

Stellungnahme der DIAKO Nordfriesland gGmbH

Dr. med. Christoph Mai, Ärztlicher Direktor, Dr. rer.nat. Anke Bauer, wissenschaftliche Mitarbeiterin.
DIAKO Nordfriesland, Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Gammeltoft 8-15, 25821 Breklum
Tel. 04671 408 -0, info.nf@diako.de, anke.bauer@diako.de, www.diako-nf.de

zum Abschlussbericht EVA64: <https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/zegv/projekte/eva64>

Abschlussbericht DIAKO Nordfriesland gGmbH: Bundesweit einheitliche Wissenschaftliche Evaluation von Modellvorhaben nach §64b SGB V (EVA64), Berichtsnummer: 3, Datum: 01.04.2020,

Autoren: Dr. Anne Neumann, M.P.H., Roman Kliemt, M.A., Dipl.-Psych. Fabian Baum, Christopher Schrey, M.Sc., Dr. rer. medic. Stefanie March, M.A., Dr. rer. nat. Olaf Schoffer, Dipl-Phys. Martin Seifert, PD Dr. rer. biol. hum. Enno Swart, Dr. Dennis Häckl, Prof. Dr. med. Andrea Pfennig, M.Sc., Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, M.P.H.

Zunächst möchten wir dem Autorenteam des Berichtes für ihre Arbeit und die umfassende Analyse der Patientendaten der DIAKO Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie danken. Eine Auswertung in diesem Umfang und in dieser Tiefe, unter der gleichzeitigen Berücksichtigung verzerrender Faktoren, stellt eine besonders wertvolle Datenbasis für uns dar. Sie kann nicht nur für die Forschung, sondern auch für unsere alltägliche Arbeit in der Praxis zu Optimierungszwecken umfassend herangezogen werden und kommt dadurch vor allem auch den Patienten zugute.

Ganz anders als der *Zwischenbericht EVA64* weist der *Abschlussbericht* etliche Ergebnisse zu Zielvariablen auf, die nun „hypothesenkonträr“ ausfallen: das heißt, Unterschiede zwischen dem Modellvorhaben (RPB-NF= Regionales Psychiatriebudget in Nordfriesland) und der Regelversorgung (KG=Kontrollkliniken) konnten nun nicht mehr festgestellt werden bzw. die KG weist Werte auf, wie sie, der Hypothese nach, für das RPB erwartet wurden.

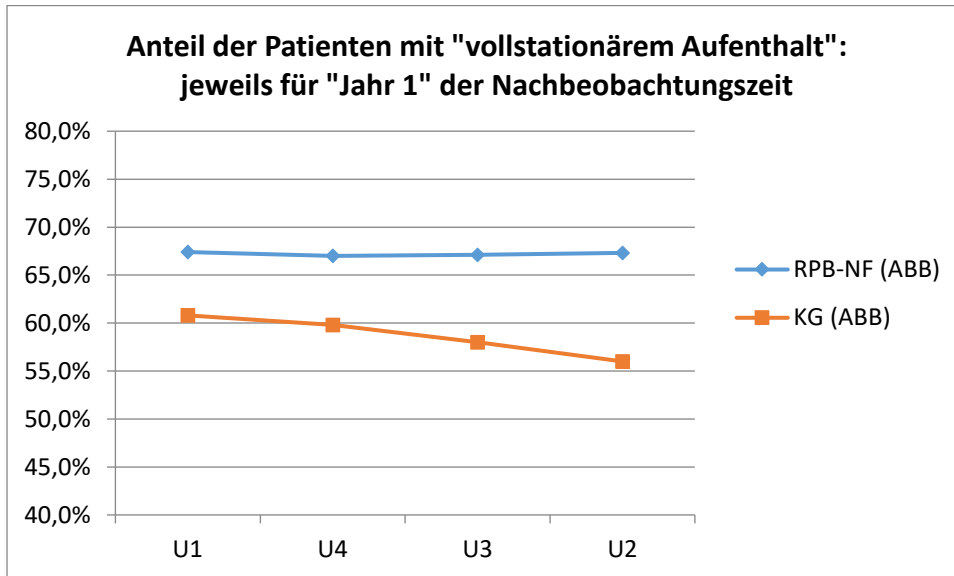
Die Prüfung des Abschlussberichtes und der Vergleich mit dem Zwischenbericht ergab dabei einige Auffälligkeiten mit folgendem Muster:

