

Abschlussbericht

Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

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

Berichtsnummer: 3

Datum: 20.03.2020 aktualisiert am 22.12.2020

Autoren:

Dr. Anne **Neumann**, M.P.H.¹, Roman **Kliemt**, M.A.², Dipl.-Psych. Fabian **Baum**¹, Christopher **Schrey**, M.Sc. ², Dr. rer. medic. Stefanie **March**, M.A.³, Dr. rer. nat. Olaf **Schoffer**¹, Dipl-Phys. Martin **Seifert**¹, PD Dr. rer. biol. hum. Enno **Swart**³, Dr. Dennis **Häckl**², Prof. Dr. med. Andrea **Pfennig**, M.Sc.⁴, Prof. Dr. med. Jochen **Schmitt**, M.P.H.¹

¹ Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

³ Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG), Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

⁴ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden



Danksagung

Die Autoren danken folgenden Personen für die Unterstützung der Erstellung des Studiendesigns und der Studienkonzeption: Dipl.-Soz. Katrin Arnold¹, Dr. rer. pol. Franziska Claus, M.Sc.², Dipl.-Math. Nils Kossack², Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise Küster, M.P.H.¹, Dr. rer. medic. Thomas Petzold¹, Dipl.-Volksw. Ines Weinhold², Dr. med. Jessika Weiß³.

¹ Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

³ Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden





Inhalt

1.	Zusammenfassung	21
2.	Hintergrund	34
3.	Studiendesign des Evaluationskonzeptes	34
4.	Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	34
5.	Methoden	36
6.	Aufbereitung der Sekundärdaten	37
6.1	Patientenmatching	39
7.	Darstellung Modellvorhaben Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH	42
8.	Ergebnisse: Effektivität	43
8.1	Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	44
8.2	Ergebnisse Outcomes	50
8.2.	1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer	51
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	51
	U1	56
	U2	68
	U3	73
	U4	80
8.2.	2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen	91
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	91
	U1	93
	U2	105
	U3	109
	U4	115
8.2.	3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik	124
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	124
	U1	126
	U2	146
	U3	
	U4	
8.2.		-
	sorgungssystem	180
	Beschreibung Ergebnisse (U2)	180



U2.		182
8.2.5	Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping	189
Beso	chreibung Ergebnisse (U1-U4)	189
U1.		190
U2.		194
U3.		196
U4.		199
8.2.6	Arbeitsunfähigkeit	202
Beso	chreibung Ergebnisse (U1-U4)	202
U1.		205
U2.		212
U3.		215
U4.		219
8.2.7	Wiederaufnahmeraten	225
Beso	chreibung Ergebnisse (U2)	225
U2.		226
8.2.8	Komorbidität	229
Beso	chreibung Ergebnisse (U1-U4)	229
U1.		231
U2.		234
U3.		236
U4.		238
8.2.9	Mortalität	240
Beso	chreibung Ergebnisse (U1-U4)	240
U1.		241
U2.		245
U3.		247
U4.		250
8.2.10	Progression der psychischen Erkrankung	
Beso	chreibung Ergebnisse (U1-U4)	





	U4	273
8.2.	11 Leitlinienadhärenz	281
	Beschreibung Ergebnisse (U2)	281
	U2	283
9.	Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	293
9.1	Patientenmix	293
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	293
	U1	296
	U2	299
	U3	300
	U4	301
9.2	Leistungserbringung	303
	Beschreibung Ergebnisse (U1)	303
	U1	304
10.	Ergebnisse: Kosten	310
10.1	Direkte psychiatrische Versorgungskosten	310
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	310
	U1	313
	U2	317
	U3	318
	U4	320
10.2	2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen	322
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	322
	U1	324
	U2	328
	U3	329
	U4	331
10.3	Kosten stationsersetzender psychiatrischer Leistungen	333
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	333
	U1	335
	U2	339
	U3	340
	U4	347





10.4	Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	344
Ве	eschreibung Ergebnisse (U1-U4)	344
U1	1	348
U2	2	352
U3	3	353
U4	4	355
10.5	Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	357
Ве	eschreibung Ergebnisse (U1-U4)	357
U1	1	361
U2	2	365
U3	3	366
U4	4	368
10.6	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischer 370	n Leistungen
Ве	eschreibung Ergebnisse (U1-U4)	370
U1	1	371
U2	2	375
U3	3	376
U4	4	378
10.7	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung	380
Ве	eschreibung Ergebnisse (U1-U4)	380
U1	1	382
U2	2	386
U3	3	387
U4	4	389
10.8	Kosten der Psychopharmakaversorgung	391
Ве	eschreibung Ergebnisse (U1-U4)	391
U1	1	393
U2	2	397
U3	3	398
U4	4	400
10.9	Kosten der Heilmittelversorgung	402
Ве	eschreibung Ergebnisse (U1-U4)	402



	U1		.403
	U2		.407
	U3		.408
	U4		.410
11.	Ergek	onisse: Effizienz	.412
12.	Disku	ssion	.416
12.1	<u>.</u>	Hauptergebnisse	.416
12.2		Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	.437
12.3	}	Limitationen der Evaluation (datentechnisch)	.441
13.	Litera	atur	.443
14.	Anha	ng	.446
14.1	-	Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4	.446
14.2		Unterteilung nach Alter und Diagnose	.457
14.3	}	Ergebnisse Modellierung Effektivität	.465
14.4	ļ	Ergebnisse Kosten	.516
14.4	.1	Somatische Versorgungskosten (U1)	.516
14.4	.2	Somatische Versorgungskosten (U2)	.521
14.4	.3	Somatische Versorgungskosten (U3)	.524
14.4	.4	Somatische Versorgungskosten (U4)	.527
14.4	.5	Zusatztabellen Patientenmix	.532
14.4	.6	Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten	.533



Glossar

Berentung bezeichnet den Eintritt einer Person in den Rentenstatus aufgrund von Alter, **Verrentung** hingegen aufgrund psychischer Erkrankung. Es werden in den Evaluationsberichten die beiden Begriffe aufgeführt, da der Grund der Rente in den Daten nicht ersichtlich ist.

DiD – Schätzer bezeichnet hierbei die Interaktion der gleichzeitigen Betrachtung des Einflusses der Variablen *Gruppe* und *Zeit* auf einen Outcome. Er beschreibt also die Veränderung des Haupteffektes der Variable *Gruppe* unter Berücksichtigung des Effektes der Variable *Zeit* und bildet so den interessierenden Treatmenteffekt ab. Ist dieser Schätzer kleiner als Null, ist der Anstieg des Outcomes über die Zeit in der IG kleiner als in der KG. Das ist in folgenden Situationen der Fall:

- a) Outcome nimmt über die Zeit für IG und KG zu, aber in IG geringere Zunahme als in der KG.
- b) Outcome nimmt über die Zeit für IG ab und für KG zu.
- c) Outcome nimmt über die Zeit für IG und KG ab, aber in IG stärkere Abnahme als in KG.

Ist dieser Schätzer gleich Null, ist der Anstieg des Outcomes über die Zeit in der IG identisch zur KG. Dann verlaufen die beiden Geraden für IG und KG parallel.

Ist dieser Schätzer größer als Null, ist der Anstieg des Outcomes über die Zeit in der IG größer als in der KG. Das ist in folgenden Situationen der Fall:

- a) Outcome nimmt über die Zeit für IG und KG zu, aber in IG stärkere Zunahme als in KG.
- b) Outcome nimmt über die Zeit für IG zu und für KG ab.
- c) Outcome nimmt über die Zeit für IG und KG ab, aber in der IG geringere Zunahme als in der KG.

Effektivität bezeichnet die Wirksamkeit der Versorgung. In dieser Studie werden als Maß für die Wirksamkeit der Behandlung in einer Modellklinik die vollstationären Krankenhaustage aufgrund einer psychischen Erkrankung als Indikator für eine stärkere Ambulantisierung herangezogen und mit denen der Patienten der Routineversorgung verglichen. Als zusätzliches Effektivitätsmaß werden die Arbeitsunfähigkeitstage von erwerbstätigen Patienten der Interventions- mit denen der Kontrollgruppe verglichen. Effektivität als Verhältnis von erreichtem zu definiertem Ziel ist dabei unabhängig vom hierfür betriebenen Aufwand.

Effizienz bezeichnet das Verhältnis zwischen Wirksamkeit und hierfür betriebenem Aufwand (Kosten).

Elixhauser-Score beschreibt die Anzahl an Komorbiditäten eines Patienten aus einer definierten Liste an ICD-10-Diagnosen nach Elixhauser (1998).

Haupteffekte bezeichnen Effekte einzelner <u>unabhängiger Variablen</u> (UV). Sie betrachten die Wirkung der UV isoliert, d.h. unter Nichtbeachtung von anderen UVs. Dabei liefert der <u>Gruppenhaupteffekt</u> Informationen über Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe kumuliert über <u>alle</u> Messzeitpunkte (sowohl im Präzeitraum als auch im ersten Jahr). Analog dazu lassen sich aus dem *Zeithaupteffekt* Aussagen über Unterschiede zwischen dem Präzeitraum und den Jahren im Nachbeobachtungszeitraum ableiten, kumuliert über beide Gruppen.

ICER (inkrementeller Kosteneffektivitätsquotient) drückt die Kosten- und Effektivitätsunterschiede zweier zu vergleichenden Therapien in einem Quotienten aus.



Indexdiagnose beschreibt die F-Diagnose, aufgrund derer ein Patient in die Evaluation eingeschlossen wird.

Interaktionseffekte (Wechselwirkungseffekte) betrachten die Wirkung einer unabhängigen Variablen auf einen Outcome in Abhängigkeit von der Ausprägung einer anderen unabhängigen Variablen. Sie beschreiben also Wirkeffekte auf einen Outcome, die über die alleinige Wirkung einer einzelnen Variable hinausgehen. Der DiD-Schätzer stellt einen solchen Wechselwirkungseffekt (Zeit und Gruppe) dar.

Kosteneffektivität bezeichnet die Gegenüberstellung der in monetären Einheiten erfassten Kosten und den in physischen Einheiten erfassten Ergebnissen der Wirksamkeit.

Referenzklinik ist die Klinik, über die ein Patient in die Studie aufgenommen wurde (entweder Interventionsklinik oder Kontrollklinik).

Outcome beschreibt die gemessene abhängige oder Ergebnisvariable.

Der **p-Wert** ist eine Wahrscheinlichkeit mit Werten von Null bis Eins. Sein Wert wird durch den Vergleich einer gezogenen Stichprobe mit einer Verteilung oder einem Populationswert bestimmt. Er deutet an, wie wahrscheinlich es ist, ein solches Stichprobenergebnis (oder ein extremeres) zu erhalten, wenn die Nullhypothese wahr ist. Je kleiner ein p-Wert, desto mehr spricht das Ergebnis gegen die Nullhypothese.

Population I/II beschreibt zwei verschiedene Subkohorten der Studienkohorte. Population I umfasst die Patienten, die zum Referenzzeitpunkt einer eindeutigen Indexgruppe basierend auf ICD Dreistelller (Einfach-Diagnose) zugeordnet werden konnten, d.h. entweder Indexdiagnose als Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose (Referenzort = stationär) oder nur <u>eine</u> Indexdiagnose in der Psychiatrischen Institutsambulanz (Referenzort = PIA). Population II umfasst alle eingeschlossenen Patienten.

Der **Postzeitraum**, oder Nachbeobachtungszeitraum bezeichnet die Zeitspanne eines Patienten, die er ab Einschluss in die Evaluationsstudie unter Beobachtung steht.

Präzeitraum bezeichnet die Zeitspanne eines Patienten von einem Jahr vor dessen Einschluss in die Evaluationsstudie.

Propensity score matching bezeichnet die Auswahl statistischer Zwillinge auf Basis des Propensity Scores.

Das **Risk Ratio** oder auch relative Risiko (RR) drückt aus, um welchen Faktor sich die Häufigkeit bezüglich eines betrachteten Outcomes (beispielsweise für eine Erkrankung) in zwei Gruppen unterscheidet. Ist dieser Schätzer kleiner als eins, ist die Häufigkeit des Outcomes in einer Interventionsgruppe (IG) geringer als in der Kontrollgruppe (KG). Ist dieser Schätzer gleich eins, ist die Häufigkeit des Outcomes für beide Gruppen gleich groß. Ist dieser Schätzer größer als eins, ist die Häufigkeit des Outcomes in der IG höher als in der Referenzgruppe KG. Dies wird im ausschließlichem Vergleich zwischen beiden Gruppen (ohne Vergleich zum Präzeitraum) notwendig, z.B. Mortalität, Progression, Wiederaufnahme.



Statistisch signifikant wird das Ergebnis eines statistischen Tests genannt, wenn Stichprobendaten stark von einer vorher festgelegten Annahme, der sogenannten Nullhypothese (i. d. R. Gleichheit des Mittelwertes), abweichen. Die Regel zum Verwerfen der Nullhypothese ist meist in Form eines vorher definierten Signifikanzniveaus oder p-Wertes implementiert. Die Nullhypothese wird verworfen, wenn der p-Wert kleiner als das vom Anwender festgelegte Signifikanzniveau ist. Im vorliegenden Bericht wird das Resultat als statistisch signifikant bezeichnet, wenn die Nullhypothese zum 5%-Signifikanzniveau zugunsten der Alternativhypothese verworfen wird.

In den grafischen Darstellungen sind **Streuungsintervalle** um die abgetragenen Mittel- oder Anteilswerte abgetragen. Die Länge eines Intervalls entspricht dem Vierfachen der geschätzten Standardabweichung des betrachteten Schätzwertes. Die Intervalle dienen der Veranschaulichung der Streuungsbreite, dürfen jedoch aufgrund der in vielen Fällen verletzten Normalverteilungsannahme nicht als Konfidenzintervalle genutzt werden.

Somatische Diagnose wird in dieser Studie für eine Diagnose gebraucht, die nicht aus Kapitel V (F00-F99) des ICD-10-GM-Kataloges stammt.

Als **Surrogatparameter** bezeichnet man in klinischen Studien einen Messwert, dessen Beeinflussung die Wirkung einer Intervention, also z. B. einer Therapie, auf ein übergeordnetes medizinisches Phänomen, z. B. das Auftreten einer Krankheit oder eines Symptoms, anzeigen soll. Dabei ist der Surrogatparameter meist einfacher und schneller zu bestimmen als das Phänomen selbst. Ebenfalls ist es möglich, dass das interessierende Phänomen überhaupt nicht messbar ist, sondern nur durch Surrogatparameter erfasst werden kann.

Treatmenteffekt bezeichnet die gewählte Nomenklatur für die Wirksamkeit der Intervention. Dabei kann der Treatmenteffekt sowohl den DiD – Schätzer des Interaktionstermes *Gruppe x Zeit* als auch das Risk Ratio für den Haupteffekt *Gruppe* (in Analysen in denen kein Prä – Post – Vergleich möglich ist) bezeichnen, d.h. Behandlungskontinuität, Wiederaufnahme, Progression, Mortalität und Leitlinienadhärenz.



Abkürzungsverzeichnis

APN - Abrechnungspositionsnummer

ATC - Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem

AU - Arbeitsunfähigkeit

BPflV - Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung)

DiD - Difference-in-Difference

EBM - Einheitlicher Bewertungsmaßstab

GKV - Gesetzliche Krankenversicherung

GOP - Gebührenordnungsposition

ICD - Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter

Gesundheitsprobleme

ICER - Inkrementelle Kosten-Effektivitätsrelation

IG - Interventionsgruppe (Modellklinik)

INKAR - Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (Herausgeber: Bundesinstitut für

Bau-, Stadt- und Raumforschung)

ISMG - Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Fakultät, Otto-

von-Guericke-Universität Magdeburg

kf - Kleine Fallzahl bzw. Fallzahl zu klein

KG - Kontrollgruppe

KHEntgG - Krankenhausentgeltgesetz

KJP - Kinder- und Jugendpsychiatrie

KV - Kassenärztliche Vereinigung

LDL - Einzelleistungen der PIA

OPS - Operationen- und Prozedurenschlüssel

PEPP - Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik

PIA - Psychiatrische Institutsambulanz

QI - Qualitätsindikator

RR - Risk Ratio

RPB - Regionales Psychiatriebudget

SGB - Sozialgesetzbuch

TE - Therapieeinheiten

UV - Unabhängige Variable

WIG2 - WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und

Gesundheitssystemforschung Leipzig

ZEGV - Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav

Carus an der Technischen Universität Dresden



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U1)	59
Abbildung 2: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, (U2)	69
Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U3)	75
Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U4)	83
Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1)	96
Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U2)	106
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3)	111
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U4)	118
Abbildung 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U1)	139
Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U2)	150
Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U3)	157
Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U4)	174
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, (U2)	186
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1)	192
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2)	195
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3)	197
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4)	201
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U1)	207
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U2)	213
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U3)	216
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U4)	221
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2)	227
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1)	232
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2)	235
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U3)	236
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4)	239
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1)	242
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2)	246
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U3)	248
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4)	251
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1)	257
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2)	265
Abbildung 33: Progression, (U3)	269
Abbildung 34: Progression, (U4)	275
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2)	288
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	297
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten	298
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	299
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	300
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	301
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten	302
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	313





Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	.314
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	.317
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	.318
Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	.320
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten	.321
Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	.324
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	.325
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	.328
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	.329
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	.331
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	.332
Abbildung 54: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.	.335
Abbildung 55: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patien	ten
	.336
Abbildung 56: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.	.339
Abbildung 57: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.	.340
Abbildung 58: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.	.342
Abbildung 59: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patien	ten
	.343
Abbildung 60: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	.348
Abbildung 61: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	.349
Abbildung 62: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	.352
Abbildung 63: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	.353
Abbildung 64: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	.355
Abbildung 65: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	.356
Abbildung 66: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	.361
Abbildung 67: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	.362
Abbildung 68: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	.365
Abbildung 69: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	.366
Abbildung 70: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	.368
Abbildung 71: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten	.369
Abbildung 72: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue	
Patienten	.371
Abbildung 73: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte	
Patienten	.372
Abbildung 74: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue	
Patienten	.375
Abbildung 75: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue	
Patienten	.376
Abbildung 76: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue	
Patienten	.378
Abbildung 77: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte	
Patienten	.379
Abbildung 78: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	.382



Abbildung 79: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	
38	3
Abbildung 80: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten38	}6
Abbildung 81: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten38	37
Abbildung 82: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten38	39
Abbildung 83: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	
39) 0
Abbildung 84: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten39) 3
Abbildung 85: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten39)4
Abbildung 86: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten39	€7
Abbildung 87: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten39	98
Abbildung 88: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten40)0
Abbildung 89: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten40)1
Abbildung 90: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten40)3
Abbildung 91: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten40)4
Abbildung 92: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten40)7
Abbildung 93: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten40)8
Abbildung 94: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten41	١0
Abbildung 95: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten41	1
Abbildung 96: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten und	
U4 (klinikbekannte) Patienten	4
Abbildung 97: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen	
Kohorten von U2 (klinikneue Patienten)53	33



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching	40
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der	verfügbaren
Kontrollkliniken	40
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	41
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1	44
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1	46
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1)	56
Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1)	67
Tabelle 8: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U2)	68
Tabelle 9: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3)	73
Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3)	79
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U4)	80
Tabelle 12: Einsatz ambulanter Leistungen, (U1)	93
Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1)	104
Tabelle 14: Einsatz ambulanter Leistungen, (U2)	105
Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, (U3)	109
Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3)	114
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, (U4)	115
Tabelle 18: Kontinuität der Behandlung, (U1)	126
Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1)	145
Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, (U2)	146
Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung,(U3)	153
Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3)	160
Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, (U4)	161
Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, (U2)	182
Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2)	188
Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1)	190
Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1)	193
Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2)	194
Tabelle 29: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3)	196
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3)	198
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4)	199
Tabelle 32: Arbeitsunfähigkeit, (U1)	205
Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1)	211
Tabelle 34: Arbeitsunfähigkeit, (U2)	212
Tabelle 35: Arbeitsunfähigkeit, (U3)	215
Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3)	218
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, (U4)	219
Tabelle 38: Wiederaufnahmeraten, (U2)	226
Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2)	228
Tabelle 40: Komorbidität, (U1)	231
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1)	
Tabelle 42: Komorbidität, (U2)	234
Tabelle 43: Komorbidität, (U3)	236
Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3)	237



Tabelle 45: Komorbidität, (U4)	. 238
Tabelle 46: Mortalität, (U1)	. 241
Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1)	. 244
Tabelle 48: Mortalität, (U2)	. 245
Tabelle 49: Mortalität, (U3)	. 247
Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3)	. 249
Tabelle 51: Mortalität, (U4)	. 250
Tabelle 52: Progression, (U1)	. 255
Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1)	. 263
Tabelle 54: Progression, (U2)	. 264
Tabelle 55: Progression, (U3)	. 268
Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3)	. 272
Tabelle 57: Progression, (U4)	. 273
Tabelle 58: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, (U2)	. 283
Tabelle 59: Leitlinienadhärenz Demenz, (U2)	. 284
Tabelle 60: Leitlinienadhärenz Depression, (U2)	. 285
Tabelle 61: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, (U2)	. 287
Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2)	. 292
Tabelle 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	. 296
Tabelle 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten	. 297
Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	. 299
Tabelle 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis drift	tten
Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung	. 300
Tabelle 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	. 301
Tabelle 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten	. 302
Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitra	um,
Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	. 304
Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrisch	ıen
Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	. 305
Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum,	
Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten	. 306
Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen	
Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	. 306
Tabelle 73: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitra	um,
Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	. 307
Tabelle 74: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrisch	ıen
Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	. 308
Tabelle 75: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum,	
Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten	. 309
Tabelle 76: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen	
Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	. 309
Tabelle 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	. 313
Tabelle 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	. 314
Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	. 315
Tabelle 80: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	. 316
Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	. 317
Tabelle 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	. 318
Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	. 319



Tabelle 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	. 320
Tabelle 85: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	. 321
Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	. 324
Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	
Tabelle 89: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	
Tabelle 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	
Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	
Tabelle 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	
Tabelle 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 95: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	
Tabelle 96: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patien	
Tabelle 37 mer en 25 automot November 37 automot November 37 mer en 25 automot November 37 mer en 25 automot November 37 autom	
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte	. 557
Patienten	338
Tabelle 99: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	
Tabelle 100: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patie	
Tabelle 101. Illierenzstatistik, kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (05) kilinkriede Patie	
Tabelle 102: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	
Tabelle 103: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	
Tabelle 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikheue Patienten	
Tabelle 107: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patiente	
Tabella 100. Kastan tailetatianär navahiatrisahar Varsargung (U2) kliniknava Datiantan	
Tabelle 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	
Tabelle 109: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	
Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	
Tabelle 111: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	
Tabelle 112: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 113: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	
Tabelle 114: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	
Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	
Tabelle 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	
Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	
Tabelle 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	. 368
Tabelle 121: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten	. 369
Tabelle 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	. 371
Tabelle 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	. 372
Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue	j
Patienten	. 373
Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1)	
klinikhekannte Patienten	374



Tabelle 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	3/5
Tabelle 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	376
Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneu	ie
Patienten	377
Tabelle 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	378
Tabelle 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten .	
Tabelle 131: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patien	
Tubelle 155. Illerenzstatistik, kösteli vertragsarztilener psychiatrisener versorganig, (61) kilinkilede ratien	
Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte	504
Patienten	205
Tabelle 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	
Tabelle 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	
Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patien	
Tabelle 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	
Tabelle 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	390
Tabelle 140: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	393
Tabelle 141: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	394
Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	395
Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	396
Tabelle 144: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	397
Tabelle 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	398
Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	399
Tabelle 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	400
Tabelle 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 149: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	
Tabelle 150: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 151: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten .	
Tabelle 152: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patien	
Tabelle 153: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	
Tabelle 154: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	
Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten .	
Tabelle 156: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	
Tabelle 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 158: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstatio	
Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten	
Tabelle 159: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage,	
klinikneue Patienten	
Tabelle 160: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2	
Tabelle 161: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2	
Tabelle 162: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3	
Tabelle 163: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3	
Tabelle 164: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4	
Tabelle 165: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4	453
Tabelle 166: Kumulierte stationär-nsychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose (III)	457



Tabelle 167: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1)	461
Tabelle 168: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)	466
Tabelle 169: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)	468
Tabelle 170: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)	470
Tabelle 171: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)	472
Tabelle 172: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1	474
Tabelle 173: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2	475
Tabelle 174: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3	476
Tabelle 175: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4	477
Tabelle 176: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1	
Tabelle 177: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2	479
Tabelle 178: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3	480
Tabelle 179: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4	481
Tabelle 180: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1)	
Tabelle 181: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1)	482
Tabelle 182: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1)	
Tabelle 183: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1)	
Tabelle 184: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)	
Tabelle 185: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)	
Tabelle 186: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)	
Tabelle 187: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)	
Tabelle 188: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1)	
Tabelle 189: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)	
Tabelle 190: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)	
Tabelle 191: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)	
Tabelle 192: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)	
Tabelle 193: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)	
Tabelle 194: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1)	
Tabelle 195: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2)	
Tabelle 196: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneu Patienten (U2)	
Tabelle 197: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2)	
Tabelle 198: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)	
Tabelle 199: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)	
Tabelle 200: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1	
Tabelle 201: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2	
Tabelle 202: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3)	
Tabelle 203: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3)	
Tabelle 204: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)	
Tabelle 205: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)	
Tabelle 206: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3)	
Tabelle 207: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)	
Tabelle 208: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)	
Tabelle 209: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3)	
Tabelle 210: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	
Tabelle 211: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 212: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	
Tabelle 213: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	
Tabelle 214: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	517



Tabelle 215: Kosten telistationar somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	. 51/
Tabelle 216: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	. 518
Tabelle 217: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	. 518
Tabelle 218: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	. 518
Tabelle 219: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	. 519
Tabelle 220: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	. 519
Tabelle 221: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	. 519
Tabelle 222: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	. 520
Tabelle 223: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	. 520
Tabelle 224: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	. 521
Tabelle 225: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	. 521
Tabelle 226: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	. 521
Tabelle 227: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	. 522
Tabelle 228: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	. 522
Tabelle 229: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	. 522
Tabelle 230: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	. 523
Tabelle 231: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	. 524
Tabelle 232: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten	
Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung	. 524
Tabelle 233: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	. 524
Tabelle 234: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	. 525
Tabelle 235: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	. 525
Tabelle 236: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	. 525
Tabelle 237: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	
Tabelle 238: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten	. 527
Tabelle 239: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	. 527
Tabelle 240: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	. 527
Tabelle 241: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	. 528
Tabelle 242: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	. 528
Tabelle 243: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	. 528
Tabelle 244: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten	. 529
Tabelle 245: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten	. 529
Tabelle 246: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	. 529
Tabelle 247: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	. 530
Tabelle 248: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	. 530
Tabelle 249: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	. 530
Tabelle 250: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	. 531
Tabelle 251: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	. 531



1. Zusammenfassung

Hintergrund

Ein wissenschaftliches Konsortium bestehend aus der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, dem Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2 GmbH) in Leipzig sowie dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG) der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg wurde mit der bundesweit einheitlichen Evaluation von insgesamt achtzehn Modellvorhaben nach §64b SGB V beauftragt. Ziele der Modellverträge nach §64b sind (A) die Implementierung und Weiterentwicklung einer verbesserten Patientenversorgung durch eine sektorenübergreifende Behandlungsplanung und –durchführung. Konkret sollen (B) Alternativen zur vollstationären Behandlung - mit verbesserter Anpassung der Dauer und Intensität der Behandlung an den konkreten Behandlungsbedarf betroffener Versicherter - gestärkt werden, (C) eine kontinuierliche Behandlung und Stabilisierung der Patienten unter Berücksichtigung ihres sozialen und beruflichen Umfelds erfolgen, (D) die Akzeptanz der patientenorientierten psychiatrischen, psycho- und soziotherapeutischen Interventionen erhöht werden sowie (E) Leistungstransparenz und (F) eine kosten-effektiveren Verwendung der vorhandenen Mittel zur Versorgung der Versicherten erreicht werden.

Die folgenden Hypothesen wurden abgeleitet von den Zielen der Modellverträge nach §64b SGB V und anhand verschiedener Outcomes näher untersucht. Verträge gemäß §64b SGB V:

- a) stärken stationsäquivalente/ambulante Behandlungsoptionen und ermöglichen somit die Dauer und Intensität der Behandlung besser an den Bedarf des einzelnen Patienten anzupassen. In der IG sind Anzahl und Dauer vollstationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung jeweils geringer als in der KG und/oder die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte sind in der IG höher als in der KG. Dagegen sind Anzahl und Dauer von ambulanten Behandlungen, insbesondere stationsäquivalente ambulante Leistungen der Kliniken, in der IG jeweils höher als in der KG.
- b) schaffen eine erhöhte Behandlungskontinuität bei Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG.
- c) sorgen für eine schnellere und nachhaltigere Gesundheitsverbesserung von Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG und verringern somit das Risiko für Arbeitsunfähigkeit, schnellere vollstationäre Wiederaufnahmen, für die Entwicklung von psychischen und somatischen Komorbiditäten, für Erkrankungsprogression und für eine erhöhte Mortalität.
- d) erhöhen die Leitlinienadhärenz insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)).
- e) stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung. Direkte stationärpsychiatrische Versorgungskosten sind in der IG daher geringer als in der KG.



- f) führen zu geringeren Kosten. Die direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG.
- g) führen zur Herstellung von Leistungstransparenz durch eine patientenbezogene Abrechnung.
- h) führen zu einer Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich
- i) führen zum einen zu einer Veränderung der Arzneimitteltherapie durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die Kosten der Arzneimittelversorgung sinken, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.
- j) führen zu einer kosten-effektiveren Verwendung der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden Abschlussbericht ist das Modellvorhaben nach §64b SGB V der Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH. Das Klinikum startete zum 01.01.2013 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie und psychosomatischen Tagesklinik gemäß §64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum ein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgte anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch "Sekundärdaten" genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach §64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

Das Studiendesign ist eine sekundärdatenbasierte, kontrollierte Kohortenstudie. Als Interventionsklinik/Modellklinik (IG) wurden Patienten der Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH 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.

Wesentliche Einschlusskriterien für Patienten waren: Alter ≥ 18 Jahre, Versicherung bei teilnehmender Krankenkasse und Vorliegen mindestens einer der folgenden Diagnosen als Hauptdiagnose bei einer voll- oder teilstationären Behandlung innerhalb des Evaluationszeitraums oder als eine gesicherte oder Zustand nach ambulante Diagnose im Falle einer Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) (Indexdiagnosen): Demenz (F00), vaskuläre Demenz (F01), Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F02), nicht näher bezeichnete Demenz (F03), Persönlichkeits-



und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07), Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29), Affektive Störungen (F30-F39), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), Somatoforme Störungen (F45), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), Essstörungen (F50), Spezifische Persönlichkeitsstörungen vom Typ Borderline (F60.31), Intelligenzstörung (F70-F79), Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84), sowie Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend (F90-F98).

Da sich die Modelleffekte möglicherweise zwischen klinikneuen (d.h. erstmals in der betreffenden Klinik behandelten) und klinikbekannten Patienten unterscheiden, wurden diese in einigen Analysen gesondert ausgewertet.

Matching auf Klinik- und Patientenebene

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 ausgewählt. Dabei gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz, Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenklientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein. Darauf aufbauend wurde auf Patientenebene ein zweistufiges, gemischtes Propensity-Score-Matching ohne Zurücklegen durchgeführt, um vergleichbare Untersuchungsgruppen herzustellen. Berücksichtigt wurden insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der bis zu zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

Analyse

Primäre Outcomes der Effektivitätsanalyse waren (1) Veränderungen in der kumulierten vollstationären Behandlungsdauer von Krankenhausaufenthalten aufgrund von Indexdiagnosen sowie (2) der Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Indexdiagnosen zwischen den Patienten der IG und KG im Zeitverlauf. Als sekundäre Outcomes wurden Behandlungskontinuität, Kontaktabbrüche, Arztund/oder Krankenhaushopping, stationäre Wiederaufnahmeraten, Komorbiditäten, Mortalität, Erkrankungsprogression und Leitlinienadhärenz in der Behandlung in beiden Gruppen im Zeitverlauf verglichen.

Die Analyse der Outcomes gliederte sich in vier Untersuchungen auf (U1-U4). U1 betrachtete Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung. U2 untersuchte klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einem Jahr Nachbeobachtung. U3 analysierte klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger



Nachbeobachtung. Und U4 stellte Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtungszeit dar. Es fanden deskriptive Beschreibungen von U1 bis U4 und zusätzlich Difference-in-Difference-Modellierungen von U1 und U3 statt. Bei den Difference-in-Difference-Modellierungen können Signifikanzaussagen abgeleitet werden.

Für jede Untersuchung U1 bis U4 wurden getrennt für die Kohorte der klinikneuen und klinikbekannten Patienten deskriptive Auswertungen in Zeitscheiben vorgenommen. Die Kennwerte hinsichtlich des jeweiligen Outcomes wurden für die Modell- und Kontrollpatienten gegenübergestellt. Die dabei entstandenen zeitlichen Verläufe mit aggregierten Kenngrößen des Outcome-Verlaufs vom Prä-Jahr bis einschließlich erstes patientenindividuelles Jahr (U2), zweites patientenindividuelles Jahr (U3), drittes patientenindividuelles Jahr (U4) und viertes patientenindividuelles Jahr (U1) wurden grafisch als Linien- oder Balkendiagramme abgebildet.

Für die Difference-in-Difference-Modellierungen von U1 und U3 wurden die Untersuchungsgruppen zunächst hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Charakteristika sowie hinsichtlich der Zielvariablen patientenindividuell vor und nach dem Einschluss in die Evaluation mit den üblichen deskriptiven Verfahren beschrieben. Darüber hinaus wurden inferenzstatistische Auswertungen durchgeführt, mit derer Hilfe Behandlungseffekte zwischen den Gruppen im Zeitverlauf analysiert wurden. Bei den drei Outcomes, bei denen eine Abbildung eines Verlaufs nicht möglich war (Kontaktabbruch, Wiederaufnahme, Leitlinienadhärenz), wurden auch bei U2 inferenzstatistische Auswertungen vorgenommen. Zudem wurden weitere Einflussgrößen auf die untersuchten Outcomes identifiziert und deren Effektstärke dargestellt.

Das Ziel der gesundheitsökonomischen Analyse bestand zum einen in der Darstellung von Unterschieden in den psychiatrischen Versorgungskosten aus Krankenkassenperspektive, wobei sowohl die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten als auch die Kosten für die psychiatrische Versorgung in den verschiedenen Sektoren differenziert berücksichtigt wurden. Wesentliche Einflussfaktoren auf die psychiatrischen Versorgungskosten wurden im Rahmen einer Regressionsanalyse identifiziert. Des Weiteren wurden die nach Sektor differenzierten somatischen Versorgungskosten analysiert. Zum anderen wurde die Kosten-Effektivität hinsichtlich der primären Outcomeparameter - vollstationäre Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeitsdauer - im Vergleich zur Regelversorgung untersucht. Für die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) wurden zunächst die Differenzen in den psychiatrischen Versorgungkosten und den vollstationären Behandlungstagen aufgrund von Indexdiagnosen (Definition "Indexdiagnosen" siehe Abschnitt "Ein- und Ausschlusskriterien der Studienpopulation" im separaten Methodenband) zueinander in Beziehung gesetzt, die im Betrachtungszeitraum zwischen IG und KG ermittelt wurden. Ferner wurden im Rahmen der zweiten Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) die Differenzen in den psychiatrischen Versorgungskosten und den Veränderungen in den AU-Tagen aufgrund von Indexdiagnosen aufeinander bezogen. In diese Analyse flossen ausschließlich Patienten mit Versicherungsstatus "Mitglied" ein. Für die Analyse des Patientenmix wurden die Anteile der Patienten entsprechend des Behandlungssettings sowohl für die Studienpopulation als auch für die Klinik betrachtet.



Ergebnisse und Diskussion

Die Studienpopulation der Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 2.438 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG (siehe Kapitel 6.1) zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

Effektivität

Der Anstieg des Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt (Seite 51 ff.) war bei den klinikneuen Patienten im Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG geringer als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten waren die Anteile zwischen IG und KG in allen untersuchten Kohorten vergleichbar mit stets leicht geringeren Anteilen in der IG im Der Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Vergleich zur KG. Krankenhausaufenthalt war bei den klinikneuen Patienten war erst im Verlauf des Modellvorhabens zwischen IG und KG signifikant verschieden. Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) gab es zwischen IG und KG und über die Zeit hier keinen signifikanten Unterschied, jedoch waren bei klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) in der IG statistisch signifikant höhere Anteile im ersten Jahr nach Referenzfall als in der KG ersichtlich. Wichtig, ist dabei zu beachten, dass die Signifikanz hier im Wesentlichen durch die höhere Fallzahl in der Kohorte der U3 erklären lässt. Ein höherer Anteilsunterschied zwischen IG und KG war dabei im Vergleich zur U1 nicht zu beobachten. Veränderungen über die Zeit war jedoch bei den in den patientenindividuellen Verläufen <u>klinikbekannten</u> Patienten ersichtlich. So wiesen Patienten der U1 erst im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall einen signifikant höheren Anteil in der IG im Vergleich zur KG auf.

Die Anzahl der vollstationären Tage klinikneuer Patienten war in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall geringer als in der KG. In U1 (Verlauf über vier Jahre) verlief der Anstieg der vollstationären Tage klinikneuer Patienten der IG im Jahr nach Referenzfall auf einem geringeren Niveau als bei Patienten der KG. Dieser Unterschied war auch bei Patienten, die im zweiten bis vierten Modelljahr eingeschlossen wurden (U2) sowie bei Patienten mit zweijährigen und dreijähriger Nachbeobachtung (U3, U4), ersichtlich. Der Modelleffekt einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit besonders im ersten patientenindividuellen Jahr erkennbar. Dieser Unterschied nahm über die Zeit der Behandlung der Patienten ab (U1), blieb jedoch für das Jahr nach Referenzfall der Patienten mit Referenzfall in den ersten vier Modelljahren konstant (U2). Auch der Peak an vollstationären Tagen im Jahr nach Referenzfall war über die beobachteten drei ersten Modelljahre ersichtlich (U3). Die geringeren vollstationären Behandlungstage in der IG im Vergleich zu KG bestanden noch im zweiten Jahr nach Referenzfall. Der Verlauf eines Peaks im ersten Jahr nach Referenzfall, welcher in der IG geringer als in der KG ausfiel, und danach Absinken im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall im ersten oder IG und KG auf einem vergleichbaren Niveau lag, war auch für Patienten mit Referenzfall im ersten oder



zweiten Modelljahr (U4) erkennbar. Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum), d.h. vor Einführung des Modellvorhabens, ein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG ersichtlich. Das Krankenhaus Geesthacht hatte bereits vor Einführung des Modellvorhabens einen Vorläufervertrag, der bereits im Vorfeld des Modellvorhabens zu einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage geführt haben könnte.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** <u>klinikneuer</u> Patienten in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG. Hier schienen die vollstationären durch teilstationäre Tage teilweise aufgefangen zu sein. Die <u>klinikbekannten</u> Patienten der IG starteten im teilstationären Setting auf einem höheren Niveau im Vergleich zur KG im Jahr vor Referenzfall. Auch hier war der Vorläufervertrag, der vermutlich zu einer Stärkung teilstationärer Behandlungsangebote führte, ersichtlich. Im weiteren Verlauf sank die Anzahl teilstationärer Tage sowohl in IG als auch in KG ab. Diese Abnahme war teilweise in der IG stärker als in der KG, besonders im zweiten und vierten Jahr nach Referenzfall verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den ambulanten Leistungen (Seite 91 ff.) ist zu erkennen, dass bei der PIA-Inanspruchnahme keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ersichtlich sind. Vergleicht man dazu jedoch für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr (U2) das erste Jahr nach Referenzfall mit dem Jahr davor, zeigt sich dort ein stärkerer Anstieg der PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statistisch signifikant. Hier wurde vermutlich die PIA im Verlauf des Modellvorhabens weiter ausgebaut und stärker in Anspruch genommen. Die reduzierten vollstationären Behandlungstage in der IG waren im Modellvorhaben in Geesthacht somit durch mehr Behandlungen im teilstationären Bereich und im Verlauf des Modellvorhabens auch durch vermehrte Kontakte in der PIA aufgefangen. Die klinikbekannten Patienten zeigten jedoch in der IG eine leicht geringere Anzahl an PIA-Kontakten im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Somit waren klinikbekannte Patienten besonders am Anfang des Modellvorhabens noch weniger in der PIA in Behandlung als Patienten der Regelversorgung. Dies änderte sich, analog zu den klinikneuen Patienten, über die Zeit.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer schienen durch das Modellvorhaben nur gering beeinflusst zu sein. So war bei den klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall (unabhängig von der Kohorte) eine leichte, aber statistisch signifikant geringere Zunahme der Inanspruchnahme von einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der IG im Vergleich zur KG verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Eine kontinuierlichere Betreuung in der Modellklinik, besonders im ersten Jahr bei den klinikneuen Patienten, könnte zu dieser etwas verringerten Inanspruchnahme von "Psych-Vertragsärzten" geführt haben. Bei den klinikbekannten Patienten der IG erfolgte ein Anstieg der Inanspruchnahme bei einem "Psych-Vertragsarzt" im dritten Jahr nach Referenzfall (U1 und U4), während die Inanspruchnahme in der KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall absank. Obwohl die Gesetzgebung mit §64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielt, wurden das Modellvorhaben in Geesthacht mutmaßlich selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert.



Beim Outcome **Behandlungskontinuität** (Seite 124 ff.) war die Kontinuität für alle Patienten zum psychiatrischen Sektor meist vergleichbar zwischen IG und KG bzw. schwankte aufgrund teils geringer Fallzahl. Für klinikneue Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war jedoch der Anteil der Patienten mit Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 90 Tagen nach einem stationären Aufenthalt in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall größer als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten war der Anteil der Patienten mit Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7 bzw. 30 Tagen im ersten und zweiten bzw. im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Auch hier bestätigte sich die Beobachtung, dass besonders im ersten Jahr nach Referenzfall bei den klinikneuen Patienten Modelleffekte ersichtlich sind. Dieser Modelleffekt lässt sich jedoch nicht auf klinikbekannte Patienten übertragen. Hier wurden hypothesenkonträre Effekte einer geringeren Behandlungskontinuität in der IG gegenüber der KG beobachtet.

Beim Outcome **Abbrüche des Kontakts** (Seite 180 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem waren für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs in der IG im Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben statistisch signifikant geringer im Vergleich zur Regelversorgung. Dies ist ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung und zeigt, analog zur Behandlungskontinuität, dass besonders im ersten Jahr nach Referenzfall eine Behandlung mit weniger Abbrüche des Kontakts im Modellvorhaben sichergestellt werden konnte.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 189 ff.) kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein quantitativ relevantes Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Ein Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten.

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU)** – **Episode** (Seite 202 ff.) war zwischen IG und KG sowohl bei den <u>klinikneuen</u> als auch bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten vergleichbar. Jedoch war der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG bei den <u>klinikneuen</u> Patienten geringer im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war in der IG eine Verringerung der AU-Tage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Modellvorhaben ersichtlich, während bei der KG die Anzahl der AU-Tage im selben Zeitraum anstieg. Dieser Effekt war statistisch signifikant. In den weiteren Jahren glich sich die Anzahl der AU-Tage zwischen IG und KG an. Es zeigte sich hier somit eine Tendenz der Verringerung an AU-Tagen in der IG im Jahr nach Referenzfall.

Der Anteil klinikneuer Personen mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 225 ff.) sowie die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung in der Modellklinik bewirkt haben, dass im Modellvorhaben tendenziell eine höhere Anzahl schwer erkrankter Menschen stationär behandelt wurden als im Vergleich zur Regelversorgung. Diese "schwer Erkrankten" zeichnen sich ggf. durch einen erhöhten Bedarf schnellerer vollstationärer



Wiederaufnahme aus. Eine schnellere Wiederaufnahme muss dennoch per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zu Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 229 ff.) waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Während jedoch bei den <u>klinikneuen</u> Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein Anstieg des mittleren Elixhauser Scores zu verzeichnen war, verlief dieser bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten fast ohne Veränderungen über die Zeit.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 240 ff.) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. In beiden Gruppen waren die Sterberaten sehr gering.

Bei der Erkrankungsprogression (Seite 253 ff.) folgte das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den <u>klinikneuen</u> Patienten keinem einheitlichen Muster und war bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG sowohl bei den <u>klinikneuen</u> als auch bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten aller Kohorten niedriger als in der KG. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG sowohl bei <u>klinikneuen</u> als auch bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten vergleichbar. Bezüglich Erkrankungsprogression schien sich also das Modellvorhaben tendenziell eher positiv auf die Verhinderung einer rezidivierenden depressiven Störung gewirkt zu haben.

Bei der Betrachtung der Leitlinienadhärenz (S. 281 ff.) war der Anteil an klinikneuen Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen in der IG numerisch geringer als in der KG. Bei den klinikneuen Patienten der IG wurde die aufsuchende Behandlung in der PIA (Home Treatment) beim Referenzfall und im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten wurde beim Referenzfall die aufsuchende Behandlung in der PIA in der IG stärker in Anspruch genommen als in der KG. Im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall wies die IG jedoch geringere aufsuchende Behandlung im Vergleich zur Regelversorgung auf. Eine eindeutige Stärkung aufsuchender Behandlung im Rahmen der PIA im Modellvorhaben kann somit nur bei erster Behandlung in der Modellklinik (Referenzfall) nachgewiesen werden. Weiterhin gab es in der Modellklinik Geesthacht jedoch noch aufsuchende Behandlung als stationsersetzende Leistung, hier realisiert durch ein Crisis Resolution Team (CRT). Diese Leistung wurde sowohl bei klinikneuen als auch bei klinikbekannten Patienten im geringen Maße, aber kontinuierlich in Anspruch genommen. In den Modellkliniken wird diese Leistung nicht angeboten.

Kosten

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) lagen die durchschnittlichen **direkten psychiatrischen Kosten** im Präzeitraum auf gleich hohem Niveau (IG: 819,63 €, KG: 934,77 €). Die Kosten des Präzeitraums setzten sich dabei etwa zur Hälfte aus den Kosten für vollstationäre Behandlungen im Präzeitraum, zu ca. 15 % aus



Kosten, die für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen angefallen waren und zu ca. einem Viertel (IG) bzw. einem Fünftel aus den Kosten der Psychopharmakaversorgung zusammen. Der zu hundert Prozent fehlende Anteil speiste sich dabei aus den übrigen Leistungsbereichen.

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die gesamten psychiatrischen Kosten je Patient sowohl in der IG als auch in der KG an. Der Anstieg in der IG lag um 1.228,45 € signifikant unter dem der KG. Die Zusammensetzung der Kosten unterschied sich im ersten Nachbeobachtungsjahr dahingehend zwischen den Gruppen, dass der Anteil der vollstationären psychiatrischen Kosten in der IG mit ca. 36 % deutlich unterhalb der KG mit etwa 74 % lag, während der Anteil der teilstationären Kosten in der IG mit 38 % deutlich oberhalb der KG mit 11 % lag. Ebenso war der Anteil der PIA an den gesamten psychiatrischen Kosten in der IG mit 16 % deutlich höher als in der KG (4 %). Diese Muster zeigten sich bis hin zum vierten Nachbeobachtungsjahr. Auch vom zweiten bis zum vierten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr lagen die Kosten beider Gruppen über dem Wert des Präzeitraums. Für diese Nachbeobachtungsperioden ließen sich keine Unterschiede in der Höhe der Kosten zwischen IG und KG feststellen.

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen direkten psychiatrischen Kosten auf gleich hohem Niveau (IG 6.162,75 €, KG: 5.848,81 €). Es zeigte sich jedoch, dass sich die Verteilung der anteiligen Zusammensetzung der Kosten zwischen den Gruppen unterschied. So lag der Anteil der vollstationären Versorgungskosten in der IG bei 31 % und in der KG nahezu doppelt so hoch bei 59 %. Demgegenüber stand ein deutlich höherer Anteil teilstationärer Kosten in der IG von 29 % (KG = 8 %) sowie ein doppelt so hoher Anteil an Kosten der PIA-Behandlung von 25 % in der IG zu 12 % in der KG. Vor allem die vertragsärztliche und Psychopharmakaversorgung (IG = insg. 15 %; KG = insg. 21 %) bildeten den zu Hundert Prozent fehlenden Teil.

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr war weder ein Anstieg der gesamten psychiatrischen Kosten je Patient in der IG noch in der KG zu verzeichnen. Die anteilige Zusammensetzung der Kosten war zu der des Präzeitraums nahezu identisch. Vom ersten bis zum vierten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr war für die KG ein Abfall der Versorgungskosten zu erfassen. Auch für die IG war für das zweite Jahr nach Studieneinschluss ein Abfallen der Kosten zu verzeichnen. Im dritten und vierten Jahr lagen die durchschnittlichen Kosten je Patient unter dem Niveau des Präzeitraums und des ersten Jahres, jedoch stiegen sie im Vergleich zum zweiten Jahr an.

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) stiegen die direkten psychiatrischen Versorgungskosten in beiden Gruppen. Der Anstieg der Kosten je Patient der IG war um 1.208,52 € geringer als in der KG.

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) zeigte sich für den Verlauf der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr ein vergleichbares Muster wie für die in U1 und U2 untersuchten Patientenkollektive. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Jahr war in der IG um 1.419,50 € signifikant geringer als in der KG.



Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (U4) zeigte sich ein vergleichbares Bild zu U1. So lagen die Kosten des Präzeitraums in beiden Gruppen auf gleich hohem Niveau und stiegen im ersten Jahr deutlich an, wobei der Anstieg der IG geringer gegenüber der KG ausfiel. Im zweiten und dritten Jahr fielen sie auf ca. den doppelten Wert des Präzeitraums ab.

Ebenfalls war bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten das Muster zu U1 vergleichbar. Bereits im Präzeitraum war ein hohes Kostenniveau beobachtbar, das sich aber zwischen den beiden Gruppen nicht voneinander unterschied. Nach einem minimalen Anstieg im ersten Jahr fielen die durchschnittlichen Kosten im zweiten und dritten Jahr deutlich ab.

Dass die **gesamten direkt psychiatrischen Kosten** für die <u>klinikneuen</u> Patienten der IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant weniger stark anstiegen, konnte in allen Untersuchungen (U1 – U4) gezeigt werden. Für die Untersuchungen mit mehr als einem Nachbeobachtungsjahr (U1, U3, U4) zeigten sich in den sich an das erste Nachbeobachtungsjahr anschließenden Perioden vergleichbare mittlere Versorgungskosten von IG und KG. Dabei lagen insbesondere im ersten Nachbeobachtungsjahr nicht nur die gesamten Kosten der IG unter denen der KG, auch in den einzelnen Versorgungsbereichen (Krankenhaus, Vertragsärzte, Arzneimittel, Heilmittel) waren in der IG im Mittel geringere psychiatrische Versorgungskosten zu verzeichnen. Bei Unterteilung des Krankenhausbereichs in vollstationäre, teilstationäre, stationsäquivalente und PIA-Versorgung gestaltete sich das Bild differenzierter. Während die durchschnittlichen Kosten im vollstationären Bereich in der IG geringer ausfielen, lagen sie im teilstationären und PIA-Bereich über denen der KG. Dies ist vor allem auf die Umsteuerung von Patienten vom vollstationären in das tagesklinische oder PIA-Setting und die Reduktion der Verweildauer im vollstationären Bereich zurückzuführen.

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten konnten keine geringeren Versorgungskosten nachgewiesen werden, hier lagen IG und KG mit Ausnahme des vierten Nachbeobachtungsjahres (U1), in dem die IG höhere Kosten als die KG aufwies, in den einzelnen Perioden gleichauf. Auf die einzelnen Versorgungsbereiche gab es keine so eindeutige Konstellation wie bei den <u>klinikneuen</u> Patienten. So lagen die Kosten der Versorgung mit Psychopharmaka in der IG in allen Beobachtungszeiträumen unter denen der KG. Bei der vertragsärztlichen Versorgung waren im Präzeitraum und im ersten Jahr geringere Kosten in der IG und bei über die Zeit stetigem Anstieg in beiden Gruppen ein Angleichen der IG an die KG ab dem zweiten Jahr zu verzeichnen. Im Krankenhausbereich lagen die Versorgungskosten der IG nicht signifikant über oder unter denen der KG. Zwar gab es auch hier Einsparungen im vollstationären Bereich, diese wurden durch den intensiveren Einsatz tagesklinischer und PIA-Behandlungen sowie die nur in Geesthacht angebotene kostenintensive, durch ein mobiles Crisis Resolution Team durchgeführte stationsersetzende Behandlung kompensiert.

Bei einer jahresweisen Betrachtung aller in den Daten enthaltenen Behandlungsfälle der Klinik Geesthacht im Vergleich zum gewichteten Mittel aller 10 Kontrollkliniken (als eine Art prototypische Kontrollklinik) bestätigt sich das Bild der Betrachtung über patientenindividuelle Jahre. Im Mittel lagen die jährlichen Ausgaben je vollstationär versorgtem Patienten über die Jahre 2013 bis einschließlich 2017 in Geesthacht bei 4.006 € (2.633 € je Behandlungsfall) und in der prototypischen Kontrollklinik



bei 8.679 € je vollstationär versorgtem Patienten (und 5.977 € je Behandlungsfall). Im Gegensatz dazu lagen die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben je tagesklinisch versorgtem Patienten bei 8.244 € (6.154 € Je Behandlungsfall; Kontrollklinik: 4.659 € je Patient/4.058 € je Fall) den vollstationären Ausgaben diametral gegenüber. Auch die PIA-Kosten waren in Geesthacht höher (1.418 € je Patient/622 € je Fall bzw. 912 € je Patient/326 € je Fall). Hinzu kommen die Kosten für stationsersetzende Behandlungen von 6.082 € je Patient bzw. 4.479 € je Fall.

An dieser Stelle muss aber auch die wahrscheinliche Untererfassung der aus Sicht der Kostenträger zu leistenden Zahlbeträge diskutiert werden. Kernelement der Modellvorhaben ist das über den stationären Bereich und PIA zusammengelegte Budget, dass sich zwar in seine Höhe zum Modellbeginn im Falle Geesthacht an der Vereinbarung einer bestimmten Zahl an vollstationären, teilstationären Behandlungstagen und PIA-Fällen (inkl. Heilmittel) bemisst, diese aber keine Zielvereinbarung darstellen, sondern sich grob gesagt, aus lediglich einer bestimmten Zahl zu versorgender Menschen ergibt, ohne dass dabei Vorgaben über das Behandlungssetting gemacht werden. Die den Kostenträgern und hier verwendeten Daten stellen dabei einerseits Zahlbeträge dar, sind jedoch auch als Abschlagszahlungen auf das Budget zu verstehen. Die Umsteuerung von Patienten aus dem hohe Erlöse bewirkenden vollstationären Bereich in die tagesklinische oder PIA-Versorgung, in der aufgrund der Vergütungssystematik geringere Erlöse erzielt werden, bedeutet in der Jahresendabrechnung in der Regel auszugleichende Mindererlöse, die der Modellklinik durch die Kostenträger nachzuzahlen sind. Die durch das in der Evaluation verwendete Kostenerhebungsverfahren errechneten Werte entsprechen somit nicht den die Budgetausgleiche beinhaltenden tatsächlichen aus Sicht der Kostenträger anfallenden Kosten. Als Schätzer für Ressourcenverbräuche sind sie an dieser Stelle dennoch geeignet.

