

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

Kommentierung

Abschlussbericht Klinikum Itzehoe – Zentrum für Psychosoziale Medizin
(Berichtsnummer: 3; Datum: 29.06.2020 aktualisiert am 18.09.2020)

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.

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.

Die Kommentierung bezieht sich auch auf den Methodenband der Studie².

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.

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

2. Vertragssituation im Klinikum Itzehoe

Seit dem 1.1.2003 wird im Klinikum Itzehoe das Modellprojekt eines Regionalen Psychiatrie-Budgets (Modellprojekt nach §24 Bundespflegegesetz-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.

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 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.).

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

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

⁴ Abschlussbericht S. 22

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.

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 stattgefundene Strukturveränderungen bei den Krankenkassen können zwar zu Problemen bei der Beurteilung des Behandlungsverlaufs führen, jedoch keinen Einfluss auf die Gesamtheit der berücksichtigten Patienten haben.

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 ausgewählt². Für die hier untersuchte Klinik wurden anhand der Daten des Strukturierter 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.

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

⁶ Abschlussbericht S. 428

⁷ Abschlussbericht S. 23



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.

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

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 Routedaten in keiner Weise zu beurteilen.

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

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

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.

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:

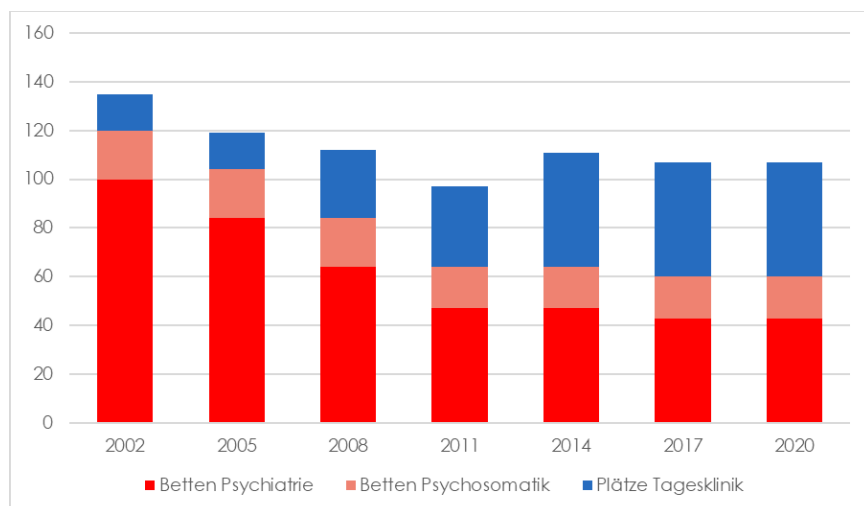
Am Klinikum Itzehoe waren laut Basisdaten zur Modellvereinbarung im Jahr vor Beginn des Modells 73 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 28 in der Tagesklinik und 20 in der Psychosomatik vorgesehen.¹⁰

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.



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

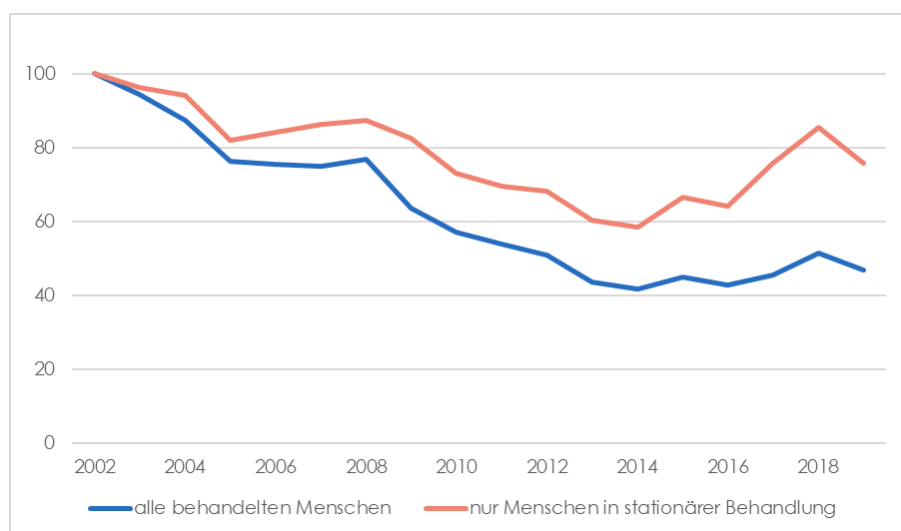
¹⁰ Abschlussbericht S. 39

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.