1. Im Vergleich zum Zwischenbericht und während des weiteren Untersuchungszeitraumes verändert sich das Verhalten der Kontrollkliniken (KG) in Bezug auf etliche Variablen (z.B. vollstationäre Aufenthalte, teilstationäre Aufenthalte). D.h. nicht nur während der Nachbeobachtungszeit, sondern auch bezogen auf den Zeitpunkt des Einschlusses in die Studie. Die Ergebnisse für das RPB-NF verhalten sich im Vergleich konstanter, mit einigen Ausnahmen. In einigen

Variablen verändern sich KG und RPB-NF über den Untersuchungszeitraum in ähnlicher Weise (AU-Tage, Tage bis zur Wiederaufnahme, Wiederaufnahmerate).

Die folgenden Abbildungen verdeutlichen die beobachteten Effekte:

Quelle: Abschlussbericht und Zwischenbericht EVA64: Jeweils: klinikneue Patienten, Werte Abschlussbericht= ABB, Werte Zwischenbericht= ZWB



U1= 4 Jahre Nachbeobachtungszeit, U4= 3 Jahre, U3= 2 Jahre, U2= 1 Jahr

Abbildung 1

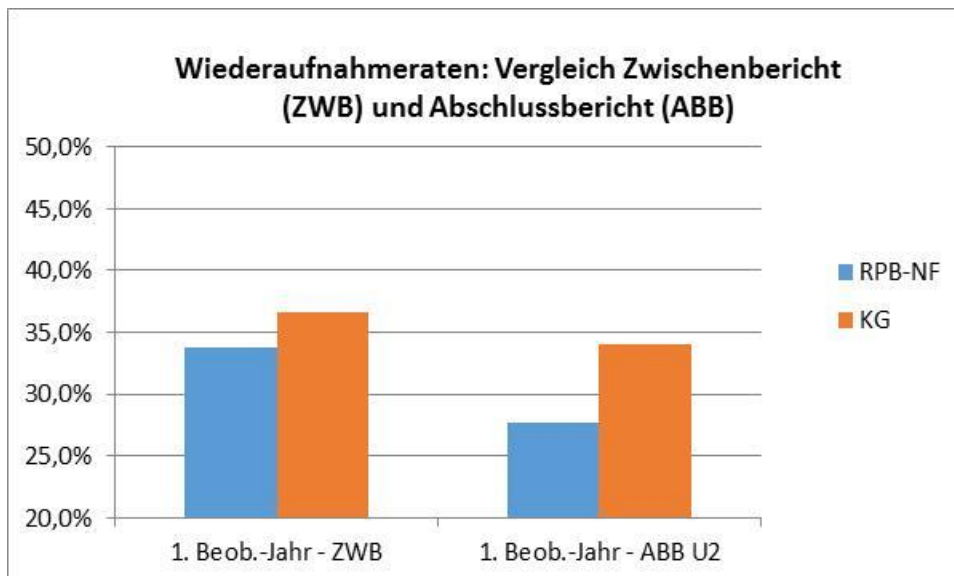


Abbildung 2

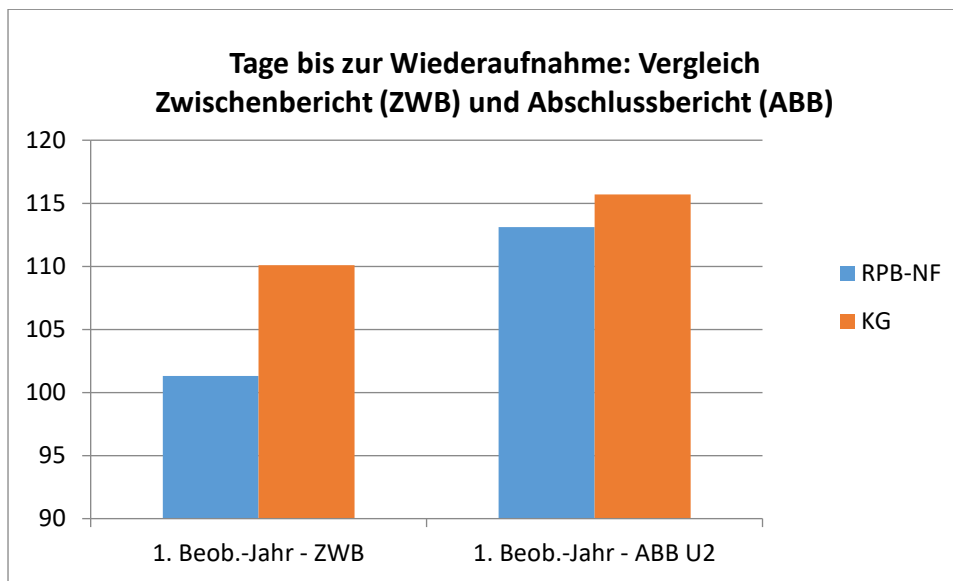


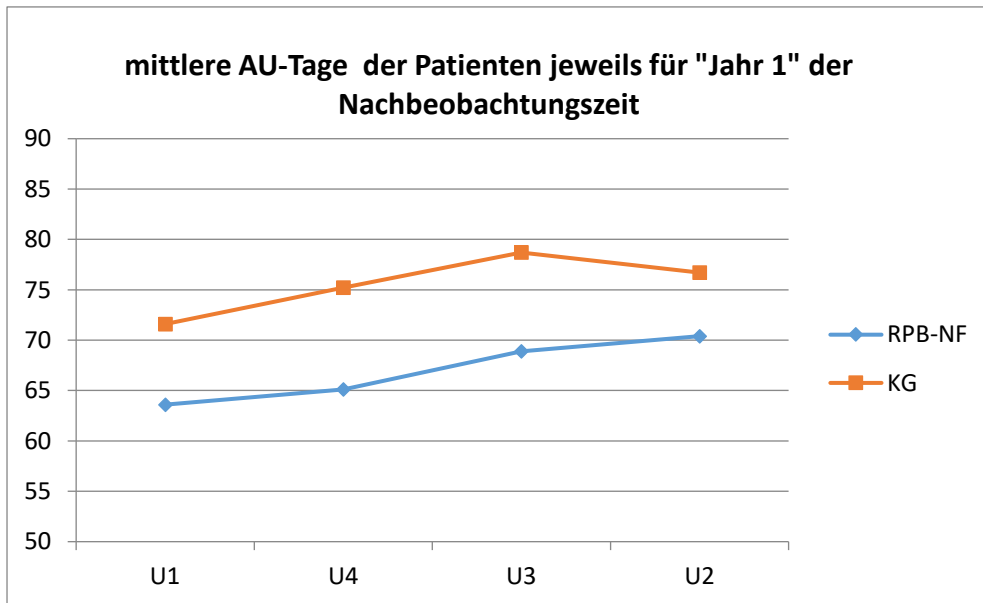
Abbildung 3

2. Hier finden mutmaßlich Veränderungen über die Zeit bei den KG statt, die folgendes widerspiegeln:
 - A)** die finanziellen Anreize/Steuerungsmerkmale haben sich im Laufe der Studie geändert (PEPP-Effekt?), dies führt zu verändertem Verhalten der KG
 - und B)** die Entwicklung hin zu vermehrten teilstationären Angeboten (teilstationär statt vollstationär) war zu Beginn der Studie vor allem ein Merkmal der RPB-Kliniken, die KG haben jedoch noch während die Studie lief, nachgezogen. Möglicherweise führte hier bereits die Zwischenauswertung mit den guten Ergebnissen des RPB zu einer vermehrten Genehmigung von Tageskliniken auch für andere Kliniken.

3. Die gewählten „U-Gruppen“, mit 4, 3, 2 oder nur 1 Jahr Nachbeobachtungszeit weisen dementsprechend schon hinsichtlich der Ausgangswerte erhebliche Unterschiede auf, die mutmaßlich auf diese Veränderungen über die Zeit zurückzuführen sind. In dem Abschlussbericht fehlt leider die Darstellung wichtiger Variablen, z.B. der Wiederaufnahmerate, über die Kalenderjahre sowie auch ein direkter Vergleich der U-Gruppen. Dann könnte man diese Unterschiede sichtbar machen als mit den U1, U2, U3 und U4 mit jeweils unterschiedlicher Nachbeobachtungszeit.

