

# Stellungnahme zum

## 2. Zwischenbericht der TU Dresden

**\* Anmerkung der Evaluatoren: Dies ist ein Bericht der TU Dresden mit dem ISMG in Magdeburg und dem WIG2 in Leipzig**

Diese Stellungnahme wurde erstellt von:

**PD Dr. med. Dipl. Phys. T. Schillen,  
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Hanau**

Die Evaluatoren bedanken sich für die Stellungnahme und haben Teile dieser in roter Schrift für weitere Erklärungen kommentiert.

*Die Reform der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland ist seit vielen Jahren stehen geblieben. Zentrale Ziele der Psychiatrie-Enquête sind weiterhin nicht erreicht. Die Versorgung ist unverändert viel zu betten- und institutionszentriert. Im Ausland erprobte, evidenzbasierte Versorgungsansätze zur Begleitung schwer und anhaltend psychisch kranker Menschen stehen in Deutschland kaum zur Verfügung.*

*Die meisten Modellprojekte nach §64b SGB V beinhalten sektorübergreifende regionale Budgets für alle stationären und ambulanten Leistungen einer Klinik. Damit wird eine Umsteuerung zu einer ambulanten und patientenzentrierten Versorgung grundsätzlich möglich. Im Hanauer Modell wurden dazu 52 von 120 stationären Betten durch ambulante Akutbehandlung ersetzt.*

*Die Leistung der Modellprojekte besteht darin, solche Entwicklungen mit ihren jeweiligen regionalen Rahmenbedingungen bei voller Pflichtversorgung zu erproben. Kostenträger und Politik wollen dabei die Eignung der Modellprojekte anhand der Begleitforschung bewerten. Die nachfolgende Stellungnahme will hierzu einige Grenzen dieser Begleitforschung skizzieren.*

*Die Begleitforschung der Modellprojekte ist insbesondere nicht darauf angelegt und nicht geeignet, die bestehende Evidenz zur aufsuchenden ambulanten Akutversorgung (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen) in Frage zu stellen. Bei der Frage zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland müssen die strukturellen Entwicklungen der einzelnen Modellprojekte deshalb in diesem Kontext und nicht nur anhand der Begleitforschung bewertet werden.*

*Grundlage aller psychiatrischen Versorgungskonzepte ist die Verfügbarkeit der erforderlichen Personalressourcen. Der Mangel an Personal stellt sich dabei zunehmend als gravierendes und regional extrem unterschiedliches Problem dar, das die Entwicklung der Versorgung beeinträchtigt.*

„Die aktuell drängendste Herausforderung ist es, eine evidenzbasierte, bedarfsgerechte und patientenorientierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen und steigender Nachfrage zu gewährleisten.“ [1].

Im Ausland übernehmen ambulant aufsuchende Dienste (CMHT, ACT, ICM, CRT, HT) bereits seit mehreren Jahrzehnten die Primärversorgung schwer und anhaltend psychisch kranker Menschen. Allein in den Niederlanden wurden in den letzten Jahren etwa 400 Teams zur aufsuchenden Flexiblen ACT installiert [2]. Zu den verschiedenen Konzepten aufsuchender Versorgung existiert im angelsächsischen Sprachraum auch eine umfangreiche Versorgungsforschung [3, 4, 5]. Die

bestehende wissenschaftliche Evidenz zu den medizinischen und ökonomischen Vorzügen dieser Ansätze wurde gerade erst wieder in der Aktualisierung der deutschen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ zusammengefasst [6]. Auf dieser Grundlage empfiehlt die S3-Leitlinie mit höchster Evidenz die *Akutbehandlung im häuslichen Umfeld* [7] sowie die *Intensive aufsuchende Behandlung* [8].

In Deutschland ist die psychiatrische Versorgung dennoch unverändert extrem betten- und institutionszentriert [9, 10, 11]. Aufsuchende Behandlungen, insbesondere aufsuchende Akutbehandlungen stehen nicht regelhaft, sondern nur vereinzelt und im Rahmen von Modellkonzepten zur Verfügung. Dabei belegt die Begleitforschung dieser Projekte die positiven Auswirkungen auf die Behandlungsergebnisse auch für die Versorgung in Deutschland [12, 13].