Kosten-Effektivität

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergab sich in der IG ein um 1.208,53 € signifikant geringerer Anstieg der **gesamten psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr. Gleichzeitig ergab sich für die IG ein um 14,71 Tage signifikant geringerer Anstieg der Krankenhaustage im Vergleich zur KG. Entsprechend ergibt sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 82,14 €/d, d. h. für jeden eingesparten vollstationären Tag ergab sich eine Kostenersparnis von 82,14 €.

Bezogen auf nur diejenigen <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung mit Versichertenstatus "1", also "Mitglied", ergab sich vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr ein um 486,45 € geringerer Anstieg der gesamten psychiatrischen Kosten in der IG im Vergleich zur KG (vgl. Tabelle 89 und Abbildung 53). Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant. Außerdem ergab sich ein geringerer Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage von 2,52, wobei dieser Unterschied ebenfalls nicht signifikant war. Insgesamt ergab sich hier ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 192,91 €/d, d. h. für jeden eingesparten AU-Tag ergaben sich Kosteneinsparungen von 192,91 €.



Methodische Stärken und Limitationen

Insgesamt gingen Daten von einer Vielzahl verschiedener Krankenkassen in die Analysen dieses Abschlussberichts ein. Diese decken einen nennenswerten Anteil der in den Modell- und Kontrollkliniken untersuchten Patienten ab. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein zweistufiges Matching-Verfahren auf Klinik- und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer vergleichbaren Kontrollgruppe sowie ein Design, das nicht nur den Vergleich zwischen den Gruppen, sondern auch über den Zeitverlauf erlaubt (Prä-Post-Vergleich). Weiterhin erlauben die Daten, einen Nachbeobachtungszeitraum von patientenindividuell vier Jahren nach Referenzfall und zwei Jahre vor Referenzfall zu betrachten. Neben den patientenindividuellen Jahren konnten bis zu fünf Modelljahre (Laufzeit des Modellvorhabens) untersucht werden. Zu beachten ist jedoch, dass, auch wenn dies ein langer Zeitraum ist, Modelleffekte, besonders bei Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge, erst nach ein paar Jahren einstellen.

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. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten können diese nicht alle Dimensionen der Ergebnisqualität abbilden. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsausschuss des G-BA (Innovationsfonds) geförderte Projekt PsychCare (Beginn 1.7.2017) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten.



Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach §64b SGB V im Krankenhaus Geesthacht wurden vollstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dies ging Hand in Hand mit einer Verlagerung in den teilstationären oder ambulanten Bereich. Die Verlagerung in den nichtvollstationären Sektor hatte keine negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität bzw. die messbaren medizinischen Outcomes. Vielmehr führte das Modellvorhaben teilweise zu einer erhöhten Behandlungskontinuität im psychiatrischen Sektor bei den klinikneuen Patienten, jedoch teils zu einer Verringerung der Behandlungskontinuität bei den klinikbekannten Patienten. Kontaktabbrüche zum psychiatrischen Versorgungssystem konnten verhindert werden. Eine schnellere vollstationäre Wiederaufnahme konnte nicht beobachtet werden. AU-Tage konnten im ersten Jahr nach Referenzfall für die klinikbekannten Patienten vermieden werden. Teilweise konnte eine Erkrankungsprogression verhindert werden. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Insgesamt zeigen sich vor allem für klinikneue Patienten positive Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen.

Bezüglich der Kosten zeigte sich auf patientenindividueller Ebene eine Kostenreduktion durch die Modellvorhaben. Diese dürften sich aufgrund von Budgetausgleichen für die Kostenträger jedoch nur dann bemerkbar machen, wenn durch die Modellbehandlung auch die Kosten anderer Leistungsbereiche (Vertragsärztliche Versorgung, Arzneimittel, aber vor allem die hier nicht erfassten Krankengeldzahlungen) sinken.

Wir hoffen, durch diese Evaluation der Modellklinik Hinweise auf bereits erzielte Effekte wie auch auf eine mögliche weitere Optimierung der Modellumsetzung zu geben. Inwieweit die hier beobachteten Ergebnisse auch die Gesamtheit aller Modellvorhaben zutreffen, wird der modellübergreifende Abschlussbericht zeigen.



2. Hintergrund

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes

Das Kapitel Studiendesign des Evaluationskonzeptes wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert. Das Studiendesign ist auch in Neumann et al. (2018) weiter beschrieben (1).

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

In dieser Studie werden Effektivität, Kosten und Effizienz von Verträgen zu innovativen Versorgungssystemen gemäß §64b Sozialgesetzbuch V (SGB V) (Interventionsklinik (IG)) mit der Regelversorgung, d.h. kein Vertrag nach §64b SGB V (Kontrollgruppe (KG)), verglichen.

Dabei wird auf folgende Unterfragen der Effektivität und Qualität näher eingegangen:

Verträge gemäß §64b SGB V:

- a) stärken stationsäquivalente/ambulante Behandlungsoptionen und ermöglichen somit die Dauer und Intensität der Behandlung besser an den Bedarf des einzelnen Patienten anzupassen. In der IG sind Anzahl und Dauer vollstationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung jeweils geringer als in der KG und/oder die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte sind in der IG höher als in der KG. Dagegen sind Anzahl und Dauer von ambulanten Behandlungen, insbesondere stationsäquivalente ambulante Leistungen der Kliniken, in der IG jeweils höher als in der KG.
 - Outcomes: Stationäre Behandlungsdauer (voll- und teilstationär) und ambulante Leistungen
- b) schaffen eine **erhöhte Behandlungskontinuität** bei Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG.
 - Outcomes: Kontinuität, Kontaktabbruch und Arzt- und Krankenhaus-Hopping



- c) sorgen für eine schnellere und nachhaltigere Gesundheitsverbesserung von Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG und verringern somit das Risiko für Arbeitsunfähigkeit, schnellere vollstationäre Wiederaufnahmen, für die Entwicklung von psychischen und somatischen Komorbiditäten, für Erkrankungsprogression und für eine erhöhte Mortalität.
 - Outcomes: Arbeitsunfähigkeit, stationäre Wiederaufnahme, Komorbidität, Mortalität und Progression
- d) erhöhen die **Leitlinienadhärenz** insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)).
 - Outcomes: Leitlinienadhärenz, extra Auswertung zu Home-Treatment (über bekannte PIA-Schlüssel für Modelle bis Start 2014, dann über die neue PIA-Dokumentation für Modelle mit Start 2016/2017 (nach Prüfung erster Daten dazu in 2020), Abbildung Verlauf nur eingeschränkt möglich)

Im Bereich der Kosten und der Effizienz werden folgende Unterfragen betrachtet:

Verträge gemäß §64b SGB V:

- e) stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung. Direkte stationärpsychiatrische Versorgungskosten sind in der IG daher geringer als in der KG.
 - ➤ Die Hypothese wird anhand des unter 4.1 im Feinkonzept beschriebenen Kostenvergleichs überprüft.
- f) führen zu geringeren Kosten. Die direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG.
 - ➤ Die Hypothese wird anhand des unter 4.1 im Feinkonzept beschriebenen Kostenvergleichs überprüft.
- g) führen zur Herstellung von Leistungstransparenz durch eine patientenbezogene Abrechnung.
 - Diese Hypothese kann zum jetzigen Zeitpunkt nur qualitativ bewertet werden.



- h) führen zu einer Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.
 - ➤ Die Hypothese wird anhand des unter 3.1.4 im Feinkonzept beschriebenen Kostenvergleichs überprüft.
- i) führen zum einen zu einer Veränderung der Arzneimitteltherapie durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die Kosten der Arzneimittelversorgung sinken, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.
 - ➤ Die Hypothesen werden anhand des unter 3.1.4 im Feinkonzept beschriebenen Kostenvergleichs überprüft.
- j) führen zu einer kosten-effektiveren Verwendung der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.
 - ➤ Die Hypothese wird im bekannten Verfahren der Gegenüberstellung von vermiedenen vollstationären Behandlungstagen (Variante A) und gewonnenen Arbeitstagen (Variante B) dargestellt.

Diese Hypothesen werden in der Diskussion (Kapitel 12) aufgegriffen und diskutiert. Weitere Angaben zu Outcomes und Hypothesen wurden in einem separaten Methodenband näher erläutert.

5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.



6. Aufbereitung der Sekundärdaten

Die Abschnitte zur technischen und inhaltlichen Aufbereitung wurden in einen separaten Methodenband ausgelagert, soweit sie modellübergreifende Gültigkeit besitzen.

Die Datenübermittlungen erfolgten im Zeitraum August bis Dezember 2018. Die Daten entsprachen weitgehend der konsentierten Datensatzbeschreibung. In wenigen Fällen war eine Neulieferung ausgewählter Tabellen erforderlich. Die letzte (korrigierte) Datenlieferung erfolgte Dezember 2018.

Die Analyse der Modell- und Kontrollpatienten basieren auf Daten der folgenden Krankenkassen:

- AOK NordWest
- BKK Achenbach Buschhütten
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein sowie der BKK Basell zum 01.01.2016)
- Continentale BKK
- Knappschaft
- NOVITAS BKK
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- DAK-Gesundheit (fusioniert mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016) (DAK)
- HEK Hanseatische Krankenkasse
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Techniker Krankenkasse.

Darüber hinaus wurden für die Kontrollpatienten die Daten folgender weiterer Krankenkassen berücksichtigt:

- actimonda krankenkasse
- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK PLUS
- BKK Bertelsmann AG
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK DürkoppAdler
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK Herford Minden Ravensberg (HMR)
- BKK Melitta Plus
- BKK Mobil Oil
- BKK VDN
- Die Bergische Krankenkasse
- HKK Erste Gesundheit
- SIEMAG BKK





- SVLFG Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016).

Durch die Fusion der Deutschen BKK mit der BARMER zum 01.01.2017 konnten nicht alle für EVA64 relevanten Daten der Deutschen BKK übernommen werden; Leistungsdaten eines nennenswerten Anteils von Versicherten der ehemaligen Deutschen BKK sind unvollständig. Da das Ausmaß der dadurch hervorgerufenen Verzerrung nicht quantifizierbar war, wurden die ehemaligen Versicherten der Deutschen BKK zu Gunsten einer höheren Datenqualität bei den Analysen vollständig ausgeschlossen.



6.1 Patientenmatching

Um die Patienten der Kontrollkliniken hinsichtlich verschiedener Charakteristika an die Patienten der Modellklinik anzugleichen, wurde ein Propensity-Score-Matching durchgeführt. Die methodische Beschreibung des Vorgehens befindet sich im Methodenband.

Von den 3.000 die Studieneinschlusskriterien erfüllenden, der Interventionsgruppe zugeordneten Patienten verblieben nach Selektion derjenigen Patienten, die über einen ausreichend langen Vorsowie Nachbeobachtungszeitraum verfügten, 2.490 Patienten, die in das Matching einflossen. Hierfür konnte für 2.438 (98 %) ein geeigneter Kontrollpatient gezogen werden (vgl. Tabelle 1).

Dabei wurden Kontrollpatienten nur aus den 10 Kliniken mit den niedrigsten Scores (d. h. höchste Ähnlichkeit zur Modellklinik) gezogen und unter diesen wiederum der Großteil dieser Patienten aus den fünf Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik (vgl. Tabelle 2).

Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten vier Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen IG und KG aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tabelle 3). Exakt gematcht wurde die Einteilung in <u>klinikneue</u> und -<u>bekannten</u> Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergeben.

Der Anteil der PIA-Referenzfälle war in der IG in allen Kohorten bei sowohl <u>klinikneuen</u> und -<u>bekannten</u> Patienten signifikant höher als in der KG. Der Anteil vollstationärer Referenzfälle war in der IG in allen Kohorten bei klinikneuen und -bekannten Patienten geringer als in der KG. Eine Ausnahme hiervon bildeten die <u>klinikbekannten</u> Patienten der zweiten Kohorte: Hier gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

In Bezug auf das Behandlungsgeschehen vor patientenindividuellem Studieneinschluss zeigte sich für die <u>klinikbekannten</u> Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ein signifikant niedriger Anteil an im Präzeitraum vollstationär behandelter Patienten der IG gegenüber der KG sowie ein signifikant höherer Anteil zuvor teilstationär behandelter Patienten der IG. Die IG und KG unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Anteils an im Präzeitraum vertragsärztlich psychiatrisch und in der PIA behandelter Patienten.



Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

		Refere	enzfälle	nach S	elektion	nach Mat	ching
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	Gesamt	3.000	62.232	2.490 (83%)	52.367 (84%)	2.438 (81% ; 98%)	2.438 (4% ; 5%)
	Kohorte 1	1.395	19.733	1.184 (85%)	16.117 (82%)	1.146 (82% ; 97%)	1.146 (6% ; 7%)
Gesamt	Kohorte 2	513	21.151	417 (81%)	18.598 (88%)	414 (81% ; 99%)	414 (2% ; 2%)
	Kohorte 3	541	10.992	443 (82%)	9.132 (83%)	438 (81% ; 99%)	438 (4% ; 5%)
	Kohorte 4	551	10.356	446 (81%)	8.520 (82%)	440 (80% ; 99%)	440 (4% ; 5%)
	Gesamt	2.107	39.732	1.727 (82%)	32.337 (81%)	1.714 (81% ; 99%)	1.714 (4% ; 5%)
	Kohorte 1	583	9.969	482 (83%)	7.887 (79%)	478 (82% ; 99%)	478 (5% ; 6%)
Klinikneu	Kohorte 2	468	9.956	386 (82%)	8.148 (82%)	386 (82% ; 100%)	386 (4% ; 5%)
	Kohorte 3	517	9.921	423 (82%)	8.159 (82%)	420 (81% ; 99%)	420 (4% ; 5%)
	Kohorte 4	539	9.886	436 (81%)	8.143 (82%)	430 (80% ; 99%)	430 (4% ; 5%)
	Gesamt	893	22.500	763 (85%)	20.030 (89%)	724 (81% ; 95%)	724 (3% ; 4%)
	Kohorte 1	812	9.764	702 (86%)	8.230 (84%)	668 (82% ; 95%)	668 (7% ; 8%)
Klinikbekannt	Kohorte 2	45	11.195	31 (69%)	10.450 (93%)	28 (62% ; 90%)	28 (0% ; 0%)
	Kohorte 3	24	1.071	20 (83%)	973 (91%)	18 (75% ; 90%)	18 (2% ; 2%)
	Kohorte 4	12	470	10 (83%)	377 (80%)	10 (83% ; 100%)	10 (2% ; 3%)

(Spalte *nach Selektion* gibt Versicherte an, die Versichertenzeiten erfüllen; erste Prozentangabe gibt Verhältnis zu Referenzfällen an, zweite Prozentangabe gibt Verhältnis zu in das Matching eingeflossenen Versicherten (*nach Selektion*) an

Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken

Rangplatz der Kontrollklinik	Score 0100	Eingeschlossene Kontroll- patienten
1	24,4	321
2	25,7	473
3	26,3	502
4	29,3	363
5	30,3	673
6	30,7	28
7	30,9	31
8	35,7	30
9	36,5	11
10	50,0	6



Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		Kohoi	rte 1 - 4 ge	samt		Cohorte 1		ŀ	Cohorte	2	K	(ohorte	3	Kohorte 4		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
	gesamt	2.438	2.438		1.146	1.146		414	414		438	438		440	440	
Anzahl Patienten	klinikneu	1.714	1.714		478	478		386	386		420	420		430	430	
	klinikbekannt	724	724		668	668		28	28		18	18		10	10	
	gesamt	50,1	50,1	1,000	51,9	52,2	1,000	48,8	49,1	1,000	48,0	46,6	1,000	48,8	48,9	1,000
mittleres Alter	klinikneu	49,4	48,8	1,000	51,6	50,2	1,000	48,8	48,8	1,000	48,1	46,9	1,000	48,8	48,9	0,000
	klinikbekannt	51,8	53,2	0,378	52,1	53,6	0,276	49,0	52,2	1,000	46,9	40,1	1,000	45,9	46,3	1,000
	gesamt	56,8%	59,3%	0,383	56,4%	58,6%	1,000	58,0%	57,2%	1,000	55,9%	60,7%	1,000	57,5%	61,6%	1,000
Anteil Frauen	klinikneu	56,8%	59,6%	0,622	54,2%	58,2%	1,000	59,1%	57,5%	1,000	56,4%	61,2%	1,000	57,9%	61,4%	1,000
	klinikbekannt	56,8%	58,7%	0,978	57,9%	59,0%	1,000	42,9%	53,6%	1,000	44,4%	50,0%	1,000	40,0%	70,0%	1,000
Anteil	gesamt	29,7%	29,7%	1,000	58,3%	58,3%	1,000	6,8%	6,8%	1,000	4,1%	4,1%	1,000	2,3%	2,3%	1,000
klinikbekannter	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
Patienten	klinikbekannt	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA
Anteil Referenzfall in	gesamt	70,0%	47,0%	0,000	75,5%	56,6%	0,000	61,8%	36,0%	0,000	64,2%	42,7%	0,000	69,3%	36,8%	0,000
PIA	klinikneu	63,1%	36,3%	0,000	58,4%	30,5%	0,000	61,4%	36,3%	0,000	63,3%	42,9%	0,000	69,8%	36,5%	0,000
	klinikbekannt	86,3%	72,4%	0,000	87,7%	75,3%	0,000	67,9%	32,1%	0,162	83,3%	38,9%	0,167	50,0%	50,0%	1,000
Anteil Reffall in	gesamt	23,9%	46,4%	0,000	19,1%	38,7%	0,000	31,6%	58,9%	0,000	29,0%	46,1%	0,000	24,1%	55,0%	0,000
Allg. Psychiatrie	klinikneu	29,5%	55,8%	0,000	32,0%	61,9%	0,000	31,9%	58,8%	0,000	30,0%	46,7%	0,000	24,2%	55,1%	0,000
vollstat.	klinikbekannt	10,6%	24,3%	0,000	9,9%	22,2%	0,000	28,6%	60,7%		5,6%	33,3%	0,737	20,0%	50,0%	1,000
Anteil Reffall in	gesamt	2,5%	6,4%	0,000	2,7%	4,5%	0,152	2,2%	5,1%		2,7%	11,2%	0,000	2,3%	7,5%	0,005
Allg. Psychiatrie teilstat.	klinikneu	3,3%	7,6%	0,000	5,2%	7,3%	1,000	2,3%	4,9%	0,582	2,9%	10,5%	0,000	2,3%	7,7%	0,005
tenstat.	klinikbekannt	0,8%	3,3%	0,009	0,9%	2,5%	0,142	0,0%	7,1%	1,000	0,0%	27,8%	0,485	0,0%	0,0%	NA 0.010
Anteil Reffall in	gesamt	3,5%	0,2%	0,000	2,7%	0,1%	0,000	4,3%	0,0%	0,000	4,1%	0,0%	0,000	4,3%	0,7%	0,010
Psychosomatik	klinikneu klinikbekannt	4,1% 2,2%	0,2%	0,000	4,4% 1,5%	0,2%	0,000	4,4% 3,6%	0,0%	0,001 1,000	3,8%	0,0%	0,001 1,000	3,7%	0,7%	0,038
	gesamt	10.8%	12.8%	0,001	1,5%	21.6%	0.049	4.6%	5.6%	1,000	4.1%	5.7%	1,000	7.0%	4.1%	0.544
Anteil Patienten mit	klinikneu	4.6%	4,2%	1.000	4,8%	5.9%	1.000	3.6%	3,6%	1.000	3.1%	3,7%	1.000	6,5%	3,3%	0,344
vollstat. Fall Prä	klinikbekannt	25,6%	33,3%	0,009	25,7%	32,8%	0,034	17,9%	32,1%	,	27,8%	50,0%	1,000	30,0%	40,0%	1,000
	gesamt	7,2%	4,0%	0.000	14,3%	7,5%	0,000	1.0%	1.2%	1.000	0.9%	0.9%	1.000	0.7%	0.5%	1,000
Anteil Patienten mit	klinikneu	0.5%	0,6%	1,000	0,6%	0,8%	1,000	0,5%	0,5%	1,000	0.5%	0,5%	1,000	0,5%	0,5%	1,000
teilstat. Fall Prä	klinikbekannt	22,9%	12,0%	0,000	24,1%	12,3%	0,000	7,1%	10,7%	1,000	11,1%	11,1%	1,000	10,0%	0,0%	1,000
	gesamt	24,8%	23,9%	1,000	49,2%	46,9%	1,000	1,9%	3,1%	1,000	3,0%	3,9%	1,000	4,5%	3,4%	1,000
Anteil Patienten mit	klinikneu	2,2%	3,0%	0,825	2,7%	4,8%	0,884	1,0%	2,3%	1,000	1,7%	2,4%	1,000	3,3%	2,3%	1,000
PIA-Fall Prä	klinikbekannt	78,3%	73,2%	0,109	82,5%	76,9%	0,072	14,3%	14,3%	1,000	33,3%	38,9%	1,000	60,0%	50,0%	1,000
	gesamt	41,8%	42,4%	1,000	42,1%	42,6%	1,000	36,0%	39,6%	1,000	44,7%	46,3%	1,000	43,4%	40,5%	1,000
Anteil Pat. mit	klinikneu	40,7%	42,2%	1,000	40,4%	43,5%	1,000	35,5%	38,9%	1,000	43,6%	45,7%	1,000	43,0%	40,2%	1,000
vertragsärztl. Fall Prä	klinikbekannt	44,2%	42,8%	0,978	43,3%	41,9%	1,000	42,9%	50,0%	1,000	72,2%	61,1%	1,000	60,0%	50,0%	1,000

(p-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur; für Kohorte 3 entfällt die Unterscheidung in klinikneue und -bekannte Patienten, sodass hier nur der Gesamtwert dargestellt wird; Kohorte 1 umfasst Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr, Kohorte 2 und 3 analog für die Modelljahre zwei und drei)



7. Darstellung Modellvorhaben Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V in der DIAKO Nordfriesland gGmbH begann zum 01.01.2013 mit einer Laufzeit von acht Jahren.

An der DIAKO Nordfriesland gGmbH sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 103 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 31 in der Tagesklinik und 27 in der Psychosomatik vorgesehen.

Der Modellvertrag nach §64b SGB V schließt an einem Vorläufervertrag, nach §24 BPflV von 2009 bis 2013, an. Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre und teilstationäre Leistungen, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und Home-Treatment. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget für eine vereinbarte Kopfzahl (Korridor +-6%) mit einer gesonderten Betrachtung von Suchterkrankten an illegalen Drogen. Bestandteil des Vertrages nach §64b SGB V ist die Allgemeine Psychiatrie und die psychosomatische Tagesklinik.

Wie bei allen Modellverträgen nach §64b SGB V wird ein gemeinsames Budget für den voll- und teilstationären Bereich sowie die PIA festgelegt, das im Falle des Klinikums Nordfriesland vollständig zu beiden Seiten ausgeglichen wird.

Anders als bei der in Schleswig-Holstein üblichen PIA-Abrechnung nach Quartalspauschalen in Verbindung mit einer Vergütung gemäß EBM (2) wird im Klinikum Nordfriesland nur über Quartalspauschalen abgerechnet. Dies gilt sowohl für den Zeitraum vor 2013 (Regionales Psychiatriebudget nach §24 BPflV) als auch für den Zeitraum nach Beginn des Modellvertrages nach §64b SGB V. Zum 01.04.2016 wurde die Abrechnung der PIA-Leistung auf Quartalspauschalen in Verbindung mit Kontaktpauschalen umgestellt.

Im stationären Bereich erfolgte bis Ende 2014 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BPflV. Beginnend im vierten Quartal 2014 wurde bis Ende des zweiten Quartals 2015 nach Modellpflegesätzen abgerechnet. Ab dem 01.01.2015 sieht der Modellvertrag die Abrechnung nach PEPP vor, wobei diese Transition erst ab dem dritten Quartal 2015 in den Daten sichtbar ist.



8. Ergebnisse: Effektivität

Im Folgenden wurden die Ergebnisse der Effektivität des Modells laut Feinkonzept vom Dezember 2015 und der Konkretisierung zum Feinkonzept - Abschlussberichte vom 28.10.2019 dargestellt. Dabei wurden die Patienten der Modellklinik den Patienten der Kontrollkliniken gegenübergestellt. Die Interventionsgruppe (Modellvertrag) wurde mit IG und die Kontrollgruppe (Regelversorgung) wird mit KG abgekürzt.

Für den Abschlussbericht wurden vier Untersuchungen U1-U4 pro Outcome durchgeführt. Für U1 wurden alle Patienten (getrennt nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten), die im ersten Modelljahr ihren Referenzfall hatten, für insgesamt vier Jahre untersucht. Dabei werden ein globales Maß (d.h. Effekt des Modells über vier Jahre Nachbeobachtungszeit verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall) und Einzelschätzer pro Jahr über die vier Jahre herangezogen. Bei U2 wurden alle klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr (erstes bis viertes Modelljahr) gemeinsam evaluiert. Pro Patient wurde mit dem patientenindividuellen Jahr vor Einschluss in die Evaluation verglichen (Prä-Zeit). Hier erfolgte keine inferenzstatistische Betrachtung, außer bei Outcomes ohne Verlaufsbetrachtung (Abbrüche des Kontakts, Wiederaufnahme und Leitlinienadhärenz). Bei U3 wurden die ersten und zweiten patientenindividuellen Jahre aller klinikneuen Patienten, die im ersten bis dritten Jahr in die Evaluation aufgenommen wurden, untersucht. Pro Patient wurde mit dem patientenindividuellen Jahr vor Einschluss in die Evaluation verglichen (Prä-Zeit). Bei U4 wurden die ersten drei patientenindividuelle Jahre aller klinikneuen und klinikbekannten Patienten, die im ersten bis zweiten Modelljahr in die Evaluation aufgenommen wurden, untersucht. Es wurden jeweils nur die Patienten betrachtet, die im jeweiligen Nachbeobachtungszeitraum auch beobachtet werden konnten (Ausschluss durch Wechsel der Krankenversicherung). Patienten, die im Nachbeobachtungszeitraum verstarben, wurden jedoch (zensiert) berücksichtigt.

Der Zeitpunkt, an dem der Patient in die Evaluation eingeschlossen wurde, wird als Referenzdatum und die Diagnose, die zum Einschluss führte, als Referenzdiagnose bezeichnet.



8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

Da in den Auswertungen nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten unterschieden wurde, wurde in diesem Kapitel die Population jeweils in <u>klinikneu</u> und <u>klinikbekannt</u> unterschieden.

Klinikneue sind Patienten, die mit dem Referenzaufenthalt zum ersten Mal in den Fachabteilungen 29xx, 30xx oder 31xx bzw. in der PIA der Referenz-Klinik aufgetreten sind. Klinikbekannte sind Patienten, die bereits im Präzeitraum in den Fachabteilungen 29xx, 30xx oder 31xx bzw. der PIA der Referenz-Klinik behandelt wurden. Diese Unterteilung gibt Aufschluss über die Wirksamkeit des Modells für bereits bekannte Patienten gegenüber neu aufgetretenen Fällen.

Im Folgenden sind die Parameter von Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) dargestellt. Die Populationen von U2 bis U4 sind im Anhang zu finden (Kapitel 14.1).

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschlusses in die Evaluation (Referenzzeitpunkt).

Fast 80% der eingeschlossenen klinikneuen Patienten und knapp über 70% der eingeschlossenen klinikbekannten Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 4). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten verschiedene Kombination von

psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) depressive Episoden (F32) rezidivierende depressive Störungen (F33) Andere Angststörungen (F41)

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	453	460
Referenzdiagnosen (%)		



 Einfach-Diagnosen (Population I)¹ 	79,2 %	78,9 %
Zwei Diagnosen	18,5 %	18,5 %
Drei Diagnosen	2,0 %	2,2 %
Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	26	28
2. IG: F10 & F43 / KG: F10 & F32	8	9
3. IG: F32 & F41 / KG: F10 & F43	8	8

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	647	648
Referenzdiagnosen (%)		
 Einfach-Diagnosen (Population I)¹ 	71,4 %	73,1 %
 Zwei Diagnosen 	24,4 %	22,4 %
Drei Diagnosen	3,9 %	3,2 %
 Mehr als drei Diagnosen 	0,3 %	1,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F32 & F43 / KG: F10 & F32	18	16
2. IG: F10 & F32 / KG: F32 & F43	15	15
3. IG: F32 & F41 / KG: F33 & F43	11	10

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Das patientenindividuelle Matching (siehe Kapitel 6.1) konnte die weitgehende Vergleichbarkeit zwischen IG und KG herstellen. Weitere Erläuterungen zum Matching sind im entsprechend Kapitel zu finden.

Da die fehlenden Angaben zu Schulabschluss und Berufsabschluss (beides aus dem Tätigkeitsschlüssel entnommen) sehr hoch sind, konnten diese Variablen nicht in die Auswertungen einfließen.



Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum Population	(Einf	ation I fach- nose)		ation II le)
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	359	363	453	460
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,6 %	0,6 %	0,7 %	0,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	7,2 %	6,3 %	6,2 %	6,1 %
• F 07 (Pers und Verhaltensstör des Gehirns)	0,6 %	0,8 %	0,4 %	0,9 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,5 %	14,6 %	16,3 %	17,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	13,1 %	11,8 %	11,5 %	10,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	37,0 %	37,5 %	44,8 %	45,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	17,8 %	19,0 %	24,9 %	26,5 %
 F 45 (Somatoforme Störungen) 	0,8 %	0,6 %	2,0 %	1,3 %
 F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ 	5,8 %	6,9 %	11,0 %	10,7 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,7 %	1,7 %	2,9 %	2,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,8 %	0,3 %	1,1 %	0,9 %
 F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) 	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
 F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %
Alter ¹				
Mittelwert	53,3	52,0	52,5	50,9
Median	51	51	51	49
• (Interquartilsabstand)	(39 - 69)	(34 - 69)	(39 - 65)	(35 - 65)
Geschlecht (%)				
• Frauen	53,2 %	57,3 %	53,2 %	58,3 %
Männer	46,8 %	42,7 %	46,8 %	41,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)		-	•	-
• stationär	44,8 %	66,1 %	41,9 %	69,6 %
• PIA	55,2 %	33,9 %	58,1 %	30,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)		•	· ·	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Ohne Schulabschluss	1,1 %	0,3 %	1,5 %	0,7 %
Haupt-/Volksschulabschluss	8,4 %	8,3 %	8,6 %	8,0 %
Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	6,7 %	9,4 %	6,8 %	9,8 %
Abitur/Fachabitur	4,7 %	5,0 %	5,3 %	5,7 %



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

Abschluss unbekannt	10,0 %	9,9 %	9,9 %	11,3 %
Fehlende Angabe	69,1 %	67,2 %	67,8 %	64,6 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	3,9 %	5,0 %	4,0 %	5,0 %
 Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung 	16,2 %	17,4 %	17,0 %	18,3 %
 Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. 	1,1 %	0,8 %	1,1 %	0,9 %
Bachelor	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
 Diplom/Magister/Master/Staatsexamen 	1,7 %	1,7 %	1,8 %	2,4 %
• Promotion	0,0 %	0,6 %	0,2 %	0,4 %
Abschluss unbekannt	7,8 %	7,2 %	7,9 %	8,3 %
Fehlende Angabe	69,1 %	67,2 %	67,8 %	64,6 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	14,2 %	13,8 %	13,0 %	12,4 %
• Nein	68,0 %	69,7 %	68,7 %	71,1 %
Fehlende Angabe	17,8 %	16,5 %	18,3 %	16,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
A: Nur Diagnostikkriterium ²	24,8 %	22,9 %	26,3 %	24,6 %
 B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ 	11,1 %	18,5 %	12,1 %	19,8 %
• Weder A noch B	64,1 %	58,7 %	61,6 %	55,7 %
Versicherungsstatus (%)				
Mitglied	51,8 %	49,9 %	53,2 %	52,4 %
• Familienversicherter	5,0 %	4,7 %	5,1 %	4,6 %
Rentner und deren Familienangehörige	37,9 %	40,2 %	36,4 %	38,3 %
Fehlende Angabe	5,3 %	5,2 %	5,3 %	4,8 %

¹ Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.

² Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor

³ Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.

⁴ ohne F43 und F45



Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum Population	(Einf	ation I fach- nose)		ation II le)
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	462	474	647	648
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,2 %	0,8 %	0,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,6 %	0,6 %
 F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten) 	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,3 %	3,2 %	4,0 %	3,4 %
• F 07 (Pers und Verhaltensstör des Gehirns)	0,4 %	0,4 %	0,8 %	0,6 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,9 %	14,1 %	18,2 %	17,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	35,7 %	35,4 %	32,6 %	32,1 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	31,4 %	32,5 %	41,1 %	41,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,4 %	5,7 %	14,8 %	14,5 %
 F 45 (Somatoforme Störungen) 	0,0 %	0,0 %	2,5 %	2,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	4,8 %	4,2 %	9,0 %	9,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,4 %	0,2 %	0,3 %	0,6 %
 F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) 	1,9 %	1,9 %	3,9 %	4,5 %
 F 70-79 (Intelligenzstörung) 	1,1 %	1,7 %	2,5 %	4,0 %
 F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) 	0,2 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %
 F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,2 %	0,2 %	0,6 %	0,8 %
Alter ¹				
Mittelwert	52,2	54,9	52,3	54,0
Median	50	55	51	53
• (Interquartilsabstand)	(39 - 61)	(44 - 66)	(42 - 61)	(44 - 64)
Geschlecht (%)				
• Frauen	57,6 %	56,1 %	57,8 %	59,1 %
Männer	42,4 %	43,9 %	42,2 %	40,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	14,7 %	24,9 %	12,2 %	24,8 %
• PIA	85,3 %	75,1 %	87,8 %	75,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
Ohne Schulabschluss	3,5 %	1,1 %	3,2 %	1,1 %
Haupt-/Volksschulabschluss	2,8 %	3,6 %	3,4 %	3,2 %
Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	4,1 %	3,8 %	4,2 %	4,5 %
Abitur/Fachabitur	0,6 %	3,2 %	1,1 %	3,1 %
Abschluss unbekannt	3,7 %	5,5 %	4,5 %	5,7 %
Fehlende Angabe	85,3 %	82,9 %	83,6 %	82,4 %



Höchster beruflicher Abschluss (%)				
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,5 %	3,6 %	4,2 %	3,7 %
 Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung 	6,1 %	6,8 %	6,6 %	6,9 %
 Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. 	0,2 %	0,4 %	0,6 %	0,6 %
Bachelor	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
 Diplom/Magister/Master/Staatsexamen 	0,4 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Abschluss unbekannt	3,5 %	5,5 %	4,3 %	5,6 %
Fehlende Angabe	85,3 %	82,9 %	83,6 %	82,4 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	21,2 %	19,2 %	19,9 %	18,8 %
Nein	60,4 %	65,6 %	62,1 %	65,7 %
Fehlende Angabe	18,4 %	15,2 %	17,9 %	15,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
 A: Nur Diagnostikkriterium² 	34,4 %	33,1 %	37,1 %	33,8 %
 B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ 	43,1 %	43,9 %	43,0 %	46,3 %
Weder A noch B	22,5 %	23,0 %	19,9 %	19,9 %
Versicherungsstatus (%)				
Mitglied	40,5 %	33,5 %	40,3 %	35,8 %
Familienversicherter	3,9 %	4,0 %	3,4 %	3,5 %
Rentner und deren Familienangehörige	51,3 %	57,2 %	52,6 %	55,9 %
Fehlende Angabe	4,3 %	5,3 %	3,7 %	4,8 %

¹ Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.

² Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor

³ Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.

⁴ ohne F43 und F45



8.2 Ergebnisse Outcomes

Die Ergebnisse werden entsprechend der vier Analysen U1-U4 darstellt (siehe auch Kapitel 8 auf Seite 43). Im Folgenden werden die einzelnen Outcomes mit den jeweils vier Analysen dargestellt.

In den Analysen wurden nur Personen, die für den gesamten <u>Nachbeobachtungszeitraum</u> versichert waren, berücksichtigt. Dies bedeutet, dass Fälle mit Wechsel der Versicherung im jeweiligen Untersuchungszeitraum ausgeschlossen wurden. Personen, die im Nachbeobachtungszeitraum verstarben, wurden nicht ausgeschlossen. Weiterhin wurden Personen ausgeschlossen, die nicht mindestens ein Beobachtungsjahr im Präzeitraum nachweisen konnten.

Der Post-Zeitraum umfasst die patientenindividuelle Zeit ab Einschluss in die Evaluation nach Beginn des Modellvorhabens, während der Präzeitraum die patientenindividuelle Zeit bis zu zwei Jahre vor Einschluss in die Evaluation beschreibt. In diesem Bericht beschreibt der Post-Zeitraum entweder nur das erste patientenindividuelle Jahr (U2), die ersten beiden patientenindividuellen Jahre (U3), die ersten drei patientenindividuellen Jahre (U4) oder die ersten vier patientenindividuellen Jahre (U1). Das patientenindividuelle Jahr vor Einschluss in die Evaluation wird im Folgenden "prä" (Präzeitraum) und "1. Jahr", "2. Jahr", 3. Jahr" bzw. "4. Jahr" (erstes, zweites, drittes bzw. viertes Jahr des Patienten im Modellvorhaben) genannt.

Es wurden für Kontrollkliniken keine Universitätskliniken berücksichtigt, daher entfällt eine Untersuchung auf deren Einfluss.

Die **Ergebnisse** der Effektivität der Modelle sind für jeden Outcome für U1 bis U4 stets wie folgt dargestellt:

- Zunächst werden die <u>Hauptergebnisse</u> des Outcomes zusammenfassend dargestellt (Kästen).
- In der darauffolgenden Tabelle bzw. Tabellen sind die <u>deskriptiven Ergebnisse mit den</u> Fallzahlen für die Outcomes dargestellt.
- Daraufhin folgt die Darstellung der jeweiligen graphischen Abbildungen. Wie diese Abbildungen generell zu lesen sind, ist im separaten Methodenband im Abschnitt Statistische Methoden zur Berechnung der Effektivität erläutert.
- Im Weiteren erfolgt eine Darstellung der Modellierung der Signifikanz (additive Modellierung).



8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

Primärer (B) und sekundärer (A, C-F) Outcome: Hier wurde untersucht, ob grundsätzlich Krankenhausaufenthalte vermieden wurden bzw. wie lange die Aufenthalte insgesamt dauern. Jede Zeile steht unabhängig und ergibt in Summe somit nicht 100% der unter Evaluation stehenden Patienten. Bei der Berechnung der kumulierten Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte werden alle Patienten, die eingeschlossen wurden, berücksichtigt und nicht nur Patienten, die einen stationären Aufenthalt aufwiesen. Hier werden demnach Tage pro Patient ausgewiesen (inkl. Patienten mit keinen Tag) und nicht Fallzahlen im Krankenhaus.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Alle folgenden Aussagen beziehen sich auf stationäre Aufenthalte aufgrund von Indexdiagnosen als Hauptdiagnose. Bei den teilstationären Behandlungstagen wurde der Einsatz von mobilen Kriseninterventionsteams gesondert als "davon stationsersetzende Behandlung" dargestellt. Bei der Zählung der teilstationären Anteile und Tage wurden diese dazugerechnet, um die Behandlung des Patienten zu erfassen, da es innerhalb der Auswertung keine gesonderte Kategorie für stationsersetzende Leistungen gibt. Jedoch wurden diese extra ausgewiesen, da diese im Prinzip keine teilstationäre, sondern eine stationsersetzende Behandlung darstellen.

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Anstieg des Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt bei den klinikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall (prä) zum Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (IG: +36,0 %-Punkte; KG: +59,6 %-Punkte). Das Muster der restlichen Jahre war zwischen IG und KG im jeweiligen Vergleich zum Jahr vor Referenzfall vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten war der Verlauf des Anteils zwischen IG und KG in allen Jahren jeweils im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall vergleichbar, wobei die IG stets leicht geringe Anteile aufwies im Vergleich zur KG. Der Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt war bei den klinikneuen Patienten ab dem ersten Jahr nach Referenzfall in der IG leicht höher als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG stets wesentlich höher als in der KG (prä: +11,9; 1. Jahr: +13,8; 2. Jahr: +7,2; 3. Jahr: +11,0; 4. Jahr: +10,3 %-Punkte). Im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall war dieser Unterschied in der IG statistisch signifikant verglichen mit dem jeweiligen Jahr vor Referenzfall.



Bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer zeigte sich bei den klinikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 1,7; KG: 1,8 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 7,6; KG: 22,8 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 2,2; 1,9 und 2,4 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 4,2; 3,1 und 2,5 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Der Peak im Jahr nach Referenzfall war in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG bezogen auf das Jahr vor Referenzfall (DiD = -15,4 vollstationäre Tage). In den restlichen Jahren gab es keine statistisch signifikanten Niveau-Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen (DiD Jahr 1-4) war auch statistisch signifikant (DiD = -4,5 vollstationäre Tage).

In der IG verzeichneten die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) mehr vollstationäre Behandlungstage als die älteren Patienten (über alle Jahre), während in der KG im ersten Jahr nach Referenzfall die älteren Patienten mehr vollstationäre Behandlungstage aufwiesen (siehe Kapitel 14.2). Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F20-29 (Schizophrenie, schizophrenen und wahnhaften Störung), F45 (somatoforme Störungen) und F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns) auf, während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F20-29 (Schizophrenie, schizophrenen und wahnhaften Störung), F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) und F45 (somatoforme Störungen) aufwiesen. Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle im Anhang).

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten zeigte sich in der IG und KG ein nur kleiner Anstieg im Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall bei den vollstationären Behandlungstagen. Die vollstationäre Behandlungsdauer war jedoch über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG niedriger als in der KG (prä: -6,9; 1. Jahr: -10,7; 2. Jahr: -5,8; 3. Jahr: -5,7, 4. Jahr: -2,6 vollstationäre Tage). Im vierten Jahr nach Referenzfall wies die IG statistisch signifikant höhere vollstationäre Tage in der IG im Vergleich zur KG verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall auf (DiD = +4,5 vollstationäre Tage). Ein Unterschied war im Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall nicht mehr gegeben (DiD Jahr 1-4).

Hier verzeichneten die jüngeren klinikbekannten Patienten in der IG auch mehr vollstationäre Behandlungstage als die älteren Patienten (über alle Jahre) (siehe Kapitel 14.2). Dieser Unterschied zeichnete sich auch in der KG ab, ausgenommen für das vierte Jahr nach Referenzfall. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline), F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) auf, während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach



Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns), F00 (Demenz) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrenen und wahnhaften Störung) aufwiesen. Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle im Anhang).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** <u>klinikneuer</u> Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (DiD = +7,0 teilstationäre Tage). Diese höhere Dauer an teilstationären Tage in der IG im Vergleich zur KG blieb auch bei dem Vergleich vom Jahr vor Referenzfall zu den vier Jahren nach Referenzfall (DiD Jahr 1-4) bestehen (DiD = +2,2 teilstationäre Tage). Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten zeigten sich parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage nach dem ersten Jahr nach Referenzfall und stets höherer durchschnittlicher Anzahl teilstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG (prä: +8,2; 1. Jahr: +9,6; 2. Jahr: +2,6; 3. Jahr: +5,3, 4. Jahr: +5,2 teilstationäre Tage). Für das zweite (DiD = -5,7 teilstationäre Tage) und vierte Jahr (DiD = -3,5 teilstationäre Tage) nach Referenzfall zeigten sich statistisch signifikant mehr teilstationäre Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall. Diese geringere Dauer an teilstationären Tagen blieb auch im Vergleich vom Jahr vor Referenzfall zu den vier Jahren nach Referenzfall zusammen (DiD Jahr 1-4) bestehen (DiD = -2,8 teilstationäre Tage).

U2: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr danach in der IG und der KG. Der Anstieg war in der IG geringer als in der KG (IG: +33,3 %-Punkte; KG: +55,4 %-Punkte). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war jedoch in der IG größer als in der KG (IG: +27,3 %; KG: +18,0 %).

Bei der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer zeigte sich eine wesentlich geringere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage in der IG im Vergleich zur KG (IG: +5,9; KG: +20,6 vollstationäre Tage). Die durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer stieg dagegen in der IG stärker im Vergleich zur KG (IG: +13,2; KG: +6,7 teilstationäre Tage).

U3: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Muster des Verlaufs zum **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** analog zu U1 und U2. Der Anstieg vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall war um 20,9 %-Punkte in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG. Der Verlauf des **Anteils an**



Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt stieg zum ersten Jahr nach Referenzfall an, dabei war hier der Anteil in der IG um 10,4 %-Punkte statistisch signifikant größer als in der KG beim Vergleich des Jahres vor Referenzfall.

Bei der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer zeigte sich, analog zu U1 und U2, eine statistisch signifikant geringere Zunahme der Tage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (DiD = -14,2 vollstationäre Tage). Danach fiel die Anzahl vollstationärer Tage in der IG und der KG, blieb aber in der IG noch etwas unter der Anzahl der vollstationären Tage der KG. Der Rückgang vollstationärer Behandlungstage vom ersten zum zweiten Jahr nach Referenzfall war in der IG geringer als in der KG. Daher gab es in den Folgejahren (siehe U1) keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG bezogen auf das Jahr vor Referenzfall. Jedoch war der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG weiterhin statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = -2,5 vollstationäre Tage). Die durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer verlief, entsprechend U1 und U2, mit einem Peak im Jahr nach Referenzfall, wobei hier die teilstationären Tage der IG höher ausfielen als in der KG. Der Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = +6,3 teilstationäre Tage).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die beobachteten Unterschiede von U1 wieder. Der Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG bei den klinikneuen Patienten weniger stark als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten war der Anteil zwischen IG und KG in allen Jahren jeweils im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall vergleichbar, wobei die IG stets leicht geringe Anteile aufwies im Vergleich zur KG. Der Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt stieg wiederum bei den klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker. Bei den klinikbekannten Patienten war ein vergleichbarer Verlauf mit stets höheren Anteilen in der IG zu verzeichnen.

Bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer zeigte sich bei den klinikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Dabei war der Peak im Jahr nach Referenzfall, analog zu U1, in der IG wesentlich geringer als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ein nur relativ kleiner Anstieg im Jahr nach Referenzfall im Vergleich zu dem Jahr vor Referenzfall in der IG und ein deutlicherer Peak in der KG bei den vollstationären Behandlungstagen. Die vollstationäre Behandlungsdauer war über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG niedriger als in der KG. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten war, analog zu U1, ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich parallele





Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage über die Modelljahre und mit stets höherer durchschnittlicher Anzahl teilstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

		IG					KG		
prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
7,5 %	43,5 %	11,2 %	6,7 %	7,4 %	8,9 %	68,5 %	11,2 %	8,6 %	8,5 %
0,7 %	26,7 %	5,7 %	3,5 %	2,6 %	1,1 %	18,7 %	2,8 %	1,7 %	2,2 %
7,7 %	58,3 %	14,3 %	8,9 %	8,7 %	9,1 %	77,0 %	13,5 %	10,0 %	10,0 %
0,9 %	2,0 %	1,9 %	1,5 %	1,5 %	2,0 %	2,6 %	3,0 %	2,1 %	1,2 %
17,7 %	18,3 %	12,4 %	6,9 %	8,2 %	10,9 %	16,5 %	9,9 %	11,6 %	10,9 %
1,7	7,6	2,2	1,9	2,4	1,8	22,8	4,2	3,1	2,5
0,3	13,8	2,3	1,7	1,2	0,1	6,6	1,1	0,7	0,9
0,0	3,0	0,4	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2,0	21,4	4,6	3,5	3,6	1,8	29,4	5,3	3,8	3,4
0,1	2,1	0,4	0,2	0,8	0,7	0,9	0,7	0,6	0,3
1,8	2,4	1,8	1,5	0,8	1,1	2,2	1,5	1,5	1,7
	7,5 % 0,7 % 7,7 % 0,9 % 17,7 % 1,7 0,3 0,0 2,0 0,1	7,5 % 43,5 % 0,7 % 58,3 % 0,9 % 2,0 % 17,7 % 18,3 % 0,0 3,0 2,0 21,4 0,1 2,1	prä 1. Jahr 2. Jahr 453 453 420 7,5 % 43,5 % 11,2 % 0,7 % 26,7 % 5,7 % 7,7 % 58,3 % 14,3 % 0,9 % 2,0 % 1,9 % 17,7 % 18,3 % 12,4 % 1,7 7,6 2,2 0,3 13,8 2,3 0,0 3,0 0,4 2,0 21,4 4,6 0,1 2,1 0,4	prä 1. Jahr 2. Jahr 3. Jahr 453 453 420 403 7,5 % 43,5 % 11,2 % 6,7 % 0,7 % 26,7 % 5,7 % 3,5 % 7,7 % 58,3 % 14,3 % 8,9 % 0,9 % 2,0 % 1,9 % 1,5 % 17,7 % 18,3 % 12,4 % 6,9 % 1,7 7,6 2,2 1,9 0,3 13,8 2,3 1,7 0,0 3,0 0,4 0,1 2,0 21,4 4,6 3,5 0,1 2,1 0,4 0,2	prä 1. Jahr 2. Jahr 3. Jahr 4. Jahr 453 453 420 403 390 7,5 % 43,5 % 11,2 % 6,7 % 7,4 % 0,7 % 26,7 % 5,7 % 3,5 % 2,6 % 7,7 % 58,3 % 14,3 % 8,9 % 8,7 % 0,9 % 2,0 % 1,9 % 1,5 % 1,5 % 17,7 % 18,3 % 12,4 % 6,9 % 8,2 % 17,7 % 13,8 % 2,3 % 1,7 % 1,2 % 0,0 3,0 0,4 % 0,1 0,4 % 0,4 % 0,4 % 0,4 % 2,0 21,4 4,6 3,5 3,5 3,6 % 3,5 3,6 % 3,6 % 0,8 % 0,8 %	prä 1. Jahr 2. Jahr 3. Jahr 4. Jahr prä 453 453 420 403 390 460 7,5 % 43,5 % 11,2 % 6,7 % 7,4 % 8,9 % 0,7 % 26,7 % 5,7 % 3,5 % 2,6 % 1,1 % 7,7 % 58,3 % 14,3 % 8,9 % 8,7 % 9,1 % 0,9 % 2,0 % 1,9 % 1,5 % 1,5 % 2,0 % 17,7 % 18,3 % 12,4 % 6,9 % 8,2 % 10,9 % 1,7 % 7,6 2,2 1,9 % 2,4 1,8 1,8 0,3 13,8 2,3 1,7 1,2 0,1 0,4 0,1 0,4 0,0 0,0 3,0 0,4 0,4 0,1 0,4 0,1 0,4 0,0 3,5 3,6 1,8 0,1 0,4 0,2 0,8 0,7 0,8 0,7 0,8 0,7	prä 1. Jahr 2. Jahr 3. Jahr 4. Jahr prä 1. Jahr 453 453 420 403 390 460 460 7,5 % 43,5 % 11,2 % 6,7 % 7,4 % 8,9 % 68,5 % 0,7 % 26,7 % 5,7 % 3,5 % 2,6 % 1,1 % 18,7 % 7,7 % 58,3 % 14,3 % 8,9 % 8,7 % 9,1 % 77,0 % 0,9 % 2,0 % 1,9 % 1,5 % 1,5 % 2,0 % 2,6 % 17,7 % 18,3 % 12,4 % 6,9 % 8,2 % 10,9 % 16,5 % 1,7 % 7,6 2,2 1,9 % 2,4 1,8 22,8 0,3 13,8 2,3 1,7 1,2 0,1 6,6 0,0 3,0 0,4 0,1 0,4 0,0 0,0 2,0 21,4 4,6 3,5 3,6 1,8 29,4 0,1 2,1 0,4 0,2 0,8 0,7 0,9	prä 1. Jahr 2. Jahr 3. Jahr 4. Jahr prä 1. Jahr 2. Jahr 453 453 420 403 390 460 460 436 7,5 % 43,5 % 11,2 % 6,7 % 7,4 % 8,9 % 68,5 % 11,2 % 0,7 % 26,7 % 5,7 % 3,5 % 2,6 % 1,1 % 18,7 % 2,8 % 7,7 % 58,3 % 14,3 % 8,9 % 8,7 % 9,1 % 77,0 % 13,5 % 0,9 % 2,0 % 1,9 % 1,5 % 1,5 % 2,0 % 2,6 % 3,0 % 17,7 % 18,3 % 12,4 % 6,9 % 8,2 % 10,9 % 16,5 % 9,9 % 1,7 % 7,6 2,2 1,9 2,4 1,8 22,8 4,2 0,3 13,8 2,3 1,7 1,2 0,1 6,6 1,1 0,0 3,0 0,4 0,1 0,4 0,0 0,0 0,0 1,7 % </td <td>prä 1. Jahr 2. Jahr 3. Jahr 4. Jahr prä 1. Jahr 2. Jahr 3. Jahr 453 453 420 403 390 460 460 436 421 7,5 % 43,5 % 11,2 % 6,7 % 7,4 % 8,9 % 68,5 % 11,2 % 8,6 % 0,7 % 26,7 % 5,7 % 3,5 % 2,6 % 1,1 % 18,7 % 2,8 % 1,7 % 7,7 % 58,3 % 14,3 % 8,9 % 8,7 % 9,1 % 77,0 % 13,5 % 10,0 % 0,9 % 2,0 % 1,9 % 1,5 % 1,5 % 2,0 % 2,6 % 3,0 % 2,1 % 17,7 % 18,3 % 12,4 % 6,9 % 8,2 % 10,9 % 16,5 % 9,9 % 11,6 % 1,7 % 7,6 2,2 1,9 2,4 1,8 22,8 % 4,2 3,1 0,3 13,8 2,3 1,7 1,2 0,1 6,6 1,1 0,7 0,0</td>	prä 1. Jahr 2. Jahr 3. Jahr 4. Jahr prä 1. Jahr 2. Jahr 3. Jahr 453 453 420 403 390 460 460 436 421 7,5 % 43,5 % 11,2 % 6,7 % 7,4 % 8,9 % 68,5 % 11,2 % 8,6 % 0,7 % 26,7 % 5,7 % 3,5 % 2,6 % 1,1 % 18,7 % 2,8 % 1,7 % 7,7 % 58,3 % 14,3 % 8,9 % 8,7 % 9,1 % 77,0 % 13,5 % 10,0 % 0,9 % 2,0 % 1,9 % 1,5 % 1,5 % 2,0 % 2,6 % 3,0 % 2,1 % 17,7 % 18,3 % 12,4 % 6,9 % 8,2 % 10,9 % 16,5 % 9,9 % 11,6 % 1,7 % 7,6 2,2 1,9 2,4 1,8 22,8 % 4,2 3,1 0,3 13,8 2,3 1,7 1,2 0,1 6,6 1,1 0,7 0,0



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

- ¹ Es wird ein Jahr ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 1-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.
- ² Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.
- ³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).