¹¹ Abschlussbericht S. 415

4.3 Behandlungsstruktur

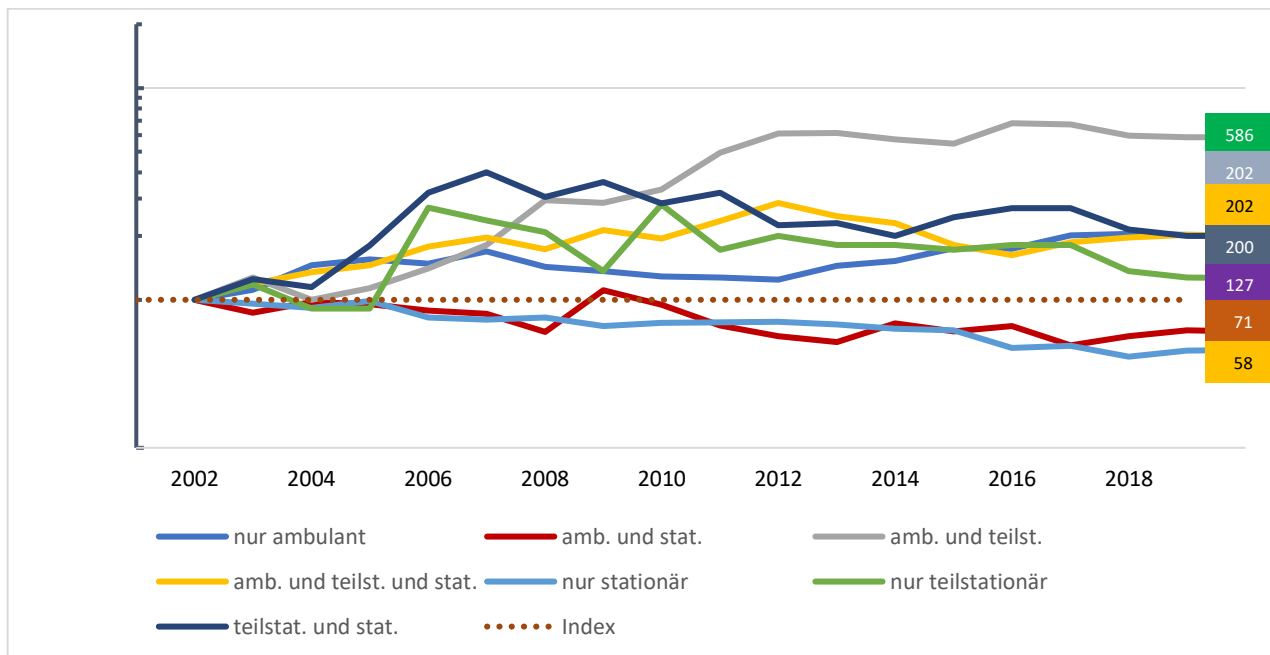
Bzgl der Behandlungsart bzw. Behandlungskontinuität wird in der Begleitstudie folgendes ausgeführt:

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.



(Indexdarstellung; logarithmische Darstellung)

¹² Abschlussbericht S. 416

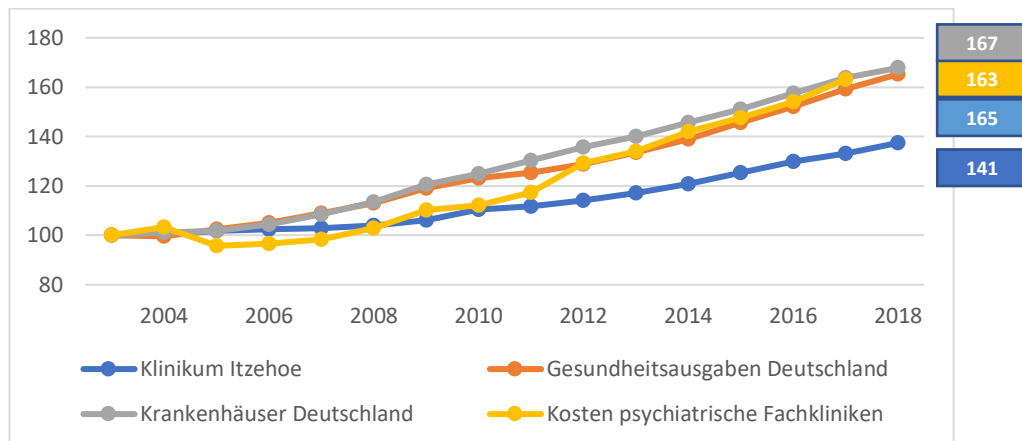
4.4 Kostenentwicklung

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.