Das „Netzwerk Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung“ trägt seit 2009 mit seinen regelmäßigen Workshops zur Weiterentwicklung der Psychiatrie in Deutschland bei [14]. Ein größerer Teil der heutigen Modellprojekte nach § 64b SGB V war hier bereits mit Vorläuferprojekten (Regionalpsychiatriebudgets, IV-Verträge) vertreten [15].

Die meisten der §64b-Modellprojekte basieren auf einem sektorübergreifenden regionalen Budget für alle stationären und ambulanten Leistungen der Klinik. Die aus den Vorläuferprojekten der Regionalpsychiatriebudgets bekannte Umsteuerung der Klinik zu einer stärker ambulanten und patientenzentrierten Versorgung wird damit möglich. Der Verdienst der Modellprojekte besteht darin, diese Umsteuerung mit ihren jeweiligen regionalen Besonderheiten und bei voller Pflichtversorgung zu erproben.

In der Hanauer Klinik hat das Modellprojekt dazu geführt, dass mittlerweile 52 der 120 Betten durch eine ambulante Akutbehandlung abgelöst wurden. Patienten, die sonst eine vollstationäre Behandlungsindikation hätten, übernachten zu Hause und kommen täglich zur Therapie in die Klinik. Alle Stationen bieten sektorübergreifend 17 vollstationäre Betten und 13 akutambulante Plätze. Die Patienten wechseln flexibel zwischen beiden Behandlungssettings und behalten dabei Behandler, Mitpatienten, Einzel- und Gruppentherapien bei. Hausbesuche erfolgen bei drohendem Behandlungsabbruch oder bei anderem Bedarf.

Kostenträger und Politik bewerten die Eignung der Modellprojekte auf Grundlage der Evaluation durch die TU Dresden. Vor diesem Hintergrund freut uns das Fazit des 2. Zwischenberichts: „Es ist jedoch ersichtlich, dass sowohl vollstationäre Tage als auch Arbeitsunfähigkeitstage in diesem Modellprojekt gegenüber der Regelversorgung vermieden wurden, ohne dass andere Einschränkungen in der Qualität der Behandlung beobachtet werden konnten. Sollten vergleichbare Ergebnisse in der Evaluation der weiteren 17 Modellprojekte erzielt werden, dann wäre die Weiterführung der Modellvorhaben zu empfehlen.“ [16].

Gerade weil die Kostenträger den Ergebnissen der wissenschaftlichen Evaluation eine so große Bedeutung für die Weiterentwicklung der Modellprojekte beimessen, ist es von Bedeutung, sich über die Grenzen dieser Begleitforschung im Klaren zu sein:

- Die Entwicklungen der einzelnen Modellkliniken sind sehr heterogen und folgen keinem konsentierten Konzept einer modernen psychiatrischen Versorgung für Deutschland.
- Bei 5 der 18 Modellkliniken sind nur ein bis drei Krankenkassen an der Modellversorgung beteiligt. Diese Einschränkung erschwert die Umsetzung weiterreichender struktureller Veränderungen erheblich.
  - **Kommentar der Evaluatoren:** Wir werden in der Diskussion bei den Abschlussberichten der jeweiligen Modelle die Frage der externen Validität, also der Übertragbarkeit auf Versicherte anderer Kassen, thematisieren. Auch bei nur wenigen vertraglichen gebundenen Kassen wird ein hoher Prozentsatz der in der jeweiligen Klinik behandelten