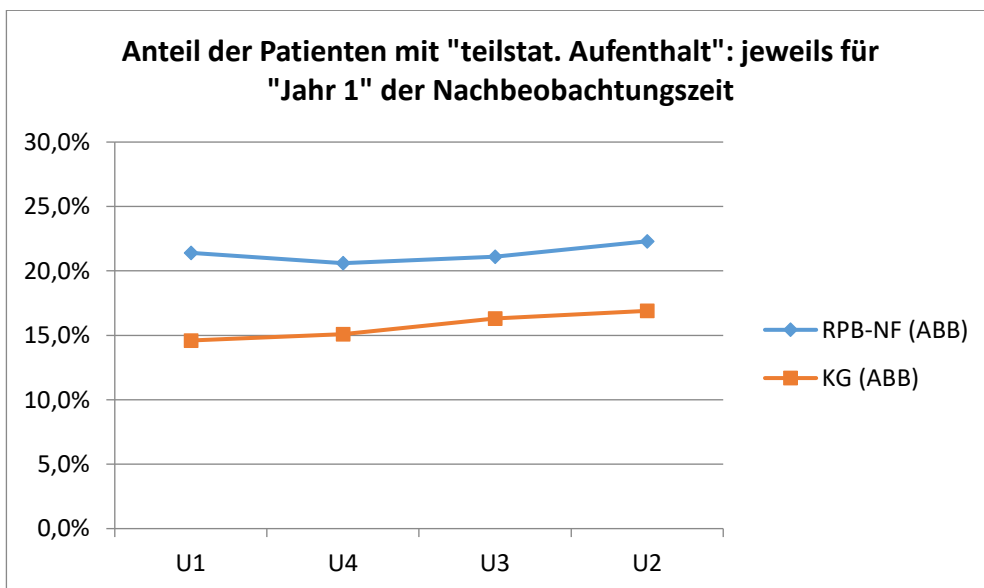
Missverständlich ist dabei zudem dass die „U1“ die längste Nachbeobachtungszeit hat: 4 Jahre und daher am frühesten erhoben worden sein muss. Während die „U2“ alle Patienten mit nur 1 Jahr Nachbeobachtungszeit enthält und daher auch die Patienten, die als letztes mit in die Studie eingeschlossen wurden (U3 = 2 Jahre

Nachbeobachtungszeit, U4= 3 Jahre Nachbeobachtungszeit). Wir haben daher die Reihenfolge in den Abbildungen geändert auf U1, U4, U3, U2, da dies am ehesten einer chronologischen Reihenfolge entspricht. Besser wäre eine zusätzliche Auswertung stratifiziert nach dem tatsächlichen Kalenderjahr des Einschlusses in die Studie.



