechnungsdaten dokumentierten Zahlbeträge auch die Fallschwere über den Day-Mix berücksichtigt wird, könnte an dieser Stelle ein noch etwas differenzierteres Bild offenlegen.

Fazit:

Wir hoffen, dass die obenstehenden weiteren Erläuterungen weitere Klarheit in der Interpretation und dem Verständnis des Berichtes bringen konnten. Zu einer vertiefenden methodischen Diskussion sind wir gern bereit. Das Studiendesign wurde bereits zu Anfang der Evaluation und im Verlauf derer mehrfach transparent vorgestellt (u.a. AG Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) 2016, Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) 2016, DRG-Forum 2017, International Center of Mental Health Policy and Economics (ICMPE) 2017, European Assertive Outreach Foundation (EAO) 2017, Netzwerk Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung 2017, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) 2018 usw.). Weiterhin gab es im September 2017 einen Workshop in Dresden, zu dem u.a. alle Vertreter der Modellkliniken eingeladen waren. Dieser war sehr gut besucht. Auch hier wurde das Studiendesign umfassend erläutert und diskutiert. Auch ein Manuskript in einem Fachjournal beschreibt das Studiendesign (Neumann et al. BMC Psychiatry (2018) 18:139). Weiterhin gab es verschiedene weitere Manuskripte, Fachvorträge und Workshops zum Design und ersten Ergebnissen. Zudem wurden bereits ein



Erster und ein Zweiter Zwischenbericht des Modellvorhabens am Klinikum Itzehoe erstellt und der Klinik zur Verfügung gestellt, worauf keine Stellung genommen wurde. Sollten weitere methodische Fragen offenbleiben, sind wir gern, wie bereits erwähnt, zu einer wissenschaftlichen Diskussion bereit.