### Patienten erfasst.

- 7 der 18 Modellprojekte gingen aus mehrjährigen Vorläuferprojekten hervor. Bei diesen Modellprojekten sind weiterreichende Effekte bereits vor der Bestimmung der Baseline der Evaluation eingetreten. So ist die stationäre Verweildauer bei diesen 7 Modellkliniken beispielsweise bereits vor der Evaluation erheblich zurückgegangen und sinkt nach 2013 nicht weiter, während die Kontrollkliniken bei höherer Verweildauer noch einen Rückgang aufweisen.
  - Kommentar der Evaluatoren: Durch die Methode des Difference-in-Difference (Vergleich mit Jahr vor Modellstart mit Angaben danach) und der Einteilung in klinikneue (keine Behandlung im Referenzklinikum in den zwei Jahren vor Einschluss in die Evaluation) und klinikbekannte (in den zwei Jahren vor Einschluss in die Evaluation bereits Kontakt zum Referenzkrankenhaus) Patienten können auch Unterschiede zwischen der Modellklinik und der Kontrollgruppe mit Vorläufervertrag berichtet werden. Die Untersuchungen der Behandlung der klinikneuen Patienten zeigen auch, dass in Kliniken mit Vorläufervertrag mehr vollstationäre Tage eingespart werden können, als in Kliniken ohne Vorläufervertrag (besonders für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr). Dies lässt sich dadurch erklären, dass Veränderungen in den Krankenhausstrukturen einige Zeit bis zur erfolgreichen Implementierung benötigen. Für klinikneue Patienten in den Kliniken mit Vorläuferverträgen sind bereits etablierte Strukturen und ihre Auswirkungen auf die stationäre Behandlungsdauer durch den Vergleich mit Kontrollkliniken ersichtlich. Bei der Betrachtung der klinikbekannten Patienten ist der Effekt der Vorläuferverträge bereits im Zeitraum vor Einschluss in die Evaluation (Prä-Zeit) ersichtlich. Hier starteten die klinikbekannten Patienten von einem anderen Niveau. Somit sind auch, oder besser gerade, Effekte in Modellvorhaben mit mehrjährigem Vorläuferprojekten ersichtlich und werden in der Evaluation abgebildet. Weiterhin möchten wir in diesem Zusammenhang unterstreichen, dass wir nicht die Verweildauern (Anzahl stationäre Tage der Patienten, die im Krankenhaus lagen), sondern die durchschnittliche kumulierte Behandlungsdauer (Anzahl stationärer Tage aller Patienten, die in die Evaluation eingeschlossen wurden (auch ausschließliche Behandlung über PIA)) abbilden. Dies berücksichtigt auch Patienten, die nie stationär aufgenommen wurden.
- Die Bewertung und der Vergleich der Evaluationskennzahlen erfordert detaillierte Kenntnisse zur konkreten Implementierung des Modellprojektes der einzelnen Kliniken. Diese Details finden sehr begrenzt Eingang in die Evaluation.

Im Hanauer Modell werden beispielsweise zurzeit etwa 25% der früher stationären Fälle direkt in die ambulante Akutbehandlung aufgenommen. Diese Patienten erhalten dabei eine stationsäquivalente ambulante Behandlung ohne einen vorhergehenden stationären Aufenthalt. In der Evaluation fehlt bei dieser Patientengruppe dann der Auslöser der stationären Entlassung für die Bewertung der ambulanten Weiterbehandlung von Patienten mit stationärer Krankenhausindikation.

  - Kommentar der Evaluatoren: Es stimmt, dass in der Betrachtung der Wiederaufnahme nur Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt berücksichtigt werden. Auch wenn im Hanauer Modell weniger Patienten in den Nenner auftauchen (weniger stationäre Aufenthalte), könnte bei diesen stationären Patienten auch eine geringere Quote der Wiederaufnahme ersichtlich sein. Richtig ist aber, dass die Patienten, die dann stationär behandelt werden, voraussichtlich schwerer erkrankt sind und hier das Risiko für eine Wiederaufnahme steigt.
- Die Anforderungen an die Versorgungsleistung einer Klinik sind in hohem Maße von regionalen Besonderheiten abhängig: Bevölkerungsstruktur, Ausbau und Qualität des gemeindepsychiatrischen Umfeldes, Anzahl niedergelassener Psychiater, Psychotherapeuten, Verfügbarkeit ambulanter psychiatrischer Pflegedienste, Krisendienste, Verhalten des örtlichen Betreuungsgerichts etc. Hinweise auf den großen Einfluss dieser Faktoren geben beispielsweise die populationsbasierten Indizes zur Bestimmung der psychiatrischen Versorgungsbedarfe in Großbritannien [17]. Diese Faktoren scheinen bei der Bestimmung der Kontrollkliniken in der

Evaluation nicht ihrer Einflussgröße entsprechend berücksichtigt.