Klinikbekannte Patienten

Merkmal			IG					KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1) 	26,9 %	26,3 %	19,2 %	18,8 %	17,7 %	29,9 %	35,6 %	21,3 %	20,7 %	18,0 %
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2) 	23,5 %	20,1 %	10,2 %	12,8 %	12,3 %	11,6 %	6,3 %	3,0 %	1,8 %	2,1 %
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3) 	37,6 %	35,7 %	23,7 %	23,4 %	20,6 %	35,3 %	39,4 %	22,9 %	21,4 %	19,0 %
 anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) 	2,9 %	2,2 %	2,2 %	1,8 %	2,2 %	4,6 %	3,1 %	1,8 %	0,7 %	0,9 %
 somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	18,5 %	17,6 %	16,0 %	14,1 %	16,0 %	13,6 %	18,1 %	17,1 %	16,9 %	16,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	7,0	7,2	5,6	5,4	6,6	13,9	17,9	11,3	11,0	9,2
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) 	12,3	12,0	3,6	5,8	5,8	4,1	2,4	1,0	0,5	0,6
- davon stationsersetzende Behandlung	3,2	6,4	0,7	1,8	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) 	19,3	19,2	9,2	11,2	12,4	18,0	20,2	12,4	11,5	9,8
 anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) 	0,6	0,3	0,2	0,6	0,8	1,4	0,8	0,4	0,0	0,2
 somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	2,2	2,0	2,5	2,2	2,0	1,8	2,7	2,4	3,0	2,3

¹ Es wird ein Jahr ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 1-Jahres Follow-up haben, werden eingeschlossen.

² Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.; ³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).



Abbildung 1: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

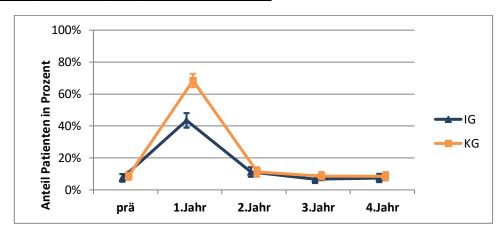
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

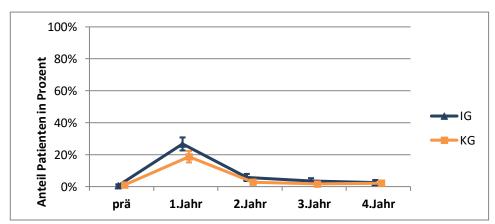
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt in psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär

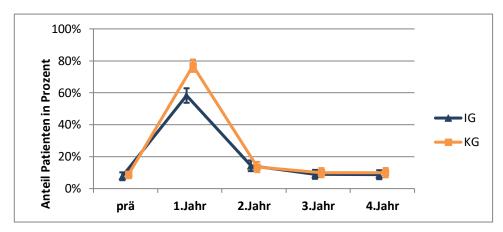


Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär

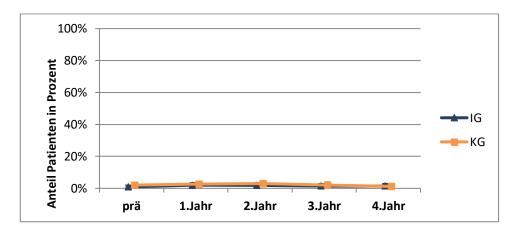




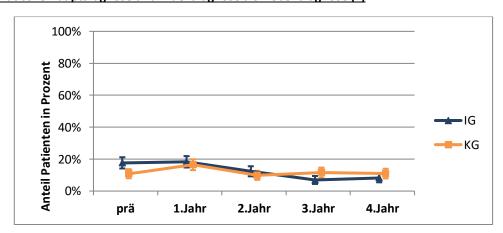
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär



andere psychische Hauptdiagnosen (C)



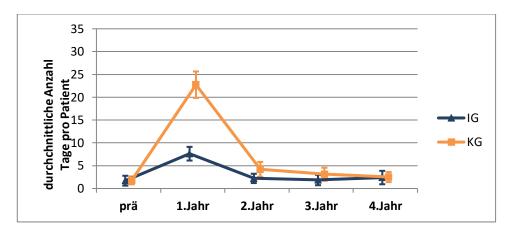
- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)



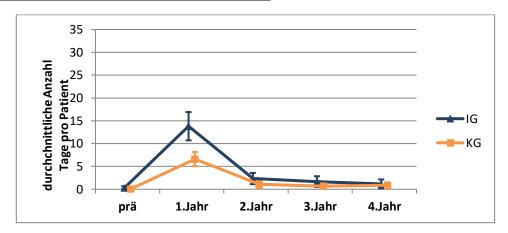


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

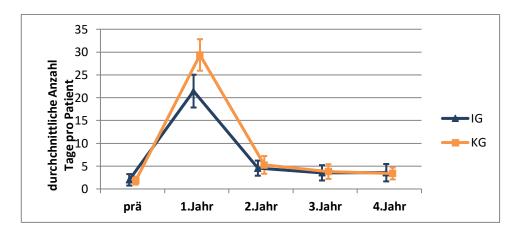
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär

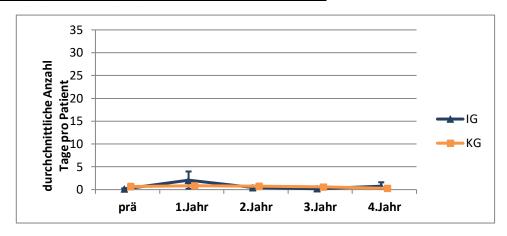


- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär

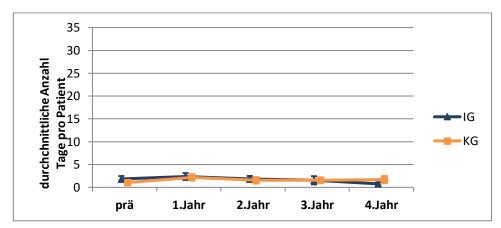




- andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)





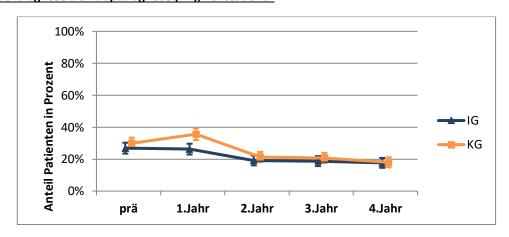
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

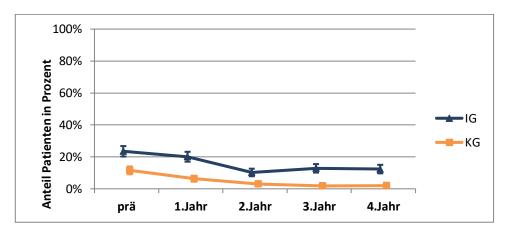
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt in psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär

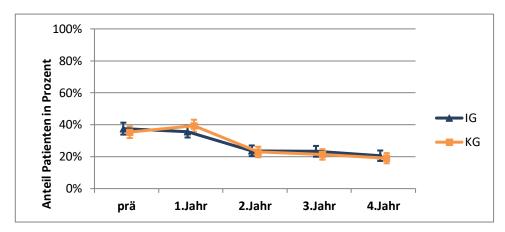


Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär

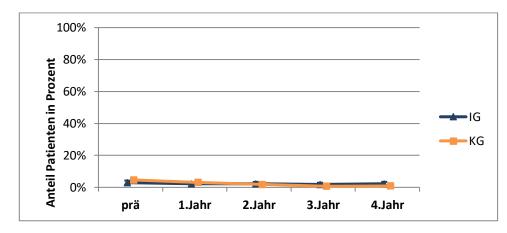




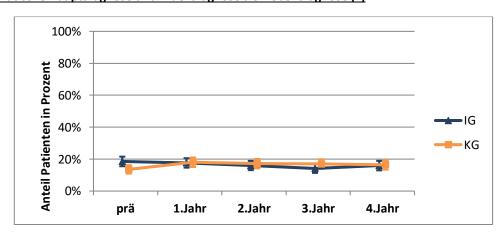
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär



andere psychische Hauptdiagnosen (C)



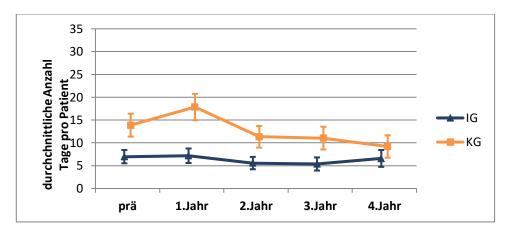
- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)



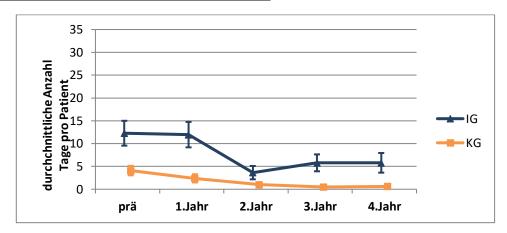


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

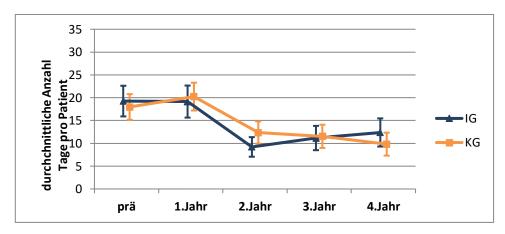
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär

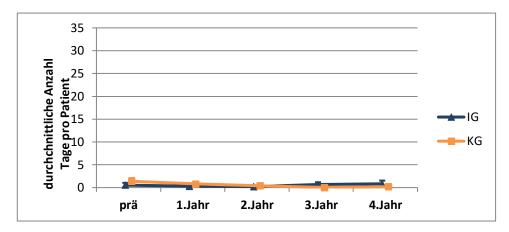


- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär





- andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär



somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

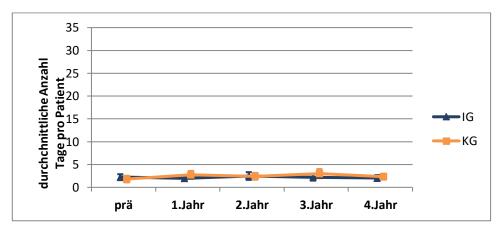




Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte		
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär	
DID Jahr 1	0,40**	2,82	-15,04***	6,97***	
	0,220,72	0,6412,34	-17,9212,17	4,429,52	
DID Jahr 2	1,21	3,53	-1,85	0,93	
	0,622,38	0,7117,63	-4,721,02	-1,633,48	
DID Jahr 3	0,88	3,46	-1,12	0,62	
	0,421,84	0,6219,13	-3,991,75	-1,933,17	
DID Jahr 4	1,03	2,07	-0,02	0,10	
	0,502,14	0,3811,32	-2,892,86	-2,452,65	
DID Jahr 1-4	_	_	-4,51*** -6,922,09	2,15* 0,074,24	

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte		
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär	
DID Jahr 1	0,69	1,60	-3,77	1,40	
	0,481,01	0,982,63	-7,670,13	-1,814,60	
DID Jahr 2	1,04	1,50	1,37	-5,66**	
	0,701,56	0,812,77	-2,535,27	-8,872,46	
DID Jahr 3	1,06	3,34**	1,68	-3,21	
	0,711,60	1,636,85	-2,225,58	-6,420,01	
DID Jahr 4	1,19	2,77**	4,56*	-3,53*	
	0,781,81	1,385,59	0,668,46	-6,740,33	
DID Jahr 1-4	_	_	0,96 -2,144,05	-2,75* -5,300,21	

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 8: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	
Alle Patienten (n)	1.714	1.714	1.714	1.714	
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund²					
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1) 	7,7 %	41,0 %	7,6 %	63,0 %	
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2) 	0,6 %	27,9 %	0,8 %	18,8 %	
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3) 	7,9 %	55,6 %	7,9 %	73,6 %	
 anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) 	0,9 %	2,4 %	1,9 %	2,7 %	
somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	tdiagnose und Indexdiagnose als	13,8 %			
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund					
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär^{3,4} (B1) 	1,9	7,7	1,3	21,9	
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) 	0,2	13,4	0,2	6,8	
- davon stationsersetzende Behandlung	0,0	1,7	0,0	0,0	
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) 	2,0	21,1	1,5	28,7	
 anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) 	0,2	1,0	0,3	0,8	
somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	1,9	1,4	1,8	

¹ Es wird ein Jahr ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 1-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.

² Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).



Abbildung 2: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

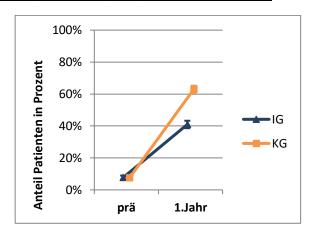
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

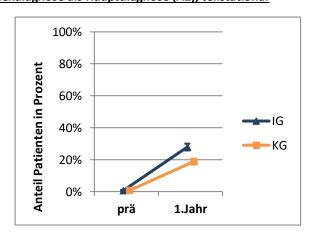
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt in psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär

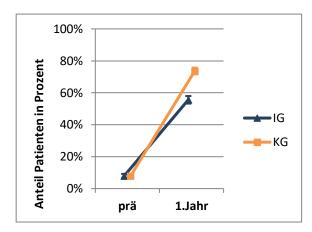


- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär

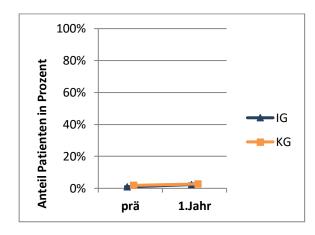




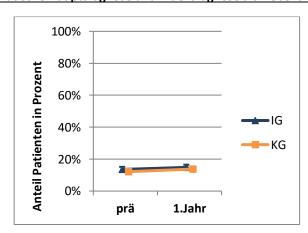
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär



andere psychische Hauptdiagnosen (C)



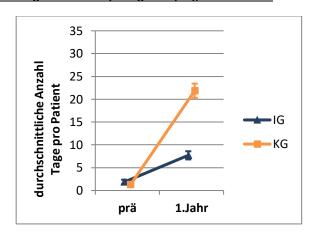
- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)



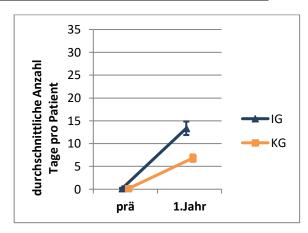


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

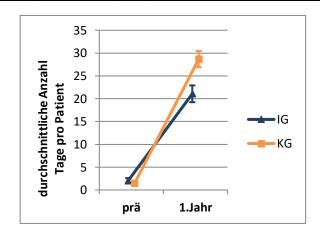
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär

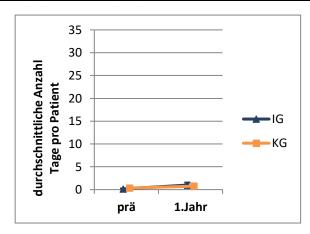


- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär

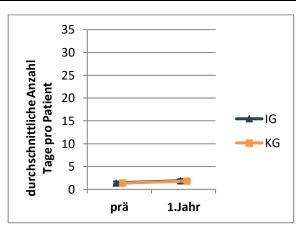




- andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 9: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal		IG			KG	
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²						
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1) 	7,8 %	42,6 %	10,1 %	8,0 %	63,8 %	10,7 %
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2) 	0,6 %	28,1 %	5,5 %	0,9 %	17,9 %	3,2 %
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3) 	8,0 %	56,7 %	12,7 %	8,4 %	73,7 %	12,9 %
 anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) 	0,8 %	2,5 %	1,4 %	1,8 %	2,8 %	2,0 %
somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,4 %	16,8 %	11,4 %	12,1 %	14,9 %	10,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	1,7	7,9	2,4	1,6	21,9	4,9
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) 	0,2	12,9	2,4	0,2	6,5	1,3
- davon stationsersetzende Behandlung	0,0	1,7	0,4	0,0	0,0	0,0
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) 	1,9	20,7	4,8	1,7	28,5	6,3
 anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) 	0,1	1,1	0,3	0,4	0,8	0,5
somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	2,1	1,6	1,3	2,0	1,4



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

¹ Es wird zwei Jahre ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 2-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.

² Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).



Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

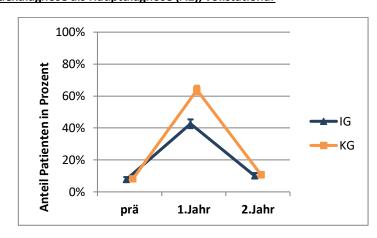
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

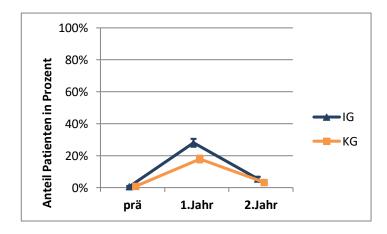
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt in psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär

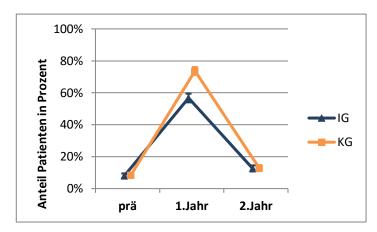


- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär

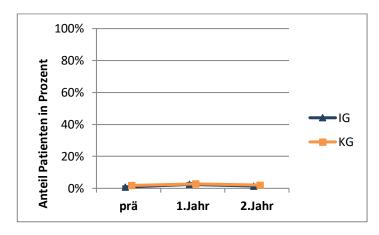




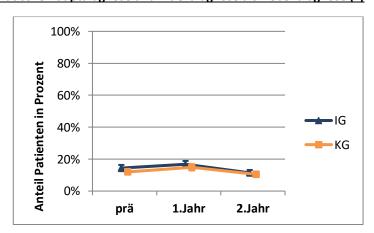
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)



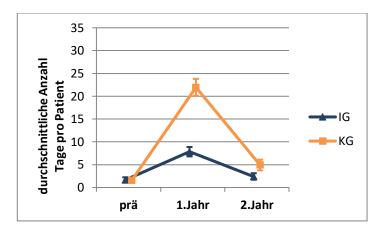
- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)



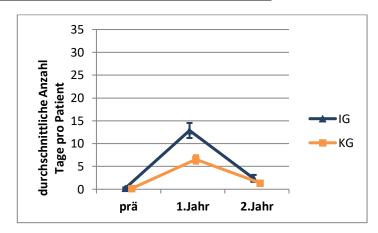


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

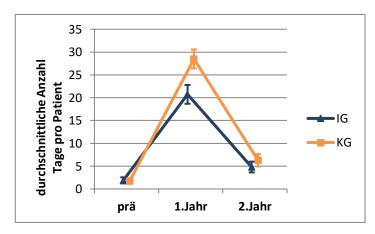
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär

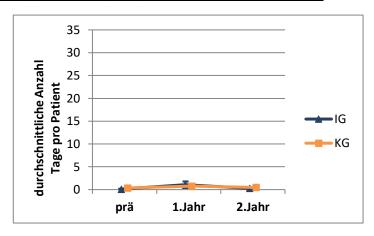


- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär





- andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

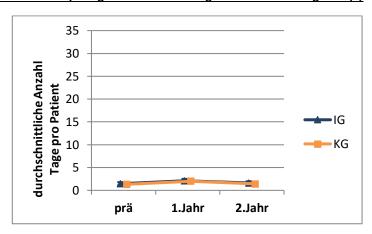




Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre /		Dauer vollstationärer Aufenthalte					
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär				
DID Jahr 1	0,42***	2,69*	-14,19***	6,29***				
	0,290,60	1,056,86	-16,2712,11	4,607,98				
DID Jahr 2	0,97	2,44	-2,51*	0,93				
	0,651,47	0,896,65	-4,590,44	-0,762,62				

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG KG					G		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	831	831	783	761	836	836	798	772
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1) 	7,9 %	43,9 %	11,5 %	8,4 %	8,5 %	68,3 %	11,3 %	8,8 %
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2) 	0,7 %	27,8 %	5,9 %	4,2 %	1,0 %	16,7 %	3,1 %	1,3 %
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3) 	8,3 %	58,7 %	14,0 %	10,5 %	8,7 %	76,2 %	13,2 %	10,0 %
 anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) 	1,1 %	2,8 %	1,7 %	1,4 %	1,8 %	3,0 %	2,1 %	2,1 %
 somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	15,4 %	18,5 %	11,1 %	8,1 %	12,6 %	15,4 %	11,4 %	11,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und								
nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1)	1,6	7,9	2,7	2,8	1,7	23,7	5,4	3,8
Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2)	0,3	13,7	2,6	2,1	0,1	6,1	1,3	0.6
- davon stationsersetzende Behandlung	0,0	1,8	0,4	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) 	1,8	21,7	5,3	4,9	1,8	,	6,7	4,4
anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	1,5	0,3	0,2	0,5	0,9	0,5	0,6
 somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	1,6	2,3	1,5	1,4	1,2	2,0	1,6	1,4





¹ Es wird drei Jahre ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 3-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal		IC	G			K	G	
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	679	679	657	640	684	684	659	637
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1) 	26,1 %	26,7 %	18,9 %	18,9 %	29,7 %	37,1 %	21,4 %	20,3 %
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2) 	22,4 %	20,3 %	9,9 %	12,3 %	11,3 %	7,3 %	3,0 %	1,9 %
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3) 	36,2 %	36,4 %	23,3 %	23,3 %	35,1 %	41,2 %	23,1 %	21,0 %
 anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) 	3,4 %	2,5 %	2,7 %	1,9 %	5,8 %	3,5 %	2,0 %	1,1 %
 somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	18,6 %	17,4 %	15,5 %	13,9 %	13,9 %	18,1 %	16,7 %	16,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	6,7	7,2	5,4	5,6	13,5	18,2	11,3	10,6
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) 	11,7	12,3	3,5	5,5	4,0	2,5	1,0	0,5
- davon stationsersetzende Behandlung	3,0	6,2	0,7	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0
 Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) 	18,4	19,5	8,9	11,1	17,5	20,7	12,3	11,2
 anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) 	0,7	0,4	0,4	0,8	1,9	0,8	0,4	0,1

² Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

 somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	2,2	2,0	2,4	2,1	1,8	2,7	2,4	2,9
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

¹ Es wird drei Jahre ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 3-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.

² Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).



Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

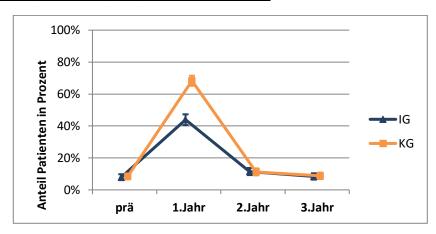
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

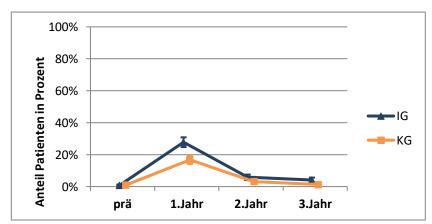
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt in psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär

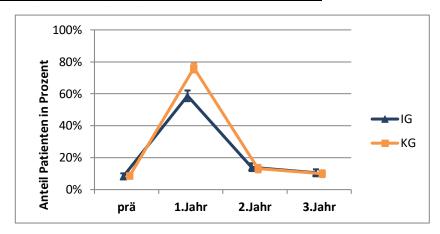


Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär

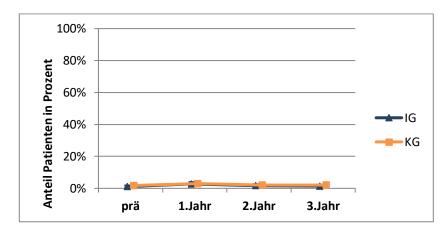




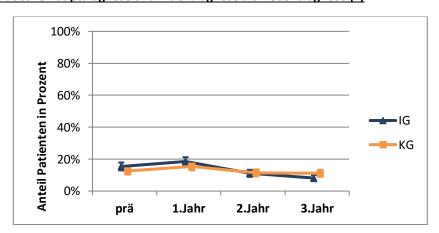
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär



andere psychische Hauptdiagnosen (C)



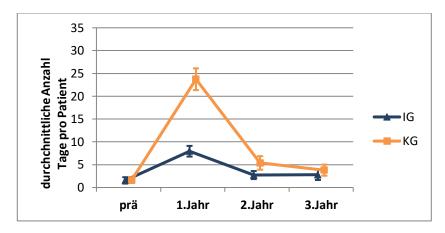
- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)



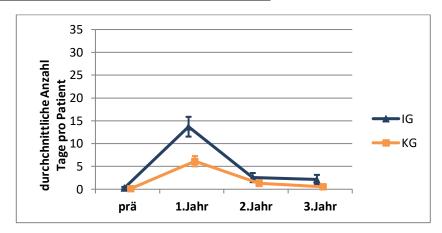


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

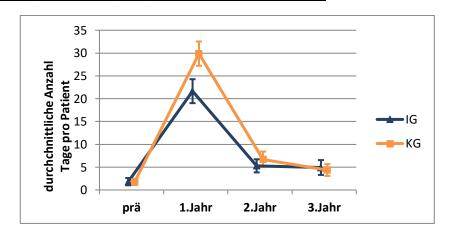
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär

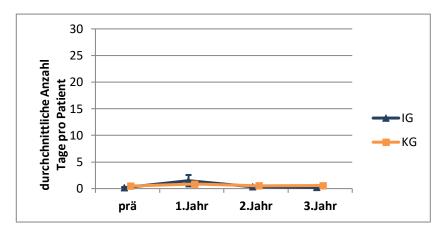


- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär

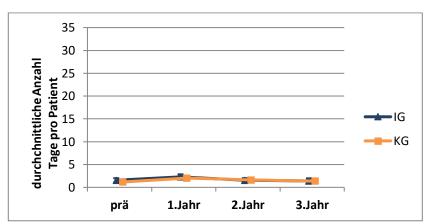




- andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)





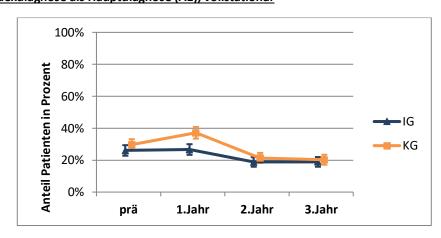
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

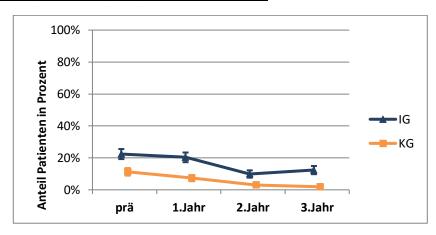
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt in psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär

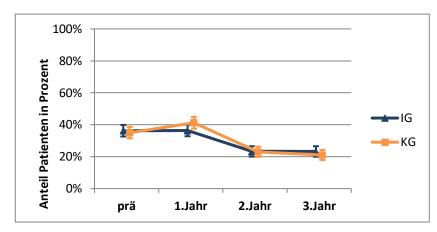


- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär

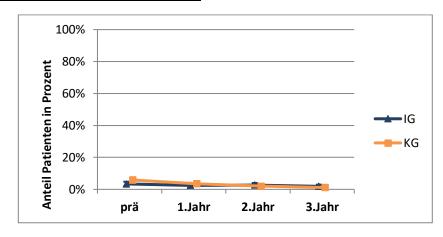




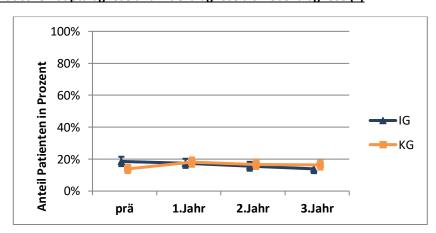
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär



andere psychische Hauptdiagnosen (C)



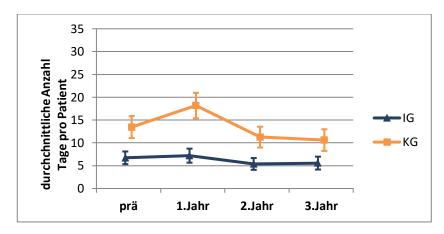
- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)



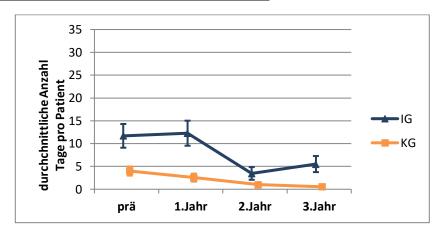


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

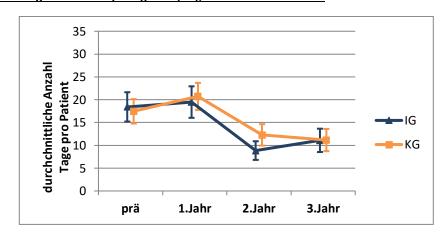
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär

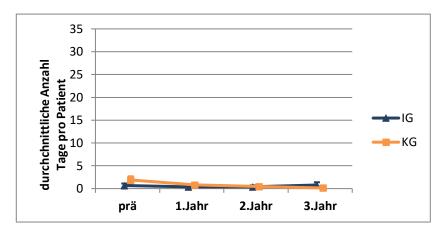


- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär

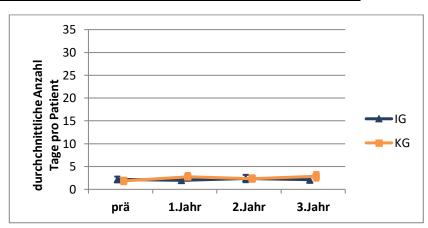




- andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)





8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

Sekundärer Outcome: Hier wurde die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen untersucht, unterteilt nach dem Ort bzw. der Fachgruppe des Arztes der Inanspruchnahme.

Patienten von Krankenkassen, die keine Daten zu der Häufigkeit der Kontakte in der PIA ("Ambofall_LDL"- Tabelle) liefern konnten oder von denen keine Kontakte in der PIA zur Verfügung standen (vor 2013), wurden von dieser Analyse ausgeschlossen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Alle folgenden Aussagen beziehen sich auf Inanspruchnahmen aufgrund von Indexdiagnosen. Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in der PIA sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den <u>klinikneuen</u> Patienten über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen fast identische Muster in der **PIA** mit einem Abfall der PIA-Kontakte vom ersten zum zweiten Jahr nach Referenzfall und danach fast gleichbleibenden Umfang des Kontakts. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG waren nicht ersichtlich. Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten zeigten sich für Patienten der IG stets geringere durchschnittliche Anzahlen an PIA-Kontakten im Vergleich zur KG (1. Jahr: -2,5; 2. Jahr: -2,7; 3. Jahr: -1,1; 4. Jahr: -0,4 PIA-Kontakte). Zudem waren diese Unterschiede innerhalb des ersten und zweiten Jahres zwischen IG und KG statistisch signifikant.

Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten klinikneuer Patienten war zwischen IG und KG vergleichbar (prä: 0,0; 1. Jahr: -0,3; 2. Jahr: 0,0; 3. Jahr: -0,3; 4. Jahr: -0,4 Kontakte). Für die klinikbekannten Patienten zeigte sich hier auch ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG (prä: -0,6; 1. Jahr: +0,5; 2. Jahr: +0,1; 3. Jahr: +0,2; 4. Jahr: +0,1 Kontakte). Dabei wies die IG eine statistisch signifikant größere Zunahme des Kontakts im dritten Jahr nach Referenzfall verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall auf (DiD =+ 0,8).



U2: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein stärkerer Anstieg der Kontakte in der **PIA** in der IG als in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +4,1 Kontakte; KG: +2,5 Kontakte).

Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG etwas stärker als in der KG (IG: +1,1 Kontakte; KG: +1,9 Kontakte) und war in der IG in beiden Jahren geringer.

U3: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U2, ein stärkerer Anstieg der **PIA**-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Danach sank die PIA-Inanspruchnahme sowohl in IG als auch KG.

Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten stieg, analog zu U2, sowohl in der IG als auch in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall an, sank danach wieder leicht und war in der IG im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall geringer als in der KG (prä: 0,0; 1. Jahr: -0,8; 2. Jahr: -0,5 ambulante Kontakte). Der Unterschied vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war statistisch signifikant.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse aus U1 wieder, hier konnten jedoch Angaben aus dem Jahr vor Referenzfall für Patienten mit Referenzfall im zweiten Modelljahr zusätzlich berücksichtigt werden. Die PIA-Kontakte <u>klinikneuer</u> Patienten stiegen sowohl in der IG als auch in der KG im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser Anstieg, analog zu U2, in der IG größer als in der KG war. Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder und blieb in der IG etwas geringer als in der KG. Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten zeigten sich, analog zu U1, zwischen IG und KG parallele und für die IG jeweils geringere durchschnittliche Anzahlen an PIA-Kontakten in der IG im Vergleich zur KG.

Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten klinikneuer Patienten war, analog zu U1, zwischen IG und KG vergleichbar. Lediglich im ersten Jahr nach Referenzfall verzeichnete die IG eine geringere Zunahme der Kontakte im Vergleich zur KG. Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich erneut ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 12: Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal			IG					KG	KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr		
Alle Patienten (n)	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411		
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	0	453	420	403	390	0	460	436	421	411		
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	439	436	399	376	365	441	452	422	406	393		
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient												
 in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A) 	_*	2,8	1,2	1,3	1,5	_*	2,7	1,5	1,8	1,6		
 bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴(C) 	1,7	2,9	2,7	2,3	1,8	1,7	3,2	2,8	2,6	2,2		
 bei anderen Vertragsärzten⁵ (E) 	10,2	12,5	10,8	10,8	9,8	9,1	12,9	10,9	11,5	10,8		
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient												
 in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B) 	_*	0,0	0,1	0,1	0,2	_*	0,1	0,1	0,0	0,0		
 bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,0	0,1	0,3	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0		
 bei anderen Vertragsärzten⁵ (F) 	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	1,9	1,0	1,1	0,7	0,8		
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte												
 bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,2	0,1	0,5	0,4	0,5	0,1	0,3	0,3	0,2	0,2		



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	8,2	7,5	6,9	9,2	10,4	5,9	6,5	5,7	8,5	8,3

¹ Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt. Alle restlichen Abrechnungen stellen Kontakte dar, auch wenn hier ggf. kein persönlicher Kontakt erfolgt ist. Auch wurden Abrechnungen von Labormedizinern (Facharztgruppe = 48) und Pathologen (Facharztgruppe = 56) nicht berücksichtigt.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁶ APN: 5xxxxxx, 6xxxxxx UND verordnender Arzt = 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG KG									
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	0	647	625	608	583	0	648	624	603	583
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	614	623	594	581	556	638	635	615	588	570
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
 in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A) 	_*	5,9	4,6	5,5	6,6	_*	8,4	7,4	6,5	7,0
 bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴(C) 	1,2	1,1	1,8	1,8	1,7	1,8	1,5	1,7	1,6	1,6
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	13,4	13,3	13,1	13,2	13,0	14,5	13,8	14,6	14,1	13,9

^{*} Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
 in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B) 	_*	0,0	0,1	0,0	0,1	_*	0,0	0,0	0,0	0,0
 bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,0	0,3	0,3	0,4	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,9	0,8	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,2	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
 bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,2	0,3	0,6	0,7	1,2	0,2	0,4	0,3	0,3	0,2
 bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor⁷ (G2) 	7,8	11,8	10,7	10,1	13,6	7,9	6,6	6,5	7,8	10,0

¹ Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt. Alle restlichen Abrechnungen stellen Kontakte dar, auch wenn hier ggf. kein persönlicher Kontakt erfolgt ist. Auch wurden Abrechnungen von Labormedizinern (Facharztgruppe = 48) und Pathologen (Facharztgruppe = 56) nicht berücksichtigt.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁶ APN: 5xxxxxx, 6xxxxxx UND verordnender Arzt = 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁷ APN: alle

^{*} Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.



Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

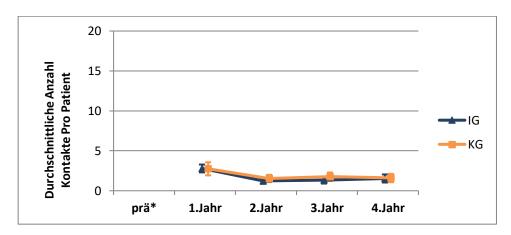
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

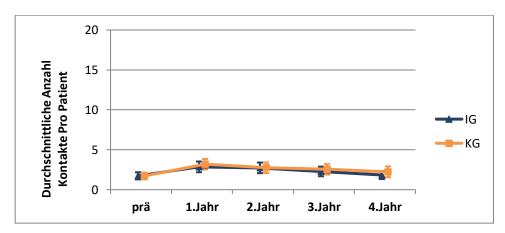
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)*



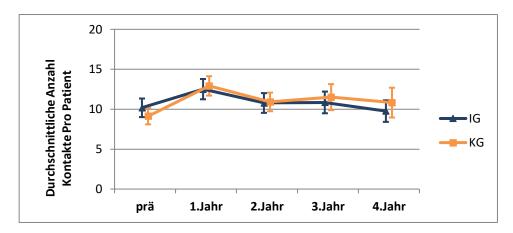
^{*} Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (C)



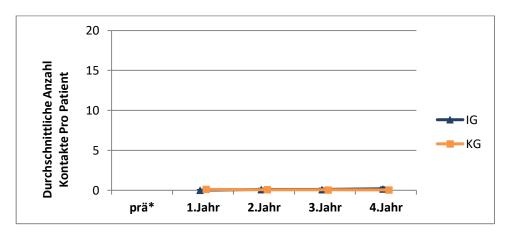


- bei anderen Vertragsärzten (E)



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

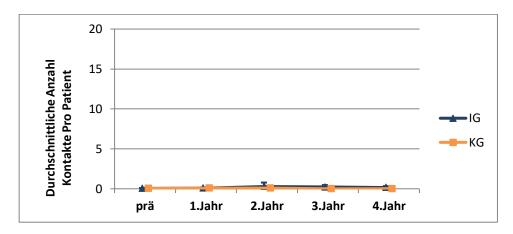
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)*



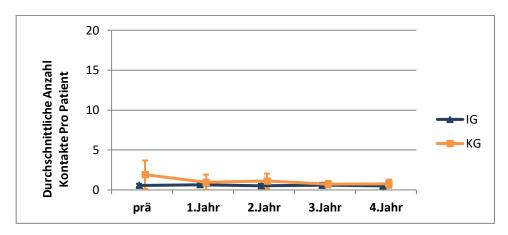
^{*} Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.



bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)

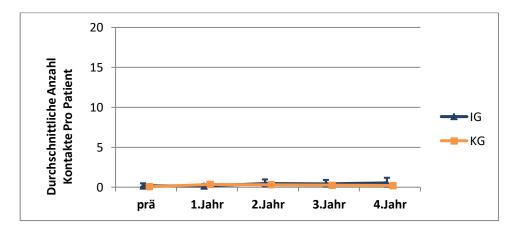


bei anderen Vertragsärzten (F)



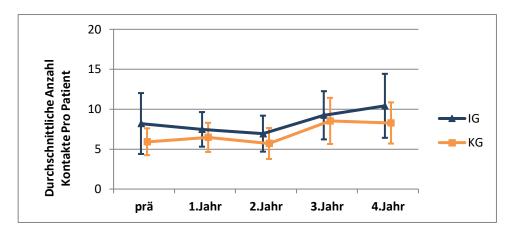
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)





Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)





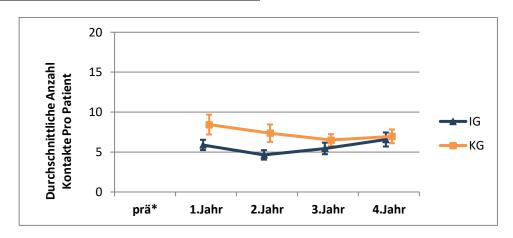
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

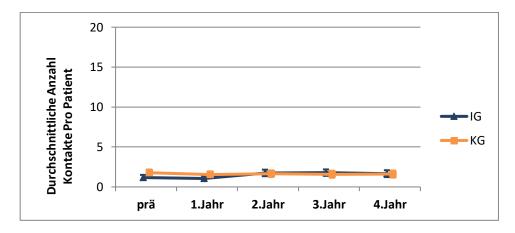
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)*



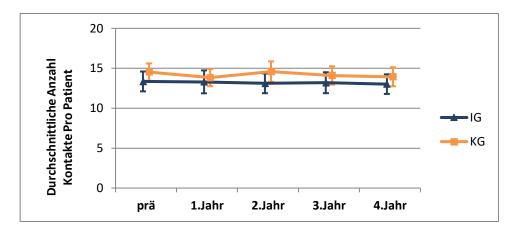
^{*} Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (C)



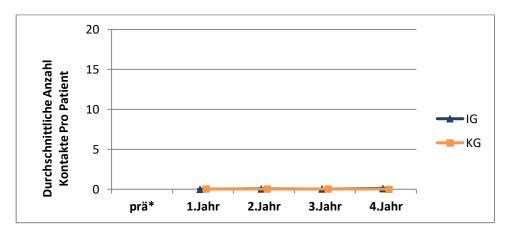


bei anderen Vertragsärzten (E)



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

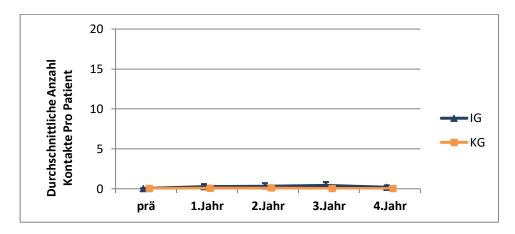
in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)*



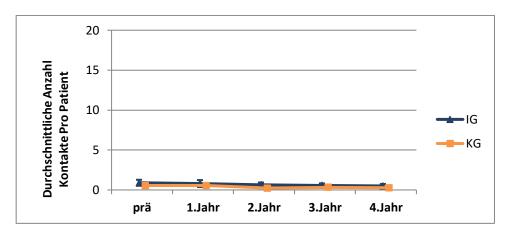
^{*} Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.



bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)

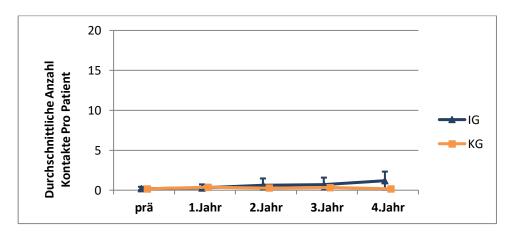


bei anderen Vertragsärzten (F)



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



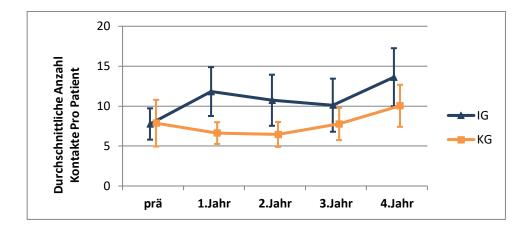




Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufg	rund Indexdiag	gnose
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertragsarzt
DID Jahr 1	0,05	-0,35	-1,46
	-0,850,94	-1,460,76	-3,800,87
DID Jahr 2	-0,29	-0,09	-1,31
	-1,190,61	-1,201,02	-3,641,02
DID Jahr 3	-0,42	-0,32	-1,94
	-1,310,48	-1,430,80	-4,280,39
DID Jahr 4	-0,08	-0,44	-2,32
	-0,980,82	-1,550,68	-4,650,02

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Klinikbekannte Patienten

	Aufg	rund Indexdiag	gnose
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertragsarzt
DID Jahr 1	-2,54**	0,10	0,64
	-4,021,07	-0,650,85	-1,572,85
DID Jahr 2	-2,61**	0,69	-0,20
	-4,081,14	-0,061,44	-2,412,00
DID Jahr 3	-0,93	0,80*	0,45
	-2,400,54	0,051,54	-1,762,66
DID Jahr 4	-0,36	0,65	0,34
	-1,831,11	-0,101,40	-1,872,55

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 14: Einsatz ambulanter Leistungen, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	I	G	К	G
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	1.714	1.714	1.714	1.714
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.236	1.714	1.236	1.714
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.671	1.666	1.668	1.678
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
 in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A) 	0,0	4,1	0,1	2,6
 bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴(C) 	1,7	2,8	1,8	3,6
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,6	11,5	9,6	12,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
 in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B) 	0,0	0,0	0,0	0,1
 bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,1	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,5	0,5	1,2	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
 bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,4	0,3	0,1	0,2
 bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor⁷ (G2) 	7,1	7,7	5,8	6,4

¹ Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt. Alle restlichen Abrechnungen stellen Kontakte dar, auch wenn hier ggf. kein persönlicher Kontakt erfolgt ist. Auch wurden Abrechnungen von Labormedizinern (Facharztgruppe = 48) und Pathologen (Facharztgruppe = 56) nicht berücksichtigt.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁶ APN: 5xxxxxx, 6xxxxxx UND verordnender Arzt = 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁷ APN: alle



Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

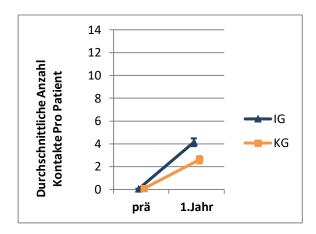
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

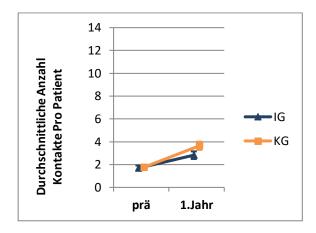
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)

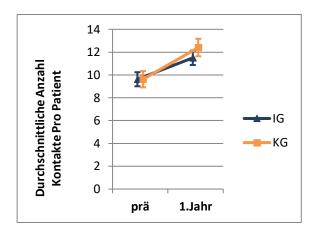


- <u>bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (C)</u>



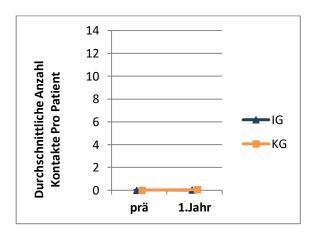


- bei anderen Vertragsärzten (E)

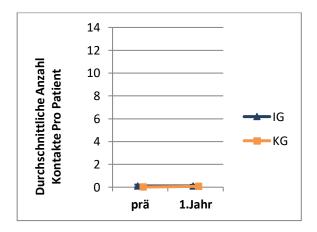


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)

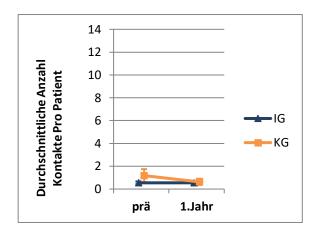


- <u>bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)</u>



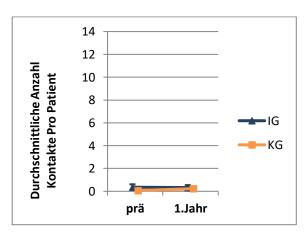


- bei anderen Vertragsärzten (F)

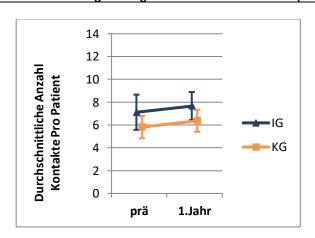


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal		IG			KG	
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	792	1.262	1.201	784	1.257	1.205
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.228	1.224	1.147	1.218	1.233	1.167
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient						
 in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A) 	0,0	3,6	1,6	0,1	2,7	1,5
 bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴(C) 	1,6	2,8	2,5	1,6	3,6	2,9
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,8	12,1	9,8	9,3	12,5	10,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
 in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B) 	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
 bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
 bei anderen Vertragsärzten⁵ (F) 	0,5	0,6	0,5	1,4	0,7	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte • bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,4	0,3	0,5	0,1	0,3	0,2



• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	6,7	7,1	8,7	5,4	6,5	7,0
						1

¹ Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt. Alle restlichen Abrechnungen stellen Kontakte dar, auch wenn hier ggf. kein persönlicher Kontakt erfolgt ist. Auch wurden Abrechnungen von Labormedizinern (Facharztgruppe = 48) und Pathologen (Facharztgruppe = 56) nicht berücksichtigt.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁶ APN: 5xxxxxx, 6xxxxxx UND verordnender Arzt = 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁷ APN: alle



Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

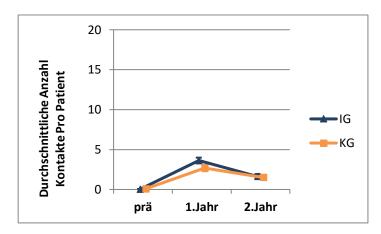
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

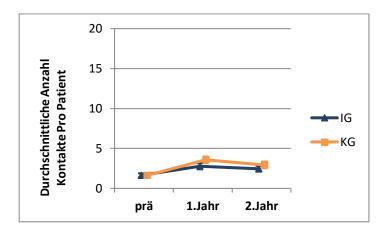
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)

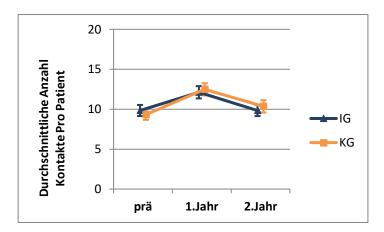


- <u>bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (C)</u>



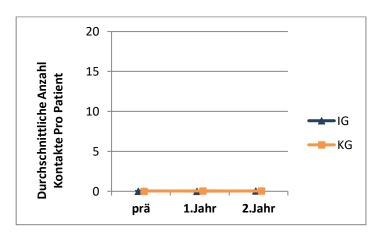


- bei anderen Vertragsärzten (E)

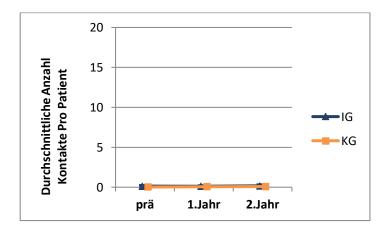


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)

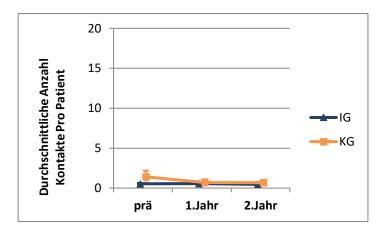


- <u>bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)</u>



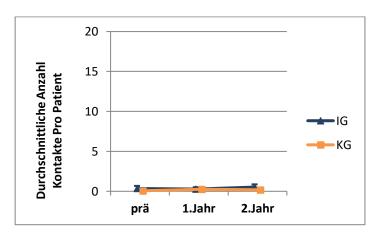


- bei anderen Vertragsärzten (F)



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)

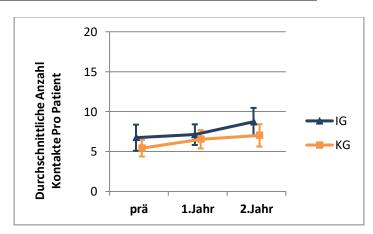




Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufg	rund Indexdiag	gnose
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,98***	-0,82*	-0,88
	0,451,52	-1,500,13	-2,140,37
DID Jahr 2	0,15	-0,50	-1,04
	-0,390,68	-1,180,18	-2,300,21

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal		IC	3			К	G	
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	831	831	783	761	836	836	798	772
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	370	831	783	761	370	836	798	772
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	803	803	745	716	808	820	773	745
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
 in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A) 	0,0	3,0	1,4	1,4	0,1	2,8	1,6	1,6
 bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴(C) 	1,6	2,8	2,7	2,3	1,7	3,6	2,8	2,2
 bei anderen Vertragsärzten⁵ (E) 	9,8	12,2	10,1	9,7	9,0	12,5	10,7	10,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
 in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B) 	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
 bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
 bei anderen Vertragsärzten⁵ (F) 	0,5	0,6	0,5	0,5	1,7	0,8	0,8	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
 bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,3	0,2	0,5	0,5	0,1	0,4	0,2	0,3



		• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	7,2	6,7	8,3	9,3	5,5	6,4	6,8	8,4
--	--	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

¹ Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt. Alle restlichen Abrechnungen stellen Kontakte dar, auch wenn hier ggf. kein persönlicher Kontakt erfolgt ist. Auch wurden Abrechnungen von Labormedizinern (Facharztgruppe = 48) und Pathologen (Facharztgruppe = 56) nicht berücksichtigt.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁶ APN: 5xxxxxx, 6xxxxxx UND verordnender Arzt = 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal		10	G			K	G	
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	679	679	657	640	684	684	659	637
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	28	679	657	640	28	684	659	637
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	643	654	622	609	673	669	650	621
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
 in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A) 	0,2	5,7	4,5	5,3	0,3	8,2	7,1	6,3
 bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴(C) 	1,2	1,1	1,8	1,8	1,8	1,6	1,7	1,6
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	13,2	13,2	13,0	13,1	14,6	13,9	14,6	14,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								



• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
 bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,1	0,4	0,5	0,4	0,0	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,9	0,8	0,6	0,6	0,7	0,5	0,2	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
 bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,2	0,3	0,6	0,7	0,2	0,4	0,2	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	7,8	11,5	10,6	10,3	7,8	6,7	6,3	7,5

¹ Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt. Alle restlichen Abrechnungen stellen Kontakte dar, auch wenn hier ggf. kein persönlicher Kontakt erfolgt ist. Auch wurden Abrechnungen von Labormedizinern (Facharztgruppe = 48) und Pathologen (Facharztgruppe = 56) nicht berücksichtigt.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁶ APN: 5xxxxxx, 6xxxxxx UND verordnender Arzt = 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁷ APN: alle



Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

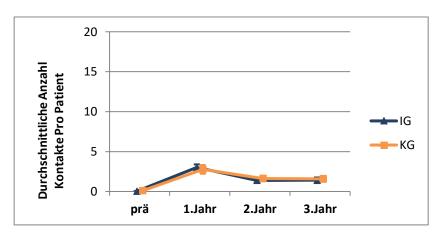
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

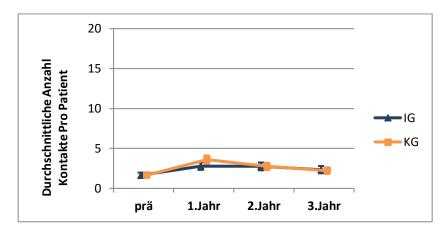
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)

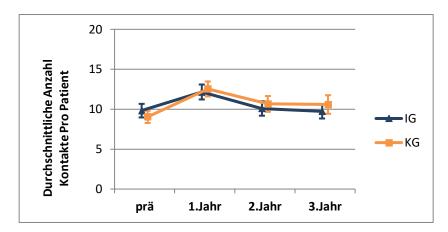


- <u>bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (C)</u>



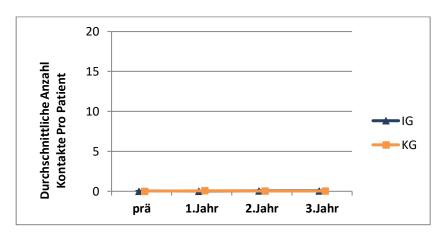


- bei anderen Vertragsärzten (E)

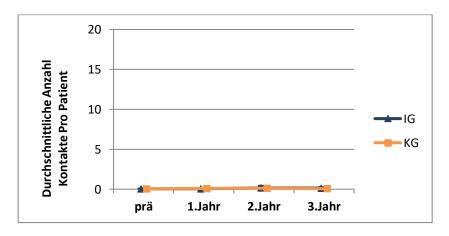


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)

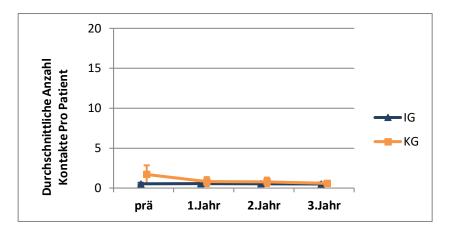


- <u>bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)</u>



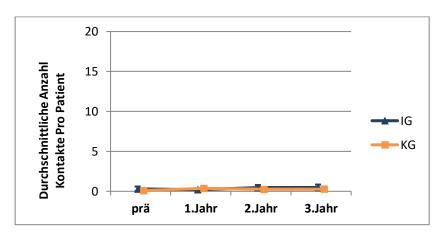


- bei anderen Vertragsärzten (F)

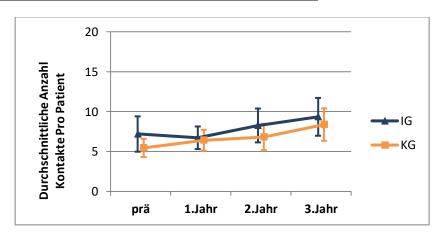


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



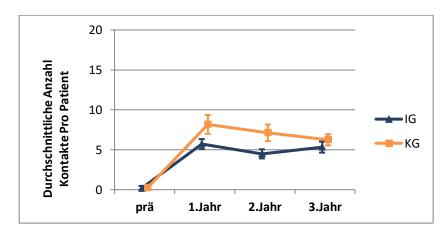


Legende für die folgenden Abbildungen:

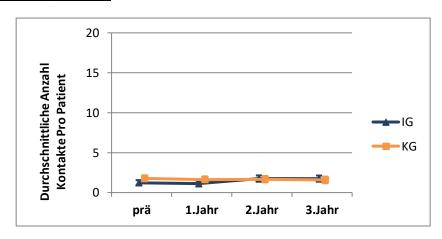
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)

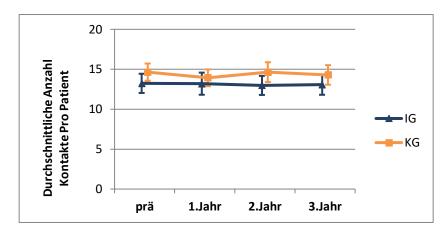


bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem
 Psychotherapeuten (C)



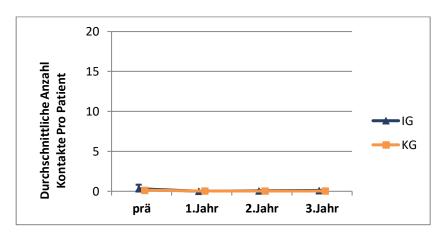


- bei anderen Vertragsärzten (E)

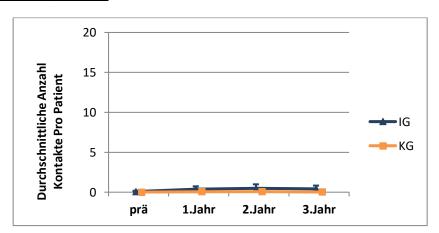


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)

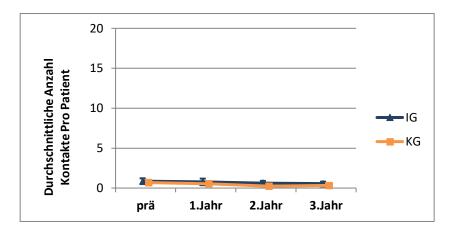


- <u>bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)</u>



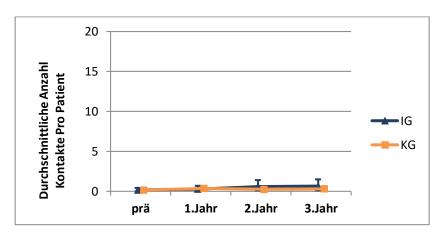


- bei anderen Vertragsärzten (F)

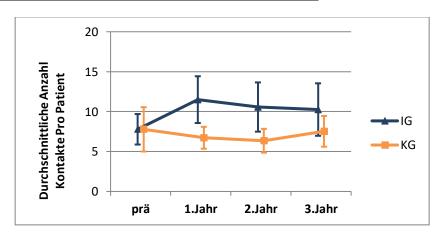


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)





8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

Sekundärer Outcome: Hier wurde untersucht, ob nach der Entlassung nach einem stationären Aufenthalt innerhalb von 7, 30 bzw. 90 Tagen ein ambulanter Kontakt erfolgt ist und wenn ja, mit wem bzw. mit welcher Institution dieser Kontakt stattfand.