U1= 4 Jahre Nachbeobachtungszeit, U4= 3 Jahre, U3= 2 Jahre, U2= 1 Jahr

Abbildung 4



U1= 4 Jahre Nachbeobachtungszeit, U4= 3 Jahre, U3= 2 Jahre, U2= 1 Jahr

Abbildung 5

4. Zusätzlich scheint es über den Untersuchungszeitraum zu einer Verschiebung in Richtung „schwererer Fälle“ bei den klinikneuen Patienten bei den RPB-NF und den KG gleichermaßen zu kommen (gemessen anhand der mittleren AU-Tage: s.o. Abb. 4). Dies wird mutmaßlich verursacht durch
 - A)** einen Selektionseffekt: Wenn das ambulante und teilstationäre Angebot ausgeweitet wird, bzw. in den niedergelassenen Bereich verschoben wird, dann steigt der Anteil der schwereren Fälle, die in die Klinik aufgenommen werden. Dies entspricht durchaus unseren Beobachtungen in dem Stationsalltag.
 - B)** Ein durch die Studie selbst bedingter Selektionseffekt wird verursacht durch das Matchingverfahren, darauf weisen die Autoren selbst hin (siehe S.440 Abschlussbericht).
 - C)** veränderte finanzielle Anreize/Steuerungsmerkmale
5. Eine oberflächliche Sichtung der Abschlussberichte weiterer Kliniken in der Region ergab ähnliche Auffälligkeiten.
6. Das Modellprojekt der DIAKO Nordfriesland gGmbH geht aus einem mehrjährigen Vorläuferprojekt hervor (2008-2013). Daher sind viele positive Effekte bereits vor Beginn der Bestimmung der Baseline dieser Evaluation „EVA64“ eingetreten und in dem hier untersuchten Zeitraum sind bereits Bodeneffekte wirksam, d.h. - je nach Variable - keine weiteren oder nur noch schwache Veränderungen festzustellen.
7. Die Ergebnisse in Bezug auf die Progredienz der Patienten in Richtung einer „Suchterkrankung“ resultiert unserer Ansicht nach aus einer der Spezialisierungen der DIAKO Nordfriesland: Das Fachgebiet „Suchterkrankungen und Psychiatrische Störungen in Komorbidität“. Neben der Akutklinik bietet die DIAKO Nordfriesland hier weiterführende Angebote wie etwa Rehabilitation, Adaption, Eingliederung, betreutes Wohnen, Werkstätten und mehr an. Das o.g. Ergebnis ist daher möglicherweise das Resultat einer aufmerksamen Diagnostik sowie der Selektionskriterien der Patienten oder der Angehörigen, die sich für die DIAKO Nordfriesland mit ihrem gesamten Angebot entscheiden.
8. Die Gründe der DIAKO Nordfriesland gGmbH als Modellklinik mit dem RPB zu arbeiten, lagen in regionalen Besonderheiten: Randlage, bekannt schlechte psychiatrische und medizinische Versorgung der Grenzgebiete zu Dänemark, der Nordsee und der Inseln, lange Anfahrtszeiten. Die Arbeit mit einem Budget erlaubte

uns, die Therapieangebote zu dezentralisieren, mit heute drei Tageskliniken und drei PIA wurde erreicht, dass deutlich mehr Patienten aus den Randgebieten psychiatrische Versorgung in Anspruch nehmen können. **Das bedeutet, dass das Ziel nicht darin bestand, kostengünstiger zu arbeiten, sondern die vorhandenen Ressourcen zugunsten der Bevölkerung aus Nordfriesland besser einzusetzen.** Im Vergleich der Jahre 2008 und 2012 wurden aus fast allen Bezirken Nordfrieslands im Jahr 2012 deutlich mehr Personen behandelt, dies galt insbes. für die Randgebiete (*Quelle: siehe unten*).

Fazit:

Anders als der Zwischenbericht weist der Abschlussbericht etliche Ergebnisse zu Zielvariablen auf, die „hypothesenkonträr“ ausfallen. Während der Studie scheint es zu mehreren überlagernden Effekten gekommen zu sein, die die Kliniken der KG veranlassten ihr Verhalten zu ändern. Die Studienplanung sah eigentlich vor, zu messen, welche Veränderungen über die Zeit in den RPB-Modellkliniken im Vergleich zur „Regelversorgung“ auftreten und ob dieses empfehlenswert ist.

Eine Vergleichbarkeit der RPB-NF und der KG hinsichtlich der Studienfragestellung ist daher aus unserer Sicht in dieser Form zumindest fraglich. Eine erhebliche Verzerrung (Bias) durch äußere Einflüsse über die Studienlaufzeit kann keinesfalls ausgeschlossen werden. Wir empfehlen für einen abschließenden Bericht jeweils die Ausgangswerte der Kliniken der KG zu verwenden, die auch in dem Zwischenbericht dargestellt wurden. Zusätzlich empfehlen wir eine Auswertung nach Kalenderjahren (d.h. wann wurde der Patient in die Studie aufgenommen) und einen ganz direkten Vergleich der Gruppen U1 bis U4 in der Reihenfolge U1, U4, U3, U2. **Aus dem Abschlussbericht können aus unserer Sicht keine Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.**

Zitate Abschlussbericht:

*S. 438: ... Vor dem Hintergrund der derzeit **großen Dynamik der psychiatrischen Versorgung** kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. ...*

*S. 416/417: ... Bei den klinikbekannten Patienten war bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum), d.h. vor Einführung des Modellvorhabens, eine geringere Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Das vorliegende Modellvorhaben Nordfriesland hatte bereits vor Einführung des Modellvorhabens ein **Vorläufervertrag, welcher bereits im Vorfeld zu einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage geführt haben könnte.** Über die Zeit sanken die vollstationären Tage in der IG und der KG. ...*

... Im dritten Jahr nach Referenzfall war jedoch das Absinken in der IG weniger stark im Vergleich zur KG. Dadurch ergaben sich im dritten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant mehr vollstationäre Tage in der IG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall und zur KG (U1) (**hypothesekonträr**). Zu beachten ist hier jedoch, dass dies durch die bereits stark unterschiedlichen Ausgangswerte im Jahr vor Referenzfall ausgelöst wurde. Eine bestimmte Anzahl an stationären Behandlungstagen lässt sich auch in Modellvorhaben nicht vermeiden (**Bodeneffekt**) ...