- **Kommentar der Evaluatoren:** 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 bzw. KJP sowie PIA müssen vorliegen; in die Gewichtung zur Vergleichbarkeit gehen 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). Somit ist ein Teil der oben aufgeführten regionalen Besonderheiten abgebildet. Weitere Faktoren lagen uns in einem objektiven Maße für alle Kliniken nicht zur Verfügung. Das Prozedere (Petzold et al., 2019) ist das aus unserer Sicht am besten geeignete.
- Weitreichende Veränderungen im Versorgungsumfeld der Klinik können positive Modelleffekte konterkarieren, finden aber keinen Eingang in die Evaluation.  
In der Versorgungsregion der Hanauer Klinik ist die Zahl der niedergelassenen Psychiater in den letzten Jahren von 3,5 VK für 215.000 Einwohner auf etwa 1,0 VK für 225.000 Einwohner zurückgegangen.
  - **Kommentar der Evaluatoren:** Da davon auszugehen ist, dass diese regionalen Veränderungen, im Hinblick auf das oben umrissene Verfahren der Auswahl der Kontrollkliniken, auch Kliniken der Kontrollgruppe betreffen, gehen wir davon aus, dass die Vergleichbarkeit mit der Kontrollgruppe gegeben ist. Einzelne Veränderungen, die ausschließlich nur eine kleine Region betreffen, können objektiv nicht ausgefiltert werden.
- Die ambulante Versorgung psychiatrischer Patienten, die in der bisherigen Regelversorgung stationär aufgenommen werden, erfordert qualifiziertes und erfahrenes Personal. Regionale Probleme bei Personalwechsel und Personalrekrutierung können für Modellkliniken eine besondere Herausforderung darstellen, die positive Modelleffekte ebenfalls konterkarieren können.  
In der Hanauer Klinik musste das Home Treatment, das erfolgreich zur akutambulanten Behandlung und Vermeidung stationärer Aufnahmen beigetragen hat, mangels geeigneter Personalressourcen wieder eingeschränkt werden.
  - **Kommentar der Evaluatoren:** Da davon auszugehen ist, dass diese regionalen Veränderungen auch Kliniken der Kontrollgruppe betreffen, gehen wir davon aus, dass die Vergleichbarkeit mit der Kontrollgruppe gegeben ist.
- Die Aussagefähigkeit der Evaluation ist naturgemäß durch die Begrenzung auf Sekundärdaten eingeschränkt.

Die Begleitforschung der TU Dresden ist darauf angelegt, die definierten Outcome-Parameter der Sekundärdaten von Modellkliniken und Kontrollkliniken zu vergleichen. Sie ist gemäß ihrem Auftrag nur eingeschränkt geeignet, eine Aussage zur erstrebenswerten Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu machen. Sie ist insbesondere nicht geeignet, die einleitend ausgeführte Evidenz für ambulante Akutbehandlung und intensive aufsuchende Behandlung im häuslichen Umfeld in Frage zu stellen.

- **Kommentar der Evaluatoren:** Das im Rahmen des Innovationsfonds geförderte ergänzende Projekt PsychCare ist darauf angelegt, zusätzliche patientenbezogene Outcomes abzubilden. Mit Abschlussergebnissen ist 2021 zu rechnen.