Patienten von Krankenkassen, die keine Daten zu der Häufigkeit der Kontakte in der PIA ("Ambofall_LDL"- Tabelle) liefern konnten, wurden von dieser Analyse ausgeschlossen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Hauptaugenmerk lag hier bei der Kontinuität der Behandlung im "psychiatrischen Sektor" (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) aller Patienten.

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für <u>klinikneue</u> Patienten im Zeitverlauf keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Patienten der IG und der KG bezüglich der **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor**. Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war jedoch die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor bei der Betrachtung von 7 Tagen (1. Jahr und 2. Jahr nach Referenzfall) und 30 Tagen (1. Jahr nach Referenzfall) in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG.

U2: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein größerer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (IG: 53,9 %; KG: 46,3 %).

U3: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor (innerhalb von 90 Tagen) im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (IG: 52,3 %; KG: 45,9 %). Im zweiten Jahr nach Referenzfall waren diese Anteile zwischen IG und KG vergleichbar.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Anteile der Patienten mit Kontakt innerhalb von 90 Tagen zum





psychiatrischen Sektor für <u>klinikneue</u> und <u>klinikbekannte</u> Patienten zwischen IG und KG jeweils vergleichbar.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 18: Kontinuität der Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal		I	G		KG					
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)										
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr		
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	376	85	50	61	481	84	57	51		
Alle										
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)										
• PIA (A)	12,5 %	9,4 %	10,0 %	9,8 %	6,2 %	3,6 %	14,0 %	19,6 %		
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	5,1 %	3,5 %	2,0 %	4,9 %	9,1 %	7,1 %	7,0 %	7,8 %		
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	41,8 %	35,3 %	30,0 %	24,6 %	48,2 %	32,1 %	38,6 %	39,2 %		
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,4 %	3,5 %	2,0 %	3,3 %	14,6 %	8,3 %	8,8 %	7,8 %		
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,6 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	2,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %		
 Keine Fachgruppe (F) 	1,9 %	3,5 %	10,0 %	6,6 %	1,2 %	1,2 %	7,0 %	2,0 %		
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,8 %	12,9 %	12,0 %	14,8 %	16,8 %	10,7 %	19,3 %	27,5 %		
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,4 %	54,1 %	50,0 %	59,0 %	37,0 %	53,6 %	43,9 %	41,2 %		
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	175	53	26	35	218	45	26	22		
Schwere psychische Erkrankungen (A)										



13,7 %	7,5 %	7,7 %	11,4 %	7,3 %	4,4 %	15,4 %	18,2 %
6,3 %	3,8 %	3,8 %	5,7 %	17,0 %	11,1 %	11,5 %	9,1 %
36,0 %	34,0 %	38,5 %	31,4 %	44,5 %	35,6 %	46,2 %	45,5 %
12,6 %	3,8 %	0,0 %	2,9 %	17,9 %	11,1 %	3,8 %	13,6 %
3,4 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %	3,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1,7 %	5,7 %	19,2 %	11,4 %	1,8 %	2,2 %	7,7 %	0,0 %
21,1 %	11,3 %	11,5 %	17,1 %	25,7 %	15,6 %	26,9 %	27,3 %
44,6 %	56,6 %	34,6 %	48,6 %	35,8 %	42,2 %	30,8 %	36,4 %
65	17	11	20	98	19	13	15
18,5 %	11,8 %	0,0 %	5,0 %	4,1 %	5,3 %	7,7 %	20,0 %
12,3 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %	13,3 %	10,5 %	7,7 %	0,0 %
41,5 %	41,2 %	36,4 %	20,0 %	44,9 %	47,4 %	46,2 %	46,7 %
16,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	23,5 %	10,5 %	7,7 %	6,7 %
1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
0,0 %	17,6 %	18,2 %	15,0 %	2,0 %	0,0 %	7,7 %	0,0 %
27,7 %	11,8 %	0,0 %	15,0 %	20,4 %	15,8 %	15,4 %	20,0 %
27,7 70	,0 ,0	- /		, . , .	_0,0 /0	_0,.,.	-
	6,3 % 36,0 % 12,6 % 3,4 % 1,7 % 21,1 % 44,6 % 65 18,5 % 12,3 % 41,5 % 16,9 % 1,5 % 0,0 %	6,3 % 3,8 % 36,0 % 34,0 % 12,6 % 1,9 % 1,7 % 5,7 % 21,1 % 11,3 % 44,6 % 56,6 % 17	6,3 % 3,8 % 3,8 % 36,0 % 34,0 % 38,5 % 12,6 % 3,8 % 0,0 % 3,4 % 1,9 % 0,0 % 1,7 % 5,7 % 19,2 % 21,1 % 11,3 % 11,5 % 44,6 % 56,6 % 34,6 % 18,5 % 11,8 % 0,0 % 12,3 % 0,0 % 0,0 % 41,5 % 41,2 % 36,4 % 16,9 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 1,5 % 0,0 %	6,3 % 3,8 % 3,8 % 5,7 % 36,0 % 34,0 % 38,5 % 31,4 % 12,6 % 3,8 % 0,0 % 2,9 % 3,4 % 1,9 % 0,0 % 0,0 % 1,7 % 5,7 % 19,2 % 11,4 % 21,1 % 11,3 % 11,5 % 17,1 % 44,6 % 56,6 % 34,6 % 48,6 % 18,5 % 11,8 % 0,0 % 5,0 % 12,3 % 0,0 % 0,0 % 10,0 % 41,5 % 41,2 % 36,4 % 20,0 % 15,6 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 1,5 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 1,5 % 17,6 % 18,2 % 15,0 %	6,3 % 3,8 % 3,8 % 5,7 % 17,0 % 36,0 % 34,0 % 38,5 % 31,4 % 44,5 % 12,6 % 3,8 % 0,0 % 2,9 % 17,9 % 3,4 % 1,9 % 0,0 % 0,0 % 3,7 % 1,7 % 5,7 % 19,2 % 11,4 % 1,8 % 21,1 % 11,3 % 11,5 % 17,1 % 25,7 % 44,6 % 56,6 % 34,6 % 48,6 % 35,8 % 18,5 % 11,8 % 0,0 % 0,0 % 5,0 % 4,1 % 12,3 % 0,0 % 0,0 % 10,0 % 13,3 % 41,5 % 41,2 % 36,4 % 20,0 % 44,9 % 16,9 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 5,1 % 0,0 % 17,6 % 18,2 % 15,0 % 2,0 %	6,3 % 3,8 % 3,8 % 5,7 % 17,0 % 11,1 % 36,0 % 34,0 % 38,5 % 31,4 % 44,5 % 35,6 % 12,6 % 3,8 % 0,0 % 2,9 % 17,9 % 11,1 % 3,4 % 1,9 % 0,0 % 0,0 % 3,7 % 0,0 % 1,7 % 5,7 % 19,2 % 11,4 % 1,8 % 2,2 % 21,1 % 11,3 % 11,5 % 17,1 % 25,7 % 15,6 % 44,6 % 56,6 % 34,6 % 48,6 % 35,8 % 42,2 % 18,5 % 11,8 % 0,0 % 5,0 % 4,1 % 5,3 % 12,3 % 0,0 % 0,0 % 10,0 % 13,3 % 10,5 % 41,5 % 41,2 % 36,4 % 20,0 % 44,9 % 47,4 % 16,9 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 5,1 % 0,0 % 1,5 % 0,0 % 13,0 % 2,0 % 0,0 %	6,3 % 3,8 % 3,8 % 5,7 % 17,0 % 11,1 % 11,5 % 36,0 % 34,0 % 38,5 % 31,4 % 44,5 % 35,6 % 46,2 % 12,6 % 3,8 % 0,0 % 2,9 % 17,9 % 11,1 % 3,8 % 3,4 % 1,9 % 0,0 % 0,0 % 3,7 % 0,0 % 0,0 % 1,7 % 5,7 % 19,2 % 11,4 % 1,8 % 2,2 % 7,7 % 21,1 % 11,3 % 11,5 % 17,1 % 25,7 % 15,6 % 26,9 % 44,6 % 56,6 % 34,6 % 48,6 % 35,8 % 42,2 % 30,8 % 18,5 % 11,8 % 0,0 % 5,0 % 4,1 % 5,3 % 7,7 % 12,3 % 0,0 % 0,0 % 10,0 % 13,3 % 10,5 % 7,7 % 41,5 % 41,2 % 36,4 % 20,0 % 44,9 % 47,4 % 46,2 % 16,9 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 5,1 % 0,0 % 0,0 % 1,5 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 5,1 % 0,0 % 0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39



³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal		IC	3			K	G	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	331	77	43	50	435	73	48	44
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	23,6 %	22,1 %	20,9 %	32,0 %	13,1 %	11,0 %	22,9 %	27,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹	10,0 %	13,0 %	7,0 %	8,0 %	18,6 %	19,2 %	10,4 %	13,6 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	64,0 %	54,5 %	48,8 %	44,0 %	71,3 %	67,1 %	62,5 %	65,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)³	28,4 %	18,2 %	18,6 %	14,0 %	33,8 %	17,8 %	18,8 %	25,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,2 %	3,9 %	2,3 %	4,0 %	5,1 %	4,1 %	2,1 %	0,0 %
Keine Fachgruppe (F)	3,9 %	6,5 %	9,3 %	4,0 %	3,7 %	6,8 %	10,4 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,1 %	35,1 %	25,6 %	44,0 %	33,3 %	31,5 %	31,3 %	38,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	23,0 %	28,6 %	34,9 %	30,0 %	14,3 %	20,5 %	20,8 %	20,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	150	49	23	28	194	42	23	21
Schwere psychische Erkrankungen (A)								



- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	26,7 %	22,4 %	26,1 %	28,6 %	13,9 %	16,7 %	26,1 %	23,8 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	10,0 %	16,3 %	13,0 %	10,7 %	30,4 %	26,2 %	13,0 %	14,3 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	68,7 %	61,2 %	56,5 %	46,4 %	70,6 %	73,8 %	78,3 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	36,7 %	18,4 %	17,4 %	10,7 %	38,7 %	23,8 %	8,7 %	23,8 %
 Psychotherapeuten (E)⁴ 	8,7 %	4,1 %	4,3 %	3,6 %	8,2 %	7,1 %	0,0 %	0,0 %
 Keine Fachgruppe (F) 	2,7 %	8,2 %	17,4 %	3,6 %	4,1 %	11,9 %	8,7 %	4,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,3 %	38,8 %	34,8 %	42,9 %	45,9 %	45,2 %	39,1 %	38,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,3 %	22,4 %	26,1 %	28,6 %	10,8 %	7,1 %	8,7 %	19,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	54	16	<10	14	88	18	12	15
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	33,3 %	31,3 %	22,2 %	35,7 %	10,2 %	16,7 %	16,7 %	33,3 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	20,4 %	18,8 %	11,1 %	21,4 %	28,4 %	22,2 %	8,3 %	0,0 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	75,9 %	81,3 %	55,6 %	42,9 %	70,5 %	61,1 %	75,0 %	66,7 %
 anderen Vertragsärzten (D)³ 	42,6 %	12,5 %	22,2 %	7,1 %	45,5 %	27,8 %	16,7 %	20,0 %
 Psychotherapeuten (E)⁴ 	3,7 %	6,3 %	11,1 %	0,0 %	6,8 %	5,6 %	0,0 %	0,0 %
 Keine Fachgruppe (F) 	1,9 %	18,8 %	11,1 %	0,0 %	3,4 %	16,7 %	8,3 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,3 %	50,0 %	33,3 %	57,1 %	42,0 %	38,9 %	25,0 %	33,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,4 %	12,5 %	44,4 %	21,4 %	10,2 %	16,7 %	16,7 %	20,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39



³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal		10	;			К	G	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	276	60	33	38	385	54	40	41
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	29,7 %	33,3 %	30,3 %	39,5 %	19,0 %	18,5 %	35,0 %	39,0 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	18,5 %	18,3 %	12,1 %	13,2 %	26,0 %	35,2 %	22,5 %	26,8 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	80,8 %	80,0 %	72,7 %	60,5 %	85,7 %	88,9 %	80,0 %	80,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,0 %	41,7 %	42,4 %	34,2 %	54,5 %	44,4 %	40,0 %	53,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,5 %	8,3 %	3,0 %	7,9 %	7,8 %	5,6 %	2,5 %	0,0 %
Keine Fachgruppe (F)	9,4 %	8,3 %	18,2 %	7,9 %	8,6 %	9,3 %	7,5 %	4,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,5 %	50,0 %	39,4 %	52,6 %	46,0 %	51,9 %	52,5 %	58,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	10,1 %	10,0 %	12,1 %	23,7 %	5,7 %	3,7 %	10,0 %	9,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	127	36	19	21	177	29	20	21



were psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	33,9 %	33,3 %	36,8 %	42,9 %	20,9 %	20,7 %	45,0 %	33,3 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	22,0 %	22,2 %	21,1 %	19,0 %	41,2 %	48,3 %	30,0 %	33,3 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	85,8 %	83,3 %	73,7 %	66,7 %	85,9 %	89,7 %	80,0 %	76,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	55,9 %	44,4 %	36,8 %	33,3 %	61,0 %	48,3 %	35,0 %	57,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,0 %	8,3 %	5,3 %	4,8 %	11,3 %	10,3 %	0,0 %	0,0 %
 Keine Fachgruppe (F) 	11,8 %	8,3 %	26,3 %	9,5 %	9,6 %	10,3 %	10,0 %	4,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,1 %	52,8 %	52,6 %	57,1 %	61,6 %	65,5 %	75,0 %	61,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,9 %	11,1 %	10,5 %	19,0 %	2,8 %	0,0 %	5,0 %	4,8 %
tionäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen rankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	42	10	<10	<10	81	13	10	1
•	42	10	<10	<10	81	13	10	1
rankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit were psychische Erkrankungen (B)	42 38,1 %				81 18,5 %	13 23,1 %		
rankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit were psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F)			42,9 %	33,3 %			40,0 %	40,0 9
rankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit were psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	38,1 %	50,0 %	42,9 %	33,3 % 22,2 %	18,5 %	23,1 %	40,0 % 30,0 %	40,0 9
rankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit were psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A)	38,1 % 40,5 %	50,0 % 30,0 % 100,0 %	42,9 % 14,3 % 71,4 %	33,3 % 22,2 % 66,7 %	18,5 % 45,7 %	23,1 % 38,5 % 92,3 %	40,0 % 30,0 % 80,0 %	40,0 9
rankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit were psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,1 % 40,5 % 92,9 %	50,0 % 30,0 % 100,0 % 50,0 %	42,9 % 14,3 % 71,4 % 28,6 %	33,3 % 22,2 % 66,7 % 22,2 %	18,5 % 45,7 % 86,4 %	23,1 % 38,5 % 92,3 %	40,0 % 30,0 % 80,0 % 60,0 %	40,0 ° 26,7 ° 73,3 ° 53,3 °
rankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit were psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ² • anderen Vertragsärzten (D) ³	38,1 % 40,5 % 92,9 % 66,7 %	50,0 % 30,0 % 100,0 % 50,0 % 20,0 %	42,9 % 14,3 % 71,4 % 28,6 % 14,3 %	33,3 % 22,2 % 66,7 % 22,2 %	18,5 % 45,7 % 86,4 % 69,1 %	23,1 % 38,5 % 92,3 % 61,5 %	40,0 % 30,0 % 80,0 % 60,0 % 0,0 %	40,0 26,7 73,3 53,3 0,0
rankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit were psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ² • anderen Vertragsärzten (D) ³ • Psychotherapeuten (E) ⁴	38,1 % 40,5 % 92,9 % 66,7 % 7,1 %	50,0 % 30,0 % 100,0 % 50,0 % 20,0 %	42,9 % 14,3 % 71,4 % 28,6 % 14,3 %	33,3 % 22,2 % 66,7 % 22,2 % 0,0 % 0,0 %	18,5 % 45,7 % 86,4 % 69,1 % 8,6 %	23,1 % 38,5 % 92,3 % 61,5 % 7,7 %	40,0 % 30,0 % 80,0 % 60,0 % 0,0 % 10,0 %	40,0 26,7 73,3 53,3 0,0 6,7

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39





³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69



A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal		IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)									
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	434	302	241	258	461	259	238	195	
Alle									
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)									
• PIA (A)	15,2 %	17,5 %	22,8 %	26,4 %	14,8 %	18,1 %	23,5 %	25,6 %	
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	3,0 %	4,0 %	1,7 %	2,3 %	6,3 %	7,7 %	5,5 %	7,2 %	
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	27,2 %	25,2 %	27,4 %	31,4 %	45,8 %	39,8 %	38,2 %	35,9 %	
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,0 %	7,0 %	10,8 %	5,4 %	10,6 %	8,9 %	5,9 %	9,7 %	
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,5 %	0,3 %	0,0 %	1,6 %	0,7 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	
 Keine Fachgruppe (F) 	3,2 %	0,7 %	0,4 %	2,3 %	2,0 %	1,2 %	1,3 %	1,5 %	
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	18,2 %	21,5 %	24,5 %	29,8 %	21,7 %	25,1 %	29,0 %	31,8 %	
- kein Kontakt in 7 Tagen	54,6 %	53,3 %	46,9 %	44,6 %	42,7 %	42,1 %	44,5 %	43,1 %	
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	338	249	189	218	344	210	188	157	
Schwere psychische Erkrankungen (A)									
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)									
• PIA (A)	16,3 %	19,3 %	25,4 %	28,0 %	17,7 %	21,4 %	28,2 %	30,6 %	
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	3,0 %	4,8 %	2,1 %	2,3 %	7,6 %	9,0 %	6,9 %	8,3 %	



Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	28,4 %	25,3 %	27,5 %	33,5 %	48,8 %	43,8 %	42,6 %	40,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,9 %	6,8 %	12,2 %		11,0 %	-	-	10,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,6 %	-	0,0 %	1,8 %	0,9 %		0,0 %	0,0 %
Keine Fachgruppe (F)	3,0 %	-	0,5 %	2,3 %	1,7 %	-	-	1,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,2 %	-	27,5 %	-	26,2 %		35,1 %	37,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	52,4 %		44,4 %		38,1 %			35,0 %
Kelli Kolitakt III / Tageli	J2,4 70	31,0 /0	77,7 70	41,5 /0	30,1 /0	34,0 /0	30,7 70	33,0 70
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	191	139	107	126	203	128	138	103
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,7 %	21,6 %	29,0 %	29,4 %	19,7 %	22,7 %	30,4 %	33,0 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	4,2 %	7,9 %	1,9 %	2,4 %	9,4 %	9,4 %	8,0 %	12,6 %
Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	25,7 %	30,2 %	29,9 %	32,5 %	53,2 %	43,8 %	44,9 %	45,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,4 %	7,2 %	15,9 %	6,3 %	12,8 %	11,7 %	8,0 %	12,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,5 %	0,7 %	0,0 %	3,2 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	0,7 %	0,0 %	4,0 %	1,5 %	2,3 %	0,0 %	1,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,4 %	29,5 %	30,8 %	34,9 %	29,6 %	30,5 %	38,4 %	43,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	53,4 %	42,4 %	38,3 %	36,5 %	33,0 %	32,8 %	35,5 %	28,2 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60 ² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69



B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal		IC	G			K	G	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	342	230	192	195	373	200	185	149
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,5 %	34,8 %	43,8 %	45,1 %	28,4 %	31,5 %	35,1 %	39,6 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	6,1 %	6,5 %	6,8 %	7,7 %	12,1 %	14,5 %	13,5 %	13,4 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	51,2 %	49,1 %	59,4 %	51,3 %	68,4 %	61,5 %	58,9 %	64,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,9 %	20,4 %	26,6 %	17,4 %	27,1 %	29,0 %	18,9 %	23,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,9 %	1,3 %	3,1 %	2,6 %	2,7 %	2,0 %	0,5 %	2,0 %
 Keine Fachgruppe (F) 	5,3 %	2,6 %	1,6 %	2,6 %	3,5 %	3,0 %	6,5 %	6,0 %
 Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) 	33,6 %	40,9 %	50,0 %	53,3 %	41,0 %	45,0 %	47,0 %	51,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	28,4 %	28,3 %	19,3 %	21,5 %	20,1 %	20,0 %	21,6 %	16,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	266	191	150	160	285	164	147	123
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	29,3 %	37,7 %	49,3 %	48,1 %	33,0 %	35,4 %	42,2 %	45,5 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	6,0 %	7,3 %	7,3 %	8,1 %	12,6 %	17,1 %	17,0 %	14,6 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	54,1 %	49,7 %	64,7 %	55,0 %	71,9 %	65,9 %	65,3 %	69,9 %
 anderen Vertragsärzten (D)³ 	28,6 %	20,9 %	29,3 %	16,9 %	28,8 %	32,3 %	21,8 %	25,2 %



• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,1 %	1,6 %	3,3 %	3,1 %	3,2 %	2,4 %	0,7 %	2,4 %
Keine Fachgruppe (F)	4,1 %	2,6 %	1,3 %	1,3 %	3,5 %	2,4 %	5,4 %	4,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,7 %	45,0 %	56,0 %	57,5 %	46,3 %	51,2 %	57,1 %	57,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	25,6 %	25,7 %	12,7 %	18,8 %	15,1 %	14,6 %	13,6 %	9,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	144	112	93	92	163	96	109	78
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	28,5 %	41,1 %	52,7 %	47,8 %	40,5 %	38,5 %	47,7 %	48,7 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	6,3 %	10,7 %	6,5 %	10,9 %	14,1 %	19,8 %	18,3 %	23,1 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	54,9 %	56,3 %	67,7 %	58,7 %	74,2 %	68,8 %	67,9 %	75,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,0 %	22,3 %	31,2 %	19,6 %	31,9 %	33,3 %	22,9 %	32,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,7 %	0,9 %	5,4 %	5,4 %	2,5 %	2,1 %	0,0 %	1,3 %
Keine Fachgruppe (F)	4,2 %	1,8 %	2,2 %	1,1 %	3,1 %	3,1 %	6,4 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,7 %	50,0 %	59,1 %	60,9 %	54,6 %	55,2 %	62,4 %	66,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	24,3 %	17,9 %	8,6 %	16,3 %	10,4 %	11,5 %	11,9 %	5,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60 ² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69



Merkmal		I	G			К	G	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	256	167	144	128	292	159	137	110
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	38,3 %	46,1 %	66,7 %	65,6 %	34,6 %	45,9 %	52,6 %	51,8 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	13,7 %	13,8 %	7,6 %	14,1 %	18,5 %	22,6 %	21,9 %	19,1 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	75,4 %	67,1 %	75,7 %	73,4 %	85,3 %	83,6 %	84,7 %	80,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	44,9 %	39,5 %	46,5 %	36,7 %	48,3 %	53,5 %	53,3 %	52,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,7 %	3,6 %	4,9 %	3,1 %	3,8 %	3,1 %	2,2 %	2,7 %
 Keine Fachgruppe (F) 	9,8 %	9,6 %	3,5 %	8,6 %	6,2 %	6,9 %	8,8 %	10,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,4 %	55,7 %	73,6 %	76,6 %	51,7 %	61,0 %	70,1 %	66,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,6 %	15,6 %	4,2 %	3,9 %	7,2 %	6,3 %	2,9 %	4,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	203	137	114	109	223	133	118	92
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	39,9 %	48,2 %	71,1 %	66,1 %	39,9 %	48,9 %	58,5 %	59,8 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	15,3 %	14,6 %	7,9 %	14,7 %	20,2 %	24,8 %	23,7 %	20,7 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	79,8 %	70,8 %	80,7 %	76,1 %	89,2 %	85,7 %	86,4 %	84,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)³	48,3 %	40,9 %	49,1 %	38,5 %	49,3 %	55,6 %	55,1 %	55,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,5 %	4,4 %	5,3 %	3,7 %	4,0 %	3,0 %	1,7 %	3,3 %



 Keine Fachgruppe (F) Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) 	10,3 % 53,2 %	10,2 % 59,1 %	-	-	4,9 % 58,3 %	6,0 % 65,4 %	8,5 % 77,1 %	8,7 % 75,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,4 %	11,7 %	1,8 %	4,6 %	4,0 %	4,5 %	1,7 %	2,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	113	81	72	65	128	77	83	56
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	38,9 %	53,1 %	73,6 %	66,2 %	46,1 %	54,5 %	67,5 %	64,3 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	16,8 %	17,3 %	8,3 %	16,9 %	18,8 %	27,3 %	26,5 %	28,6 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	78,8 %	74,1 %	83,3 %	80,0 %	92,2 %	89,6 %	89,2 %	87,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	52,2 %	37,0 %	44,4 %	40,0 %	57,0 %	62,3 %	60,2 %	66,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,8 %	3,7 %	6,9 %	6,2 %	3,1 %	2,6 %	1,2 %	1,8 %
 Keine Fachgruppe (F) 	10,6 %	6,2 %	2,8 %	9,2 %	3,1 %	6,5 %	10,8 %	12,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,1 %	64,2 %	81,9 %	78,5 %	63,3 %	72,7 %	85,5 %	83,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,1 %	7,4 %	1,4 %	4,6 %	0,8 %	1,3 %	1,2 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69



Abbildung 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

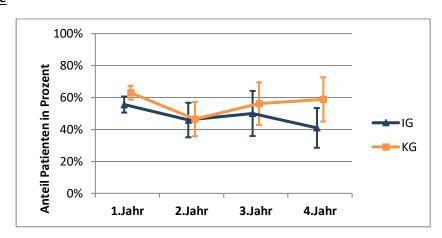
Legende für die folgenden Abbildungen:

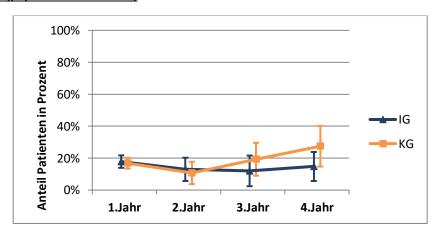
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- <u>Alle</u>



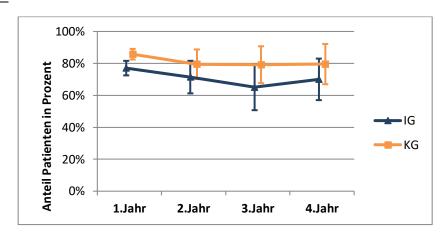


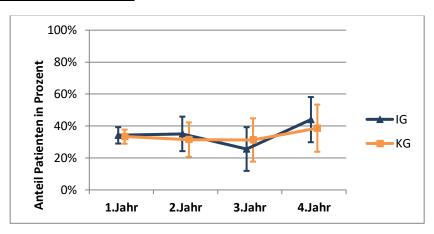


Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- <u>Alle</u>



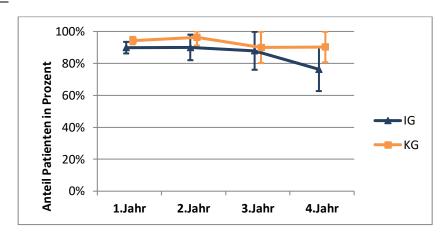


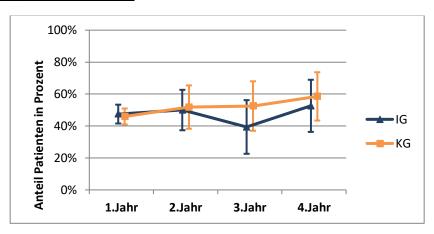


Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- <u>Alle</u>







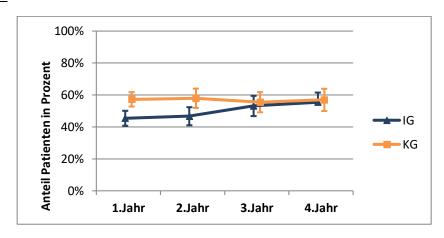
Legende für die folgenden Abbildungen:

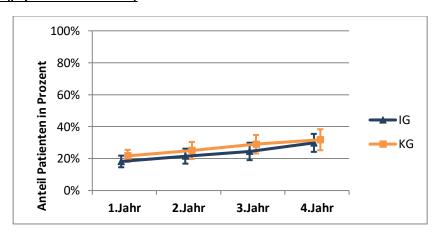
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- <u>Alle</u>

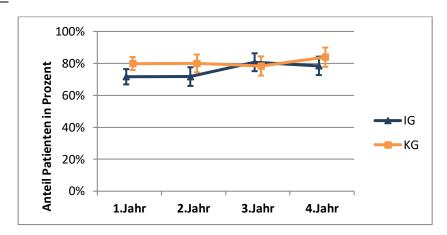


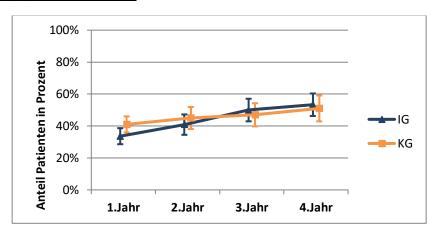




Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- <u>Alle</u>







Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- <u>Alle</u>



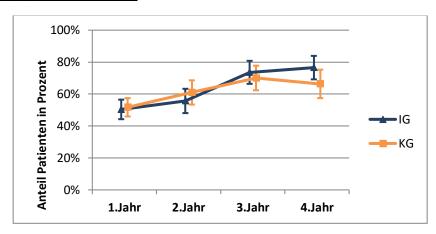




Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle	Intervalle	Intervalle
	mit mind. 1	mit mind. 1	mit mind. 1
	Kontakt	Kontakt	Kontakt
Gruppe	0,77	0,55**	0,47*
Jahr 1	0,571,03	0,360,82	0,250,88
Gruppe	0,98	0,63	0,49
Jahr 2	0,491,96	0,261,51	0,083,24
Gruppe	0,72	0,46	0,34
Jahr 3	0,242,16	0,131,57	0,042,68
Gruppe	0,46	1,11	0,70
Jahr 4	0,181,14	0,353,50	0,133,73

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Klinikbekannte Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle	Intervalle	Intervalle
	mit mind. 1	mit mind. 1	mit mind. 1
	Kontakt	Kontakt	Kontakt
Gruppe	0,58***	0,56**	0,56
Jahr 1	0,430,78	0,380,83	0,281,16
Gruppe	0,64*	0,55*	0,27**
Jahr 2	0,440,94	0,330,92	0,110,65
Gruppe	1,02	1,41	0,59
Jahr 3	0,681,54	0,772,60	0,142,49
Gruppe	0,87	0,60	0,83
Jahr 4	0,571,34	0,311,18	0,193,62

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.336	1.681
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	18,8 %	6,5 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	4,9 %	9,0 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	36,9 %	49,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,0 %	12,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,6 %	3,3 %
 Keine Fachgruppe (F) 	1,8 %	1,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,7 %	17,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,8 %	35,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	584	770
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	21,1 %	7,1 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	6,8 %	14,5 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	33,2 %	47,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,8 %	15,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,6 %	4,0 %
 Keine Fachgruppe (F) 	2,2 %	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,0 %	24,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,1 %	32,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	235	318
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
,	ı	ı



• PIA (A)	19,6 %	6,3 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	11,5 %	18,2 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	39,1 %	47,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,9 %	18,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,8 %	4,4 %
 Keine Fachgruppe (F) 	1,3 %	1,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,1 %	27,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,0 %	28,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60 ² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.187	1.542
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	31,1 %	12,7 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	11,7 %	18,0 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	63,5 %	72,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,9 %	31,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,4 %	7,4 %
 Keine Fachgruppe (F) 	4,2 %	3,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,0 %	34,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	19,1 %	13,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	517	698
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	32,7 %	14,5 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	16,6 %	26,8 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	65,8 %	71,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)³	35,4 %	36,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,9 %	10,6 %

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69



• Keine Fachgruppe (F)	5,2 %	-
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,1 %	-
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,3 %	10,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	204	290
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	32,4 %	12,4 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	25,5 %	31,7 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	68,6 %	72,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)³	36,8 %	40,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,4 %	8,6 %
Keine Fachgruppe (F)	4,4 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,9 %	46,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,3 %	8,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.020	1.362
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	36,6 %	16,4 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	19,7 %	26,4 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	80,3 %	85,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,4 %	52,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,2 %	11,7 %
 Keine Fachgruppe (F) 	8,7 %	7,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,9 %	46,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,8 %	5,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	451	606

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69



hwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	38,8 %	18,8 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	28,6 %	36,6 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	83,8 %	86,6 %
 anderen Vertragsärzten (D)³ 	57,2 %	58,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,9 %	15,3 %
 Keine Fachgruppe (F) 	10,0 %	9,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,1 %	58,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,7 %	3,0 %
ationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen krankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	169	255
krankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	169	25!
krankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit chwere psychische Erkrankungen (B)	169	25
krankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit hwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F)	169	25 !
krankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit chwere psychische Erkrankungen (B)		16,9 %
krankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit chwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A)	37,3 %	16,9 %
krankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit hwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	37,3 % 45,0 %	16,9 % 43,1 % 88,6 %
ckrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit chwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	37,3 % 45,0 % 86,4 %	16,9 % 43,1 % 88,6 %
krankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit hwere psychische Erkrankungen (B) Mindestens 1 Kontakt (A-F) PIA (A) Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ² anderen Vertragsärzten (D) ³	37,3 % 45,0 % 86,4 % 61,5 %	16,9 9 43,1 9 88,6 9 62,0 9
krankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit hwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ² • anderen Vertragsärzten (D) ³ • Psychotherapeuten (E) ⁴	37,3 % 45,0 % 86,4 % 61,5 % 7,7 %	16,9 9 43,1 9 88,6 9 62,0 9

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69



Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

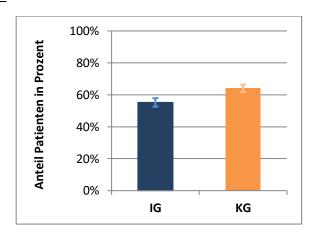
Klinikneue Patienten

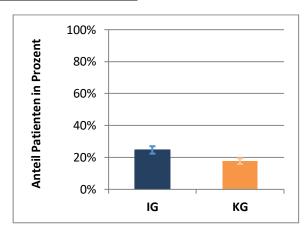
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- <u>Alle</u>

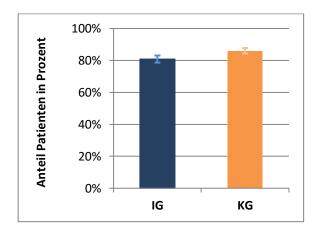


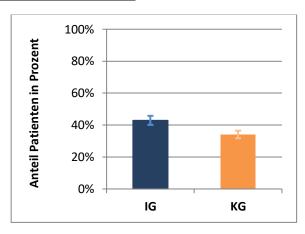




Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- <u>Alle</u>

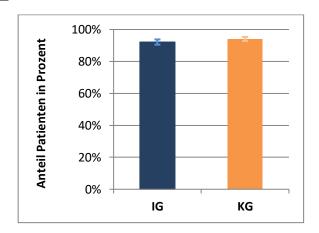


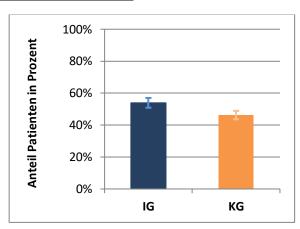




Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- <u>Alle</u>







U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung,(U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.015	225	1.235	238
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,3 %	15,1 %	5,4 %	10,1 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	4,6 %	5,8 %	9,4 %	10,9 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	36,9 %	31,1 %	50,6 %	38,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)³	11,1 %	5,3 %	13,0 %	10,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,3 %	1,8 %	2,9 %	2,9 %
 Keine Fachgruppe (F) 	1,9 %	2,7 %	1,2 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,0 %	20,4 %	16,6 %	21,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	46,4 %	52,9 %	35,7 %	43,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	443	123	576	120
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,5 %	17,9 %	5,7 %	11,7 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	6,3 %	8,9 %	15,5 %	13,3 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	35,0 %	29,3 %	47,2 %	39,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)³	12,9 %	4,9 %	15,8 %	15,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	3,3 %	3,5 %	3,3 %
Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	4,1 %	1,7 %	0,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,9 %	26,0 %	23,1 %	26,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	43,3 %	49,6 %	33,2 %	36,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	181	54	244	58
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				



	_			_
• PIA (A)	19,3 %	18,5 %	4,5 %	10,3 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	9,9 %	7,4 %	18,4 %	12,1 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	39,2 %	33,3 %	45,9 %	41,4 %
 anderen Vertragsärzten (D)³ 	13,8 %	1,9 %	20,5 %	17,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,2 %	0,0 %	3,7 %	5,2 %
 Keine Fachgruppe (F) 	1,1 %	7,4 %	2,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,7 %	25,9 %	25,4 %	25,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,7 %	48,1 %	28,7 %	36,2 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60 ² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	I	G	К	G
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	896	197	1.132	201
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,8 %	29,4 %	11,7 %	18,4 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	11,2 %	12,2 %	18,6 %	20,9 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	64,4 %	53,3 %	72,8 %	60,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,8 %	21,3 %	31,4 %	26,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,9 %	4,6 %	6,7 %	6,5 %
 Keine Fachgruppe (F) 	4,6 %	3,6 %	3,4 %	5,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,7 %	39,6 %	33,1 %	40,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,0 %	26,9 %	13,6 %	19,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	393	107	518	107
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	30,0 %	30,8 %	12,7 %	22,4 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	14,8 %	17,8 %	27,8 %	28,0 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	68,7 %	57,0 %	71,4 %	61,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)³	36,6 %	23,4 %	37,3 %	32,7 %

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69



 Psychotherapeuten (E)⁴ Keine Fachgruppe (F) Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) kein Kontakt in 30 Tagen 	8,9 % 5,6 % 47,1 % 13,5 %	6,5 % 4,7 % 45,8 % 22,4 %	9,8 % 4,1 % 44,0 % 10,6 %	8,4 % 4,7 % 53,3 % 9,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	153	46	219	51
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	32,0 %	32,6 %	11,9 %	17,6 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	23,5 %	15,2 %	32,0 %	23,5 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	71,2 %	65,2 %	70,3 %	52,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)³	42,5 %	21,7 %	42,9 %	35,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,9 %	2,2 %	6,8 %	9,8 %
 Keine Fachgruppe (F) 	3,9 %	8,7 %	4,1 %	5,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,0 %	47,8 %	46,6 %	47,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,8 %	19,6 %	8,2 %	11,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60 ² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		К	G
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	766	159	1.000	158
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	34,7 %	39,6 %	15,7 %	23,4 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	19,2 %	17,0 %	27,4 %	27,8 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	80,5 %	71,7 %	85,7 %	82,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	51,4 %	44,0 %	53,4 %	45,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,9 %	10,1 %	10,2 %	9,5 %
 Keine Fachgruppe (F) 	9,3 %	7,5 %	7,6 %	7,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,3 %	55,3 %	45,9 %	51,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,7 %	12,6 %	6,0 %	6,3 %

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69



Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	341	84	454	85
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	36,7 %	40,5 %	17,4 %	27,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	27,0 %	22,6 %	38,1 %	41,2 %
Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,3 %	73,8 %	86,3 %	80,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	59,2 %	47,6 %	59,9 %	55,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,5 %	11,9 %	13,2 %	12,9 %
Keine Fachgruppe (F)	10,9 %	7,1 %	9,5 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,6 %	60,7 %	57,5 %	67,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,7 %	13,1 %	3,3 %	2,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	128	36	193	44
	128	36	193	44
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	128	36	193	44
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B)	128 38,3 %		193	
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F)		41,7 %		22,7 %
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A)	38,3 %	41,7 % 30,6 %	16,6 %	22,7 % 36,4 %
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	38,3 % 41,4 %	41,7 % 30,6 % 77,8 %	16,6 % 45,1 %	22,7 % 36,4 % 79,5 %
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,3 % 41,4 % 86,7 %	41,7 % 30,6 % 77,8 % 47,2 %	16,6 % 45,1 % 87,0 %	22,7 % 36,4 % 79,5 % 61,4 %
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ² • anderen Vertragsärzten (D) ³	38,3 % 41,4 % 86,7 % 67,2 %	41,7 % 30,6 % 77,8 % 47,2 % 16,7 %	16,6 % 45,1 % 87,0 % 64,8 %	22,7 % 36,4 % 79,5 % 61,4 % 11,4 %
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ² • anderen Vertragsärzten (D) ³ • Psychotherapeuten (E) ⁴	38,3 % 41,4 % 86,7 % 67,2 % 5,5 %	41,7 % 30,6 % 77,8 % 47,2 % 16,7 % 0,0 %	16,6 % 45,1 % 87,0 % 64,8 % 10,9 %	22,7 % 36,4 % 79,5 % 61,4 % 11,4 % 63,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69



Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

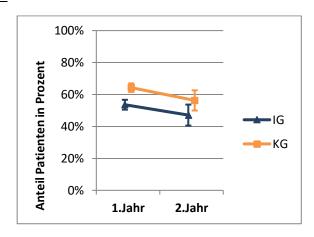
Legende für die folgenden Abbildungen:

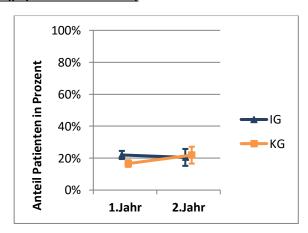
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- <u>Alle</u>



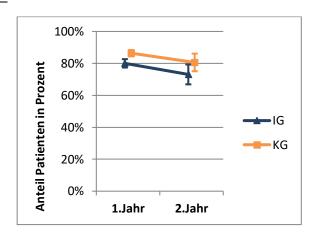


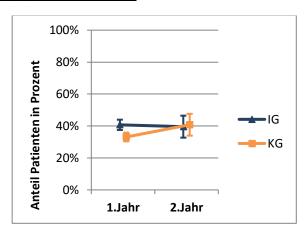


Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- <u>Alle</u>



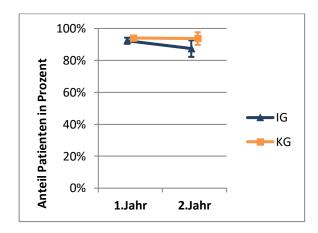




Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- <u>Alle</u>



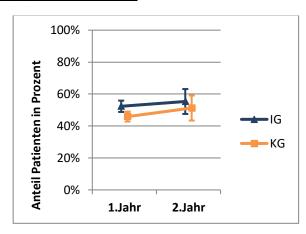




Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle	Intervalle	Intervalle
	mit mind. 1	mit mind. 1	mit mind. 1
	Kontakt	Kontakt	Kontakt
Gruppe	0,62***	0,60***	0,71
Jahr 1	0,520,74	0,470,77	0,481,05
Gruppe	0,64*	0,61	0,43*
Jahr 2	0,440,95	0,361,01	0,190,99

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal		IG			KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)					
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	680	162	110	862	167	115
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	12,9 %	11,7 %	16,4 %	5,0 %	11,4 %	14,8 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	5,0 %	7,4 %	5,5 %	9,7 %	12,6 %	7,8 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	36,6 %	32,1 %	30,0 %	51,2 %	38,9 %	41,7 %
 anderen Vertragsärzten (D)³ 	11,2 %	4,9 %	0,9 %	13,1 %	10,2 %	9,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,2 %	2,5 %	2,7 %	3,0 %	2,4 %	0,9 %
 Keine Fachgruppe (F) 	1,8 %	3,1 %	4,5 %	1,3 %	4,2 %	6,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,0 %	18,5 %	22,7 %	16,5 %	24,6 %	22,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	48,8 %	52,5 %	47,3 %	35,3 %	40,7 %	37,4 %



Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	305	89	59	394	85	61
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	14,8 %	12,4 %	13,6 %	5,6 %	10,6 %	18,0 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	6,6 %	11,2 %	10,2 %	16,2 %	15,3 %	11,5 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	35,4 %	30,3 %	37,3 %	48,2 %	40,0 %	42,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,4 %	4,5 %	0,0 %	16,0 %	14,1 %	8,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,6 %	4,5 %	5,1 %	3,3 %	1,2 %	1,6 %
 Keine Fachgruppe (F) 	2,0 %	4,5 %	8,5 %	2,0 %	1,2 %	3,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	23,6 %	22,5 %	25,4 %	23,1 %	27,1 %	31,1 %
	4400/	50,6 %	37,3 %	32,5 %	34,1 %	29,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,9 %	30,0 70	37,370	0_,0 ,1	, ,	,
- kein Kontakt in 7 Tagen Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	116	30,0 %	22	164	40	31
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen	ŕ	,			,	
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	ŕ	,			,	
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B)	ŕ	,	22	164	40	31
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F)	116	30	22	164	10,0 %	31 16,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A)	116	30 13,3 %	22 18,2 %	164	10,0 % 15,0 %	31 16,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹	116 16,4 % 11,2 %	30 13,3 % 10,0 %	18,2 % 9,1 %	4,3 % 18,3 %	10,0 % 15,0 % 45,0 %	16,1 % 9,7 % 48,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	116 16,4 % 11,2 % 40,5 %	13,3 % 10,0 % 36,7 %	18,2 % 9,1 % 36,4 %	4,3 % 18,3 % 46,3 %	10,0 % 15,0 % 45,0 %	16,1 % 9,7 % 48,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ² • anderen Vertragsärzten (D) ³	116 16,4 % 11,2 % 40,5 % 14,7 %	13,3 % 10,0 % 36,7 % 3,3 %	18,2 % 9,1 % 36,4 % 0,0 %	4,3 % 18,3 % 46,3 % 22,0 % 3,7 %	10,0 % 15,0 % 45,0 % 15,0 % 2,5 %	16,1 % 9,7 % 48,4 % 12,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ² • anderen Vertragsärzten (D) ³ • Psychotherapeuten (E) ⁴	116 16,4 % 11,2 % 40,5 % 14,7 % 3,4 %	13,3 % 10,0 % 36,7 % 3,3 % 0,0 %	18,2 % 9,1 % 36,4 % 0,0 % 0,0 %	4,3 % 18,3 % 46,3 % 22,0 % 3,7 %	10,0 % 15,0 % 45,0 % 15,0 % 2,5 % 0,0 %	16,1 % 9,7 % 48,4 % 12,9 % 3,2 %





¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60 ² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal		IG			KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	597	144	93	784	145	98
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,8 %	26,4 %	24,7 %	11,7 %	19,3 %	21,4 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	11,2 %	13,9 %	7,5 %	20,2 %	20,7 %	14,3 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	62,8 %	56,3 %	47,3 %	73,2 %	64,8 %	61,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)³	27,8 %	20,1 %	11,8 %	32,3 %	26,2 %	24,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,9 %	5,6 %	5,4 %	6,6 %	6,9 %	3,1 %
Keine Fachgruppe (F)	4,0 %	3,5 %	7,5 %	3,3 %	7,6 %	8,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,2 %	38,9 %	32,3 %	34,3 %	41,4 %	35,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	22,4 %	26,4 %	33,3 %	12,1 %	14,5 %	21,4 %



Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	266	79	49	352	80	53
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	25,9 %	26,6 %	22,4 %	13,1 %	22,5 %	26,4 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	13,9 %	20,3 %	14,3 %	30,7 %	26,3 %	13,2 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	68,8 %	62,0 %	55,1 %	71,6 %	65,0 %	62,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	36,1 %	22,8 %	12,2 %	37,2 %	30,0 %	22,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,8 %	7,6 %	6,1 %	9,9 %	7,5 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	5,1 %	10,2 %	3,4 %	6,3 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,6 %	44,3 %	34,7 %	46,3 %	51,3 %	41,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,9 %	21,5 %	28,6 %	8,8 %	6,3 %	15,1 %
G						
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	96	26	19	148	38	27
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen	96	26	19	148	38	27
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	96	26	19	148	38	27
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B)	96 30,2 %	26 34,6 %				
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F)			31,6 %	12,2 %	18,4 %	22,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A)	30,2 %	34,6 %	31,6 %	12,2 % 33,1 %	18,4 % 21,1 %	22,2 % 11,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹	30,2 % 22,9 %	34,6 % 19,2 %	31,6 % 15,8 %	12,2 % 33,1 % 70,3 %	18,4 % 21,1 % 52,6 %	22,2 % 11,1 % 63,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	30,2 % 22,9 % 72,9 %	34,6 % 19,2 % 84,6 %	31,6 % 15,8 % 52,6 %	12,2 % 33,1 % 70,3 %	18,4 % 21,1 % 52,6 %	22,2 % 11,1 % 63,0 % 25,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ² • anderen Vertragsärzten (D) ³	30,2 % 22,9 % 72,9 % 41,7 %	34,6 % 19,2 % 84,6 % 26,9 %	31,6 % 15,8 % 52,6 % 10,5 %	12,2 % 33,1 % 70,3 % 43,9 % 6,8 %	18,4 % 21,1 % 52,6 % 34,2 % 7,9 %	22,2 % 11,1 % 63,0 % 25,9 % 3,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ² • anderen Vertragsärzten (D) ³ • Psychotherapeuten (E) ⁴	30,2 % 22,9 % 72,9 % 41,7 % 5,2 %	34,6 % 19,2 % 84,6 % 26,9 % 3,8 %	31,6 % 15,8 % 52,6 % 10,5 % 5,3 %	12,2 % 33,1 % 70,3 % 43,9 % 6,8 % 3,4 %	18,4 % 21,1 % 52,6 % 34,2 % 7,9 %	22,2 % 11,1 % 63,0 % 25,9 % 3,7 %



¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60 ² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal		IG			KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	509	112	71	689	108	78
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,3 %	36,6 %	33,8 %	16,0 %	23,1 %	38,5 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	18,9 %	19,6 %	9,9 %	28,2 %	28,7 %	24,4 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	79,2 %	75,0 %	67,6 %	85,9 %	84,3 %	76,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	48,3 %	42,9 %	36,6 %	54,9 %	49,1 %	44,9 %
 Psychotherapeuten (E)⁴ 	10,0 %	11,6 %	8,5 %	10,0 %	10,2 %	5,1 %
 Keine Fachgruppe (F) 	9,2 %	8,0 %	14,1 %	7,7 %	8,3 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	49,3 %	53,6 %	43,7 %	46,0 %	52,8 %	59,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	9,6 %	12,5 %	15,5 %	5,2 %	2,8 %	10,3 %



Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	227	60	35	311	59	42
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	31,3 %	36,7 %	31,4 %	18,3 %	27,1 %	52,4 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	26,0 %	25,0 %	20,0 %	41,2 %	40,7 %	26,2 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	85,0 %	76,7 %	77,1 %	85,9 %	79,7 %	76,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,3 %	48,3 %	37,1 %	60,1 %	55,9 %	47,6 %
 Psychotherapeuten (E)⁴ 	15,4 %	11,7 %	11,4 %	13,8 %	11,9 %	4,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,1 %	8,3 %	17,1 %	9,0 %	8,5 %	4,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,6 %	55,0 %	48,6 %	60,1 %	67,8 %	78,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,7 %	13,3 %	8,6 %	2,9 %	0,0 %	2,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	76	18	11	133	31	23
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	76	18	11	133	31	23
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	76	18	11	133	31	23
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B)	76 34,2 %		27,3 %			
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F)		44,4 %		18,0 %	25,8 %	52,2 %
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A)	34,2 %	44,4 %	27,3 %	18,0 % 47,4 %	25,8 % 32,3 %	52,2 % 21,7 %
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹	34,2 % 43,4 %	44,4 % 38,9 %	27,3 % 18,2 %	18,0 % 47,4 % 85,0 %	25,8 % 32,3 % 77,4 %	52,2 % 21,7 % 78,3 %
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	34,2 % 43,4 % 88,2 %	44,4 % 38,9 % 94,4 %	27,3 % 18,2 % 72,7 %	18,0 % 47,4 % 85,0 % 65,4 %	25,8 % 32,3 % 77,4 % 61,3 %	52,2 % 21,7 % 78,3 % 60,9 %
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ² • anderen Vertragsärzten (D) ³	34,2 % 43,4 % 88,2 % 61,8 %	44,4 % 38,9 % 94,4 % 55,6 %	27,3 % 18,2 % 72,7 % 36,4 %	18,0 % 47,4 % 85,0 % 65,4 % 11,3 %	25,8 % 32,3 % 77,4 % 61,3 % 9,7 %	52,2 % 21,7 % 78,3 % 60,9 % 4,3 %
Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ² • anderen Vertragsärzten (D) ³ • Psychotherapeuten (E) ⁴	34,2 % 43,4 % 88,2 % 61,8 % 7,9 %	44,4 % 38,9 % 94,4 % 55,6 % 22,2 % 0,0 %	27,3 % 18,2 % 72,7 % 36,4 % 9,1 %	18,0 % 47,4 % 85,0 % 65,4 % 11,3 % 9,0 %	25,8 % 32,3 % 77,4 % 61,3 % 9,7 % 12,9 %	52,2 % 21,7 % 78,3 % 60,9 % 4,3 % 4,3 %



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60 ² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69



A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal		IG			KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	465	308	254	503	275	244
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	14,8 %	17,5 %	22,0 %	14,1 %	18,5 %	23,4 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	2,8 %	4,2 %	1,6 %	6,2 %	7,3 %	5,3 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	26,9 %	24,7 %	27,6 %	45,5 %	40,0 %	38,5 %
 anderen Vertragsärzten (D)³ 	8,4 %	6,8 %	10,6 %	10,9 %	9,5 %	6,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,4 %	0,3 %	0,0 %	0,6 %	0,4 %	0,0 %
 Keine Fachgruppe (F) 	3,2 %	0,6 %	0,8 %	2,0 %	1,1 %	1,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,6 %	21,8 %	23,6 %	20,9 %	25,1 %	28,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	55,5 %	53,6 %	47,2 %	42,5 %	41,5 %	44,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	363	255	200	379	225	193
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	15,7 %	19,2 %	24,5 %	16,4 %	21,8 %	28,0 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	2,8 %	5,1 %	2,0 %	6,9 %	8,4 %	6,7 %



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit Schwere psychische Erkrankungen (B) - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	15,5 % 4,0 % 25,0 % 9,0 % 0,5 % 3,0 % 19,0 %	21,4 % 7,9 % 30,0 % 7,1 % 0,7 % 0,7 % 29,3 %	28,3 % 1,8 % 31,0 % 15,9 % 0,0 % 0,0 % 30,1 %	8,3 % 52,2 % 13,5 % 0,4 % 1,3 %	22,3 % 8,6 % 43,9 % 12,9 % 0,0 % 2,2 % 29,5 %	7,7 % 45,5 % 9,1 % 0,0 % 0,0 %
 Psychotherapeuten (E)⁴ Keine Fachgruppe (F) Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) kein Kontakt in 7 Tagen 	3,0 % 18,5 % 53,4 %	0,4 % 0,8 % 24,3 % 51,4 %	1,0 % 26,5 % 45,0 %	1,8 % 24,0 % 38,8 %	0,4 % 1,3 % 29,3 % 34,2 %	0,5 % 34,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ² • anderen Vertragsärzten (D) ³	28,1 % 8,3 % 0,6 %	24,7 % 6,7 % 0,4 %	27,5 % 12,0 % 0,0 %	48,0 % 11,6 % 0,8 %	44,0 % 10,2 %	7,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60 ² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69



B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal		IG			KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	365	236	201	413	215	191
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	27,1 %	34,7 %	42,8 %	27,4 %	31,2 %	35,1 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	6,3 %	6,8 %	7,0 %	11,9 %	13,5 %	13,1 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	50,7 %	47,9 %	58,2 %	68,0 %	63,3 %	59,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,5 %	19,9 %	25,9 %	27,6 %	29,8 %	19,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,1 %	1,3 %	3,0 %	2,7 %	1,9 %	0,5 %
Keine Fachgruppe (F)	5,5 %	2,5 %	2,0 %	4,8 %	2,8 %	6,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,4 %	41,1 %	49,3 %	40,0 %	43,7 %	46,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	29,0 %	28,8 %	19,9 %	19,6 %	18,6 %	21,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	283	197	158	318	178	152
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	29,0 %	37,6 %	48,1 %	31,1 %	34,8 %	42,1 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	6,4 %	7,6 %	7,6 %	11,9 %	15,7 %	16,4 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	53,7 %	48,2 %	63,3 %	71,1 %	67,4 %	65,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)³	27,2 %	20,3 %	27,8 %	29,9 %	32,6 %	22,4 %



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,4 %	1,5 %	3,2 %	3,1 %	2,2 %	0,7 %
 Keine Fachgruppe (F) 	4,6 %	2,5 %	1,9 %	5,0 %	2,2 %	5,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,7 %	45,2 %	55,1 %	44,0 %	49,4 %	56,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	26,1 %	26,4 %	13,9 %	15,4 %	13,5 %	13,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	150	113	96	188	106	114
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	29,3 %	40,7 %	52,1 %	37,8 %	36,8 %	47,4 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	6,0 %	10,6 %	7,3 %	13,3 %	17,9 %	17,5 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	54,7 %	55,8 %	68,8 %	73,9 %	70,8 %	68,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	32,7 %	22,1 %	30,2 %	33,5 %	34,9 %	23,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,3 %	0,9 %	5,2 %	2,7 %	1,9 %	0,0 %
Keine Fachgruppe (F)	4,0 %	1,8 %	2,1 %	5,3 %	2,8 %	6,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,3 %	49,6 %	59,4 %	51,6 %	51,9 %	61,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	24,7 %	18,6 %	8,3 %	10,6 %	10,4 %	11,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60 ² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69



Merkmal	IG			KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)							
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	276	172	151	322	171	143	
Alle							
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)							
• PIA (A)	38,0 %	46,5 %	65,6 %	33,9 %	46,2 %	51,7 %	
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	14,5 %	14,0 %	9,3 %	18,3 %	21,1 %	21,0 %	
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	73,2 %	65,7 %	74,8 %	84,8 %	83,6 %	83,9 %	
• anderen Vertragsärzten (D) ³	43,1 %	38,4 %	47,0 %	46,9 %	53,2 %	52,4 %	
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,9 %	3,5 %	5,3 %	3,7 %	2,9 %	2,1 %	
Keine Fachgruppe (F)	9,8 %	9,3 %	3,3 %	8,7 %	6,4 %	8,4 %	
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,7 %	56,4 %	73,5 %	51,2 %	60,2 %	68,5 %	
- kein Kontakt in 90 Tagen	10,1 %	15,7 %	4,6 %	6,8 %	5,8 %	3,5 %	
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	217	142	120	246	144	123	
Schwere psychische Erkrankungen (A)							
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)							
• PIA (A)	39,6 %	48,6 %	69,2 %	38,6 %	49,3 %	57,7 %	
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	16,6 %	14,8 %	10,0 %	19,5 %	22,9 %	22,8 %	
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	77,9 %	69,0 %	79,2 %	88,6 %	85,4 %	86,2 %	
 anderen Vertragsärzten (D)³ 	46,1 %	39,4 %	49,2 %	48,4 %	54,9 %	54,5 %	
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,8 %	4,2 %	5,8 %	4,1 %	2,8 %	1,6 %	



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

 Keine Fachgruppe (F) Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) kein Kontakt in 90 Tagen 	10,6 % 53,9 % 6,5 %	9,9 % 59,9 % 12,0 %	2,5 % 77,5 % 2,5 %	7,7 % 56,9 % 4,1 %		-
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	118	82	75	143	84	88
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	39,8 %	53,7 %	72,0 %	44,8 %	54,8 %	65,9 %
 Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	17,8 %	17,1 %	12,0 %	18,9 %	25,0 %	25,0 %
 Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	78,0 %	73,2 %	84,0 %	92,3 %	89,3 %	88,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,8 %	36,6 %	45,3 %	55,2 %	61,9 %	59,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,5 %	3,7 %	8,0 %	3,5 %	2,4 %	1,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,2 %	6,1 %	2,7 %	7,0 %	6,0 %	10,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,2 %	64,6 %	82,7 %	62,9 %	71,4 %	83,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,6 %	7,3 %	1,3 %	1,4 %	1,2 %	1,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

³ Facharztgruppen: 01-99, außer 01, 02, 03, 34-39, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69



Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

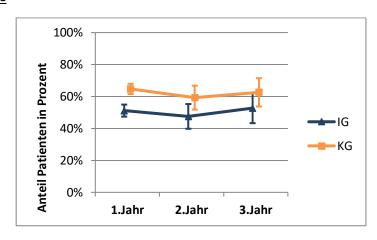
Legende für die folgenden Abbildungen:

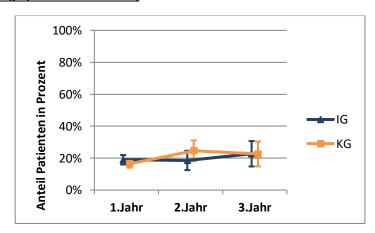
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- <u>Alle</u>



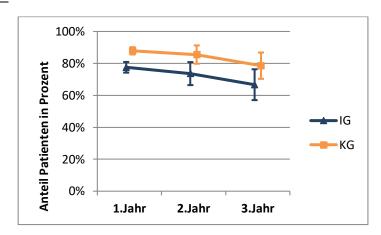


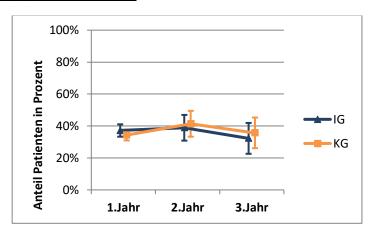


Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- <u>Alle</u>



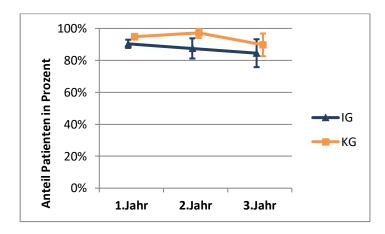


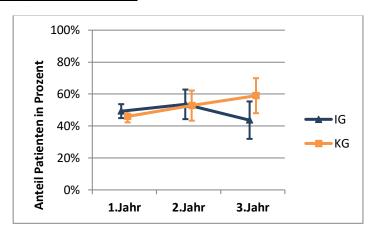


Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- <u>Alle</u>







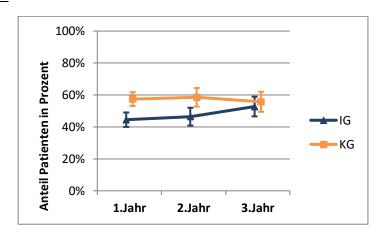
Legende für die folgenden Abbildungen:

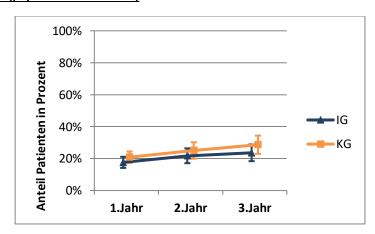
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- <u>Alle</u>

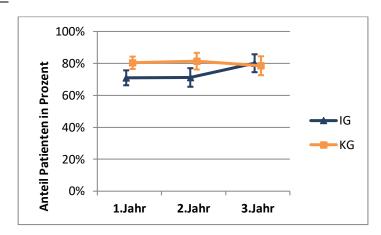


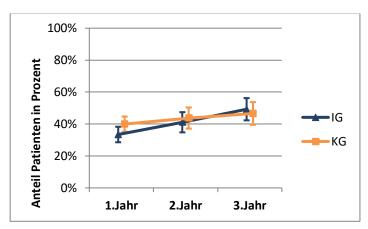




Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- <u>Alle</u>

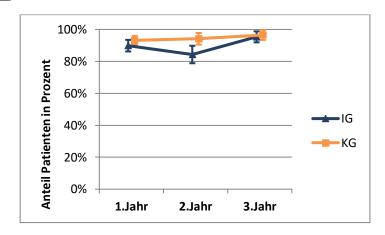


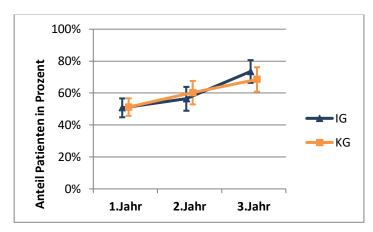




Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- <u>Alle</u>







8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

Sekundärer Outcome: Hier wurde untersucht, wie häufig und wie lange Patienten mit schweren psychischen Störungen (siehe Abschnitt "Operationalisierung der Outcomes" im separaten Methodenband) keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem innerhalb eines einjährigen Nachbeobachtungszeitraumes (Postzeitraum) hatten. Dieser wurde in der Regressionsrechnung mit einem einjährigen Präzeitraum verglichen. Der Abbruch zum psychiatrischen Versorgungssystem wurde einmal für mehr als 90 Tage und einmal für mehr als 180 Tage beschrieben. Zunächst wurde die Anzahl der Patienten mit mindestens einem/zwei/drei Klinikaufenthalten dargestellt. Diese bilden die Grundlage für die entsprechenden Analysen zum Anteil mit Kontaktabbruch.

Patienten von Krankenkassen, die keine Daten zu der Häufigkeit der Kontakte in der PIA ("Ambofall_LDL"- Tabelle) liefern konnten oder von denen keine Kontakte in der PIA zur Verfügung standen (vor 2013), wurden von dieser Analyse ausgeschlossen.

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Abbrüche des Kontakts sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen. Daher entfallen Darstellungen zu U1, U3 und U4.

Beschreibung Ergebnisse (U2)

Hauptaugenmerk dieser Untersuchung war die Beschreibung der durchschnittlichen Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient, d.h. ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem (ambulant oder stationär), und der durchschnittlichen kumulierten Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen für Patienten mit schweren psychischen Störungen A (nur Diagnosekriterium).

U2: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit schweren psychischen Störungen A, Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wies ein geringerer **Anteil an Patienten** der IG nach Modellstart **keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem** (ambulant oder stationär) im Vergleich zur KG auf. Die durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient war für 90 und 180 Tage Nachbeobachtung in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (90 Tage: DiD = -0,1; 180 Tage: DiD = -0,1 Abbrüche). Auch war die **Dauer der Kontaktabbrüche** in der IG statistisch signifikant





geringer für die Betrachtung der 90 und 180 Tage Nachbeobachtung im Vergleich zur KG (90 Tage: DiD = -32,8 Tage; 180 Tage: DiD = -31,9 Tage).



U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Hier wurden bei den Patienten mit Referenzfall im vierten Modelljahr nur diese betrachtet, die einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum aufwiesen. Zudem wurden ab initialem Klinikaufenthalt nur jeweils 365 Tage beobachtet.

Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Merkmal		> 90	Tage			> 180	Tage	
	I	G	К	G	I	G	К	G
	prä	1. Jahr						
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	1.171	1.171	1.172	1.172	1.171	1.171	1.172	1.172
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	71	298	70	401	71	298	70	399
Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	22	137	22	163	22	135	22	163
Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	71	13	71	<10	71	13	71
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	24	116	34	168	24	116	34	167
Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	57	14	72	<10	55	14	72
Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	27	<10	35	<10	27	<10	35

^{*} in psych. Fachabteilungen und mind. 90/180 Tagen Nachbeobachtungszeit



Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹		> 90	Tage		> 180 Tage					
	IG KG			G	I	G	К	G		
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr		
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n)	395	1.171	389	1.172	395	1.171	389	1.172		
Kontaktabbrüche (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem ²										
(ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren										
psychischen Störungen										
Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch										
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA1)	_*	32,9 %	_*	38,4 %	_*	29,9 %	_*	37,3 %		
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	_*	26,7 %	_*	35,7 %	_*	22,4 %	_*	33,5 %		
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen										
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	_*	18,2 %	_*	15,3 %	_*	8,9 %	_*	5,5 %		
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	_*	12,3 %	_*	18,1 %	_*	7,3 %	_*	5,6 %		
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen										
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	_*	4,2 %	_*	4,2 %	_*	1,4 %	_*	0,0 %		
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	_*	3,7 %	_*	0,0 %	_*	3,7 %	_*	0,0 %		



Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	_*	297,1	_*	318,9	_*	338,2	_*	347,7
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	_*	296,3	_*	311,4	_*	343,3	_*	349,6
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	_*	256,2	_*	253,7	_*	320,6	_*	302,4
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	_*	253,0	_*	237,4	_*	298,9	_*	289,3
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	_*	166,3	_*	198,7	_*	212,0	_*	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	_*	212,0	_*	0,0	_*	212,0	_*	0,0

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹		> 90	Tage			> 180	Tage	
	I.	G	К	I	G	KG		
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung A ³	174	478	174	522	174	478	174	522
Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	_*	0,3	_*	0,4	_*	0,2	_*	0,3



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	_*	91,5	_*	121,8	_*	80,4	_*	109,7

¹ Untersuchung jeweils ab stationärem Aufenthalt im Untersuchungszeitraum mit jeweils 2-jährigem Follow-up

² Unter Kontakt zum psychiatrisches Versorgungssystem werden Kontakte bei niedergelassenen Fachärzten (Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69) oder zur PIA oder im Krankenhaus mit Fachabteilung 29xx (Allgemeine Psychiatrie), 30xx (Kinder- und Jugendpsychiatrie) oder 31xx (Psychosomatik/Psychotherapie) definiert. Nicht berücksichtigt werden Arzneimittel- und Heilmittelverordnungen sowie folgende EBMs: Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt

³ mindestens Diagnostikkriterium erfüllt: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor

⁴ Diagnostikkriterium und Dauerkriterium erfüllt: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.

^{*} Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.



Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

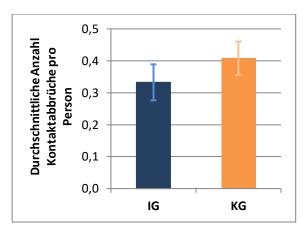
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

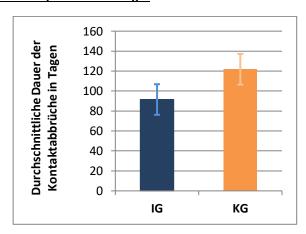
- Schwere Psychische Störung A



Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Dauer

- Schwere Psychische Störung A

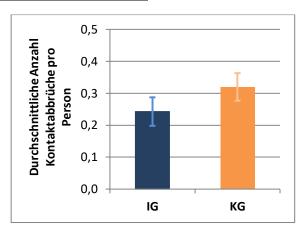




Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- Schwere Psychische Störung A



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- Schwere Psychische Störung A

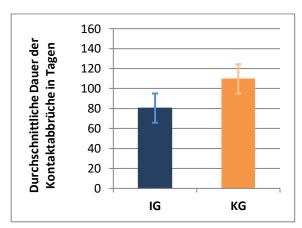




Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	>90 1	Tage	> 180	Tage
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	-0,08* -0,160,01	-32,84** -54,5811,10	-0,08** -0,150,02	-31,91** -52,6811,14

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

Sekundärer Outcome: Hier wurde untersucht, ob Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor (Fachabteilung, PIA, Vertragsärzte für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeuten) wechseln. Ein Hopping wurde dann gewertet, wenn innerhalb eines Jahres mehr als zwei verschiedene Leistungserbringer eines Versorgungssektors einen Patienten behandelt hatten.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Nur wenige Patienten wechselten mehr als einmal den Arzt bzw. das Krankenhaus (Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping). Dies war in der IG und der KG der Fall. Auch gab es kaum Veränderungen über die Zeit. Nur bei den <u>klinikneuen</u> Patienten gab es einen sehr kleinen Peak im Jahr nach Referenzfall, welcher in der IG etwas höher ausfiel. Die Fallzahlen waren jedoch zu gering um inferenzstatistische Tests zu rechnen. Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten dagegen gab es keinen Peak. Daher ergaben sich sehr vergleichbare Muster mit wenig Veränderungen über den Beobachtungszeitraum, unabhängig von der untersuchten Kohorte (U1 bis U4). Die Fallzahlen waren auch hier zu gering, um inferenzstatistische Tests zu rechnen.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Patienten (n)	453	453	453	453	453	460	460	460	460	460
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	439	436	400	376	366	441	452	422	406	393
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei										
• Drei (A)	0,2%	0,7%	0,2%	0,0%	0,7%	0,7%	2,4%	1,1%	0,4%	0,9%
• Vier (B)	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%	0,2%
 Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern 	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)



Klinikbekannte Patienten

Merkmal		IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	
Anzahl Patienten (n)	647	647	647	647	647	648	648	648	648	648	
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	614	623	594	581	556	638	635	615	588	571	
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei											
• Drei (A)	1,1%	0,8%	0,5%	0,8%	0,5%	0,6%	1,5%	0,8%	0,9%	1,1%	
• Vier (B)	0,6%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	
 Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern 	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	

¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

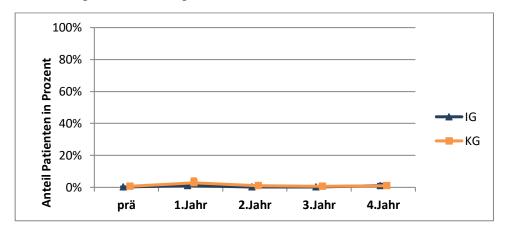


Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

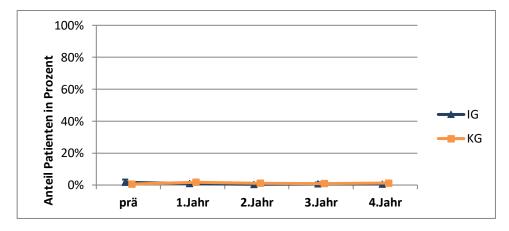




Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Berechnungen durchgeführt werden.

Klinikbekannte Patienten

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Berechnungen durchgeführt werden.

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Merkmal	I	G	K	G
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.714	1.714	1.714	1.714
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.671	1.666	1.668	1.678
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,2%	1,2%	0,4%	1,8%
• Vier (B)	0,1%	0,2%	0,1%	0,4%
 Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern 	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%

¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

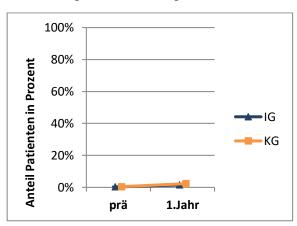


Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 29: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmal		IG			KG	
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.262	1.262	1.262	1.257	1.257	1.257
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.228	1.224	1.148	1.218	1.233	1.167
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei						
• Drei (A)	0,2%	1,2%	0,6%	0,5%	1,8%	0,7%
• Vier (B)	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,3%	0,0%
 Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern 	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%

¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)



Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

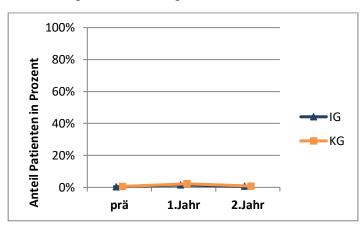




Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Berechnungen durchgeführt werden.

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmal		I	G		KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	
Anzahl Patienten (n)	831	831	831	831	836	836	836	836	
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	803	803	746	716	808	820	773	745	
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei									
• Drei (A)	0,1%	1,0%	0,7%	0,8%	0,4%	-	-	0,4%	
 Vier (B) Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern 	0,0%	0,4% 0,1%	,	0,1% 0,0%	0,1% 0,0%	0,5% 0,0%	,	0,1% 0,0%	

¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)



Klinikbekannte Patienten

Merkmal		I	G		KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	
Anzahl Patienten (n)	679	679	679	679	684	684	684	684	
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	643	654	622	609	673	669	650	621	
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei									
Drei (A)Vier (B)	1,0% 0,6%	0,7% 0,1%	·	0,7% 0,0%	0,9% 0,0%	1,9% 0,1%	0,7% 0,1%	1,0% 0,0%	
 Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern 	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	

¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

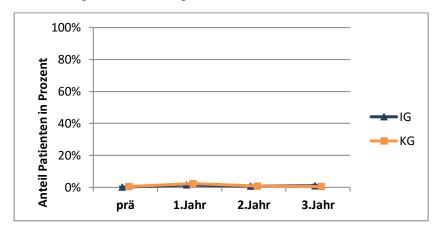


Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

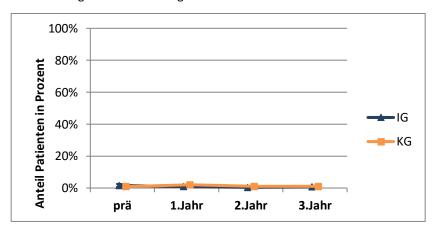
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.





8.2.6 Arbeitsunfähigkeit

Primärer Outcome: Hier wurde die durchschnittliche Anzahl von Arbeitsunfähigkeitsepisoden (AU-Episoden) sowie die durchschnittliche Anzahl der Tage für AU-Episoden aufgrund von Indexdiagnosen bzw. aufgrund von anderen F-Diagnosen untersucht.

Da eine geringe Anzahl an Personen den Versichertenstatus Mitglied in der IG im Vergleich zur KG aufwies (Tabelle 5), hat die IG auch eine geringe Anzahl an Personen, die in die Berechnung der Arbeitsunfähigkeit eingehen im Vergleich zur KG (Tabelle 32). Ausführungen zur Abgrenzung der Bezugspopulation erwerbstätige Patienten finden sich im Methodenband.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Hauptaugenmerk lag hier auf der Untersuchung der durchschnittlichen Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund von Indexdiagnosen pro Person mit Episode und der durchschnittlichen Anzahl der Tage aufgrund von Indexdiagnosen pro Person.

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich in beiden Gruppen sehr ähnliche Muster bezüglich der Anzahl an **AU-Episoden**. Statistisch signifikante Unterschied zwischen IG und KG und über die Zeit (jeweils verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall) gab es hier nicht. Die durchschnittliche Anzahl an AU-Episoden bei den <u>klinikneuen</u> Patienten verzeichnete einen Peak mit 1,2 AU-Episoden im ersten Jahr nach Referenzfall, der zwischen IG und KG vergleichbar war, und sank dann in beiden Gruppen auf 0,3 bzw. 0,4 AU-Episoden ab. Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war, neben einem höheren Ausgangsniveau im Vergleich zu den klinikneuen Patienten, eine Verringerung der AU-Tage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG ersichtlich, während in der KG die Anzahl der AU-Tage zunächst im ersten Jahr nach Referenzfall anstieg und dann absank. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG waren jedoch nicht ersichtlich.

Die durchschnittliche Anzahl an **AU-Tagen** verzeichnete bei den <u>klinikneuen</u> Patienten, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, einen starken Peak im Jahr nach Referenzfall. Dieser Anstieg als Vergleich zwischen dem Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall war in der IG geringer im Vergleich zur KG (-7,1 AU-Tage). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall sank die Anzahl AU-Tage auf ungefähr das Niveau vor Referenzfall, bzw. ab dem dritten Jahr nach Referenzfall unter dem Niveau vor Referenzfall. Auch der Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall war statistisch nicht signifikant.



In der IG verzeichneten die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) in der IG im Jahr vor und nach Referenzfall zunächst weniger und danach mehr AU-Tage als die jüngeren Patienten der KG (siehe Kapitel 14.2). Bei den älteren Patienten wies die IG stets mehr AU-Tage als die KG auf. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F30-39 (affektive Störungen), F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrenen und wahnhaften Störung) auf, während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) und F30-39 (affektive Störungen) aufwiesen (wobei zweitgenannte nur sehr wenige Fälle betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle im Anhang).

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein höheres Niveau an AU-Tagen im Vergleich zu den klinikneuen Patienten zu erkennen (IG: +17,9 AU-Tage; KG: +24,2 AU-Tage). Während die Patienten der IG auf einem etwas geringerem AU-Tage-Niveau starteten als die KG (-2,3 AU-Tage), fiel dieser Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall noch weiter aus (-17,8 AU-Tage). Dieser weniger starke Anstieg in der IG war statistisch signifikant (DiD = -15,5 AU-Tage). Danach fiel die Anzahl der AU-Tage in der IG und KG ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall und überstiegen das Niveau der KG ab dem dritten Jahr nach Referenzfall (2. Jahr: -4,2 AU-Tage, 3. Jahr: +3,2 AU-Tage, 4. Jahr: +7,1 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall waren jedoch ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall nicht zu erkennen. Im Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren danach (DiD Jahr 1-4) waren keine statistisch signifikanten Unterschiede erkennbar.

Hier verzeichneten die jüngeren klinikbekannten Patienten in der IG im Jahr vor Referenzfall sowie im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall mehr AU-Tage als die jüngeren Patienten der KG (siehe Kapitel 14.2). Bei den älteren Patienten war die Anzahl an AU-Tagen zunächst bis zum zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer; ab dem dritten Jahr nach Referenzfall war diese dann in der IG größer. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F50 (Essstörungen), F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) auf (wobei erst- und letztgenannte nur sehr wenige Fälle betraf), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F30-39 (affektive Störungen), F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F10 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) aufwiesen. Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle im Anhang).



U2: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg die Anzahl an **AU-Episoden** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr nach Referenzfall sowohl in der IG als auch in der KG vergleichbar an (+0,6 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg auch in IG und KG vergleichbar stark an (IG: +53,4 AU-Tage; KG: +55,9 AU-Tage).

U3: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war der Verlauf der Anzahl an **AU-Episoden** zwischen IG und KG identisch mit Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Bei der durchschnittlichen Anzahl an **AU-Tagen** war auch ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG nur gering niedriger (-2,6 AU-Tage).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren, analog obiger Beschreibung, bei den **AU-Episoden** klinikneuer und klinikbekannter Patienten zwischen den Gruppen vergleichbare Ausprägungen erkennbar. Auch bei der Anzahl **AU-Tage** spiegelten sich die oben beschriebenen Muster wieder. Bei den klinikneuen Patienten war ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Bei den klinikbekannten Patienten war ein zu den klinikneuen Patienten höheres Ausgangsniveau der AU-Tage erkennbar. Diese sanken in der IG und der KG nach dem zweiten Jahr nach Referenzfall leicht ab. Analog zu U1 sank die Anzahl von AU-Tagen vom Jahr vor Referenzfall zu Jahr danach in der IG und stieg in der KG, glich sich danach aber zwischen IG und KG an.

In allen untersuchten Kohorten war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall bei den klinikneuen Patienten in der IG höher und bei den klinikbekannten Patienten niedriger als in der KG.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 32: Arbeitsunfähigkeit, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmal		IG					к				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner) ¹ (n)	241	241	237	236	235	241	241	238	238	238	
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose											
 Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person 	0,5	1,2	0,4	0,3	0,3	0,6	1,2	0,4	0,4	0,4	
Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	21,8	64,8	22,2	17,5	13,0	17,8	67,9	18,5	14,0	12,7	
 Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	12,0%	14,9%	5,1%	5,9%	2,1%	18,7%	12,0%	2,1%	5,5%	2,1%	
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist											
Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	
Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	0,2	0,3	0,1	1,0	0,2	1,8	0,9	1,0	1,2	
 Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,4%	0,0%	

¹ Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.



Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				к					
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner) ¹ (n)	261	261	261	259	258	232	232	231	231	229
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
 Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person 	1,1	1,1	1,0	0,8	0,8	0,9	1,1	0,7	0,6	0,6
 Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) 	39,7	32,6	18,5	20,7	23,9	42,0	50,4	22,7	17,5	16,7
 Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	8,0%	4,2%	3,1%	2,7%	5,4%	14,7%	7,8%	3,9%	3,5%	3,1%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
 Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person 	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
 Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) 	0,5	0,6	0,3	1,2	1,4	1,9	0,8	0,8	0,0	0,1
 Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

¹ Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich ist und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind



Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

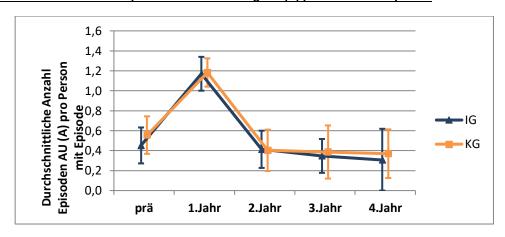
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

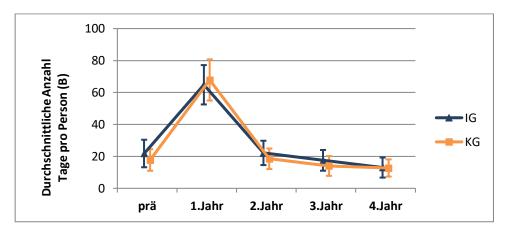
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

- Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode



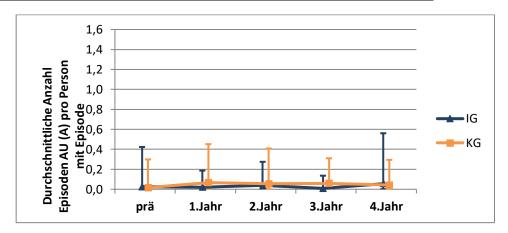
- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



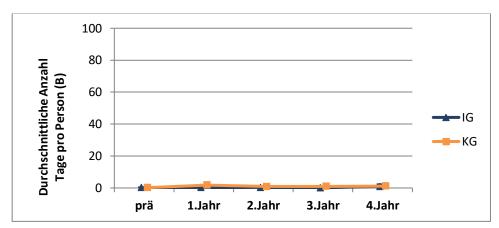


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode



Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)





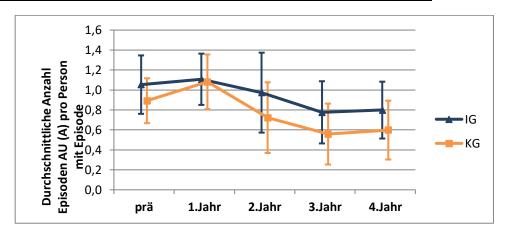
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

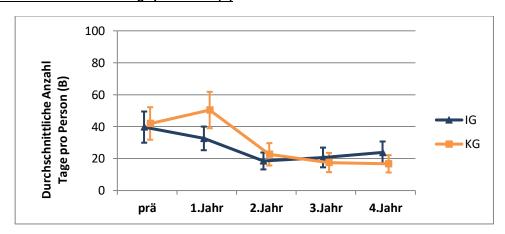
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

- Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode



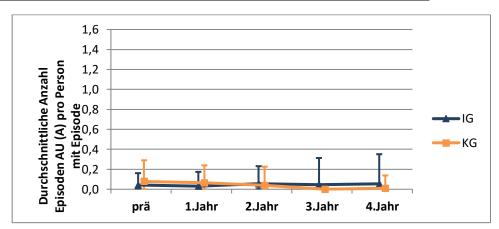
- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)





Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode



Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)

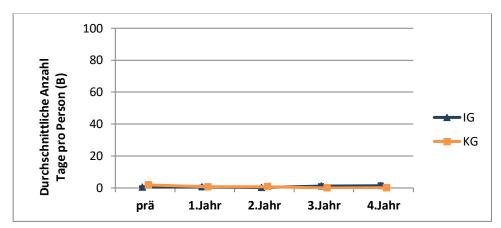




Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,09 -0,130,31	-7,08 -22,858,70
DID Jahr 2	0,11 -0,110,33	-0,50 -16,2715,28
DID Jahr 3	0,06 -0,160,28	-0,72 -16,5015,05
DID Jahr 4	0,04 -0,180,26	-3,93 -19,7111,84
DID Jahr 1-4	-	-3,06 -16,1210,00

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,14 -0,490,22	-15,47* -30,300,64
DID Jahr 2	0,09 -0,270,45	-1,79 -16,6113,04
DID Jahr 3	0,05 -0,300,41	5,39 -9,4420,22
DID Jahr 4	0,04 -0,320,39	9,36 -5,4624,19
DID Jahr 1-4	_	-0,62 -12,4711,23

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 34: Arbeitsunfähigkeit, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Merkmal		G	KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner) ¹ (n)	992	992	1.002	1.002
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
 Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person 	0,6	1,2	0,6	1,2
 Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) 	24,9	78,3	23,1	79,1
 Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	21,5%	13,4%	23,4%	14,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
 Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person 	0,0	0,0	0,0	0,0
 Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) 	0,4	0,4	0,3	0,8
 Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%

¹ Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich ist und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind



Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

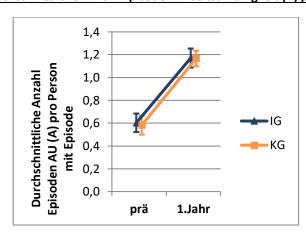
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

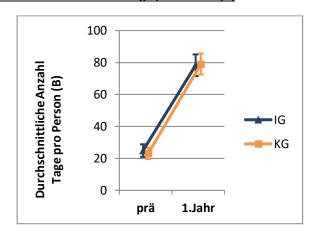
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode



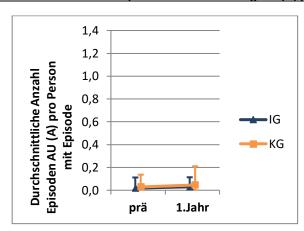
- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



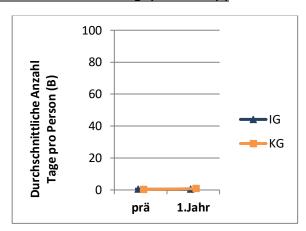


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode



Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 35: Arbeitsunfähigkeit, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmal IG			KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner) ¹ (n)	718	718	712	722	722	715
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
 Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person 	0,6	1,2	0,5	0,6	1,2	0,5
 Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) 	24,4	78,8	23,7	21,0	78,0	24,7
 Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	20,2%	14,1%	5,9%	23,4%	14,3%	4,9%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist						
 Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person 	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
 Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) 	0,4	0,4	0,3	0,1	0,9	0,8
 Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,4%	0,1%

¹ Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.



Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

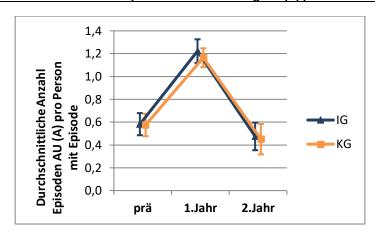
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

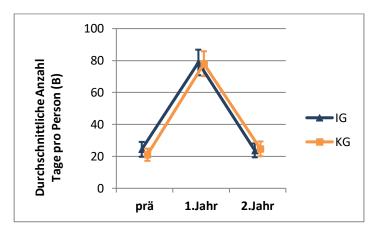
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode



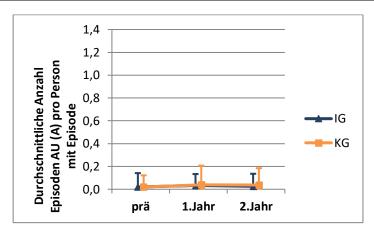
- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)





Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)

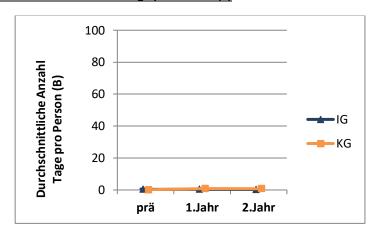




Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,05 -0,090,19	-2,59 -13,978,78
DID Jahr 2	0,02 -0,120,16	-4,27 -15,647,10

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal		I	3		KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)		467	462	461	452	452	448	448
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
 Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person 	0,5	1,2	0,5	0,4	0,6	1,2	0,5	0,4
 Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) 	20,8	70,9	22,6	18,0	18,1	72,2	26,0	14,4
Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	16,3%	13,1%	6,1%	5,0%	20,8%	13,1%	4,7%	4,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
 Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person 	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,5	0,5	0,3	0,1	0,1	1,3	0,8	0,8
 Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,2%

¹ Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.



Klinikbekannte Patienten

Merkmal		IC	3		KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)		277	277	275	248	248	247	247
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
 Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person 	1,0	1,1	0,9	0,8	0,9	1,2	0,8	0,6
 Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) 	38,3	33,3	17,6	20,3	41,0	51,6	23,1	17,3
 Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	8,3%	4,7%	2,9%	2,9%	14,1%	8,1%	4,9%	3,6%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
 Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person 	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
 Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) 	0,6	0,6	0,7	1,4	2,7	0,8	0,9	0,1
 Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

¹ Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich ist und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind



Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

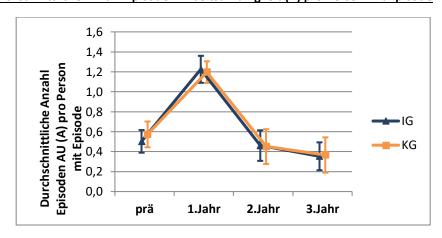
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

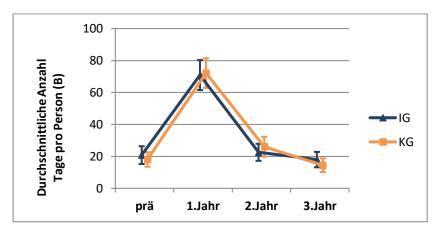
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

- Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode



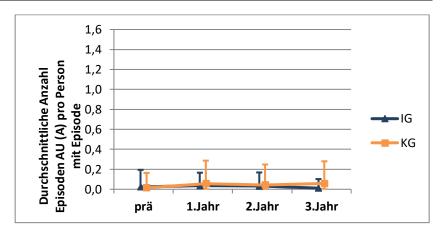
- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



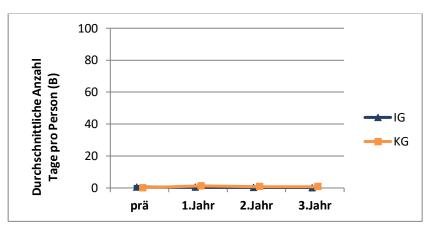


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)





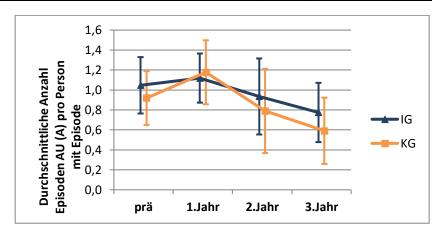
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

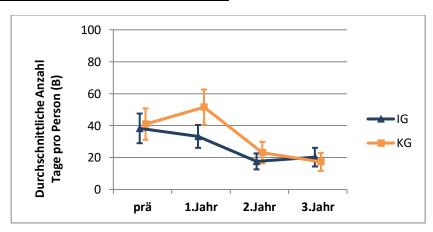
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

- Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode



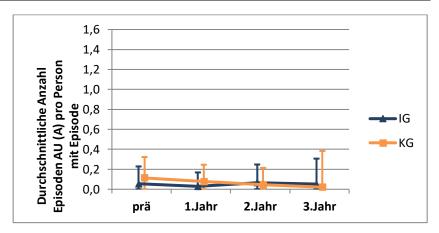
- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



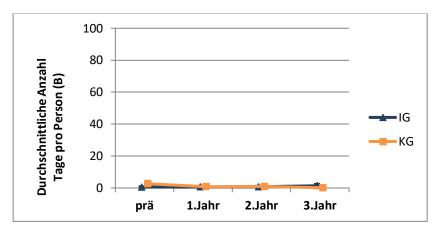


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)





8.2.7 Wiederaufnahmeraten

Sekundärer Outcome: Hier wurde der Anteil der Personen mit einer erneuten stationären Aufnahme innerhalb von 12 Monaten nach Entlassung aus der Klinik (psychiatrische Fachabteilung) für Patienten mit einem mindestens 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum nach stationärer Entlassung untersucht.

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen. Daher entfallen Darstellungen zu U1, U3 und U4.

Beschreibung Ergebnisse (U2)

Hauptaugenmerk dieses Outcomes lag auf den Anteil der Personen mit vollstationärer Wiederaufnahme sowie der Dauer zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung bei allen Patienten.

U2: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil Personen mit vollstationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG leicht höher (IG: 30,5 %; KG: 26,8 %). Jedoch war die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung** in der IG niedriger als in der KG (IG: 100,5 Tage; KG: 115,2 Tage). Beide Unterschiede waren statistisch nicht signifikant.



U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 38: Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	668	1.010
 Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	30,5%	26,8%
 Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	100,5	115,2
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	277	431
 Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	15,3%	13,9%
 Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	110,5	114,5
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	122	193
 Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	6,6%	6,3%
 Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	100,0	129,4

¹ Hier wird immer nur der erste stationäre Aufenthalt ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Dieser muss jedoch einen mindestens 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum ab erster Entlassung aufweisen.

² beide Aufenthalte mit Hauptdiagnose aus dem F-Bereich (ICD-10) (unabhängig vom Krankenhaus und exakter Diagnose)



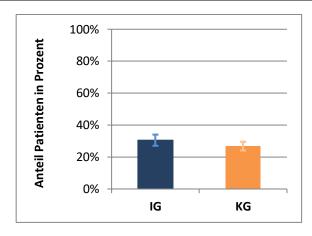
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) (alle)



Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) (alle)

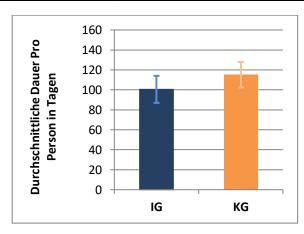




Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,21 0,971,51	-15,28 -34,654,08

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



8.2.8 Komorbidität

Sekundärer Outcome: Hier wurde der Komorbiditäts-Score aller Patienten (psychische und/oder somatische Erkrankungen, gemäß Elixhauser Score) nach der Definition im Abschnitt "Operationalisierung der Outcomes" im separaten Methodenband als mittlerer, prävalenter (nur Erkrankungen, die schon bestanden) und inzidenter (nur neue Erkrankungen im Nachbeobachtungszeitraum) Score ermittelt.

Die Darstellung eines Zeitverlaufs ist hier nur für den mittleren Elixhauser-Score (Komorbiditäts-Score) sinnvoll. Daher wird an dieser Stelle auf den prävalenten und inzidenten Score sowie die Angabe des Medians verzichtet.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung stieg der durchschnittliche **Komorbiditäts**-Score bei den <u>klinikneuen</u> Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach etwas an (IG: +0,6; KG: +0,9). Danach sank der Score erneut, blieb aber über dem vor Referenzfall. Dabei waren zwischen IG und KG keine statistisch signifikanten Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. <u>Klinikbekannte</u> Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,3-3,6), jedoch kaum Unterschiede zwischen IG und KG und sehr wenig relevante Veränderungen über die Zeit.

U2: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung gab es zwischen IG und KG keine relevanten Unterschiede. Beide mittleren Komorbiditäts-Scores stiegen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach, blieben aber zwischen den Gruppen vergleichbar.

U3: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse aus U1 und U2 wieder. D.h. im ersten Jahr nach Referenzfall war ein kleiner Peak erkennbar, jedoch kaum Unterschiede zwischen IG und KG.



U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war analog zu U1 bei den <u>klinikneuen</u> Patienten ein leichter Anstieg des Komorbiditäts-Score vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zu erkennen. Ein wesentlicher Unterschied zwischen IG und KG war nicht ersichtlich. Auch bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war kaum ein Unterschied zwischen IG und KG und ein nur sehr keiner Peak im ersten Jahr nach Referenzfall ersichtlich.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 40: Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal			IG					KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
Mittlerer Elixhauser Score Mittelwert	2,8	3,4	3,0	2,9	2,9	2,6	3,5	2,9	3,0	2,9

Klinikbekannte Patienten

Merkmal			IG					KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,3	3,5	3,4	3,4	3,5	3,2	3,5	3,5	3,5	3,6
· Wittelwert	3,3	3,3	3,4	3,4	3,3	3,2	3,3	3,3	3,3	3,0



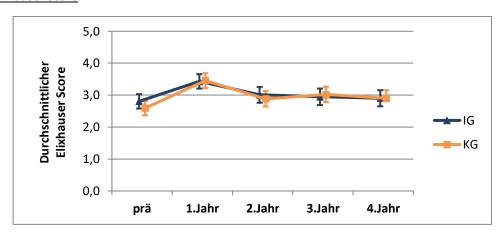
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Mittlerer Elixhauser Score



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Mittlerer Elixhauser Score

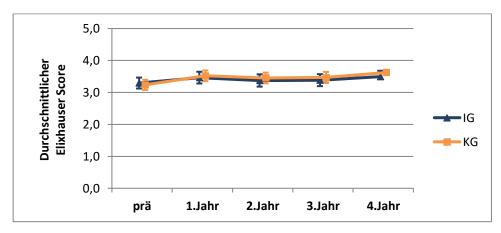




Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,24 -0,670,19
DID Jahr 2	-0,13 -0,560,30
DID Jahr 3	-0,36 -0,780,07
DID Jahr 4	-0,28 -0,710,14

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,11 -0,460,23
DID Jahr 2	-0,12 -0,470,23
DID Jahr 3	-0,10 -0,450,24
DID Jahr 4	-0,18 -0,530,17

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 42: Komorbidität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	I	G	KG		
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	
Anzahl Personen (n)	1.714	1.714	1.714	1.714	
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,7	3,3	2,6	3,3	



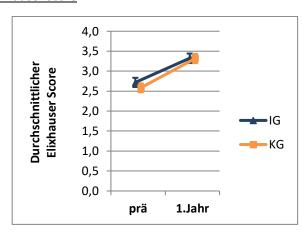
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
 Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Mittlerer Elixhauser Score





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 43: Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,4	2,9	2,5	3,3	2,8

Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Mittlerer Elixhauser Score

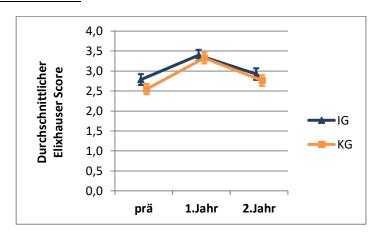




Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,17 -0,410,07
DID Jahr 2	-0,10 -0,340,15

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 45: Komorbidität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				K	G		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	831	831	783	761	836	836	798	772
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,4	2,9	2,9	2,6	3,4	2,8	2,9

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				К	G		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	679	679	657	640	684	684	659	637
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,3	3,4	3,3	3,3	3,2	3,5	3,5	3,5



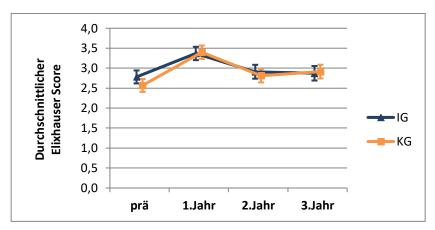
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Mittlerer Elixhauser Score

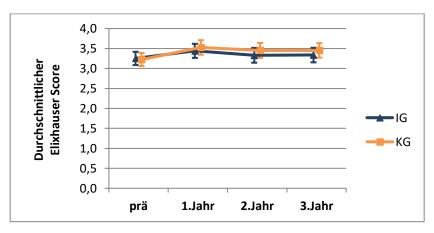


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Mittlerer Elixhauser Score





8.2.9 Mortalität

Sekundärer Outcome: Hier wurde der Anteil an Personen, die innerhalb des ersten Jahres nach Aufnahme in die Evaluation verstorben sind, untersucht.

Anstelle des Zeitverlaufs der anderen Outcomes wurde hier die kumulierte 1-Jahres, 2-Jahres, 3-Jahres bzw. 4-Jahres Mortalität untersucht. Todesursachen können mit den vorhandenen Daten nicht abgebildet werden.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall verstarben (**Mortalität**), in der IG bei den <u>klinikneuen</u> Patienten etwas höher (+2,8 %-Punkte) und bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten etwas niedriger (-2,5 %-Punkte). Beide Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant.

U2: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die nach einem Jahr nach Referenzfall verstarben, in IG und KG vergleichbar.