S. 440 ... Die Vergleichbarkeit mit dem Ersten Zwischenbericht wird zusätzlich durch das angepasste Matchingverfahren leicht beeinträchtigt. Das Matching wurde dahingehend angepasst, dass für eine Mindestzahl von 95 Prozent der Patienten der IG mit Referenzfall und ausreichender Datenverfügbarkeit ein passender Patient der KG gefunden wurde. Dadurch flossen ab dem Zweiten Bericht zusätzlich Patienten ein, für die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale in der ersten Auswertung kein passender Partner gefunden werden konnte. Dabei handelt es sich vor allem um Patienten mit seltenen Formen psychiatrischer Erkrankungen, bei denen von einem erhöhten Behandlungsbedarf und Ressourcenaufwand auszugehen ist.

Wir möchten an dieser Stelle noch ergänzend auf einige Effekte hinweisen, die die vorliegende Auswertung nicht abbilden kann, dies sind **vor allem regionale**

Besonderheiten in Nordfriesland:

- Die Gründe der DIAKO Nordfriesland als Modellklinik mit dem RPB zu arbeiten, lagen auch in regionalen Besonderheiten: Randlage, bekannt schlechte psychiatrische und medizinische Versorgung der Grenzgebiete zu Dänemark, der Nordsee und der Inseln, lange Anfahrtszeiten.
- Die Arbeit mit einem Budget erlaubte uns, die Therapieangebote zu dezentralisieren, mit heute drei Tageskliniken und drei PIA wurde erreicht, dass deutlich mehr Patienten aus den Randgebieten psychiatrische Versorgung in Anspruch nehmen können. Dies war der Schwerpunkt unserer eigenen wissenschaftlichen Begleitforschung in den ersten Jahren der Arbeit im Rahmen des RPB (*Quelle: siehe unten*).
- Die Anzahl der aus Nordfriesland behandelten Personen bezogen auf 1000 Einwohner lag im Jahr 2008 (= vor RPB) bei 11,6 und in den Jahren 2010-12 im Mittel bei 14,4. (dies sind auf die Bevölkerung bezogene, d.h. standardisierte und vergleichbare Daten). Dies entspricht einer Zunahme von +23%.
- Räumliche Verteilung und Einzugsgebiete: **Es fand eine Verschiebung der Nutzung der Ressourcen zugunsten der Bevölkerung aus Nordfriesland statt.** Im Vergleich der Jahre 2008 und 2012 wurden aus fast allen Bezirken Nordfrieslands im Jahr 2012 mehr Personen behandelt. Der Anstieg war dort besonders hoch, wo wohnortnah neue Einrichtungen (TK und PIA) eröffnet wurden (Niebüll +46%, Südtondern +21%, Inseln und Halligen: +30%). Verbesserungen in den Randlagen wie den Ämtern Viöl und Eiderstedt wirkten sich erst zeitverzögert ab 2011 aus (2012: +22% und + 14%, 2010:

+4% und + 6%). Die schon im Jahr 2006 mit einer TK und PIA versorgten Ämter Husum (+32%) und Nordsee-Treene (+20%) legten bei der Anzahl der behandelten Personen ebenfalls noch zu. Eine Einsparung von Ressourcen war nicht das Ziel des Modellvorhabens.

(Quelle: Bauer A, Mai C, Hauf FO, Tüchsen I: Regionales Psychriatriebudget (RPB) in Nordfriesland: 2008 bis 2012, Bericht der begleitenden Evaluation, Breklum, 2013).

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. med. Christoph Mai

Ärztlicher Direktor

Dr. rer.nat. Anke Bauer

Wissenschaftliche Mitarbeiterin