Die strukturellen Entwicklungen der einzelnen Modellkliniken müssen deshalb im Kontext dieser Evidenz und nicht nur anhand der Outcome-Parameter der Evaluation betrachtet werden. Für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland ist zu prüfen, wie weit die finanziellen Anreizsysteme der Modellprojekte sich bereits als geeignet erweisen, evidenzbasierte

Versorgungsstrukturen entsprechend der S3-Leitlinie *Psychosoziale Therapien* herauszubilden. Umgekehrt ist zu prüfen, was die Entwicklung aufsuchend ambulanter Versorgung behindert und welche Anpassung die Modellprojekte gegebenenfalls benötigen.

Grundlage aller psychiatrischen Versorgungskonzepte sind die erforderlichen Personalressourcen. Entscheidend sind daher substantielle Anreize, die es ermöglichen, qualifiziertes Personal für die anspruchsvolle Tätigkeit der psychiatrischen Begleitung schwer psychisch kranker Menschen zu gewinnen und zu halten. Die politische Vorgabe von Personalmindestmengen ist dafür leider unzureichend. Die Politik steht vielmehr in der Verantwortung, die erforderlichen Rahmenbedingungen für eine psychiatrische Versorgung zu schaffen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht erneut nur marginalisiert und vernachlässigt.

- [1] DGPPN. DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie. Versorgung, Forschung, Nachwuchs, Qualität. [www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/dossier.html](http://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/dossier.html), 2018, S. 4
- [2] van Veldhuizen JR, Bähler M. Manual Flexible Assertive Community Treatment. Vision, model, practice and organization. <https://fact-facts.nl/#fact-manual>, 2013
- [3] Thornicroft G, Szmulker G, Mueser KT, Drake RE, eds. Community Mental Health. Oxford: Oxford University Press, 2011
- [4] Thornicroft G, Semrau M, Alem A, Drake RE et al. eds. Community Mental Health. Putting policy into practice globally. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011
- [5] Dieterich M., Irving CB, Bergman H, Khokhar MA et al. Intensive case management for severe mental illness. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017, 1, CD007906
- [6] DGPPN, Hrsg. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer, 2019
- [7] „Empfehlung 11 (NEU): Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia.“ In: [5], S. 112
- [8] „Empfehlung 12 (NEU): Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia“ In: [5], S. 124
- [9] OECD. Health Care Resources. Psychiatric care beds. [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC#](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC#) [Variable = Psychiatric care beds. Measure = Per 1.000 population]. Zugriff: 20.10.2019
- [10] European Commission. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database> > Health care > Health care resources > Health care facilities > Hospital beds by type of care. [Health facility = Psychiatric care beds in hospitals. Unit of measure = Per hundred thousand inhabitants]. Zugriff: 20.10.2019
- [11] European Commission. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database> > Health care > Health care activities > Hospital discharges - national data > Hospital discharges by diagnosis, in-patients, per 100 000 inhabitants. [ICD = F]. Zugriff: 20.10.2019
- [12] Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D et al. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. *Psychiatrische Praxis*, 2008, 35, 279–285
- [13] Lambert M, Bock T, Schöttle D, Golks D et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia

- spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2010, 71(10), 1313–1323.
- [14] Netzwerk Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung. <https://ackpa.de/das-netzwerk/>. Zugriff: 20.10.2019
- [15] Schmid P, Steinert T, Borbé R. Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 2013, 40, 414–424
- [16] Neumann A, Kliemt R, Baum F, March S et al. 2. Zwischenbericht – Klinikum Hanau. Bundesweit einheitliche Wissenschaftliche Evaluation von Modellvorhaben nach §64b SGB V (EVA64). 01.07.2019, S. 26
- [17] Tulloch S, Priebe S. Population-based indices for the funding of mental health care: a review and implications, *J public mental health* 2010, 9, 15–22.

Petzold, T., Neumann, A., Seifert, M., Kuster, D., Pfennig, A., Weiss, J., . . . Schmitt, J. (2019). [Identification of Control Hospitals for the Implementation of the Nationwide and Standardized Evaluation of Model Projects According to section sign 64b SGB V: Analysis of Data from Structured Quality Reports]. *Gesundheitswesen*, 81(1), 63-71. doi:10.1055/s-0042-116436