U3: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war, analog zu U2, die Anzahl Personen, die nach drei Jahren nach Referenzfall verstarben, zwischen IG und KG vergleichbar.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiederholte sich das Muster der leicht erhöhten Mortalität <u>klinikneuer</u> Patienten in der IG im Vergleich zur KG für die 2-Jahres-Mortalität (+1,3 %-Punkte). Die 2-Jahres-Mortalität war bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten vergleichbar.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 46: Mortalität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)		460
Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-JMortalität) (A)	15,7 %	12,8 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)		648
Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-JMortalität) (A)	11,9 %	14,4 %



Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

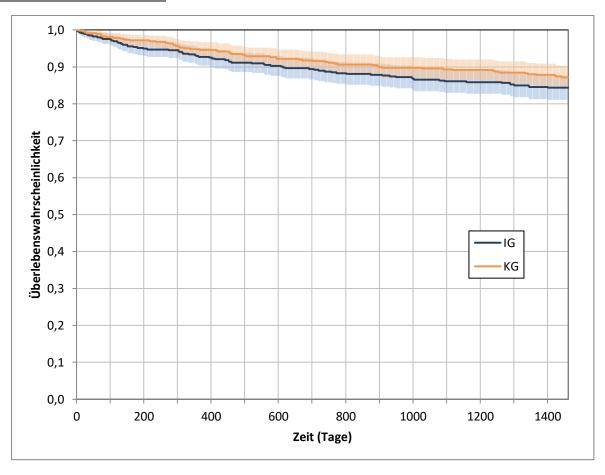
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Überlebenswahrscheinlichkeit





Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Überlebenswahrscheinlichkeit

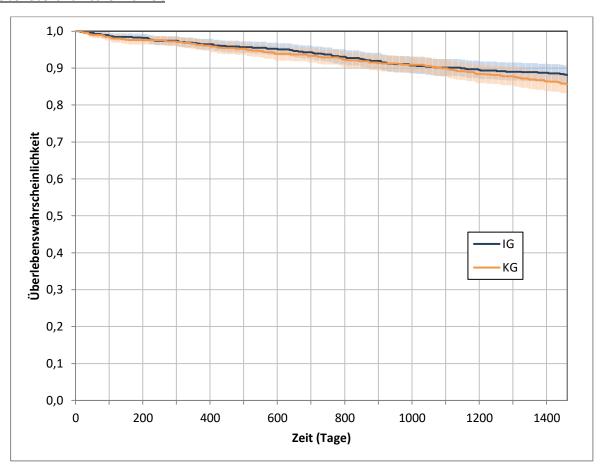




Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,30 0,901,88

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,94 0,691,28

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 48: Mortalität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)		1.714
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-JMortalität) (A)	4,6 %	3,8 %



Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

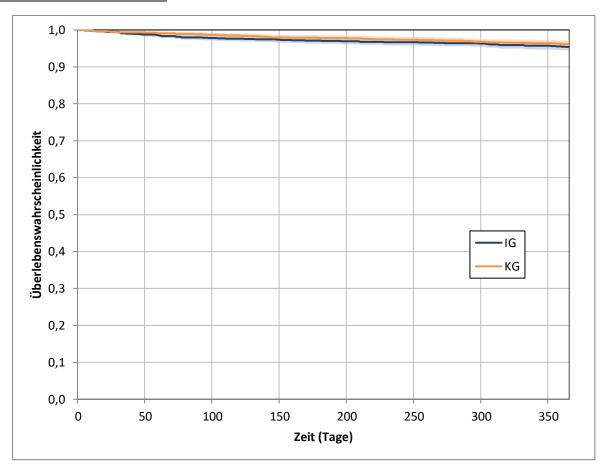
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Überlebenswahrscheinlichkeit





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 49: Mortalität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.262	1.257
 Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-JMortalität) (A) 	7,2 %	6,8 %



Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Überlebenswahrscheinlichkeit

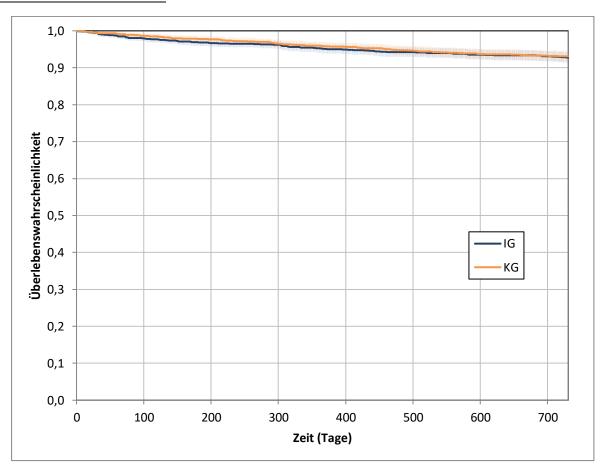




Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,22 0,891,67

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 51: Mortalität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	831	836
 Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-JMortalität) (A) 	11,0 %	9,7 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	679	684
 Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-JMortalität) (A) 	9,7 %	9,8 %



Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

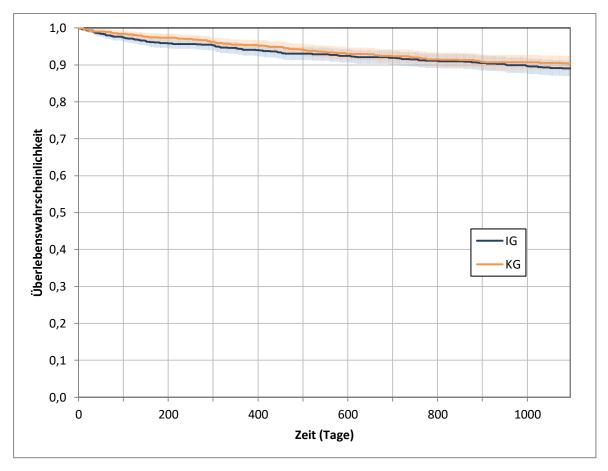
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Überlebenswahrscheinlichkeit





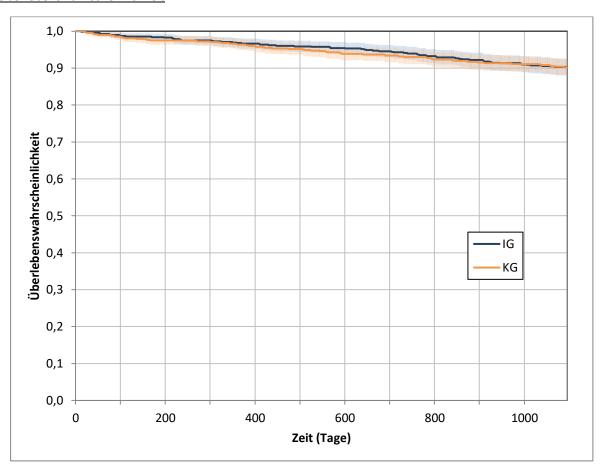
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Überlebenswahrscheinlichkeit





8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung

Sekundärer Outcome: Hier wurde untersucht, welcher Anteil an Personen entweder aus einer leichten/mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Episode, aus einer jeglichen depressiven Episode eine rezidivierende depressive Störung oder aus keiner eine Suchterkrankung entwickelte. Ausführungen zur Operationalisierung dieses Outcomes finden sich im Methodenband.

Hier werden, analog zur Mortalität, die kumulierte 1-Jahres, 2-Jahres, 3-Jahres und 4-Jahres Progression dargestellt.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall von einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den <u>klinikneuen</u> Patienten der IG geringer als in der KG (-3,0 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar (+1,1 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten <u>klinikneue</u> Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu geringeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-4,6 %-Punkte). Auch bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war dieser Anteil geringer (-2,9 %-Punkte). Beide Unterschiede wiesen keine statistische Signifikanz auf. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten <u>klinikneue</u> Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall in vergleichbarer Höhe zur KG (IG vs. KG: +1,9 %-Punkte). Auch bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar (+0,9 %-Punkte).

U2: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil klinikneuer Personen mit einer **Progression A** (siehe oben) innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall in der IG um 4,7 %-Punkte geringer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 2,7 %-Punkte geringer ausgeprägt als in der KG. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar (-1,0 %-Punkte).



U3: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Risiko innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung (**Progression A**) zu bekommen zwischen IG und KG vergleichbar (IG vs. KG: +0,8 %-Punkte). Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war in der IG geringer als in der KG (-4,0 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war zwischen IG und KG vergleichbar (-1,3 %-Punkte).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den <u>klinikneuen</u> Patienten der IG höher als in der KG (+2,4 %-Punkte). Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar (+0,8 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten <u>klinikneue</u> Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu geringeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-2,0 %-Punkte). Auch bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-3,2 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten <u>klinikneue</u> Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall in vergleichbarer Höhe zur KG (IG vs. KG: -0,1 %-Punkte). Auch bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar (+1,0 %-Punkte).



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 52: Progression, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	4	4
	Jahre	Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	382	401
Anzahlen mit		
 Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ 	148	115
 Jegliche depr. Episode³ 	249	237
• ohne Suchterkrankung ⁵	285	290
Anteil Personen mit Progression:		
 Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) 	19,6 %	22,6 %
 Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) 	7,6 %	12,2 %
 Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	31,6 %	29,7 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

 $^{^{\}rm 5}$ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19



Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	4	4
	Jahre	Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	570	555
Anzahlen mit		
 Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ 	140	95
 Jegliche depr. Episode³ 	241	251
• ohne Suchterkrankung ⁵	334	329
Anteil Personen mit Progression:		
 Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) 	20,0 %	18,9 %
 Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) 	7,1 %	10,0 %
 Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	23,4 %	22,5 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

 $^{^{\}rm 5}$ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19



Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjährige Nachbeobachtung

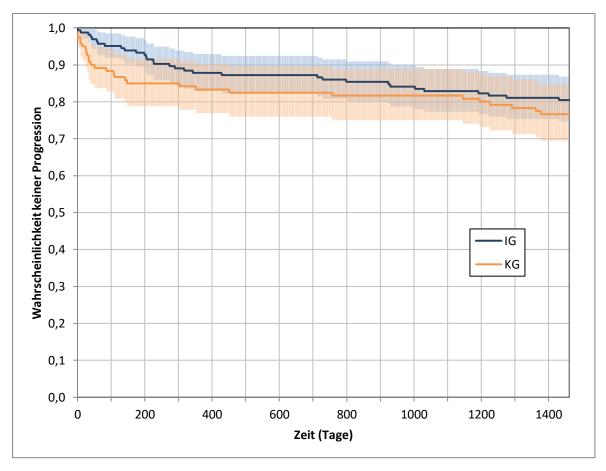
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

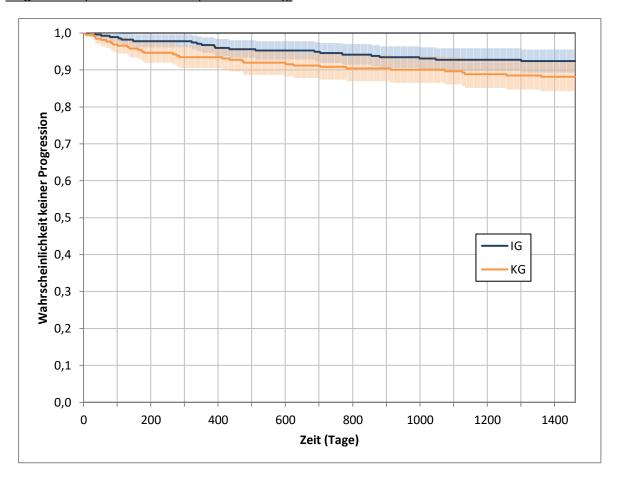
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

<u>Progression A (→ schwere depressive Störung)</u>



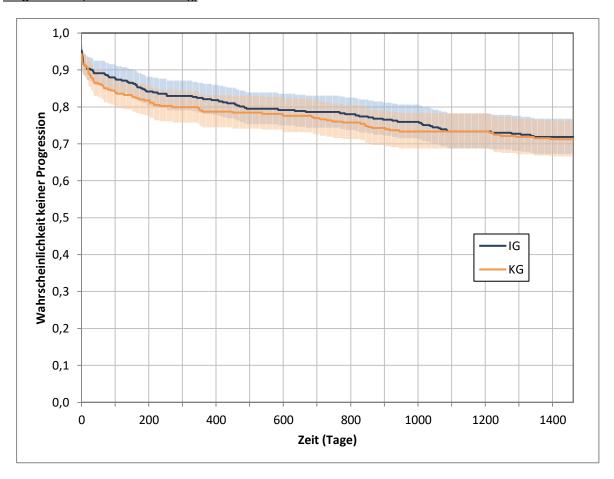


<u>Progression B</u> (→ rezidivierende depressive Störung)





Progression C (→ Suchterkrankung)





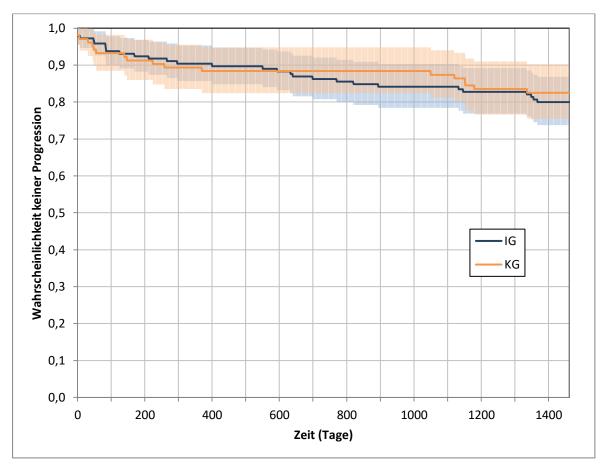
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

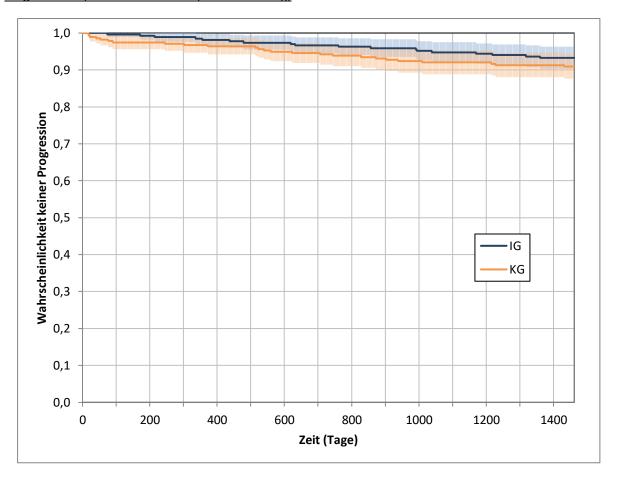
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

<u>Progression A (→ schwere depressive Störung)</u>





<u>Progression B</u> (→ rezidivierende depressive Störung)





Progression C (→ Suchterkrankung)

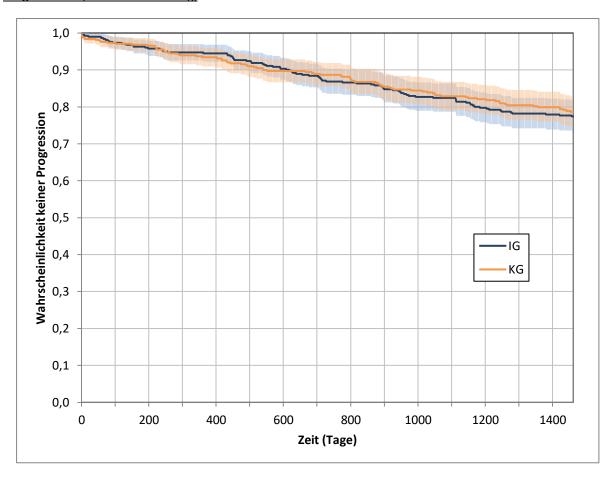




Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression	Progression	Progression
	A	B	C
	(leichte zu schwere Depression)	(Depression zu rezidivierend)	(keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,09	0,69	1,09
	0,621,91	0,381,24	0,811,48

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Klinikbekannte Patienten

	Progression	Progression	Progression
	A	B	C
	(leichte zu schwere Depression)	(Depression zu rezidivierend)	(keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,17	0,80	1,13
	0,622,21	0,431,49	0,821,55

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der <u>Einflussfaktoren</u> ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 54: Progression, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1 Jahr	1 Jahr
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	1.635	1.649
Anzahlen mit		
 Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ 	579	525
 Jegliche depr. Episode³ 	1.055	1.007
• ohne Suchterkrankung ⁵	1.229	1.169
Anteil Personen mit Progression:		
 Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) 	17,6 %	22,3 %
 Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) 	4,1 %	6,8 %
 Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	16,9 %	18,0 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

 $^{^{\}rm 5}$ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19



Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

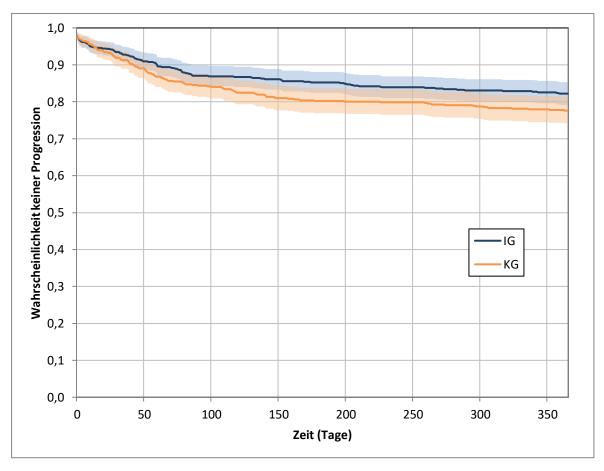
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

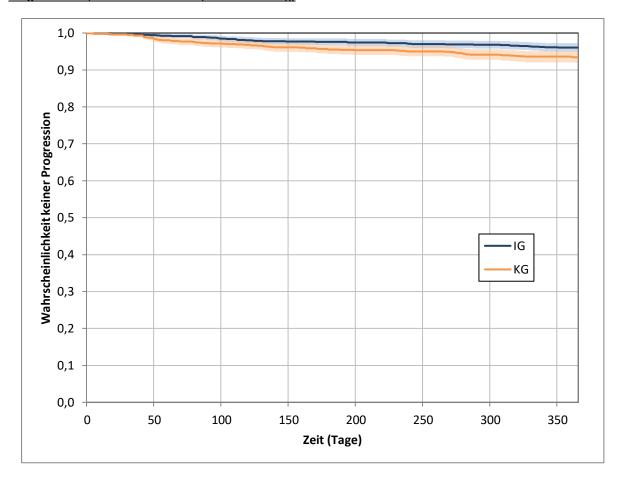
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

<u>Progression A (→ schwere depressive Störung)</u>



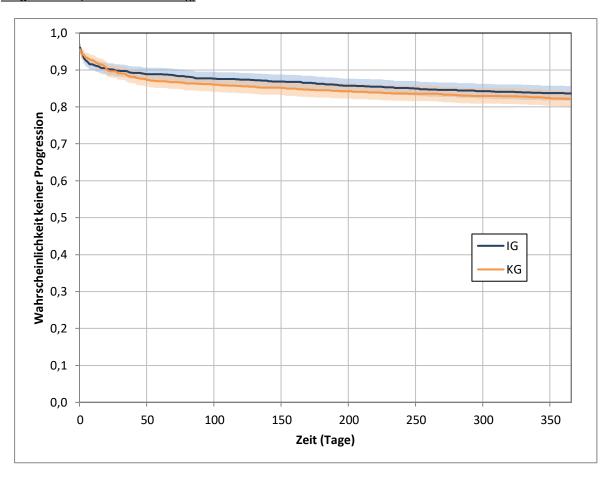


<u>Progression B</u> (→ rezidivierende depressive Störung)





Progression C (→ Suchterkrankung)





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 55: Progression, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	2 Jahre	2 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens zwei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	1.171	1.171
Anzahlen mit		
 Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ 	416	367
 Jegliche depr. Episode³ 	760	718
• ohne Suchterkrankung ⁵	879	837
Anteil Personen mit Progression:		
 Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) 	20,2 %	19,3 %
 Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) 	6,1 %	10,0 %
 Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	20,7 %	22,0 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

 $^{^{\}rm 5}$ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19



Abbildung 33: Progression, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

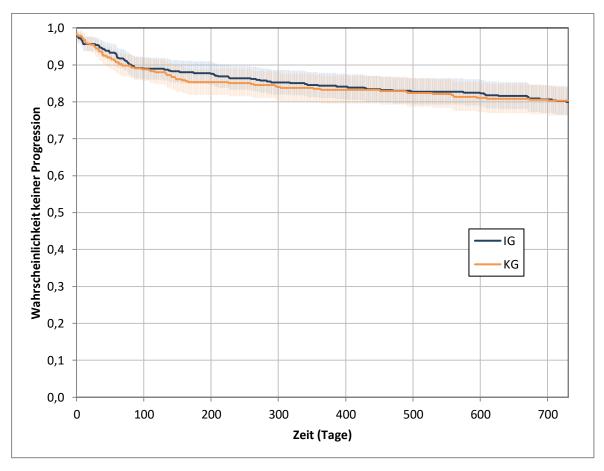
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

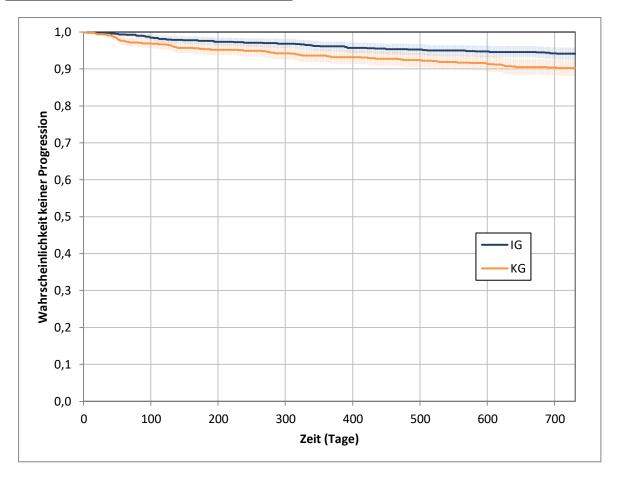
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

<u>Progression A (→ schwere depressive Störung)</u>





<u>Progression B</u> (→ rezidivierende depressive Störung)





Progression C (→ Suchterkrankung)

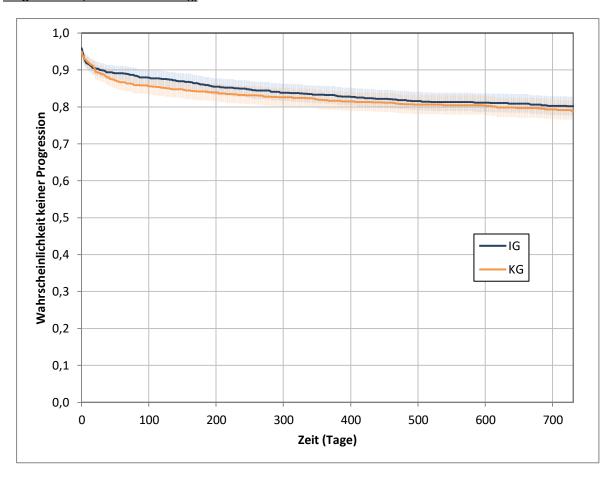




Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression	Progression	Progression
	A	B	C
	(leichte zu schwere Depression)	(Depression zu rezidivierend)	(keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,14	0,62*	1,12
	0,811,59	0,420,91	0,911,39

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 57: Progression, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal		IG	KG
		3 Jahre	3 Jahre
	rsonen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei hbeobachtungszeit haben	740	755
Anzahlen i	nit		
•	Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	265	222
•	Jegliche depr. Episode ³	479	465
•	ohne Suchterkrankung ⁵	553	543
Anteil Pers	sonen mit Progression:		
•	Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	22,3 %	19,8 %
•	Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B)	8,4 %	10,3 %
•	Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	26,0 %	26,2 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

 $^{^{\}rm 5}$ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19



Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	3	3
	Jahre	Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	613	617
Anzahlen mit		
 Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ 	145	108
 Jegliche depr. Episode³ 	262	281
• ohne Suchterkrankung ⁵	360	357
Anteil Personen mit Progression:		
 Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) 	16,6 %	15,7 %
 Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) 	5,7 %	8,9 %
 Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	18,6 %	17,6 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

 $^{^{\}rm 5}$ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19



Abbildung 34: Progression, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijährige Nachbeobachtung

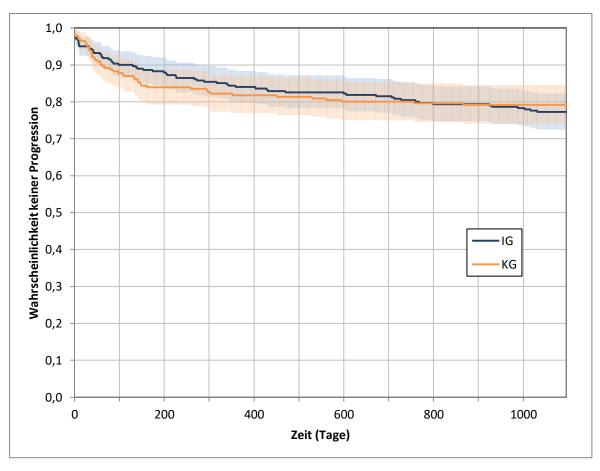
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

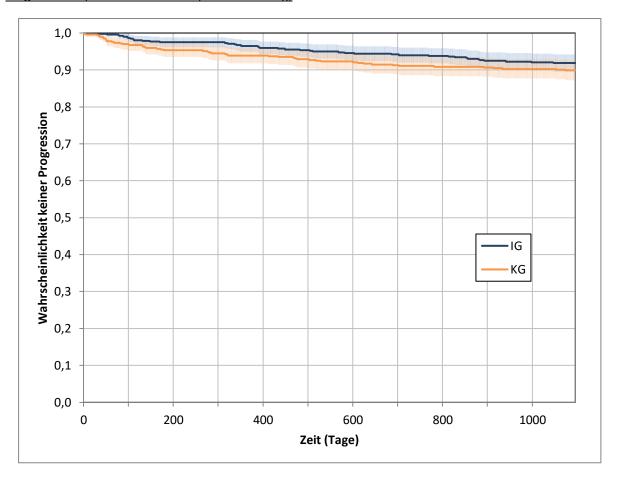
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

<u>Progression A (→ schwere depressive Störung)</u>



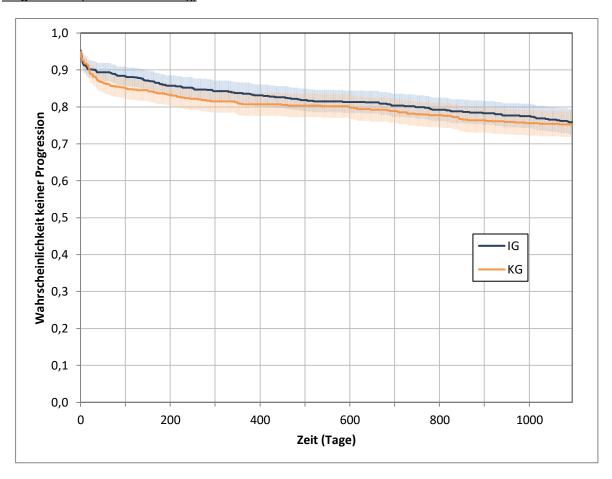


<u>Progression B</u> (→ rezidivierende depressive Störung)





Progression C (→ Suchterkrankung)





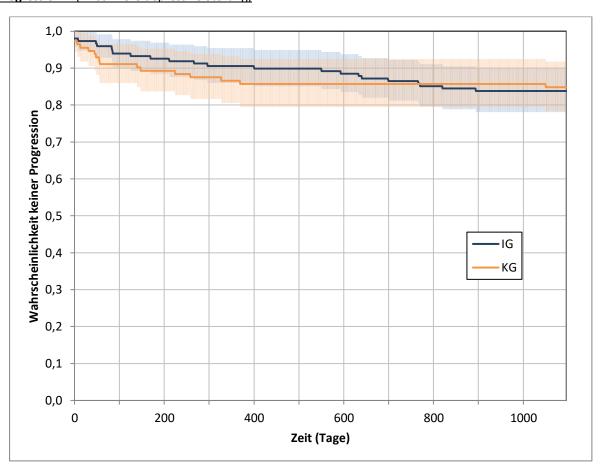
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

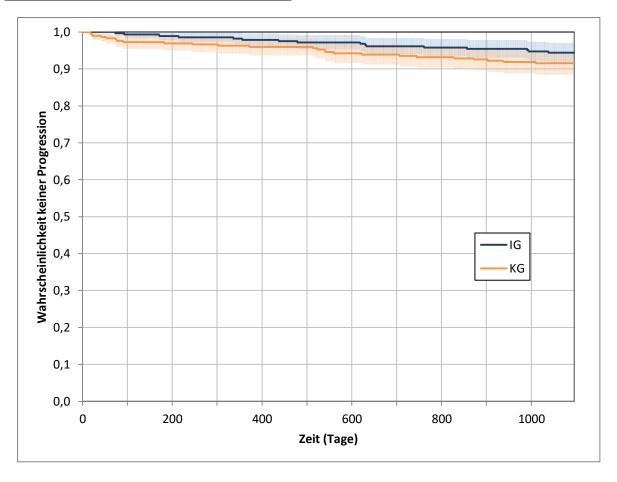
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

<u>Progression A (→ schwere depressive Störung)</u>



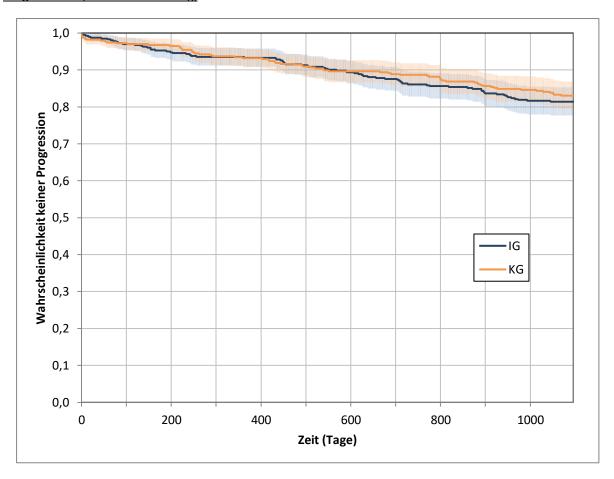


<u>Progression B</u> (→ rezidivierende depressive Störung)





Progression C (→ Suchterkrankung)





8.2.11 Leitlinienadhärenz

Sekundärer Outcome: Hier wurde für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenz, Depression und Schizophrenie anhand von je drei bis vier Outcomes untersucht, wie Empfehlungen für die Behandlung der entsprechenden Erkrankungsgruppen mit den vorhandenen Daten übereinstimmen. Dabei wurden in der Publikation von Großimlinghaus et al. (3) aufgeführte Outcomes genutzt, auf ihre Anwendbarkeit für die verfügbaren Sekundärdaten geprüft und wo nötig angepasst (siehe 6.2.2).

Bei diesen Outcomes wird kein Zeitreihenvergleich erstellt, da die Outcomes zeitsensibel sind, z.B. ausgehend von erster Diagnose oder abhängig vom Vorzeitraum. Daher entfallen Darstellungen zu U1, U3 und U4.

Beschreibung Ergebnisse (U2)

U2: Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für die **Alkoholabhängigkeit** vergleichbar niedrige Anteile von Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit und mindestens einem Untersuchungstermin für mindestens sechs Monate (IG: 2,6 %; KG: 2,3 %) sowie Anteile Personen mit Alkoholabhängigkeit und Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 0,0 %; KG: 1,4 %). Fallzahlen waren hier zu klein, um inferenzstatistische Tests zu rechnen.

Für die **Demenz** ergaben sich vergleichbar niedrige Anteile der Personen mit neu diagnostizierter Demenz und zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose (IG: 3,5 %; KG: 6,4 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Bei den anderen Untersuchungen zur Demenz waren die Fallzahlen zu gering um valide Aussagen ableiten zu können.

Der Anteil an Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger **depressiver** Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war in der IG geringer als in der KG (IG: 37,7%; KG: 48,5%). Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Der Anteil der Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 11,7%; KG: 11,9%).

Der Anteil der Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 83,5 %; KG: 80,0 %). Auch der Anteil der Erwachsenen mit Schizophrenie und einer ersten Episode und mit antipsychotischer Medikation war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 86,2





%; KG: 88,1 %). Bei der anderen Untersuchung zur Schizophrenie waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.



U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Alkoholabhängigkeit

Zum einen wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten, die eine stationär behandelte Alkoholabhängigkeit aufwiesen, nach dem stationären Aufenthalt mindestens einen Untersuchungstermin pro Monat für mindestens sechs Monate wahrgenommen haben. (B)

Zum anderen wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten mit Alkoholabhängigkeit im Beobachtungszeitraum eine rückfallprophylaktische Medikation mit Acamprosat oder Naltrexon, oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram verordnet bekommen hatten. (C)

Tabelle 58: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
 Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ 	78	128
 Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	2,6 %	2,3 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
 Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit ⁵ 	127	148
 Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	0,0 %	1,4 %

³ ICD-10: F10.2

ATC-Code: N07BB03
ATC-Code: N07BB04
ATC-Code: N07BB01

⁴ Kontakt zu folgenden Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁵ ambulant, PIA oder stationär, ICD-10: F10.2,



Demenz

Erstens wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten mit neu diagnostizierter Demenz im Beobachtungszeitraum innerhalb von sechs Monaten nach Erstdiagnose eine zerebrale Bildgebung (MRT) erhalten hatte.

Zweitens wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten mit Alzheimer-Demenz im Beobachtungszeitraum eine Therapie mit Acetylcholinesterase-Hemmern oder Memantine erhalten hatte. Personen mit stationärem Aufenthalt im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war.

Drittens wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten mit Demenz im Beobachtungszeitraum *keine* Antipsychotikaverordnung erhalten hatte. Auch hier mussten Personen mit stationärem Aufenthalt im Beobachtungszeitraum ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war.

Tabelle 59: Leitlinienadhärenz Demenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
Diagnostik / Bildgebung (D)		
 Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ 	142	140
 Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	3,5 %	6,4 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz ³	30	25
 Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase- Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	23,3 %	36,0 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
Anzahl Personen mit Demenz ⁶	77	54
 Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	44,2 %	55,6 %

¹ ICD-10: F00, F01, F02, F03 (ambulant oder stationär), inzident

² MRT – Untersuchung des Neurocranium (mit/ohne Kontrastmittel): OPS: 3-800, 3-820; EBM (gesamt): 34410

³ ICD-10: F00

⁴ ATC-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ATC-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ATC-Codes: N05A



Depression

Erstens wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten mit akuter mindestens mittelgradiger depressiver Episode innerhalb von 90 Tagen eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum erhalten hat. Personen mit stationärem Aufenthalt im Beobachtungszeitraum (inkl. Ereignis, das zum Einschluss in Nenner führen würde) mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war.

Zweitens wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode innerhalb von 90 Tagen eine Psychotherapie erhalten hatte.

Tabelle 60: Leitlinienadhärenz Depression, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
Therapie / Antidepressiva (G)		
 Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ 	640	631
 Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen 	37,7 %	48,5 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
 Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode⁷ 	486	605
 Anteil Personen mit Psychotherapie⁸ innerhalb von 90 Tagen 	11,7 %	11,9 %

¹ ICD-10: F32.1, F32.2, F33.1, F33.2, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt mit F32.1, F32.2, F33.1, F33.2 innerhalb von 90 Tagen (da medikamentöse Therapie in Krankenhaus nicht ersichtlich)

² ATC Code: N06A

⁷ ICD-10: F32.0, F32.1, F33.0, F33.1, ohne Personen mit Besuch einer Psychiatrischen innerhalb von 90 Tagen (da Psychotherapie PIA nicht ersichtlich)

⁸ EBM: 35200-35208, 35210-35212, 35220-35225; OPS = 9-410-9-412



Schizophrenie

Erstens wurde bezüglich der pharmakologischen Langzeitbehandlung untersucht, welcher Anteil der Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie innerhalb eines Jahres eine antipsychotische Medikation erhalten hat. Personen mit stationärem Aufenthalt von insgesamt mehr als sechs Monaten pro Jahr im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war.

Zweitens wurde die medikamentöse Langzeitbehandlung mit Antipsychotika nach einem stationären Aufenthalt untersucht. Genauer wurde geprüft, welcher Anteil der Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie und einem stationären Aufenthalt innerhalb eines Jahres eine antipsychotische Medikation erhalten hat. Patienten mit stationärem Aufenthalt von insgesamt mehr als sechs Monaten pro Jahr im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war.

Drittens wurde hinsichtlich des Monitorings von möglichen Nebenwirkungen einer Langzeitbehandlung untersucht, welcher Anteil der Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie und einer Langzeitmedikation (≥ zwei Rezepte mit Antipsychotika innerhalb von zwölf Monaten) einmal innerhalb von sechs Monaten ein Monitoring auf Nebenwirkungen (Ruhe-EKG, Blutuntersuchung, Blutzucker-Bestimmungen) erhalten hat. Personen mit stationärem Aufenthalt von insgesamt mehr als sechs Monaten pro Jahr im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war. Zusätzlich mussten Patienten mit Besuch einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder stationärem Aufenthalt innerhalb eines Nachbeobachtungszeitraumes von sechs Monaten ausgeschlossen werden, da Monitoringmaßnahmen in der PIA und medikamentöse Therapien in Krankenhaus in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich waren.

Der Anteil an Patienten mit Kombinationsbehandlung aus antipsychotischer Medikation und (Kognitiver) Verhaltenstherapie konnte mit den verfügbaren Daten nicht sicher abgebildet werden, da eine mögliche Verhaltenstherapie im Rahmen der PIA nicht ersichtlich war.



Tabelle 61: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)		
 Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² 	91	105
 Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	83,5 %	80,0 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
 Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ 	58	59
 Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	86,2 %	88,1 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
 Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ 	12	27
 Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	41,7 %	18,5 %

¹ Alter ≥ 18 Jahre

² ICD-10: F20, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt länger als 6 Monate innerhalb Beobachtungszeitraum

³ ATC-Codes: N05A

⁴ ICD-10: F20, nur stationäre Fälle, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt länger als 6 Monate innerhalb Beobachtungszeitraum

⁵ ICD-10: F20, ohne Personen mit Besuch einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder stationärem Aufenthalt mit F20 im gleichen oder folgenden Quartal (da Monitoring auf Nebenwirkungen in PIA und medikamentöse Therapie in Krankenhaus nicht ersichtlich)

⁶ ≥ 2 Rezepte von Antipsychotika (ATC: N05AL05, N05AX12, N05AH05, N05AD07, N05AD06, N05AF03, N05AH02, N05AF01, N05AB02, N05AG01, N05AD01, N05AA02, N05AD03, N05AH03, N05AX13, N05AB10, N05AB03, N05AG02, N05AD05, N05AX07, N05AH04, N05AX08, N05AE03, N05AL01, N05AC02, N05AE04) innerhalb von 12 Monaten

⁷ Monitoring abgebildet über EBM: 27320 (Ruhe-EKG), 32057 (Blutuntersuchung, Blutzucker), Gewichtskontrolle lässt sich über EBM nicht abbilden



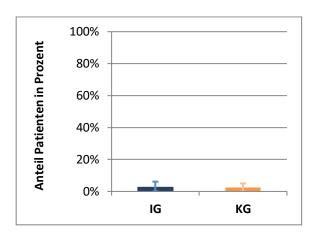
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Klinikneue Patienten

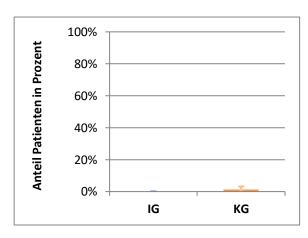
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Alkoholabhängigkeit B

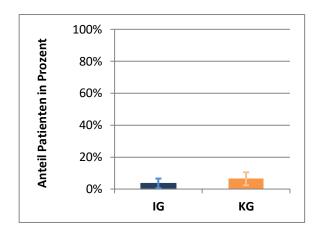


Alkoholabhängigkeit C

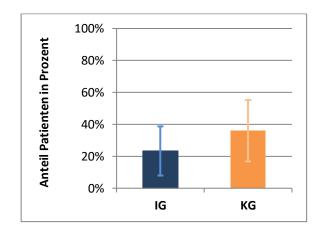




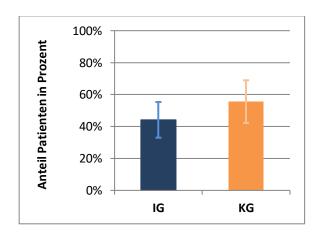
Demenz D



<u>Demenz E</u>

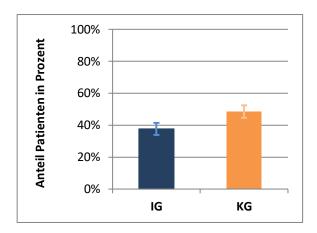


Demenz F

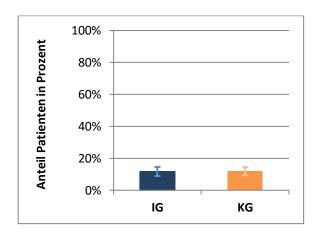




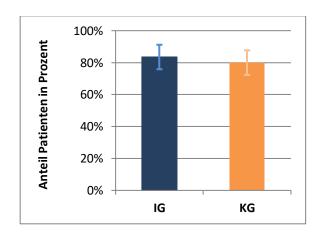
Depression G



Depression I

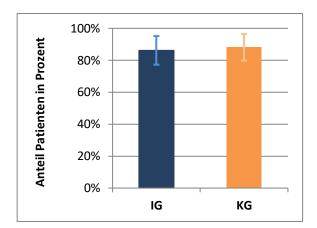


Schizophrenie J





Schizophrenie K



Schizophrenie L

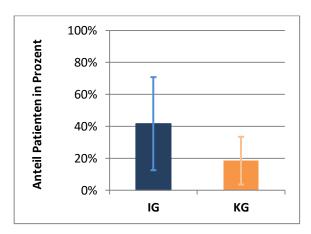




Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Alkoholab	<u>hängigkeit</u>		Demenz		Depre	<u>ession</u>	<u>Scl</u>	hizophreni	<u>e</u>
	В	С	D	E	F	G	ı	J	К	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,58 0,261,31	0,68** 0,530,88	1,21 0,801,83	1,71 0,763,84	0,94 0,273,27	kf

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

9.1 Patientenmix

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1:

Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigte sich bei den klinikneuen Patienten kein Unterschied in den Verteilungen der Behandlungssettings im Präzeitraum (vgl. Tabelle 63 und Abbildung 36). Deutliche Unterschiede zeigten sich hingegen in der Verteilung der Behandlungssettings im Referenzfall. Während in der IG mit 58% ein fast doppelt so hoher Anteil der Patienten in der PIA behandelt wurde (KG: 32%), war das Verhältnis der vollstationär behandelten Patienten umgekehrt: Hier waren es 33% in der IG gegenüber 62% vollstationär behandelter Patienten in der KG. Der Anteil tagesklinisch behandelter Patienten unterschied sich zwischen den beiden Gruppen nicht. Ebenfalls in den Gruppen unterschiedliche Verteilungen zeigten sich in dem sich an den Referenzfall anschließenden, bis zu einem Jahr nach Beginn des Referenzfalls dauernden Zeitraums. Signifikante Unterschiede zeigten sich dabei im höheren Anteil (27%) ausschließlich in der PIA behandelter Patienten in der IG gegenüber dem Anteil von 18% in der KG. Der Anteil rein vollstationär behandelter Patienten lag in der KG mit 14 % um das Doppelte über dem Anteil der IG (7%). Der Anteil der Patienten, die im genannten Zeitraum keinen Klinikfall aufwiesen, lag in der KG mit 48% signifikant über dem der IG (38%); hierzu sind aber die Anmerkungen im Diskussionsteil zu beachten. Im zweiten, bis vierten Patientenjahr ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich der Verteilungen Behandlungssettings zwischen den beiden Untersuchungsgruppen. Stationsersetzende Leistungen im Rahmen des Home Treatment (im speziellen Fall durch ein Crisis Resolution Team) wurden nur durch die Modellklinik angeboten und kamen somit nur, wenn auch in relativ geringem Umfang (22 Personen im ersten Nachbeobachtungsjahr), in der IG vor.¹

Bei den <u>klinikbekannten Patienten</u> zeigten sich bereits im Präzeitraum Unterschiede in den Behandlungssettings (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 37). So lag der Anteil ausschließlich vollstationär behandelter Patienten mit 5% in der deutlich unter dem Anteil der KG (12%). Auch der Anteil der vollstationär und außerdem in der PIA behandelter Patienten (IG = 9%; KG = 14%) unterschieden sich signifikant voneinander. Demgegenüber standen bereits im Präzeitraum höhere Patientenanteile in den Settings, die stationsersetzende Leistungen (Home Treatment) beinhalteten, da dies lediglich in der Modellklinik angeboten wurde. Der deutlich geringere Anteil vollstationär behandelter Patienten

¹ Die ebenfalls stationsersetzende Behandlung durch die Akuttagesklinik in Geesthacht wurde ebenfalls lediglich in der Modellklinik angeboten, wird an dieser Stelle aber unter der teilstationären Behandlung subsummiert. Der Anteil dieser Behandlungsfälle in der Modellklinik beträgt ca. ein Drittel aller teilstationären Fälle (Tageskliniken für Allg. Psychiatrie an den Standorten Schwarzenbek und Mölln sowie die Tagesklinik für Psychosomatik in Geesthacht).



in der IG zeigte sich auch im Referenzfall (IG = 10%; KG = 22%). Demgegenüber stand ein signifikant höherer Anteil in der PIA behandelter Patienten (IG = 88%; KG = 75%). Im sich daran anschließenden Zeitraum ließ sich ebenfalls ein signifikant geringerer Anteil an rein vollstationär behandelten Patienten der IG (IG = 3%; KG = 9%) feststellen. In der IG ebenfalls geringer war der Anteil von vollstationär und in der PIA behandelten Patienten (IG = 9%; KG = 15%). In der IG höher fielen hingegen die Anteile der Patienten, die vollstationär, tagesklinisch und in der PIA behandelt wurden (IG = 4%; KG = 1%) und alle Home Treatment enthaltenden Behandlungssettings (insgesamt 58 Personen; 9%). Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sind weiterhin die Anteile ausschließlich im vollstationären Setting behandelten Personen in der IG geringer (IG = 3%, KG = 9%). Ebenso waren die Anteile der tagesklinisch, vollstationär und in der PIA behandelten Personen (IG = 4%, KG = 1%) in der IG höher gegenüber der KG. Dieses Muster setzte sich im dritten und vierten Nachbeobachtungsjahr fort.

U2:

Für die <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich im patientenindividuellen Präzeitraum kein Unterschied in den Anteilen der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 38). Im Referenzfall lag der Anteil der in der PIA behandelten Patienten in der IG mit 63% signifikant über dem der KG mit 36%. Demgegenüber standen die sich signifikant voneinander unterscheidenden Anteile vollstationär behandelter Patienten von 30% in der IG gegen über 56% in der KG. 22 Personen der IG hatten ihren Referenzfall als stationsersetzende Home Treatment-Behandlung. Auch im sich daran anschließenden Nachbeobachtungszeitraum lag der Anteil der vollstationär behandelten Patienten in der KG über dem der IG (IG = 6%; KG = 13%). Der Anteil der in der PIA behandelten Patienten war in der IG wiederum deutlich niedriger (IG = 26%, KG = 18%). Höhere Werte zeigten sich auch in den Patientenanteilen, bei denen sowohl tagesklinische und PIA-Behandlungen (IG = 9%; KG = 4%) sowie vollstationäre, tagesklinische und PIA-Behandlungen (IG = 4%, KG = 2%). Auch hier wurde Home Treatment lediglich in der IG erbracht. Der Anteil der Patienten, die keinen Behandlungsfall im Nachbeobachtungszeitraum aufwiesen, lag in der KG mit 51% wesentlich höher als in der IG, in der es 39% waren; hierzu sind jedoch die Ausführungen in der Diskussion zu beachten.

<u>U3:</u>

Analog dem in U2 betrachteten Patientenkollektiv zeigten sich für die Gruppe der Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung kein Unterschied in den Behandlungssettings zwischen IG und KG im Präzeitraum (vgl. Tabelle 66 und Abbildung 39). Auch das Muster eines signifikant höheren PIA-Referenzfallanteils in der IG (IG = 61 %; KG = 36%) sowie geringen Anteils vollstationärer Fälle (IG = 32%; KG = 56%) entsprach dem des U2-Kollektivs. Auch im sich daran anschließenden Zeitraum (Ende Referenzfall bis ein Jahr nach Beginn des Referenzfalls) zeigte sich ein höherer ausschließlich in der Pia behandelter Patienten in der IG (IG = 25%; KG = 19%) sowie ein geringerer rein vollstationärer Anteil (IG = 7%; KG = 14%). In der IG ebenfalls höher waren die Anteile der Patienten, die sowohl in der PIA als auch tagesklinisch (IG = 9%; KG = 4%) sowie vollstationär, tagesklinisch und in der PIA behandelt (IG = 6%; KG = 2%) wurden. Auch ließ sich Home





Treatment ausschließlich in der IG verzeichnen. Der Patientenanteil ohne Klinikfall in diesem Zeitraum lag in der IG bei 39% und in der KG bei 50%, wobei die Ausführungen in der Diskussion zu beachten sind. Dieser Anteil lag im zweiten Nachbeobachtungsjahr in beiden Gruppen auf gleichhohem Niveau (IG = 70%; KG = 72%). Der Anteil der ausschließlich vollstationär behandelten Pateinten lag mit 4% signifikant unter dem der KG (7%).

<u>U4:</u>

Sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung verhalten sich die Anteile der in den jeweiligen Behandlungssettings behandelten Erkrankten nahezu identisch zu den Verteilungen in U1.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Home Treatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten Modelljahr im Zeitverlauf erhoben.

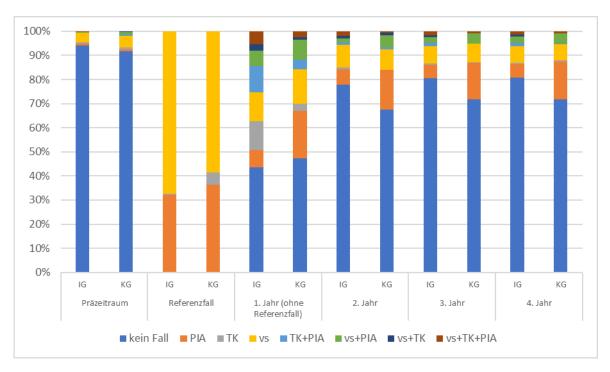
Klinikneue Patienten

Tabelle 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

								. Jahr	•									
	-	räzeit	raum	F	Refere	nzfall	R	efere	nzfall)		2. Ja	hr		3. Ja	hr		4. Ja	hr
Behandlungssettin g	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA							4		0,773									
vs+TK+PIA	1	1	1,000				13	10	1,000	4	1	1,000	5		0,652	3		1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA							5		0,561	3		1,000						
TK+HT+PIA																		
vs+TK	1	2	1,000				4	12	0,580	2	3	1,000		1	1,000	2		1,000
vs+PIA	4	6	1,000				33	37	1,000	13	14	1,000	9	16	1,000	9	15	1,000
vs+HT							1		1,000	1		1,000						
TK+PIA	1		1,000				35	18	0,182	9	2	0,775	4	4	1,000	2	2	1,000
TK+HT																		
HT+PIA							8		0,122	2		1,000	1		1,000			
vs	15	17	1,000	14 8	28 5	0,000	32	64	0,014	22	36	1,000	14	20	1,000	13	21	1,000
тк				39	35	0,665	20	15	1,000	3	7	1,000	4	2	1,000	6	4	1,000
PIA	7	15	1,000	26 3	14 0	0,000	12 1	84	0,035	74	70	1,000	58	65	1,000	56	56	1,000
HT		13	1,000	3	U	0,484	4	04	0,773	1	70	1,000	36	03	1,000	1	30	1,000
111	42	41		3		0,464	17	22	0,773	28	30	1,000	30	31		29	31	1,000
kein Fall	42	9	1,000				3	0	0,045	6	3	1,000	8	3	1,000	9	3	1,000
Gesamtergebnis	45 3	46 0	1,000	45 3	46 0	0,000	45 3	46 0	0,000	42 0	43 6	0,782	40 3	42 1	1,000	39 1	41 1	1,000



Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



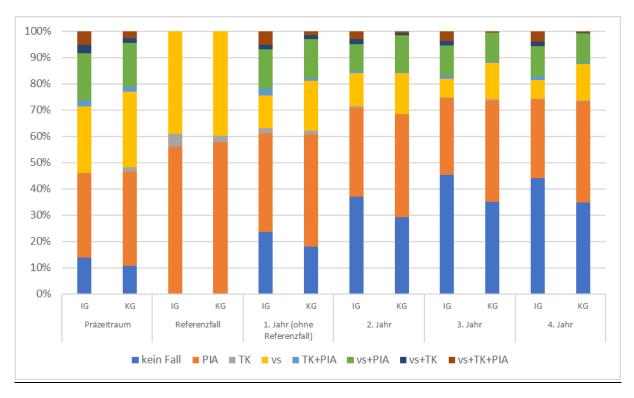
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	F	räzeit	raum	F	Refere	nzfall		. Jahr leferei	(ohne nzfall)		2. Ja	ahr		3. Ja	hr		4. Ja	ahr
Behandlungssettin g	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA	10		0,042				7		0,251	2		1,000	9		0,054	8		0,117
vs+TK+PIA	44	33	1,000				28	9	0,032	24	7	0,048	26	5	0,004	23	4	0,006
vs+TK+HT							3		0,988	1		1,000						
vs+HT+PIA	11		0,027				12		0,018	5		0,733	13		0,010	12		0,017
TK+HT+PIA	3		1,000				6		0,365	1		1,000	1		1,000	1		1,000
vs+TK	13	8	1,000				5	2	1,000	2	3	1,000	4	2	1,000	7	3	1,000
vs+PIA	55	92	0,020				57	96	0,016	64	74	1,000	42	76	0,012	38	69	0,023
vs+HT	2		1,000				5		0,437	1		1,000						
TK+PIA	39	27	1,000				28	13	0,260	20	7	0,218	20	4	0,019	16	4	0,117
TK+HT							1		1,000									
HT+PIA	29		0,000				18		0,001	9		0,090	6		0,250	5		0,511
VS	34	77	0,000	65	14 5	0,000	21	57	0,001	20	54	0,001	18	42	0,019	20	46	0,017
TK	5	7	1,000	9	16	0,227	7	2	0,901	2	2	1,000	2		1,000	5		0,511
PIA	34 1	34 8	1,000	56 8	48 7	0,000	36 4	36 4	1,000	32 0	34 1	1,000	28 3	29 3	1,000	25 6	27 4	1,000
нт	2		1,000	5		0,146	6		0,365							1		1,000
kein Fall	59	56	1,000				79	10 5	0,365	15 4	13 6	1,000	18 4	18 1	1,000	19 1	18 3	1,000
Gesamtergebnis	64 7	64 8	0,000	64 7	64 8	0,000	64 7	64 8	0,000	62 5	62 4	0,000	60 8	60 3	0,000	58 3	58 3	0,000



Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung





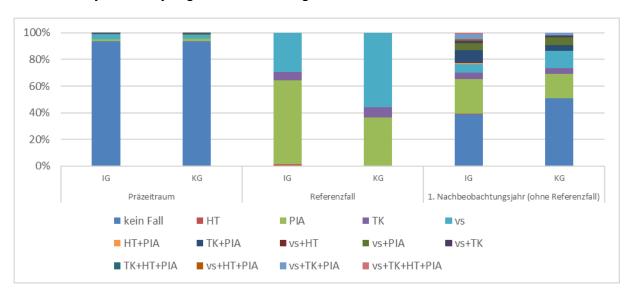
U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär, Tagesklinik, Home Treatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr erhoben.

Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

		Präzeitra	um		Referenz	fall	1.	Nachbeobacl jahr (ohn Referenzfa	e
Behandlungssetting	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA							16		0,001
vs+TK+PIA	2	2	1,000				68	30	0,001
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA							17		0,001
TK+HT+PIA							4		0,667
vs+TK	4	4	1,000				27	28	1,000
vs+PIA	12	18	1,000				91	103	1,000
vs+HT							3		0,992
TK+PIA	3	4	1,000				160	70	0,000
TK+HT									
HT+PIA							20		0,000
vs	60	48	1,000	506	957	0,000	108	219	0,000
TK				104	134	0,051	77	79	1,000
PIA	24	28	1,000	1082	623	0,000	450	316	0,000
нт				22		0,000	10		0,026
kein Fall	1609	1610	1,000				663	869	0,000
Gesamtergebnis	1714	1714	1,000	1714	1714	0,000	1714	1714	0,000

Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



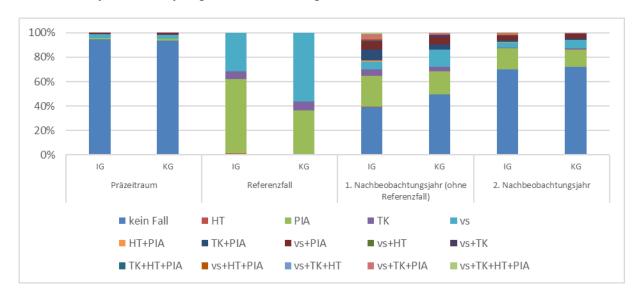


U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		Präzeitra	um		Referenz	fall	1. N	achbeobad jahr (ohr Referenzf	ne		2. Nachbe	
Behandlungssetting	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA							13		0,008	2		1,000
vs+TK+PIA	1	2	1,000				52	23	0,008	16	6	0,635
vs+TK+HT										1		1,000
vs+HT+PIA							13		0,008	7		0,297
TK+HT+PIA							3		1,000	1		1,000
vs+TK	4	4	1,000				19	23	1,000	6	10	1,000
vs+PIA	6	14	0,912				72	76	1,000	34	40	1,000
vs+HT							2		1,000	1		1,000
TK+PIA	2	2	1,000				110	50	0,000	19	13	1,000
TK+HT												
HT+PIA							14		0,005	8		0,182
vs	39	36	1,000	397	705	0,000	82	176	0,000	49	83	0,050
TK				84	96	0,380	63	51	1,000	6	12	1,000
PIA	15	24	1,000	769	456	0,000	320	234	0,001	208	175	0,759
нт				12		0,003	7		0,141	1		1,000
kein Fall	1195	1175	1,000				492	624	0,000	842	866	1,000
Gesamtergebnis	1262	1257	1,000	1262	1257	0,000	1262	1257	0,000	1201	1205	0,002

Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung





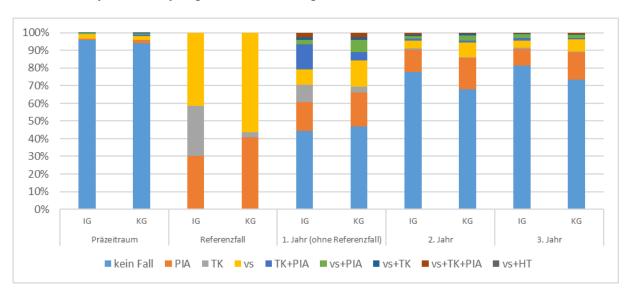
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

							1. N	lachbeok jahr (c	oachtungs- ohne	2	. Nach	ibeob-	3	. Nach	beob-
	F	Präzeit	raum	F	Refere	nzfall		Referer	nzfall)	а	chtun	gsjahr	a	chtun	gsjahr
Behandlungssetting	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA		1 2 1,000			6		0,281	1		1,000	1		1,000		
vs+TK+PIA	1	2	1,000				31	15	0,203	12	4	0,908	11		0,027
vs+TK+HT										1		1,000			
vs+HT+PIA							7		0,203	5		0,908	1		1,000
TK+HT+PIA							1		1,000						
vs+TK	2	3	1,000				16	17	1,000	5	8	1,000	2	1	1,000
vs+PIA	4	10	1,000				57	60	1,000	25	27	1,000	20	31	1,000
vs+HT							2		1,000	1		1,000			
TK+PIA	2	1	1,000				67	30	0,002	13	5	0,981	8	7	1,000
TK+HT															
HT+PIA							9		0,073	4		1,000	5		0,702
vs	28	25	1,000	268	508	0,000	59	127	0,000	36	59	0,358	29	40	1,000
TK				62	54	0,479	45	32	0,768	5	9	1,000	4	2	1,000
PIA	9	19	0,714	495	274	0,000	207	150	0,007	132	117	1,000	103	101	1,000
НТ				6		0,080	6		0,281	1		1,000			
kein Fall	785	776	1,000				318	405	0,000	542	569	1,000	577	592	1,000
Gesamtergebnis	831	836	1,000	831	836	0,000	831	836	0,000	783	798	0,085	761	774	0,107

Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



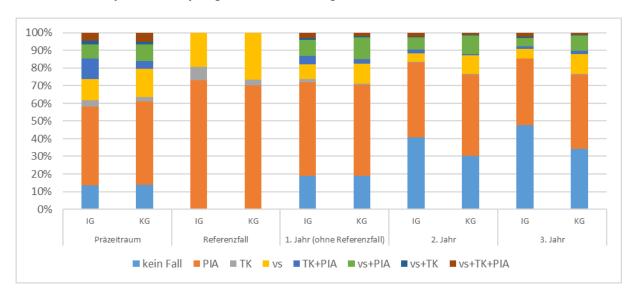


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

							1. Na	chbeok jahr (d	oachtungs- ohne	:	2. Nach	beob-	3	3. Nach	beob-
		Präzeit	raum		Refere	nzfall		Referer	nzfall)	i	achtun	gsjahr	ā	chtun	gsjahr
Behandlungssetting	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA	10		0,041				7		0,224	2		1,000	9		0,053
vs+TK+PIA	45	33	1,000				29	11	0,071	25	7	0,030	27	5	0,002
vs+TK+HT							3		1,000	1		1,000			
vs+HT+PIA	11		0,026				12		0,019	5		0,725	14		0,005
TK+HT+PIA	3		1,000				6		0,359	1		1,000	1		1,000
vs+TK	14	10	1,000				5	4	1,000	2	3	1,000	4	2	1,000
vs+PIA	57	96	0,016				62	100	0,030	68	79	1,000	45	78	0,021
vs+HT	2		1,000				5		0,451	1		1,000			
TK+PIA	39	28	1,000				33	15	0,128	22	7	0,092	20	4	0,021
TK+HT							1		1,000						
HT+PIA	29		0,000				20		0,000	10		0,051	6		0,248
vs	36	85	0,000	73	163	0,000	24	63	0,000	21	58	0,000	21	46	0,021
TK	5	9	1,000	9	19	0,089	7	3	1,000	2	3	1,000	2	1	1,000
PIA	345	352	1,000	591	502	0,000	371	374	1,000	329	349	1,000	292	300	1,000
нт	2		1,000	6		0,080	6		0,359						
kein Fall	81	71	1,000				88	114	0,451	168	153	1,000	199	201	1,000
Gesamtergebnis	679	684	0,000	679	684	0,000	679	684	0,000	657	659	0,000	640	637	0,000

Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung





9.2 Leistungserbringung

Beschreibung Ergebnisse (U1)

<u>U1:</u>

(vgl. Tabelle 69 bis Tabelle 72).

(vgl. Tabelle 73 bis Tabelle 76).

Die Intensität der Behandlungen lässt sich über die als OPS-Schlüssel dokumentierten Therapieeinheiten abschätzen. Hierzu wurden für jeden Patienten die Therapieeinheiten je Behandlungssetting im jeweiligen Beobachtungszeitraum kumuliert und die durchschnittlichen Werte je Untersuchungsgruppe (IG/KG) miteinander verglichen.² Zusätzlich wurden die Kontakthäufigkeit und die Behandlungsintensität in der PIA über die Schlüssel der PIA-Doku-Vereinbarung ermittelt.

² Durch eine Änderung des OPS-Kataloges ab dem Jahr 2016 konnten die Therapieeinheiten nicht analog der Vorjahre erfasst werden. An der Implementierung in die Auswertungsroutinen und der Überprüfung auf die inhaltliche Vergleichbarkeit der neuen OPS-Schlüssel wird gearbeitet. Die Darstellung erfolgt an dieser Stelle demzufolge nur bis einschließlich des zweiten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahrs.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Für die Darstellung im Zeitverlauf wird die durchschnittliche dokumentierte Anzahl der Therapieeinheiten für alle Patienten mit Studieneintritt im ersten Modelljahr für den Prä- und einen vierjährigen Nachbeobachtungszeitraum erfasst.

Klinikneue Patienten

Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

											ahr nne													
	F	räzei	itrau	m	R	efer	enzfa	all	R	efere	nzfa	II)		2. J	ahr			3. J	ahr			4	lahr	
	١	/S	T	К	١	/S	1	ĸ	٧	s	T	К	٧	rs .	Т	K	١	'S	T	К	•	/S	Т	ĸ
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	453	453	460	460	453	453	460	460	453	453	460	460	420	420	436	436	403	403	423	423	383	383	401	401
N mit Fall	21	3	26	3	148	39	285	35	92	76	123	55	45	18	54	13	28	13	37	7	26	13	36	6
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	2,0	0,5	0,9	0,3	1,6	0,9	1,2	0,3	0,5	0,3	0,4	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,8	0,7	0,2	0,1	0,2	4,3	0,4	1,2	1,1	3,3	1,4	2,4	0,8	1,5	1,0	0,7	0,3	0,3	0,6	0,3	0,3	0,3	0,7	0,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	_	_	0,0	0,3	-	-	0,1	0,2	_	-	0,0	0,2		-	0,0	0,1	-	-	0,0	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,1	_	_	0,1	0,6	-	-	0,5	0,8	_	-	0,0	0,4	-	-	0,1	0,7	_	-	0,0	0,3	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	_	-	_	-	0,1	_	-	_	0,1	0,0	0,1	-	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	_
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	_	_	-	-	-	0,1	-	-	_	0,1	0,0	0,1	-	0,0	-	-	_	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,2	0,0	_	_	0,1	_	-	0,5	0,3	_	-	0,1	0,1	_	-	_	-	_	_	_	-	_	_
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1	0,0	-	-	0,0	-	-	0,3	0,2	-	-	0,1	0,0	-	-	-	-	-	_	-	-	_	-
																								H
Gesamt	1,5	1,1	0,3	0,2	0,3	7,5	0,8	2,1	2,8	6,7	2,3	3,7	1,4	2,8	1,3	1,1	0,6	1,2	0,8	0,5	0,6	0,7	0,8	0,5



Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

										1. J	lahr													
	_	Präzeitraum Ref						•	nne															
							_			efere	_	<u> </u>			ahr _				ahr				ahr -	
		rs KG		KG	۱G	/s KG	IG	K KG	١G	rs KG	IG	KG		/s KG	IG	K KG		/s KG	IG	K KG		/s KG		гк
Г	10	KG	10	KG	IG	KG	IG	KG	טו	KG	10	KG	IG	KG	10	KG	IG	KG	10	KG	IG	KG	10	KG
N	453	453	460	460	453	453	460	460	453	453	460	460	420	420	436	436	403	403	423	423	383	383	401	401
N mit Fall	21	3	26	3	148	39	285	35	92	76	123	55	45	18	54	13	28	13	37	7	26	13	36	6
																								<u> </u>
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	4,8	1,2	9,0	3,0	0,1	3,2	5,5	11,8	1,6	5,9	5,5	9,7	2,8	4,2		13, 3	2,1	1,2	4,4	11,0	2,3	1,3	4,4	12, 8
	18,		27,												23,				19,					20,
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	3	11,6	7	3	0,6	7,0	4,2	15,5	5,4	12,4	8,1	19,7	7,8	11,9	1	8	4,8	3,3	8	17,4	5,2	3,3	8	3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,1	_	-	0,1	0,5	_	-	0,3	0,9	-	-	0,2	1,6	-	-	0,2	0,8	-	-	0,2	0,6	_	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,8	1,9	_	_	0,3	1,0	_	_	2,5	3,0	_	-	0,3	3,4	_	_	1,9	8,6	_	_	0,6	2,9	_	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	_		-	-	-	0,2	-	-	-	0,5	0,1	0,4	_	0,3		-	-	_			-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	_	-	_	0,2	_	-	-	0,2	0,0	1,1	-	0,1	-	-	-	-	_	_	_	-	_	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	5,1	3,3	0,7	-	_	0,1	_	-	2,4	1,1	-	_	0,9	0,6	-	-	-	-	_	_	_	-	_	_
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	2,6	2,2	0,7	-	-	0,0	-	-	1,5	0,9	-	-	0,9	0,3	-	-	-		_	-		-	-	-
Gesamt	31, 9	20,3	38, 0	,	1,1	12, 1	9.7	27,3	13, 6	24,9	13, 6	30,9	12, 9	22.3	30, 2			13, 8		28,4	8.3		24, 2	33, 2



Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	Präzei	.	Defeue	fall	1. J (oh Refere	ne	2. J		2.1		4.1	
	IG	KG	Refere	KG	IG	KG	IG	KG	IG	ahr KG	4. J	KG
N	453	460	453	460	453	460	420	436	403	421	391	411
N mit Fall	13	20	263	140	219	149	105	87	77	85	70	73
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,2	0,0	0,6	0,8	0,6	0,4	0,6	0,6	0,6	0,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	0,6	0,4	1,0	1,7	0,6	1,2	0,8	1,2	0,9	1,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	0,8	0,5	1,6	2,5	1,2	1,5	1,3	1,8	1,5	1,5
Gesamt	0,0	0,1	0,9	0,5	2,0	2,6	1,4	1,6	1,4	1,9	1,8	1,6
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	18	0,0	000	0,0	12	0,4	-23	0,9	83	0,2	37
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	70	0,0	000	0,0	72	0,3	00	0,2	20	0,9	37

Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

					1. J							
	Präzei	traum	Refere	enzfall	Refere	nzfall)	2. J	ahr	3. J	ahr	4. J	ahr
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	453	460	453	460	453	460	420	436	403	421	391	411
N mit Fall	13	20	263	140	219	149	105	87	77	85	70	73
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,2	0,3	0,1	1,3	2,3	2,5	1,9	3,0	2,7	3,4	2,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,7	2,4	1,1	1,5	2,1	5,3	2,4	5,8	3,9	6,0	5,1	5,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,0	0,2	0,1	0,6	0,2	0,4	0,3	0,4	0,2	0,7	0,5
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,6	0,2
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,0	0,2	0,1	0,7	0,3	0,5	0,4	0,4	0,4	1,3	0,6
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,8	2,6	1,4	1,5	3,4	7,6	4,9	7,7	6,9	8,8	8,5	8,4
Gesamt	0,8	2,6	1,6	1,6	4,1	7,9	5,4	8,2	7,4	9,2	9,8	9,1
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	37	0,0)12	0,0	55	0,7	17	0,9	15	0,2	28
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	02	0,4	61	0,0	01	0,0)14	0,2	13	0,9	52



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 73: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

										1. J	ahr													
		räzoi	itrau	m	١.	Refer	onzfa	AII	, ,	oh) efere		IIV		2. J	ahr			2 1	ahr			4 1	ahr	
		/S	-			/S	_	ĸ		/s	Ė	K		z. j	_	ĸ	٠,	/S	i –	ГK		rs	Ė	TK
	IG	KG				_	IG	кG		KG		KG		кG		KG		KG	IG	KG	IG	KG		KG
N	647	647	648	648	647	647	648	648	647	647	648	648	625	625	624	624	608	608	603	603	572	572	556	556
N mit Fall	169	114	210	75	65	9	145	16	138	85	164	26	119	52	138	19	112	62	125	11	108	60	116	11
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	2,0	0,7	1,1	0,0	0,5	0,1	0,2	0,4	1,1	0,4	0,3	0,2	0,9	0,3	0,3	0,4	0,9	0,3	0,1	0,4	0,9	0,3	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,9	4,7	1,0	2,3	0,1	1,6	0,0	0,5	1,0	3,2	0,6	0,8	0,8	3,2	0,8	0,7	1,1	3,1	0,9	0,2	1,1	3,2	1,0	0,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,2	-	-	0,0	0,1	-	-	0,0	0,2	-	-	0,1	0,2	-	-	0,0	0,2	-	-	0,0	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	1,0	-	-	0,0	0,4	-	-	0,2	1,5	-	-	0,2	0,9	-	-	0,3	0,6	-	-	0,4	0,6	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	-	0,0	-	0,1	-	_	-	0,0	_	0,0	0,0	0,1	-		0,0	_	-	_	0,1	_	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,0	-	0,0	-	0,1	-	_	-	0,0	-	-	0,0	0,0	-	-	0,1	_	-	_	0,1	_		-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,5	-	-	-	-	-	-	0,2	0,2	_	-	0,2	0,3	-	-	0,1	0,0	_	-	0,1	0,1	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,3	-	-	_	-	-	-	0,2	0,1	-	-	0,2	0,2	_	-	0,1	0,0	-	-	0,1	0,1	-	-
Gesamt	2,2	8,8	1,7	3,4	0,1	2,8	0,1	0,8	2,0	6,3	1,1	1,1	1,6	5,9	1,1	1,0	2,1	4,9	1,2	0,3	2,3	5,1	1,3	0,4



Tabelle 74: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

										1. J														
	l p	räzei	trauı	m	l R	efere	enzfa	all	R	oh) efere		II)		2. J	ahr			3	Jahr			4	Jahr	
	١	'S	Т	ĸ	١	rs .	TK vs				TK vs		'S	TK		vs		TK		V	/S	1	ГК	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	647	647	648	648	647	647	648	648	647	647	648	648	625	625	624	624	608	608	603	603	572	572	556	556
N mit Fall	169	114	210	75	65	9	145	16	138	85	164	26	119	52	138	19	112	62	125	11	108	60	116	11
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,2	6,0	4,1	9,6	0,2	2,4	4,8	9,4	1,7	4,5	3,3	7,5	1,3	4,2	3,9	9,1	2,0	4,2	2,5	6,3	2,0	4,2	2,6	6,3
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	3,3	14, 6		19, 6	0,6	7,0		21, 3	4,7	12, 5	4,8	20, 2	4,0	14,3		22, 4	5,7	15, 0	9,1	12,5		15, 5	9,4	12,5
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,7	-	-	0,1	0,5	-	-	0,2	0,7	-	-	0,3	1,1	-	-	0,2	1,0	-	-	0,2	1,0	Ŀ	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,7	3,1	-	-	0,2	1,9	-	_	0,7	5,9	_	-	1,0	4,3	_	-	1,8	2,8	_	-	1,9	3,0	-	_
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,3	-	0,0	-	0,3	_	-	-	0,1	-	0,1	0,2	0,7	-	-	0,3	-	_	-	0,3	-	-	_
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1	-	0,1	-	0,3	_	-		0,1	-	-	0,1	0,2	_	-	0,4	-	-	-	0,4	-		_
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,5	1,5	-	-	-		-		1,1	0,6	-	-	0,8	1,2	-	-	0,6	0,2	-	-	0,6	0,2	_	_
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,5	0,9	-	-	-	-	-	-	0,7	0,4	-	-	0,9	0,7	-	-	0,6	0,2	-	-	0,7	0,3	_	-
Gesamt	8,6	27, 3		29, 4	1,0	12, 3		30, 8		24, 9		27, 8	8,6			31, 5	11, 6	23, 4	11, 6	18,7		24,	12, 0	18,7



Tabelle 75: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	Präzei	traum	Refere	nzfall	1. J (oh Refere	ne	2 1	ahr	3. J	ahr	4. J	ahr
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	647	648	647	648	647	648	625	624	608	603	583	583
N mit Fall	531	499	568	487	520	482	445	429	400	378	359	351
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,5	0,3	1,3	2,2	1,8	1,9	2,5	1,8	2,7	1,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	0,9	1,2	2,5	4,6	2,3	4,5	2,5	4,2	3,4	4,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,3	0,1	0,5	0,5	0,4	0,5	0,3	0,5	0,4	0,5
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,2	0,4
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,3	0,1	0,6	0,8	0,5	0,8	0,5	0,8	0,6	0,9
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	1,3	1,5	3,8	6,8	4,1	6,5	5,0	6,0	6,1	6,1
Gesamt	0,0	0,1	1,7	1,7	4,5	7,6	4,6	7,3	5,5	6,8	6,7	7,0
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	18	0,0	000	0,3	70	0,0	152	0,0	12	0,0	37
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	.83	0,0	95	0,0	00	0,0	00	0,0	48	0,9	91

Tabelle 76: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

					1. J (oh							
	Präzei	Präzeitraum		enzfall	Refere	nzfall)	2. J	ahr	3. J	ahr	4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	647	648	647	648	647	648	625	624	608	603	583	583
N mit Fall	531	499	568	487	520	482	445	429	400	378	359	351
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,5	0,4	1,7	3,0	2,5	2,8	3,8	2,9	4,4	2,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	1,0	1,6	3,1	6,1	3,2	6,6	3,8	6,8	5,6	7,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,3	0,2	0,7	0,7	0,6	0,7	0,5	0,7	0,7	0,8
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,2	0,4	0,2	0,5	0,3	0,7
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,4	0,2	0,8	1,0	0,8	1,2	0,7	1,2	1,0	1,5
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	1,5	2,0	4,8	9,2	5,7	9,4	7,6	9,6	10,0	10,2
Gesamt	0,0	0,1	1,9	2,2	5,5	10,2	6,5	10,6	8,3	10,9	10,9	11,7
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	18	0,0	000	0,1	96	0,0	32	0,0	05	0,0	25
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	.74	0,0	001	0,0	00	0,0	000	0,0	05	0,8	09



10. Ergebnisse: Kosten

10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen direkten psychiatrischen Versorgungskosten setzen sich aus den Kosten für voll- und teilstationäre psychiatrische Krankenhausbehandlungen, PIA-Behandlungen, Behandlungen in Sozialpädiatrischen Zentren, psychiatrische Behandlungen in Hochschulambulanzen, psychiatrische Behandlungen im vertragsärztlichen Bereich, Psychopharmaka sowie Heilmittel mit psychiatrischer Indikation zusammen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen **direkten psychiatrischen Kosten** im Präzeitraum mit 819,63 € je Patient der IG und 934,77 € je Patient der KG auf gleich hohem Niveau (vgl. Tabelle 77, Tabelle 79 und Abbildung 42). Die Kosten des Präzeitraums setzten sich dabei in etwa zur Hälfte aus den von 8 % (IG) bzw. 9 % (KG) der Patienten verursachten Kosten für vollstationäre Behandlungen im Präzeitraum, zu ca. 15 % der von ungefähr 80 % der Patienten für vertragsärztlich psychiatrische Leistungen angefallenen Kosten und zu ca. einem Viertel (IG) bzw. einem Fünftel aus den Kosten der Psychopharmakaversorgung (ca. 51 % der Patienten in beiden Gruppen) zusammen. Der zu Hundert fehlende Anteil speiste sich dabei aus den übrigen Leistungsbereichen.

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die gesamten psychiatrischen Kosten je Patient sowohl in der IG als auch in der KG an: in der IG war ein Anstieg von durchschnittlich 4.783,25 €, in der KG von 6.011,70 € zu verzeichnen. Die Zusammensetzung der Kosten unterschied sich im ersten Nachbeobachtungsjahr dahingehend, dass der Anteil der vollstationären psychiatrischen Kosten in der IG mit ca. 36 % deutlich unterhalb der KG mit etwa 74 % lag, während der Anteil der teilstationären Kosten in der IG mit 30 % deutlich oberhalb der KG mit 11 % lag. Ebenso war der Anteil der PIA an den gesamten psychiatrischen Kosten in der IG mit 16 % deutlich höher als in der KG (4 %). Diese Muster zeigten sich bis hin zum vierten Nachbeobachtungsjahr. Der Anteil der Kosten für stationsersetzende Leistungen (Home Treatment) lag im ersten Nachbeobachtungsjahr bei ca. 8 %, fiel in den folgenden zwei Jahren auf 4 % bzw.1 % und stieg anschließend wieder auf 6 % der Gesamtkosten.

Auch vom zweiten bis zum vierten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr lagen die die Kosten über dem Wert des jeweiligen Präzeitraums. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum stiegen die Kosten in



der IG relativ zur KG um 241,70 € weniger stark an, wobei der Unterschied nicht signifikant war (vgl. Tabelle 79).

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen direkten psychiatrischen Kosten mit 6.162,75 € je Patient der IG und 5.848,81 € je Patient der KG auf gleich hohem Niveau (vgl. Tabelle 78, Tabelle 80 und Abbildung 43). Es zeigte sich jedoch eine zwischen den Gruppen voneinander Zusammensetzung der Kosten. So lag der Anteil der vollstationären Versorgungskosten in der IG bei 31 % und in der KG bei 59 %. Demgegenüber stand ein deutlich höherer Anteil teilstationärer Kosten in der IG von 21 % (KG = 8 %) sowie ein doppelt so hoher Anteil an Kosten der PIA-Behandlung von 25 % in der IG zu 12 % in der KG. Vor allem die vertragsärztliche und Psychopharmakaversorgung (IG = 15 %; KG = 21 %) bildeten den zu Hundert fehlenden Teil. In der IG betrug der Anteil der Kosten für stationsersetzende Leistungen 8 %.

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr war weder in IG noch KG ein Anstieg der gesamten psychiatrischen Kosten zu verzeichnen. Die Anteilige Zusammensetzung der Kosten war zu der des Präzeitraums nahezu identisch, lediglich der Anteil tagesklinischer Kosten sank in beiden Gruppen über die Zeit; in der IG im ersten Jahr vor allem durch eine Verschiebung zu Kosten für stationsersetzende Leistungen.

Vom ersten bis zum vierten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr war für die KG ein eine Reduktion der Versorgungskosten zu verzeichnen. Auch für die IG war für das zweite Jahr nach Studieneinschluss ein Abfallen der Kosten zu verzeichnen. Im dritten und vierten Jahr lagen die durchschnittlichen Kosten je Patient unter dem jeweiligen Präzeitraum und ersten Jahr. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 7,11 € stärker an, wobei der Kostenunterschied nicht statistisch signifikant war (vgl. Tabelle 80).

U2:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die direkten psychiatrischen Versorgungskosten in beiden Gruppen, wobei sie in der IG von 836,59 € auf 5.844,32 € und in der KG von 787,46 € auf 7.003,71 € anstiegen. Der Anstieg der Kosten je Patient der IG war somit um 1.208,52 € geringer als in der KG (vgl. Tabelle 81 und Abbildung 44).

U3:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich für den Verlauf der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr ein vergleichbares Muster wie für die in U1 und U2 untersuchten





Patientenkollektive (vgl. Tabelle 82, Tabelle 83 und Abbildung 45). Während die Kosten im Präzeitraum in beiden Gruppen auf gleicher Höhe lagen (IG = 783,93 €; KG = 858,28 €), stiegen sie im ersten Jahr unterschiedlich stark an: in der IG auf 5.552,14 € und in der KG auf 6.995,30 €. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Jahr war in der IG somit um 1.419,50 € geringer als in der KG (vgl. Tabelle 83). Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 843,21 € signifikant weniger stark an (vgl. Tabelle 83).

U4:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein vergleichbares Bild zu U1. So lagen die Kosten des Präzeitraums in beiden Gruppen auf gleich hohem Niveau und stiegen im ersten Jahr deutlich an, wobei der Anstieg der IG geringer gegenüber dem der KG ausfiel (vgl. Tabelle 84 und Abbildung 46). Im zweiten und dritten Jahr fielen sie auf ca. den doppelten Wert des jeweiligen Präzeitraums ab.

Auch bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war das Muster zu U1 vergleichbar. Bereits im Präzeitraum war ein hohes, sich aber zwischen den beiden Gruppen nicht voneinander unterscheidendes Kostenniveau beobachtbar (vgl. Tabelle 85 und Abbildung 47). Nach minimalem Anstieg im ersten Jahr, fielen die durchschnittlichen Kosten im zweiten und dritten Jahr deutlich ab.



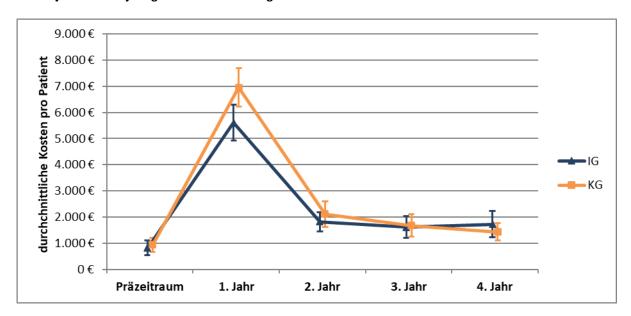
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG					KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
N mit Fall	381	453	342	325	308	393	460	371	348	329
durchschnittliche Kosten	819,63 €	5.602,88 €	1.813,35 €	1.612,47 €	1.725,17 €	934,77 €	6.946,47 €	2.113,26€	1.675,64€	1.432,60€
Standardabweichung	3.085,17 €	7.464,18 €	3.893,68 €	4.318,82 €	5.058,68 €	2.855,29 €	8.040,39 €	5.265,97 €	4.517,59 €	3.309,29 €
Minimum	0,00€	395,59€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	161,61 €	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	5,44 €	1.085,03 €	28,43 €	20,58€	11,85 €	10,05 €	1.065,95 €	31,04 €	29,08 €	14,47 €
Median	89,83 €	2.660,05 €	344,80 €	159,42 €	144,65 €	104,90 €	4.482,67 €	368,26 €	273,61€	244,47 €
75%-Perzentil	467,95€	7.442,77 €	1.719,21 €	1.280,93 €	1.053,14 €	489,71 €	9.379,26 €	1.718,99 €	1.329,83 €	1.175,04 €
Maximum	50.258,93€	54.181,57€	30.178,63€	41.797,68€	47.878,05€	26.571,83€	45.895,66€	57.553,77€	50.324,52€	27.741,52€

Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung





Klinikbekannte Patienten

Tabelle 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG					KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583
N mit Fall	641	647	605	579	555	644	648	602	577	552
durchschnittliche Kosten	6.162,75€	6.357,26 €	4.276,70€	4.785,27 €	5.216,45€	5.848,81€	6.446,90€	4.741,89€	4.385,60€	3.671,83€
Standardabweichung	8.034,42 €	8.615,18€	6.240,91 €	8.558,01€	9.830,11 €	8.413,21 €	8.717,89 €	7.792,63 €	7.783,03 €	7.091,63 €
Minimum	0,00€	625,44€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	97,16€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	1.931,34 €	2.140,65 €	1.079,69 €	784,56 €	598,78€	1.073,25 €	1.371,72 €	824,50€	626,26 €	494,06€
Median	3.298,19€	3.218,36 €	2.563,47 €	2.509,09 €	2.293,80 €	2.540,04 €	2.651,62 €	1.840,58 €	1.600,99€	1.388,66 €
75%-Perzentil	7.005,75 €	6.363,19€	4.851,30 €	4.280,05 €	4.568,64 €	7.203,31 €	7.751,15 €	4.253,18 €	3.797,28€	3.267,76€
Maximum	61.021,96€	63.862,54 €	63.393,94€	75.268,84€	88.515,45€	72.534,29€	69.363,15 €	55.239,55€	62.780,17€	59.300,55€

Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

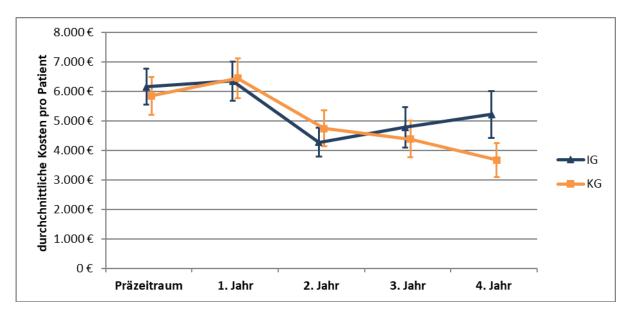




Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	934,77€	0,000	934,77€	0,000	-554,37 €	0,199
IG (vs. KG)	-115,14€	0,558	-115,14€	0,559	1,39€	0,993
Post (vs. Prä)	2.196,59€	0,000				
IG x Post (DiD)	-241,70€	0,394				
1. Jahr (vs. Prä)			6.011,70€	0,000	6.996,35€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.178,49€	0,000	2.155,85€	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			740,87 €	0,001	1.705,42€	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			497,83€	0,013	1.448,44€	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.228,45 €	0,019	-1.421,10€	0,007
IG x Jahr 2 (DiD)			-184,77€	0,570	-377,29€	0,253
IG x Jahr 3 (DiD)			51,97€	0,873	-154,23€	0,628
IG x Jahr 4 (DiD)			407,71€	0,233	217,86€	0,517
Alter (30-47 J. vs.	U30)				150,76€	0,673
Alter (48-64 J. vs.	U30)				359,82€	0,335
Alter (Ü64 vs. U30	0)				-313,19€	0,459
Geschlecht weibli	ich (vs. männl.)				-335,14€	0,114
F 00 (Demenz)					-589,91€	0,337
F 01 (Vaskuläre D	emenz)				205,88€	0,612
F 02 (Demenz, an	derenorts klassifiz. Kra	ankheiten)			-192,42€	0,531
F 03 (Nicht näher	bezeichnete Demenz)			-204,13 €	0,594
F 07 (Pers und V	erhaltensstör. des Ge	hirns)			848,19€	0,241
F 10 (Psychische u	u. Verhaltensst. durch	Alkohol)			183,63€	0,609
F 20-29 (Schizoph	nrenie, schiz. u. wahnh	afte Stör.)			3.205,61€	0,000
F 30-39 (Affektive	e Störungen)				625,40€	0,020
F 43 (schwere Bel	last. u. Anpassungsstö	r.)			343,68€	0,264
F 45 (Somatoform	ne Störungen)				-383,65€	0,162
F 40-48 (ohne F43	3 und F45)				1.279,88€	0,085
F 50 (Essstörunge	en)				-572,22€	0,660
F 60.31 (Spez. Per	rsönlichkeitsstör., Bor	derline)			1.862,72€	0,027
F 70-79 (Intelliger	nzstörung)				-878,73€	0,054
F 90-98 (Verhalte	ns- u. emot. Stör., Kin	dh./Jugend)			-769,66€	0,452
Vollstat. psych. F	all im Präzeitraum (Du	ımmy)			4.623,54€	0,000
TK psych. Fall im l	Präzeitraum (Dummy)				8.520,72€	0,054
PIA Fall im Präzeit	traum (Dummy)				3.243,91€	0,000
Vertragsärztl. psy	rch. Fall im Präzeitraur	n (Dummy)			338,58€	0,034
R ²		0,025		0,135		0,202



Tabelle 80: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	5.848,81€	0,000	5.848,81€	0,000	-1.807,51€	0,038
IG (vs. KG)	313,94€	0,492	313,94€	0,492	136,97€	0,690
Post (vs. Prä)	-998,64€	0,002				
IG x Post (DiD)	7,11 €	0,987				
1. Jahr (vs. Prä)			598,09€	0,090	6.261,88€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-1.106,93 €	0,003	4.503,47 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-1.463,22€	0,000	4.143,16 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-2.176,99€	0,000	3.397,28€	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-403,58€	0,417	-286,98€	0,555
IG x Jahr 2 (DiD)			-779,13€	0,128	-669,46 €	0,154
IG x Jahr 3 (DiD)			85,73€	0,879	169,27€	0,751
IG x Jahr 4 (DiD)			1.230,68€	0,043	1.318,51€	0,019
Alter (30-47 J. vs.	U30)				1.060,60€	0,051
Alter (48-64 J. vs.	U30)				859,87€	0,096
Alter (Ü64 vs. U3	0)				-819,47€	0,102
Geschlecht weibl	ich (vs. männl.)				-22,32€	0,941
F 00 (Demenz)					101,00€	0,894
F 01 (Vaskuläre D	emenz)				-846,07€	0,319
F 03 (Nicht näher	bezeichnete Demenz)			136,11€	0,794
F 07 (Pers und V	erhaltensstör. des Ge	hirns)			-496,63 €	0,312
F 10 (Psychische	u. Verhaltensst. durch	Alkohol)			1.404,29€	0,009
F 20-29 (Schizoph	nrenie, schiz. u. wahnh	nafte Stör.)			3.063,94 €	0,000
F 30-39 (Affektive	e Störungen)				258,92€	0,543
F 43 (schwere Be	last. u. Anpassungsstö	ör.)			-140,25€	0,759
F 45 (Somatoforn	ne Störungen)				487,20€	0,273
F 40-48 (ohne F43	3 und F45)				63,05€	0,919
F 50 (Essstörunge	en)				5.831,00€	0,153
F 60.31 (Spez. Pe	rsönlichkeitsstör., Bor	derline)			3.732,24€	0,000
F 70-79 (Intellige	nzstörung)				-1.582,52€	0,002
F 84 (Tief greifen	de Entwicklungsstörur	ngen)			1.689,97€	0,122
F 90-98 (Verhalte	ns- u. emot. Stör., Kin	idh./Jugend)			870,21€	0,494
Vollstat. psych. F	all im Präzeitraum (Du	ummy)			8.402,21€	0,000
TK psych. Fall im	Präzeitraum (Dummy))			6.342,84€	0,000
PIA Fall im Präzei	traum (Dummy)				2.595,13€	0,000
Vertragsärztl. psy	rch. Fall im Präzeitraur	m (Dummy)			157,46€	0,818
R ²		0,003		0,013		0,138

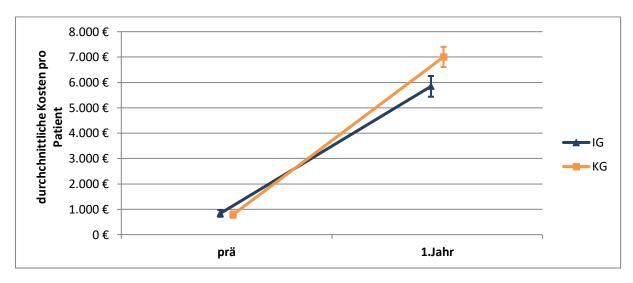


U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	ı	G	K	G
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714
N mit Fall	1.498	1.714	1.506	1.714
durchschnittliche Kosten	836,59 €	5.844,32 €	787,46 €	7.003,71 €
Standardabweichung	2.828,45 €	8.614,59 €	2.637,25 €	8.386,13 €
Minimum	0,00 €	337,96 €	0,00€	110,73 €
25%-Perzentil	18,75 €	1.101,25 €	23,12 €	1.031,47 €
Median	102,04 €	2.470,54 €	116,43 €	4.304,22 €
75%-Perzentil	455,36 €	7.498,47 €	508,53 €	9.779,50 €
Maximum	50.258,93€	143.265,75 €	40.115,87 €	59.030,17€

Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG			KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205
N mit Fall	1.093	1.262	966	1.099	1.257	1.032
durchschnittliche Kosten	783,93 €	5.552,14 €	1.882,94€	858,28 €	6.995,30€	2.265,87 €
Standardabweichung	2.735,00 €	8.097,88 €	5.217,39 €	2.964,37 €	8.432,27 €	6.570,96 €
Minimum	0,00€	337,96 €	0,00€	0,00€	161,61 €	0,00 €
25%-Perzentil	16,56 €	1.085,30 €	22,57 €	23,06 €	1.062,24 €	29,17 €
Median	102,91 €	2.486,57 €	304,00 €	115,13 €	4.427,13 €	313,36 €
75%-Perzentil	468,30 €	7.266,75 €	1.616,10 €	489,01 €	9.408,21 €	1.532,73 €
Maximum	50.258,93€	143.265,75€	98.724,65€	40.115,87€	58.882,55€	121.623,59€

Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

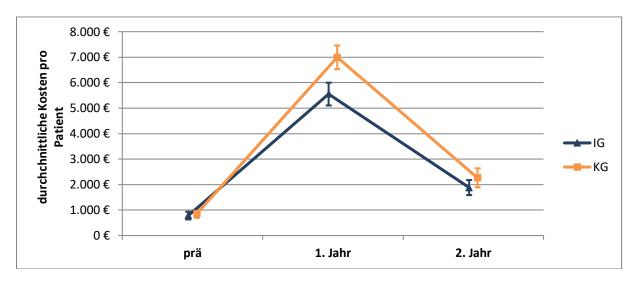




Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	858,28€	0,000	858,28€	0,000	-1.273,27€	0,000
IG (vs. KG)	-74,35 €	0,513	-74,35€	0,513	18,37€	0,844
Post (vs. Prä)	3.822,25€	0,000				
IG x Post (DiD)	-843,21€	0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			6.137,02€	0,000	7.067,42 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.407,60€	0,000	2.320,10€	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.368,81€	0,000	-1.475,38 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-308,59€	0,220	-401,78€	0,109
Alter (30-47 J. vs. U30)					494,20€	0,057
Alter (48-64 J. vs. U30)					372,39€	0,127
Alter (Ü64 vs. U30)					-210,21€	0,463
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					0,26€	0,999
F 00 (Demenz)					-657,05€	0,078
F 01 (Vaskuläre Demenz)					614,44€	0,297
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-351,41€	0,104
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-115,28€	0,695
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					356,39€	0,364
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					413,90€	0,117
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.707,65 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.099,04 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					726,51€	0,009
F 45 (Somatoforme Störungen)					-348,99 €	0,103
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					1.001,57€	0,091
F 50 (Essstörungen)					1.941,39€	0,215
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.531,12€	0,005
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-524,08€	0,263
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.385,03 €	0,121
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					429,60€	0,779
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.408,99€	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.603,91€	0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.951,79€	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					404,73€	0,000
R ²		0,064		0,133		0,189



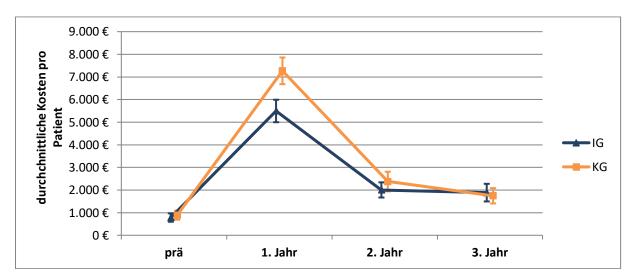
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		10	ì		KG							
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr				
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774				
N mit Fall	712	831	632	618	727	836	686	641				
durchschnittliche Kosten	784,00 €	5.494,77 €	2.003,42€	1.884,47€	888,15 €	7.268,46 €	2.374,85 €	1.745,12€				
Standardabweichung	2.726,99 €	7.303,37 €	4.781,13 €	5.486,38€	2.940,15 €	8.696,00€	6.253,96 €	4.825,34 €				
Minimum	0,00€	340,87 €	0,00€	0,00€	0,00€	161,61€	0,00€	0,00€				
25%-Perzentil	15,21 €	1.104,39 €	24,31 €	18,80€	15,71 €	1.199,27 €	32,92€	28,48 €				
Median	89,83 €	2.565,00 €	322,01€	155,80€	113,03 €	4.565,05€	349,18€	250,25 €				
75%-Perzentil	441,47 €	7.312,88 €	1.802,93 €	1.315,43 €	525,48€	9.789,76 €	1.654,28€	1.209,76 €				
Maximum	50.258,93€	54.181,57 €	52.014,23€	61.755,88€	40.115,87€	58.882,55€	62.446,11€	54.835,61€				

Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



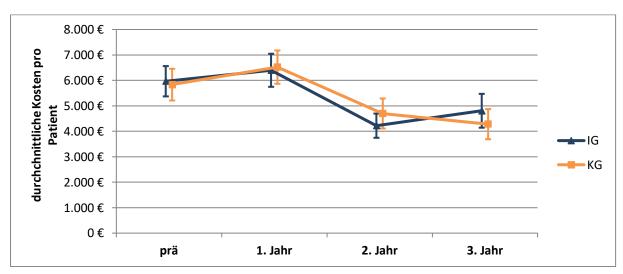


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 85: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		IG	ì			K	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637
N mit Fall	670	679	634	608	679	684	637	610
durchschnittliche Kosten	5.967,63 €	6.398,31€	4.221,11€	4.808,11€	5.834,73 €	6.522,27€	4.700,24 €	4.281,39€
Standardabweichung	7.909,11 €	8.638,55 €	6.223,20 €	8.584,29 €	8.311,35 €	8.733,00 €	7.732,70 €	7.631,91 €
Minimum	0,00€	418,18 €	0,00€	0,00€	0,00€	97,16€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	1.753,17 €	2.137,15 €	1.043,29 €	741,04 €	1.062,03 €	1.391,73 €	801,60€	603,34 €
Median	3.136,10 €	3.218,36 €	2.550,96 €	2.474,66 €	2.540,04 €	2.767,25 €	1.830,44 €	1.507,67 €
75%-Perzentil	6.762,84 €	6.527,31 €	4.569,28 €	4.250,32 €	7.245,95 €	7.766,81 €	4.211,50€	3.739,48 €
Maximum	61.021,96€	63.862,54€	63.393,94€	75.268,84€	72.534,29 €	69.363,15€	55.239,55€	62.780,17€

Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung





10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen umfassen die Kosten von vollstationären Behandlungen in psychiatrischen Fachabteilungen sowie in nicht psychiatrischen Abteilungen bei Vorliegen einer Diagnose aus Kapitel V des ICD-10-GM (F-Diagnosen) als Hauptdiagnose.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen **Kosten vollstationärer psychiatrischen Leistungen** im Präzeitraum mit 418,14 € je Patient der IG und 522,16 € je Patient der KG auf gleich hohem Niveau (vgl. Tabelle 86, Tabelle 88 und Abbildung 48). Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die gesamten Kosten vollstationärer psychiatrischen Leistungen je Patient sowohl in der IG als auch in der KG an: in der IG stiegen sie von 418,14 € auf 2.027,68 € je Patient und in der KG von 522,16 € auf 5.182,43 € an. Der Anstieg der IG war damit um 3.050,73 € weniger stark als in der KG. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 942,52 € signifikant geringerer Anstieg der Kosten (vgl. Tabelle 88).

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen Kosten vollstationärer psychiatrischen Leistungen im Präzeitraum mit 1.898,96 € je Patient der IG deutlich unterhalb der 3.455,48 € je Patient der KG (vgl. Tabelle 87, Tabelle 89 und Abbildung 49). Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr gab es in der IG keinen Kostenanstieg, während die Kosten der KG auf 4.046,14 € anstiegen. In der IG verblieben die Kosten weiterhin in etwa auf dem Niveau des Präzeitraums, während die Kosten der KG vom relativ hohen Wert im ersten Nachbeobachtungsjahr hin zum vierten Jahr sanken. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 298,80 € nicht signifikant stärkerer Anstieg der Kosten (vgl. Tabelle 89).

U2:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten vollstationärer psychiatrischen Leistungen in beiden Gruppen, wobei sie in der IG von 467,91 € auf 2.106,53 € und in der KG von 389,61 € auf 5.188,92 € stiegen (vgl. Tabelle 90 und Abbildung 50). Insgesamt ergab sich in der IG relativ zur KG ein geringerer Kostenanstieg.



U3:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich für den Verlauf der vollstationären psychiatrischen Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr ein Anstieg der Kosten, welcher in der KG stärker ausfiel als in der IG, woraufhin in beiden Gruppen die Kosten zum zweiten Jahr wieder sanken (vgl. Tabelle 91, Tabelle 92 und Abbildung 51). Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 1.881,15 € signifikant geringerer Anstieg der Kosten (vgl. Tabelle 92).

U4:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein vergleichbares Bild zu U1. So lagen die Kosten des Präzeitraums in beiden Gruppen auf gleich hohem Niveau und stiegen im ersten Jahr deutlich an, wobei der Anstieg der KG deutlicher ausfiel als in der IG. Im zweiten und dritten Jahr fielen die Kosten auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums (vgl. Tabelle 93 und Abbildung 52).

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war bereits im Präzeitraum ein deutlicher Kostenunterschied zwischen den Gruppen erkennbar, wobei die IG deutlich geringere Kosten als die KG aufwies (1.840,22 € in der IG vs. 3.488,79 € in der KG, vgl. Tabelle 94 und Abbildung 53). Bis einschließlich zum dritten Nachbeobachtungsjahr setzte sich dieses Muster fort, wobei der Kostenunterschied im Zeitverlauf abnahm, da die KG günstiger wurde, während die IG in etwa konstant hohe Kosten aufwies.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
N mit Fall	36	196	49	30	31	46	315	57	40	37
durchschnittliche Kosten	418,14 €	2.027,68€	634,51 €	490,64 €	685,07 €	522,16 €	5.182,43 €	1.187,39 €	852,00€	631,26 €
Standardabweichung	2.710,25 €	4.830,43 €	2.841,53 €	2.658,35 €	3.576,57 €	2.336,13 €	7.270,53 €	4.663,58 €	4.102,02 €	2.745,29 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	2.028,11 €	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	1.717,74 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	7.661,83 €	0,00€	0,00€	0,00€
Maximum	44.341,86€	53.086,27€	29.577,68€	29.363,33 €	47.772,08€	23.783,14€	44.947,57€	55.381,39€	46.310,47€	24.627,02 €

Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

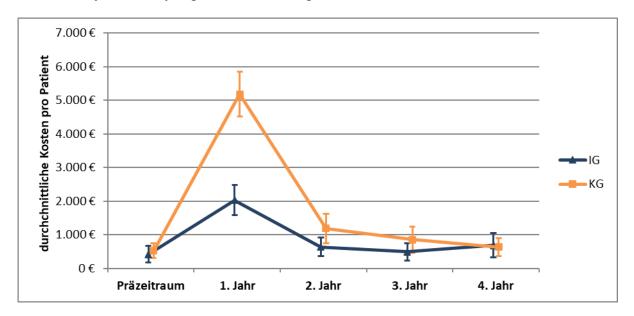




Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

		IG					кg				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583	
N mit Fall	183	172	124	117	103	215	236	140	126	105	
durchschnittliche Kosten	1.898,96€	1.874,87 €	1.442,44€	1.473,50€	1.696,53€	3.455,48€	4.046,14€	2.712,10 €	2.612,69€	2.046,62€	
Standardabweichung	5.044,27 €	5.443,65 €	4.511,04 €	5.185,91 €	5.508,19€	7.823,85 €	8.339,67 €	7.172,12 €	7.364,23 €	6.671,66€	
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	
75%-Perzentil	689,47 €	395,59 €	0,00€	0,00€	0,00€	3.896,43 €	4.832,44 €	0,00€	0,00 €	0,00€	
Maximum	56.049,76€	55.964,35€	57.637,14€	73.743,11 €	47.162,84€	69.669,89€	68.077,66€	51.595,16 €	62.248,04€	55.046,30€	

Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

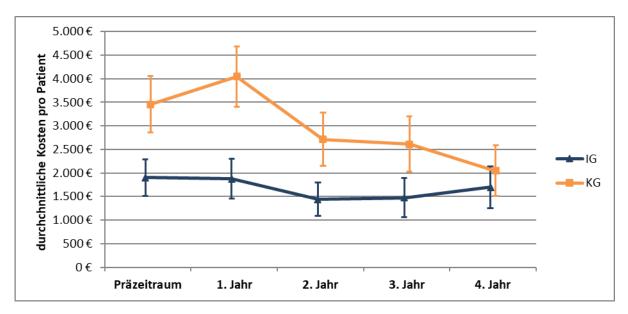




Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	522,16€	0,000	522,16€	0,000	-179,47 €	0,606
IG (vs. KG)	-104,02 €	0,535	-104,02 €	0,535	27,69€	0,856
Post (vs. Prä)	1.514,74€	0,000				
IG x Post (DiD)	-942,52€	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			4.660,27 €	0,000	5.431,58€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			665,23€	0,004	1.435,68€	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			329,84€	0,111	1.094,30€	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			109,10€	0,530	865,01€	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-3.050,73 €	0,000	-3.204,80€	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-448,86 €	0,127	-600,64 €	0,047
IG x Jahr 3 (DiD)			-257,34€	0,347	-412,32 €	0,132
IG x Jahr 4 (DiD)			157,82€	0,569	16,62€	0,952
Alter (30-47 J. vs	s. U30)				-216,75€	0,489
Alter (48-64 J. vs	s. U30)				-261,08€	0,412
Alter (Ü64 vs. U	30)				-395,01€	0,281
Geschlecht weib	olich (vs. männl.)				-370,00€	0,024
F 00 (Demenz)					-268,58€	0,475
F 01 (Vaskuläre	Demenz)				239,39€	0,443
F 02 (Demenz, a	nderenorts klassifiz. Kra	ankheiten)			-332,63€	0,151
F 03 (Nicht nähe	er bezeichnete Demenz)			-173,29€	0,557
F 07 (Pers und	Verhaltensstör. des Ge	hirns)			264,26€	0,611
F 10 (Psychische	u. Verhaltensst. durch	Alkohol)			546,87€	0,057
F 20-29 (Schizop	hrenie, schiz. u. wahnh	afte Stör.)			1.990,99€	0,000
F 30-39 (Affektiv	ve Störungen)				282,15€	0,168
F 43 (schwere Be	elast. u. Anpassungsstö	r.)			114,56€	0,617
F 45 (Somatofor	me Störungen)				-265,66€	0,224
F 40-48 (ohne F4	43 und F45)				373,79€	0,371
F 50 (Essstörung	gen)				216,34€	0,760
F 60.31 (Spez. Pe	ersönlichkeitsstör., Bor	derline)			879,95€	0,087
F 70-79 (Intellige	enzstörung)				-925,16€	0,001
F 90-98 (Verhalt	ens- u. emot. Stör., Kin	dh./Jugend)			-1.048,90€	0,047
Vollstat. psych.	Fall im Präzeitraum (Du	ımmy)			4.375,05€	0,000
TK psych. Fall im	n Präzeitraum (Dummy)	ı			5.546,54 €	0,197
PIA Fall im Präze	eitraum (Dummy)				2.143,92 €	0,015
Vertragsärztl. ps	sych. Fall im Präzeitraur	n (Dummy)			210,87€	0,074
R ²		0,022		0,108		0,165



Tabelle 89: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	3.455,48€	0,000	3.455,48€	0,000	-626,54€	0,370
IG (vs. KG)	-1.556,52€	0,000	-1.556,52€	0,000	-1.280,52€	0,000
Post (vs. Prä)	-573,92€	0,066				
IG x Post (DiD)	298,80€	0,420				
1. Jahr (vs. Prä)			590,66€	0,087	3.778,43 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-743,38€	0,042	2.416,49€	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-842,79€	0,031	2.310,01€	0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-1.408,86 €	0,000	1.720,60€	0,011
IG x Jahr 1 (DiD)			-614,75€	0,132	-939,22€	0,022
IG x Jahr 2 (DiD)			286,86 €	0,503	-40,37 €	0,921
IG x Jahr 3 (DiD)			417,34€	0,375	80,46€	0,856
IG x Jahr 4 (DiD)			1.206,43 €	0,010	882,56€	0,045
Alter (30-47 J. vs.	. U30)				501,16€	0,217
Alter (48-64 J. vs.	. U30)				310,07€	0,429
Alter (Ü64 vs. U3	0)				-710,23€	0,061
Geschlecht weibl	ich (vs. männl.)				150,17€	0,526
F 00 (Demenz)					832,84€	0,288
F 01 (Vaskuläre D	Demenz)				213,61€	0,732
F 03 (Nicht näher	bezeichnete Demenz)			165,74€	0,682
F 07 (Pers und \	/erhaltensstör. des Ge	hirns)			-514,17€	0,236
F 10 (Psychische	u. Verhaltensst. durch	Alkohol)			1.297,25€	0,001
F 20-29 (Schizoph	nrenie, schiz. u. wahnh	nafte Stör.)			1.163,21€	0,002
F 30-39 (Affektive	e Störungen)				-76,40€	0,808
F 43 (schwere Be	last. u. Anpassungsstö	ir.)			-174,83€	0,638
F 45 (Somatoforn	me Störungen)				366,55€	0,283
F 40-48 (ohne F4	3 und F45)				-123,80€	0,781
F 50 (Essstörunge	en)				3.025,76€	0,348
F 60.31 (Spez. Pe	rsönlichkeitsstör., Bor	derline)			2.884,04€	0,001
F 70-79 (Intellige	nzstörung)				-1.157,40€	0,002
F 84 (Tief greifen	de Entwicklungsstörur	ngen)			-558,94€	0,426
F 90-98 (Verhalte	ens- u. emot. Stör., Kin	dh./Jugend)			-138,35€	0,890
Vollstat. psych. F	all im Präzeitraum (Du	ummy)			8.179,20€	0,000
TK psych. Fall im	Präzeitraum (Dummy)	1			779,69€	0,131
PIA Fall im Präzei	itraum (Dummy)				567,50€	0,214
Vertragsärztl. psy	ych. Fall im Präzeitraur	n (Dummy)			-61,11€	0,926
R ²		0,011		0,017		0,122

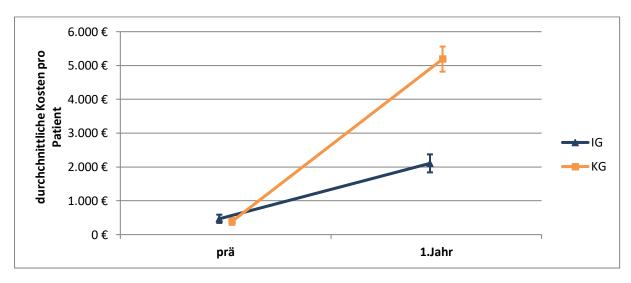


U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	I	G	K	G
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714
N mit Fall	143	703	155	1.083
durchschnittliche Kosten	467,91 €	2.106,53€	389,61 €	5.188,92 €
Standardabweichung	2.576,66 €	5.626,04 €	2.132,88 €	7.825,73 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	1.502,83 €
75%-Perzentil	0,00€	1.794,84 €	0,00€	7.946,43 €
Maximum	44.341,86 €	133.481,75€	36.059,25 €	58.335,46€

Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG		KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205	
N mit Fall	106	537	129	118	804	146	
durchschnittliche Kosten	408,88 €	2.067,80 €	675,07 €	451,48 €	5.179,89€	1.364,38€	
Standardabweichung	2.430,76 €	5.712,72 €	3.321,39 €	2.401,46 €	7.915,02 €	6.066,95 €	
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	1.527,92 €	0,00€	
75%-Perzentil	0,00€	1.732,76 €	0,00€	0,00€	7.625,00 €	0,00 €	
Maximum	44.341,86€	133.481,75€	62.783,24€	36.059,25€	57.331,35€	120.961,80€	

Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

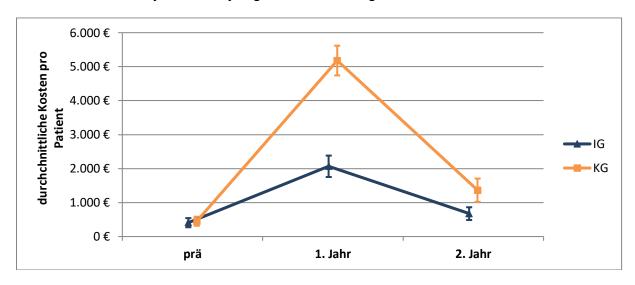




Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	451,48€	0,000	451,48€	0,000	-816,45 €	0,001
IG (vs. KG)	-42,59€	0,658	-42,59€	0,658	44,99€	0,581
Post (vs. Prä)	2.860,95€	0,000				
IG x Post (DiD)	-1.881,15€	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			4.728,41€	0,000	5.408,58€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			912,90€	0,000	1.590,07€	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-3.069,49€	0,000	-3.152,96 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-646,72 €	0,003	-721,00€	0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					-11,59€	0,959
Alter (48-64 J. vs. U30)					-151,85€	0,465
Alter (Ü64 vs. U30)					-137,61€	0,583
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-73,77€	0,583
F 00 (Demenz)					-781,82 €	0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					499,17€	0,376
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-731,05 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					26,21€	0,919
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					30,30€	0,936
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					699,10€	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					2.746,85 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					605,01€	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					422,98€	0,070
F 45 (Somatoforme Störungen)					-101,73 €	0,571
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					449,84€	0,276
F 50 (Essstörungen)					1.089,48€	0,297
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					870,18€	0,040
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-571,98€	0,115
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					604,65€	0,641
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-416,12€	0,545
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.205,60 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.361,58€	0,024
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.021,64 €	0,013
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					201,91€	0,013
R ²		0,050		0,098	·	0,145



U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		IG	ì			K	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774
N mit Fall	73	365	95	71	81	572	102	76
durchschnittliche Kosten	419,05 €	2.050,25 €	742,76 €	722,48 €	491,02 €	5.534,19€	1.462,02€	1.017,85€
Standardabweichung	2.425,44 €	4.632,68 €	3.164,83 €	3.540,95 €	2.500,01€	8.199,60€	5.641,75 €	4.462,02 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	2.028,11€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	1.896,54 €	0,00€	0,00€	0,00€	8.072,86 €	0,00€	0,00 €
Maximum	44.341,86€	53.086,27€	35.442,10€	43.715,39€	36.059,25€	57.331,35€	60.713,69€	53.818,54€

Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

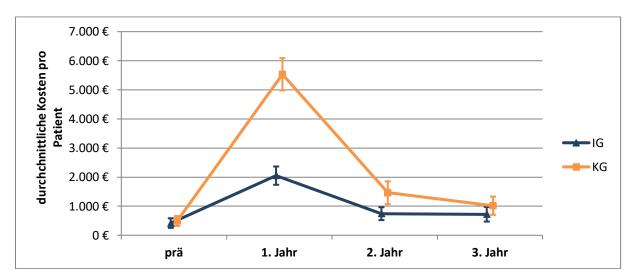
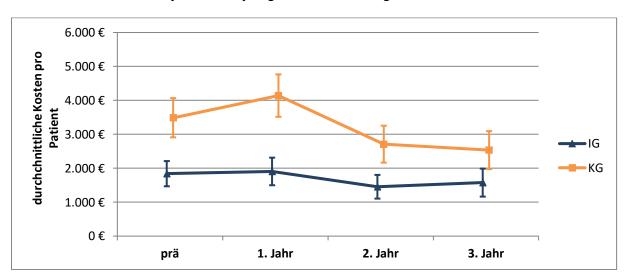




Tabelle 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		10	i			K	3	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637
N mit Fall	190	185	130	125	232	260	149	132
durchschnittliche Kosten	1.840,22 €	1.905,61€	1.454,83 €	1.576,95€	3.488,79 €	4.141,25€	2.710,01€	2.534,79€
Standardabweichung	4.939,79 €	5.401,17 €	4.569,30 €	5.327,16€	7.718,10 €	8.342,43 €	7.134,11 €	7.211,30 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	689,47 €	669,25 €	0,00€	0,00€	4.133,10 €	5.057,39€	0,00€	0,00 €
Maximum	56.049,76€	55.964,35 €	57.637,14€	73.743,11€	69.669,89€	68.077,66€	51.595,16€	62.248,04€

Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung





10.3 Kosten stationsersetzender psychiatrischer Leistungen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen umfassen die Kosten von teilstationären Behandlungen in psychiatrischen Fachabteilungen sowie in nicht psychiatrischen Abteilungen bei Vorliegen einer Diagnose aus Kapitel V des ICD-10-GM (F-Diagnosen) als Hauptdiagnose.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entstanden **Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung** nur in der IG, jedoch nicht in der KG (vgl. Tabelle 95, Tabelle 97 und Abbildung 54). Im Präzeitraum nahm keiner, im ersten Nachbeobachtungsjahr 25 Patienten der IG stationsersetzende psychiatrische Leistungen in Anspruch (Kosten IG = 433,67 €), vom zweiten bis zum vierten Jahr jeweils weniger als 10 Patienten.

Ebenso wurden stationsersetzende Leistungen bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten nur von der IG in Anspruch genommen, nicht jedoch von der KG (vgl. Tabelle 96, Tabelle 98 und Abbildung 55). Im Präzeitraum betrugen die durchschnittlichen Kosten der IG 482,07 €, im ersten Jahr stiegen sie auf 938,34 €, im vierten Jahr betrugen sie noch 574,59 €.

U2:

Unter den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wurden stationsersetzende Leistungen nur durch die IG in Anspruch genommen (vgl. Tabelle 99 und Abbildung 56).

U3:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung nahm nur die IG stationsersetzende Leistungen in Anspruch (vgl. Tabelle 100, Tabelle 101 und Abbildung 57). Während diese Leistungen im Präzeitraum nicht in Anspruch genommen wurden, wurde sie im ersten bzw. zweiten Nachbeobachtungsjahr von 61 bzw. 21. Patienten in Anspruch genommen, wodurch sich Kosten von 264,47 € bzw. 77,18 € ergaben.

U4:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wurden stationsersetzende Leistungen nur von der IG in Anspruch genommen. Im





ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr nahmen 37 (262,14 €), im zweiten 13 (64,85 €) und im dritten weniger als 10 Patienten (129,51 €) stationsersetzende Leistungen in Anspruch (vgl. Tabelle 102 und Abbildung 58).

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten nahmen bereits im Präzeitraum 56 Patienten der IG stationsersetzende Leistungen in Anspruch (459,35 €, vgl. Tabelle 103 und Abbildung 59). Im ersten Jahr stiegen die Kosten auf 908,72 €, zum dritten Jahr sanken sie auf 333,55 €.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 95: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG			KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
N mit Fall	<10	25	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00€	433,67 €	64,62 €	21,71 €	118,18 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Standardabweichung	0,00€	2.827,79€	763,22€	435,80€	1.757,78€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€
Maximum	0,00€	43.207,64€	14.539,82€	8.748,65 €	33.558,15€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€

Abbildung 54: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

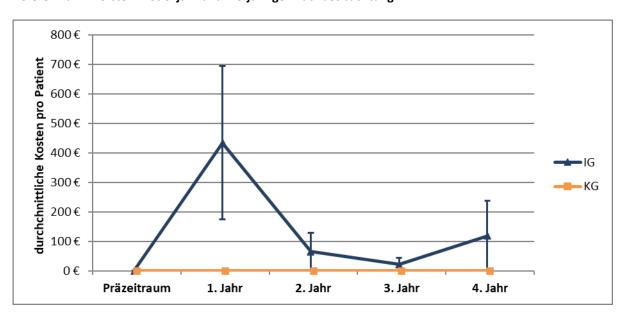




Tabelle 96: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG			KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583
N mit Fall	56	60	19	29	37	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	482,07 €	938,34 €	111,80 €	334,48 €	574,59 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Standardabweichung	2.700,35 €	4.117,05 €	746,37 €	2.094,59 €	3.196,76 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Maximum	33.711,47€	37.138,03 €	8.827,96 €	24.720,03 €	31.479,47€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€

Abbildung 55: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

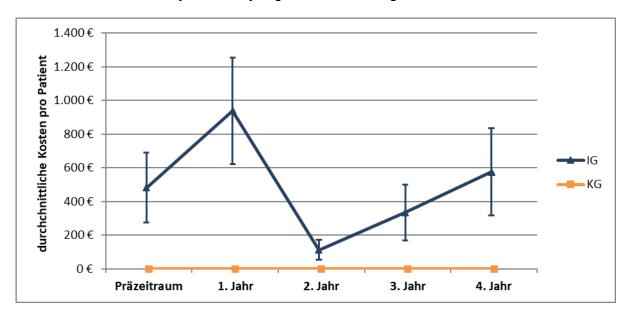




Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,00€	0,938	0,00€	0,832	51,28€	0,211
IG (vs. KG)	0,00€	0,734	0,00€	1,000	-3,17€	0,602
Post (vs. Prä)	0,00€	0,713				
IG x Post (DiD)	167,12€	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			0,00€	0,367	0,38€	0,960
2. Jahr (vs. Prä)			0,00€	1,000	1,68€	0,814
3. Jahr (vs. Prä)			0,00€	0,969	2,30€	0,736
4. Jahr (vs. Prä)			0,00€	0,865	2,52€	0,698
IG x Jahr 1 (DiD)			433,67€	0,001	. 433,72 €	0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			64,62€	0,083	65,10€	0,082
IG x Jahr 3 (DiD)			21,71€	0,318	22,25€	0,309
IG x Jahr 4 (DiD)			118,18€	0,184	119,49€	0,178
Alter (30-47 J. vs.	. U30)				-23,48 €	0,615
Alter (48-64 J. vs.	. U30)				15,82€	0,795
Alter (Ü64 vs. U3	0)				19,33€	0,813
Geschlecht weibl	lich (vs. männl.)				-23,97 €	0,589
F 00 (Demenz)					-82,32€	0,401
F 01 (Vaskuläre D	Demenz)				-128,14€	0,095
F 02 (Demenz, ar	nderenorts klassifiz. Kra	nkheiten)			-140,23 €	0,081
F 03 (Nicht näher	r bezeichnete Demenz)				-57,75€	0,496
F 07 (Pers und \	Verhaltensstör. des Geh	nirns)			-107,44 €	0,065
F 10 (Psychische	u. Verhaltensst. durch	Alkohol)			-47,11€	0,322
F 20-29 (Schizoph	hrenie, schiz. u. wahnha	afte Stör.)			64,30 €	0,416
F 30-39 (Affektive	e Störungen)				-32,89€	0,309
F 43 (schwere Be	elast. u. Anpassungsstör	·.)			-80,74 €	0,003
F 45 (Somatoforn	me Störungen)				-23,05 €	0,464
F 40-48 (ohne F4	3 und F45)				-72,30€	0,022
F 50 (Essstörunge	en)				22,06€	0,774
F 60.31 (Spez. Pe	rsönlichkeitsstör., Bord	lerline)			-63,01€	0,051
F 70-79 (Intellige	nzstörung)				-112,08€	0,002
F 90-98 (Verhalte	ens- u. emot. Stör., Kind	lh./Jugend)			-65,97€	0,190
Vollstat. psych. F	Fall im Präzeitraum (Du	mmy)			-3,66 €	0,746
TK psych. Fall im	Präzeitraum (Dummy)				-5,26 €	0,877
PIA Fall im Präzei	itraum (Dummy)				2,32 €	0,835
Vertragsärztl. psy	ych. Fall im Präzeitraum	ı (Dummy)			0,86€	0,930
R ²		0,005		0,014		0,016



Tabelle 98: Inferenzstatistik, Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,00€	0,258	0,00€	0,13	8 -271,18€	0,184
IG (vs. KG)	482,07€	0,000	482,07€	0,00	0 483,28€	0,000
Post (vs. Prä)	0,00€	0,815				
IG x Post (DiD)	11,36€	0,922				
1. Jahr (vs. Prä)			0,00€	0,00	5 136,72€	0,461
2. Jahr (vs. Prä)			0,00€	0,24	0 132,92€	0,474
3. Jahr (vs. Prä)			0,00€	0,09	6 134,12€	0,471
4. Jahr (vs. Prä)			0,00€	0,76	9 132,69€	0,476
IG x Jahr 1 (DiD)			456,27€	0,01	4 453,49€	0,016
IG x Jahr 2 (DiD)			-370,27€	0,00	1 -374,23€	0,001
IG x Jahr 3 (DiD)			-147,59€	0,22	5 -154,78€	0,220
IG x Jahr 4 (DiD)			92,52€	0,57	9 86,13€	0,607
Alter (30-47 J. vs.	U30)				62,07€	0,553
Alter (48-64 J. vs.	U30)				55,14€	0,574
Alter (Ü64 vs. U30	0)				22,23€	0,835
Geschlecht weibli	ich (vs. männl.)				-89,28€	0,179
F 00 (Demenz)					-198,99€	0,064
F 01 (Vaskuläre D	emenz)				-255,00€	0,009
F 03 (Nicht näher	bezeichnete Demenz))			-89,65€	0,306
F 07 (Pers und V	/erhaltensstör. des Ge	hirns)			-41,02€	0,807
F 10 (Psychische	u. Verhaltensst. durch	Alkohol)			124,39€	0,153
F 20-29 (Schizoph	nrenie, schiz. u. wahnh	afte Stör.)			258,69€	0,006
F 30-39 (Affektive	e Störungen)				80,98€	0,271
F 43 (schwere Be	last. u. Anpassungsstö	r.)			4,34€	0,944
F 45 (Somatoforn	ne Störungen)				31,49€	0,645
F 40-48 (ohne F43	3 und F45)				-167,18€	0,008
F 50 (Essstörunge	en)				275,57€	0,515
F 60.31 (Spez. Per	rsönlichkeitsstör., Bor	derline)			67,51€	0,527
F 70-79 (Intellige	nzstörung)				-172,72€	0,034
F 84 (Tief greifen	de Entwicklungsstörur	ngen)			586,66€	0,268
F 90-98 (Verhalte	ns- u. emot. Stör., Kin	dh./Jugend)			774,02€	0,211
Vollstat. psych. F	all im Präzeitraum (Du	ımmy)			177,75€	0,243
TK psych. Fall im	Präzeitraum (Dummy)				-10,17€	0,953
PIA Fall im Präzei	traum (Dummy)				143,59€	0,417
Vertragsärztl. psy	rch. Fall im Präzeitraun	n (Dummy)			-35,98€	0,738
R ²		0,015		0,02	4	0,030

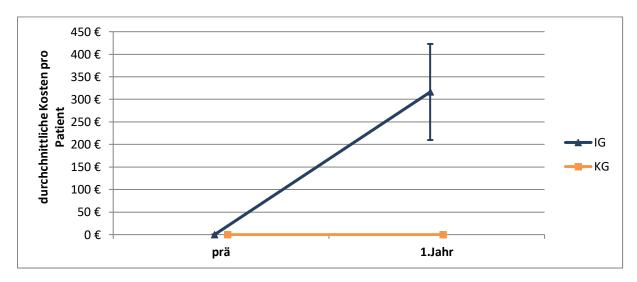


U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 99: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

		IG	KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714
N mit Fall	<10	85	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	316,25 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	2.249,80 €	0,00 €	0,00€
Minimum	0,00 €	0,00€	0,00 €	0,00€
25%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00 €	0,00€	0,00 €	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	0,00€	48.453,29€	0,00 €	0,00 €

Abbildung 56: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 100: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG			KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205
N mit Fall	<10	61	21	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00€	264,47 €	77,18 €	0,00€	0,00€	0,00 €
Standardabweichung	0,00€	1.901,05 €	817,16 €	0,00€	0,00€	0,00 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	0,00€	43.207,64€	15.172,96€	0,00€	0,00€	0,00€

Abbildung 57: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

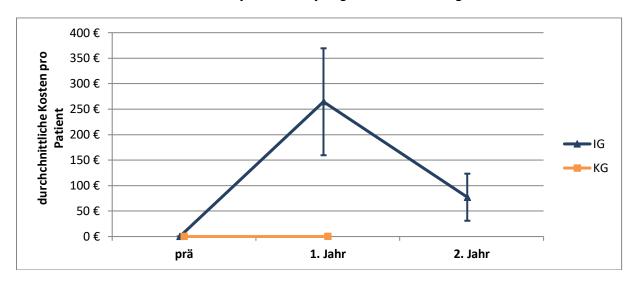




Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	0,00€	0,741	0,00€	0,020	20,07€	0,408
IG (vs. KG)	0,00€	1,000	0,00€	1,000	-0,65€	0,820
Post (vs. Prä)	0,00€	0,576				
IG x Post (DiD)	173,14€	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			0,00€	0,000	4,18€	0,432
2. Jahr (vs. Prä)			0,00€	0,617	4,42€	0,400
IG x Jahr 1 (DiD)			264,47 €	0,000	264,68€	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			77,18€	0,001	77,89€	0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					9,13€	0,732
Alter (48-64 J. vs. U30)					13,12€	0,643
Alter (Ü64 vs. U30)					-0,71€	0,988
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-7,09€	0,796
F 00 (Demenz)					-45,23€	0,227
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-83,47 €	0,061
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-109,83€	0,034
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-58,94€	0,207
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					-69,05€	0,007
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-16,30€	0,569
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					159,05€	0,024
F 30-39 (Affektive Störungen)					-20,93€	0,131
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-58,64€	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-57,06€	0,001
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					-23,06€	0,484
F 50 (Essstörungen)					16,15€	0,801
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-51,51€	0,012
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-113,30€	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-101,39€	0,020
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-71,13€	0,038
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-7,97€	0,220
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-18,89€	0,396
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-5,81€	0,666
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6,24€	0,345
R ²		0,009		0,013		0,019



U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 102: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		ı	G			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774
N mit Fall	<10	37	13	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00€	262,14 €	64,85 €	129,51 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Standardabweichung	0,00€	2.111,45 €	680,30€	2.260,41 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	0,00€	43.207,64€	14.539,82€	57.750,35€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€

Abbildung 58: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

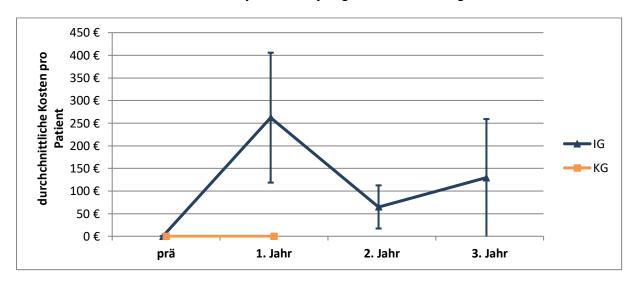
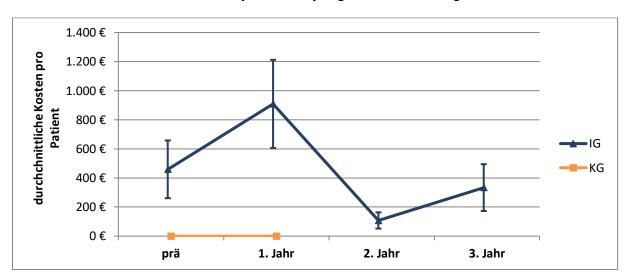




Tabelle 103: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		10	3			K	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637
N mit Fall	56	62	20	30	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	459,35 €	908,72 €	107,72 €	333,55 €	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00 €
Standardabweichung	2.637,84 €	4.031,87 €	728,97 €	2.079,07 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	33.711,47€	37.138,03€	8.827,96 €	24.720,03€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€

Abbildung 59: Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung





10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen umfassen die Kosten von teilstationären Behandlungen in psychiatrischen Fachabteilungen sowie in nicht psychiatrischen Abteilungen bei Vorliegen einer Diagnose aus Kapitel V des ICD-10-GM (F-Diagnosen) als Hauptdiagnose.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die **Kosten teilstationärer psychiatrischer Versorgung** im Präzeitraum in der IG mit 29,46 € gleichauf mit den 22,90 € der KG (vgl. Tabelle 104,



Tabelle 106 und Abbildung 60). Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr kam es in beiden Gruppen zu einem Kostenanstieg: in der IG auf 1.665,22 €, in der KG auf 765,33 €. Zum zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums, wobei die IG durchgehend teurer war als die KG. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum kam es in der IG relativ zur KG zu einem 352,18 € signifikant stärkeren Kostenanstieg (vgl.



Tabelle 106).

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten lagen die Kosten im Präzeitraum in der IG mit 1.313,30 € deutlich oberhalb der KG mit 456,14 € (vgl. Tabelle 105, Tabelle 107 und Abbildung 61). Im ersten Nachbeobachtungsjahr waren sanken die Kosten der IG auf 861,70 €, während sie in der KG auf 268,25 € sanken. Dementsprechend war der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Jahr in der IG größer als in der KG. Zum zweiten Jahr sanken in der IG die Kosten, um zum dritten und vierten Jahr wieder in etwa auf das Niveau des Präzeitraums zu steigen. In der KG sanken die Kosten weiterhin auf 70,44 € im vierten Jahr. Insgesamt war die IG durchweg teurer als die KG. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum kam es in der IG relativ zur KG zu einem 231,21 € nicht signifikant geringeren Kostenanstieg (vgl. Tabelle 107).

U2:

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die Kosten der IG mit 18,60 € in etwa gleichauf mit den 25,33 € der KG (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 62). Im patientenindividuellen ersten Jahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.921,08 €, in der KG auf 852,19 €. Insgesamt fiel der Anstieg in der IG damit stärker aus als in der KG.

U3:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung lag die IG im Präzeitraum mit 23,73 € gleichauf mit den 26,68 € der KG (vgl. Tabelle 109, Tabelle 110 und Abbildung 63). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.738,74 €, während sie in der KG nur auf 817,21 € anstiegen. Im zweiten patientenindividuellen Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum kam es in der IG relativ zur KG zu einem 567,47 € signifikant stärkeren Kostenanstieg (vgl. Tabelle 110).

U4:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung lagen im Präzeitraum die Kosten der IG mit 26,83 € gleichauf mit den 24,58 € der KG (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 64). Im ersten patientenindividuellen Jahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.745,20 €, in der KG nur auf 732,35 €. Im zweiten und dritten patientenindividuellen Jahr fielen die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums.





Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten lagen die Kosten der IG durchweg deutlich oberhalb der KG. In der IG kam es vom ersten zum zweiten Jahr zu einer Reduktion der Kosten, welche hin zum dritten Jahr wieder etwas anstiegen (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 65). In der KG hingegen kam es vom Präzeitraum hin zum dritten patientenindividuellen Jahr zu einem Rückgang der Kosten.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG					KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
N mit Fall	<10	106	18	13	<10	<10	86	13	<10	<10
durchschnittliche Kosten	29,46 €	1.665,22€	280,17 €	324,70 €	174,88 €	22,90 €	765,33 €	140,34 €	73,66 €	113,82 €
Standardabweichung	380,89 €	4.434,80 €	1.702,26 €	2.607,23 €	1.734,94 €	305,34 €	1.915,47 €	1.059,17 €	626,73 €	814,34 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€
Maximum	6.529,07 €	32.569,05€	20.560,88 €	39.284,47€	26.437,09€	6.000,69 €	13.890,48€	16.441,76€	7.660,45 €	7.639,70 €

Abbildung 60: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

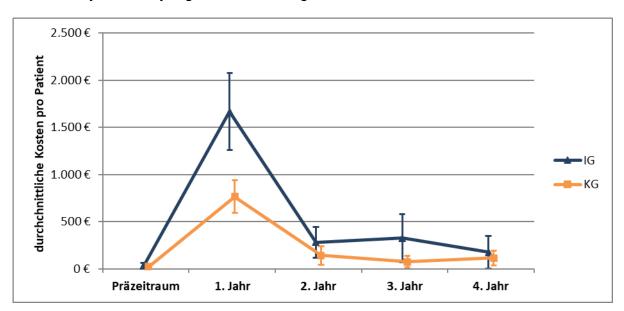




Tabelle 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

		IG					к					
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr		
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583		
N mit Fall	115	89	52	62	48	75	41	19	11	<10		
durchschnittliche Kosten	1.313,30 €	861,70 €	454,30 €	866,96 €	854,55 €	456,14 €	268,25 €	117,12 €	60,38 €	70,44 €		
Standardabweichung	4.330,29 €	3.204,87 €	2.897,30 €	4.438,08 €	4.760,22 €	1.471,79€	1.227,22€	731,85 €	561,07€	655,08€		
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
Maximum	36.726,33€	33.618,61€	39.364,24€	56.357,18€	72.198,17€	12.470,51€	15.659,06€	9.706,62 €	8.609,33 €	8.541,47 €		

Abbildung 61: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

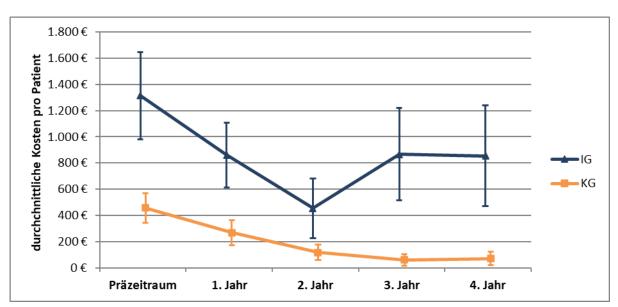




Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	22,90€	0,108	22,90€	0,108	-71,91€	0,526
IG (vs. KG)	6,56€	0,774	6,56€	0,774	7,86€	0,723
Post (vs. Prä)	261,26€	0,000				
IG x Post (DiD)	352,18€	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			742,43 €	0,000	718,50€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			117,44€	0,026	84,26€	0,141
3. Jahr (vs. Prä)			50,76€	0,134	9,60€	0,813
4. Jahr (vs. Prä)			90,92 €	0,034	46,17 €	0,336
IG x Jahr 1 (DiD)			893,33 €	0,000	878,64€	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			133,27€	0,166	115,05€	0,242
IG x Jahr 3 (DiD)			244,48€	0,066	222,81€	0,096
IG x Jahr 4 (DiD)			54,51€	0,584	30,20€	0,760
Alter (30-47 J. vs	s. U30)				152,43 €	0,100
Alter (48-64 J. vs	s. U30)				144,20€	0,147
Alter (Ü64 vs. U	30)				5,59€	0,957
Geschlecht weib	lich (vs. männl.)				-9,81 €	0,886
F 00 (Demenz)					-357,46 €	0,025
F 01 (Vaskuläre	Demenz)				-349,14€	0,014
F 02 (Demenz, a	nderenorts klassifiz. K	rankheiten)			-459,31€	0,000
F 03 (Nicht nähe	r bezeichnete Demen	z)			-291,11€	0,011
F 07 (Pers und	Verhaltensstör. des G	ehirns)			-207,99€	0,142
F 10 (Psychische	u. Verhaltensst. durc	h Alkohol)			-69,73 €	0,535
F 20-29 (Schizop	hrenie, schiz. u. wahn	hafte Stör.)			69,67€	0,663
F 30-39 (Affektiv	ve Störungen)				121,15€	0,176
F 43 (schwere Be	elast. u. Anpassungsst	ör.)			175,45 €	0,140
F 45 (Somatofor	me Störungen)				-114,25 €	0,183
F 40-48 (ohne F4	13 und F45)				733,92 €	0,116
F 50 (Essstörung	'				-378,41€	0,244
F 60.31 (Spez. Pe	ersönlichkeitsstör., Bo	rderline)			621,20€	0,151
F 70-79 (Intellige	enzstörung)				-364,55€	0,000
F 90-98 (Verhalt	ens- u. emot. Stör., Ki	ndh./Jugend)			-249,38€	0,158
Vollstat. psych.	Fall im Präzeitraum (D	Dummy)			-38,21€	0,509
TK psych. Fall im	Präzeitraum (Dummy	')			2.799,82€	0,000
PIA Fall im Präze	eitraum (Dummy)				181,66€	0,110
Vertragsärztl. ps	ych. Fall im Präzeitrau	ım (Dummy)			-73,04€	0,044
R ²		0,014		0,059		0,075



Tabelle 107: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	456,14€	0,000	456,14€	0,000	-453,55€	0,118
IG (vs. KG)	857,16€	0,000	857,16€	0,000	467,45€	0,000
Post (vs. Prä)	-324,16€	0,000				
IG x Post (DiD)	-231,21€	0,252				
1. Jahr (vs. Prä)			-187,88€	0,007	576,69€	0,011
2. Jahr (vs. Prä)			-339,01 €	0,000	419,61€	0,059
3. Jahr (vs. Prä)			-395,75 €	0,000	360,36€	0,104
4. Jahr (vs. Prä)			-385,69 €	0,000	364,30 €	0,101
IG x Jahr 1 (DiD)			-263,71€	0,211	123,73€	0,472
IG x Jahr 2 (DiD)			-519,99€	0,017	-134,93 €	0,424
IG x Jahr 3 (DiD)			-50,59€	0,840	332,77€	0,120
IG x Jahr 4 (DiD)			-73,06 €	0,787	314,08€	0,183
Alter (30-47 J. vs.	U30)				-3,10€	0,983
Alter (48-64 J. vs.	U30)				78,71€	0,561
Alter (Ü64 vs. U30	0)				-221,35 €	0,073
Geschlecht weibli	ch (vs. männl.)				-55,09€	0,537
F 00 (Demenz)					-186,88€	0,094
F 01 (Vaskuläre D	emenz)				-197,40 €	0,129
F 03 (Nicht näher	bezeichnete Demenz)			57,97€	0,656
F 07 (Pers und V	erhaltensstör. des Ge	hirns)			-190,50€	0,202
F 10 (Psychische u	u. Verhaltensst. durch	Alkohol)			362,95 €	0,061
F 20-29 (Schizoph	renie, schiz. u. wahnh	nafte Stör.)			180,27€	0,221
F 30-39 (Affektive	Störungen)				142,91 €	0,320
F 43 (schwere Bel	ast. u. Anpassungsstö	ir.)			52,96€	0,608
F 45 (Somatoform	ne Störungen)				29,95 €	0,863
F 40-48 (ohne F43	3 und F45)				-300,41 €	0,008
F 50 (Essstörunge	n)				1.165,80 €	0,132
F 60.31 (Spez. Per	rsönlichkeitsstör., Bor	derline)			333,85 €	0,091
F 70-79 (Intelliger	nzstörung)				-177,74 €	0,031
F 84 (Tief greifend	de Entwicklungsstörur	ngen)			275,12€	0,244
F 90-98 (Verhalte	ns- u. emot. Stör., Kin	dh./Jugend)			-163,82 €	0,367
Vollstat. psych. F	all im Präzeitraum (Dı	ummy)			-117,58€	0,521
TK psych. Fall im I	Präzeitraum (Dummy)				5.962,06 €	0,000
PIA Fall im Präzeit	traum (Dummy)				284,48€	0,036
Vertragsärztl. psy	ch. Fall im Präzeitraur	m (Dummy)			-119,64€	0,477
R ²		0,017		0,019		0,132

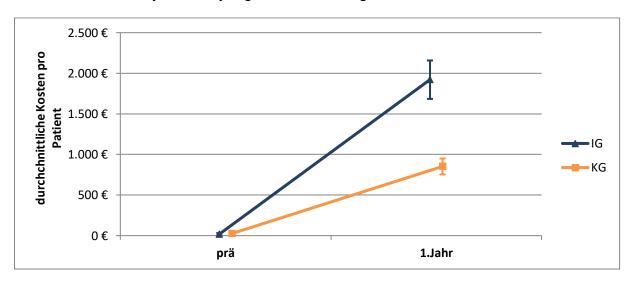


U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	I	IG	К	G
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714
N mit Fall	10	424	13	325
durchschnittliche Kosten	18,60 €	1.921,08€	25,33 €	852,19 €
Standardabweichung	298,93 €	4.999,88 €	368,58 €	2.069,14 €
Minimum	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	7.112,79 €	53.246,97€	8.337,42 €	17.944,02 €

Abbildung 62: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 109: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG			KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205
N mit Fall	<10	319	51	11	228	41
durchschnittliche Kosten	23,73 €	1.738,74 €	353,02 €	26,68 €	817,21 €	166,08 €
Standardabweichung	346,02 €	4.333,21 €	2.429,72 €	362,24 €	1.989,57 €	1.035,92 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	0,00€	295,93 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	7.112,79 €	33.042,41€	49.006,87€	8.337,42 €	13.890,48€	16.441,76€

Abbildung 63: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

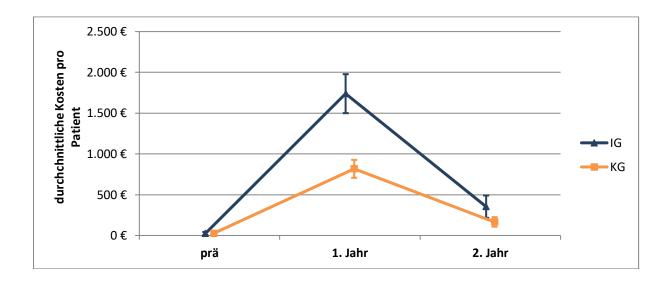




Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	26,68 €	0,009	26,68 €	0,009	-229,46€	0,015
IG (vs. KG)	-2,95 €	0,834	-2,95€	0,834	0,83€	0,954
Post (vs. Prä)	471,84 €	0,000				
IG x Post (DiD)	567,47 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			790,53 €	0,000	758,77€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			139,40 €	0,000	94,46€	0,012
IG x Jahr 1 (DiD)			924,48€	0,000	916,00€	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			189,89€	0,014	183,92€	0,017
Alter (30-47 J. vs. U30)					274,34€	0,000
Alter (48-64 J. vs. U30)					172,40€	0,021
Alter (Ü64 vs. U30)					-122,91€	0,087
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-6,89€	0,899
F 00 (Demenz)					-26,41€	0,822
F 01 (Vaskuläre Demenz)					108,41€	0,580
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-587,20€	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-152,02€	0,075
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					-325,59€	0,065
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					81,35€	0,479
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					94,31€	0,427
F 30-39 (Affektive Störungen)					317,44€	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					230,15€	0,021
F 45 (Somatoforme Störungen)					-125,39€	0,069
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					444,42€	0,094
F 50 (Essstörungen)					853,26€	0,353
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					426,67€	0,073
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-436,65€	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					276,71€	0,510
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					564,70€	0,511
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-48,31€	0,236
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.206,64€	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					82,19€	0,366
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-68,56€	0,017
R ²		0,033	-	0,069		0,090



U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 111: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774
N mit Fall	<10	209	37	26	<10	141	26	10
durchschnittliche Kosten	26,83 €	1.745,20€	384,36 €	309,37 €	24,58 €	732,35 €	160,05 €	60,59€
Standardabweichung	377,44 €	4.329,59€	2.569,29 €	2.323,34 €	308,92 €	1.891,78 €	1.037,46 €	567,61€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	274,36 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Maximum	7.112,79 €	33.042,41€	49.006,87 €	39.284,47 €	6.000,69€	13.890,48€	16.441,76€	7.660,45 €

Abbildung 64: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

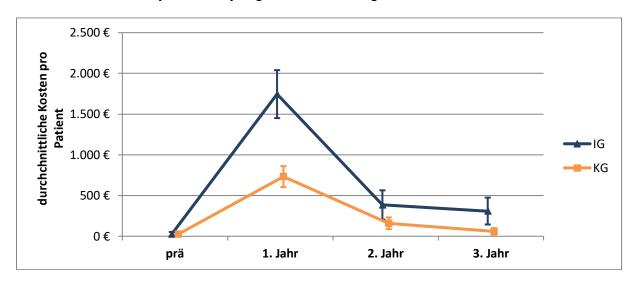
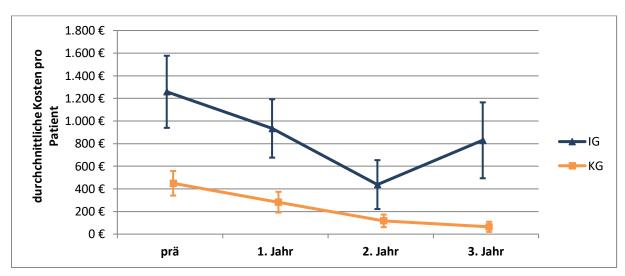




Tabelle 112: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637
N mit Fall	117	95	55	63	80	50	20	12
durchschnittliche Kosten	1.258,16 €	934,17 €	437,78 €	829,15 €	449,35 €	282,51€	117,40 €	64,53 €
Standardabweichung	4.236,13 €	3.429,64 €	2.827,98 €	4.330,88€	1.450,47 €	1.225,78€	730,87 €	576,14€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	36.726,33 €	33.618,61€	39.364,24 €	56.357,18€	12.470,51€	15.659,06€	9.706,62 €	8.609,33€

Abbildung 65: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung





10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz umfassen die Kosten von PIA-Leistungen nach § 118 SGB V, exklusive Zuschläge für Ausgleiche und exklusive Zuschläge für Evaluationen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1:			

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen **Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen** im Präzeitraum in der IG mit 12,73 € in etwa auf dem gleichen Niveau mit der KG von 23,77 € (vgl. Tabelle 113,





Tabelle 115 und Abbildung 66). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei der Anstieg in der IG (auf 920,48 €) deutlicher ausfiel als in der KG (279,18 €). Zum zweiten patientenindividuellen Beobachtungsjahr sanken die Kosten in den Gruppen wieder ab und blieben bis zum vierten Jahr in etwa konstant, wobei die IG weiterhin teurer als die KG war. Im Vergleich Präzu Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 291,35 € signifikant stärkerer Kostenanstieg (vgl.



Tabelle 115).

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten waren die Kosten in der IG im Präzeitraum mit 1.539,50 € deutlich oberhalb der 695,54 € in der KG (vgl. Tabelle 114, Tabelle 116 und Abbildung 67). Im ersten patientenindividuellen Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten etwas an, um dann vom zweiten bis zum vierten Jahr etwas unterhalb des jeweiligen Präzeitraums zu verbleiben. Die IG war dabei in allen Jahren teurer als die KG. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 156,44 € signifikant geringerer Kostenanstieg (bzw. stärkerer Kostenrückgang, vgl. Tabelle 116).

U2:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung lagen die Kosten im Präzeitraum in der IG mit 9,55 € in etwa gleichauf mit der KG mit 14,46 € (vgl. Tabelle 117 und Abbildung 68). Im ersten patientenindividuellen Jahr stiegen die Kosten in der IG auf 973,62 € und in der KG auf 283,96 €. Insgesamt ergab sich in der IG relativ zur KG ein stärkerer Kostenanstieg.

U3:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung lagen die Kosten im Präzeitraum in der IG mit 8,58 € in etwa gleichauf mit der KG bei Kosten von 15,71 € (vgl. Tabelle 118, Tabelle 119 und Abbildung 69). Im ersten patientenindividuellen Jahr stiegen in beiden Gruppen die durchschnittlichen Kosten an. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr fiel in der IG um 652,83 € stärker aus als in der KG. Im zweiten patientenindividuellen Jahr sanken die Kosten in den Gruppen jeweils, wobei die IG weiterhin teurer als die KG war. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum ergab sich in der IG relativ zur KG ein um 427,12 € signifikant stärkerer Kostenanstieg (vgl. Tabelle 119).

U4:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war die IG im Präzeitraum mit 9,18 € gleich teuer wie die KG mit 19,09 € (vgl. Tabelle 120 und Abbildung 70). Zum ersten patientenindividuellen Jahr stiegen die Kosten in der IG auf 896,58 €, während sie in der IG nur auf 286,81 € anstiegen. Insgesamt fiel der Anstieg zum ersten patientenindividuellen Jahr in der IG also deutlich teurer aus. Zum zweiten und dritten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums.





Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten ergab sich ein nahezu paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 121 und Abbildung 71). Die Kosten der IG waren dabei über alle Perioden größer als in der KG.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 113: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG					KG		
	Präzeitrau m	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitrau m	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
N mit Fall	13	343	105	77	70	22	222	88	86	74
durchschnittliche Kosten	12,73 €	920,48 €	345,46 €	284,03 €	278,80 €	23,77 €	279,18 €	166,38 €	167,14 €	143,02 €
Standardabweichun g	91,77 €	809,33 €	712,09 €	691,93 €	762,25 €	129,97 €	469,32 €	453,66 €	414,41 €	405,13 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	593,41 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	625,44 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	1.250,88 €	7,42 €	0,00€	0,00€	0,00€	351,49 €	0,00€	0,00€	0,00€
Maximum	1.390,92 €	3.095,17 €	3.048,39 €	2.632,24 €	4.657,53 €	1.237,79 €	3.835,97 €	4.971,74 €	3.141,64 €	4.425,00€

Abbildung 66: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

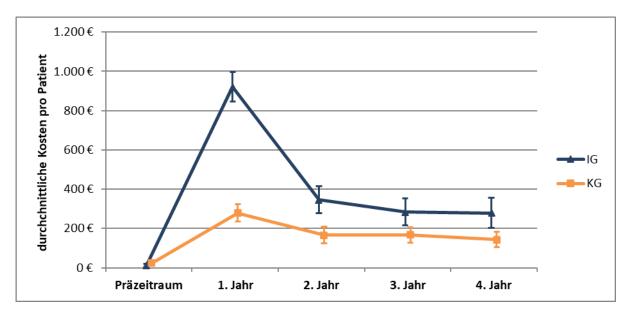




Tabelle 114: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

		IG					KG				
	Präzeitrau m	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitrau m	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583	
N mit Fall	532	605	447	400	359	500	531	433	379	352	
durchschnittliche Kosten	1.539,50€	1.755,24 €	1.277,57€	1.210,84€	1.179,37 €	695,54 €	835,53 €	683,39 €	613,13 €	555,00 €	
Standardabweichun g	1.042,72 €	864,81 €	987,75 €	1.065,76 €	1.247,21€	678,68€	749,98 €	730,65 €	670,12 €	628,98 €	
Minimum	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
25%-Perzentil	642,82 €	1.218,85 €	0,00 €	0,00€	0,00€	175,06 €	226,03 €	0,00€	0,00€	0,00€	
Median	1.908,46 €	1.876,32 €	1.206,18 €	1.248,80 €	1.008,77 €	628,17€	769,42 €	628,44 €	558,89 €	406,47 €	
75%-Perzentil	2.571,28 €	2.501,76 €	2.373,64 €	2.497,60 €	2.164,17 €	936,40 €	1.110,86 €	956,95€	924,31 €	917,03 €	
Maximum	3.214,10 €	4.080,12 €	3.048,39 €	3.376,54 €	9.043,13 €	3.588,60 €	5.582,74 €	5.452,13 €	4.478,36 €	3.104,72 €	

Abbildung 67: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

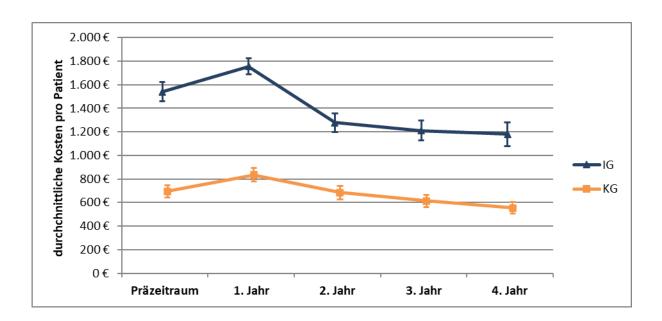




Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	23,77€	0,000	23,77€	0,000	-103,80€	0,012
IG (vs. KG)	-11,04 €	0,138	-11,04 €	0,138	-13,13€	0,144
Post (vs. Prä)	167,27€	0,000				
IG x Post (DiD)	291,35€	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			255,40€	0,000	237,98€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			142,61€	0,000	123,73€	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			143,37€	0,000	123,75€	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			119,25€	0,000	98,98€	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			652,35€	0,000	643,17€	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			190,12€	0,000	181,06€	0,000
IG x Jahr 3 (DiD)			127,93€	0,001	116,77€	0,003
IG x Jahr 4 (DiD)			146,82€	0,001	135,88€	0,001
Alter (30-47 J. vs	s. U30)				58,46€	0,034
Alter (48-64 J. vs	s. U30)				155,38€	0,000
Alter (Ü64 vs. U3	30)				13,84€	0,707
Geschlecht weib	lich (vs. männl.)				16,48€	0,533
F 00 (Demenz)					76,63€	0,604
F 01 (Vaskuläre I	Demenz)				84,96 €	0,636
F 02 (Demenz, a	nderenorts klassifiz. K	rankheiten)			-57,60€	0,112
F 03 (Nicht nähe	r bezeichnete Demen	z)			49,86€	0,363
F 07 (Pers und	Verhaltensstör. des G	ehirns)			348,66€	0,096
F 10 (Psychische	u. Verhaltensst. durcl	h Alkohol)			-83,35 €	0,019
F 20-29 (Schizop	hrenie, schiz. u. wahn	hafte Stör.)			228,16€	0,000
F 30-39 (Affektiv	re Störungen)				72,24€	0,039
F 43 (schwere Be	elast. u. Anpassungsst	ör.)			71,08€	0,177
F 45 (Somatofor	me Störungen)				30,70€	0,412
F 40-48 (ohne F4	13 und F45)				47,40€	0,724
F 50 (Essstörung	en)				-491,90€	0,006
F 60.31 (Spez. Pe	ersönlichkeitsstör., Bo	rderline)			161,12€	0,046
F 70-79 (Intellige	enzstörung)				317,19€	0,086
F 90-98 (Verhalt	ens- u. emot. Stör., Kii	ndh./Jugend)			276,29€	0,441
Vollstat. psych.	Fall im Präzeitraum (D	Dummy)			17,79€	0,349
TK psych. Fall im	Präzeitraum (Dummy	<u>()</u>			91,76€	0,348
PIA Fall im Präze	eitraum (Dummy)				436,32€	0,000
Vertragsärztl. ps	ych. Fall im Präzeitrau	ım (Dummy)			-50,64€	0,000
R ²		0,089	<u> </u>	0,174	·	0,214



Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	695,54€	0,000	695,54€	0,000	-513,84 €	0,000
IG (vs. KG)	843,96€	0,000	843,96€	0,000	803,09€	0,000
Post (vs. Prä)	-19,73€	0,283				
IG x Post (DiD)	-156,44€	0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			139,99€	0,000	907,27€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-12,15 €	0,578	752,28€	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-82,41€	0,000	682,44€	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-140,54€	0,000	623,54€	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			75,75 €	0,081	130,99€	0,003
IG x Jahr 2 (DiD)			-249,78€	0,000	-196,84€	0,000
IG x Jahr 3 (DiD)			-246,25€	0,000	-196,91€	0,000
IG x Jahr 4 (DiD)			-219,59€	0,000	-172,64€	0,004
Alter (30-47 J. vs	s. U30)				253,46 €	0,001
Alter (48-64 J. vs	s. U30)				285,55€	0,000
Alter (Ü64 vs. U	30)				211,89€	0,010
Geschlecht weib	olich (vs. männl.)				8,36€	0,828
F 00 (Demenz)					-289,36€	0,161
F 01 (Vaskuläre	Demenz)				-103,74€	0,555
F 03 (Nicht nähe	er bezeichnete Demenz)			-62,85€	0,475
F 07 (Pers und	Verhaltensstör. des Ge	hirns)			88,48€	0,729
F 10 (Psychische	u. Verhaltensst. durch	Alkohol)			-56,15€	0,330
F 20-29 (Schizop	hrenie, schiz. u. wahnl	nafte Stör.)			375,67€	0,000
F 30-39 (Affektiv	ve Störungen)				72,15€	0,175
F 43 (schwere B	elast. u. Anpassungsstö	ir.)			84,99 €	0,203
F 45 (Somatofor	me Störungen)				131,22€	0,020
F 40-48 (ohne F4	13 und F45)				161,55€	0,183
F 50 (Essstörung	gen)				791,11€	0,062
F 60.31 (Spez. Po	ersönlichkeitsstör., Bor	derline)			-39,08€	0,675
F 70-79 (Intellige	enzstörung)				494,41€	0,000
F 84 (Tief greifer	nde Entwicklungsstöru	ngen)			1.032,61€	0,000
F 90-98 (Verhalt	ens- u. emot. Stör., Kin	dh./Jugend)			-47,53€	0,868
Vollstat. psych.	Fall im Präzeitraum (D	ummy)			-71,93€	0,089
TK psych. Fall im	n Präzeitraum (Dummy)				-121,00 €	0,029
PIA Fall im Präze	eitraum (Dummy)				1.234,41€	0,000
Vertragsärztl. ps	sych. Fall im Präzeitrau	m (Dummy)			-166,32 €	0,025
R ²		0,140		0,168		0,288

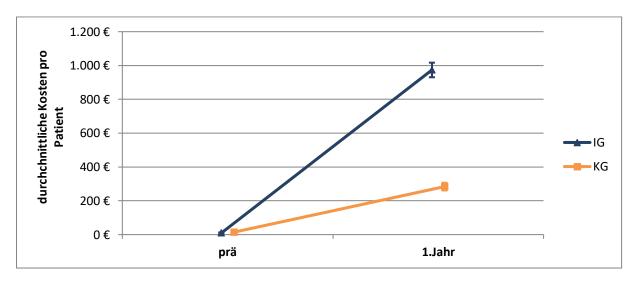


U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	l	G	K	G
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714
N mit Fall	38	1.347	52	830
durchschnittliche Kosten	9,55 €	973,62 €	14,46 €	283,96 €
Standardabweichung	77,11 €	908,34 €	97,77 €	475,16 €
Minimum	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00 €	424,38 €	0,00€	0,00 €
Median	0,00 €	636,03 €	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00 €	1.272,06 €	0,00€	352,86 €
Maximum	1.390,92 €	6.636,93 €	1.245,01 €	5.227,09 €

Abbildung 68: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG			KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205
N mit Fall	24	977	297	42	605	238
durchschnittliche Kosten	8,58 €	936,17 €	330,03 €	15,71 €	290,46 €	147,76 €
Standardabweichung	77,21 €	824,29 €	716,51 €	102,75 €	497,48 €	397,13 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	593,41 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	625,44 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	0,00€	1.250,88 €	0,00€	0,00€	352,96 €	0,00 €
Maximum	1.390,92 €	3.820,82 €	5.567,41 €	1.245,01 €	5.227,09 €	4.971,74 €

Abbildung 69: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

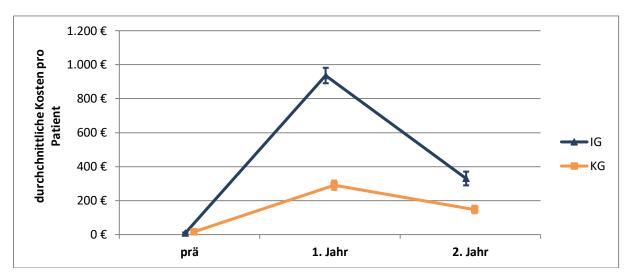




Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	15,71 €	0,000	15,71€	0,000	-67,63€	0,006
IG (vs. KG)	-7,13 €	0,049	-7,13 €	0,049	-5,66€	0,192
Post (vs. Prä)	204,91 €	0,000				
IG x Post (DiD)	427,12 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			274,76€	0,000	263,41€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			132,05€	0,000	118,11€	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			652,83€	0,000	646,55€	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			189,40€	0,000	183,29€	0,000
Alter (30-47 J. vs. U30)					45,10€	0,020
Alter (48-64 J. vs. U30)					90,03€	0,000
Alter (Ü64 vs. U30)					-39,28€	0,106
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					28,06€	0,065
F 00 (Demenz)					-89,11€	0,357
F 01 (Vaskuläre Demenz)					63,22€	0,352
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					32,93 €	0,135
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					10,03 €	0,768
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					233,42 €	0,075
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-106,22 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					126,39€	0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					75,65€	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					50,98€	0,062
F 45 (Somatoforme Störungen)					17,10€	0,415
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					66,76€	0,171
F 50 (Essstörungen)					-72,59€	0,466
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					96,80€	0,037
F 70-79 (Intelligenzstörung)					267,34€	0,083
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					731,39€	0,092
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					134,55€	0,528
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					25,16€	0,011
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,95 €	0,945
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					418,25€	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-32,67€	0,000
R ²		0,186		0,273		0,300



U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		10	ì		KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774	
N mit Fall	16	630	192	149	32	390	155	141	
durchschnittliche Kosten	9,18 €	896,58 €	331,63 €	264,26 €	19,09€	286,81 €	158,42 €	146,34 €	
Standardabweichung	78,28 €	803,55 €	709,34 €	660,55€	117,32€	517,27 €	437,00€	397,82€	
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
25%-Perzentil	0,00€	593,41€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
Median	0,00€	625,44 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	
75%-Perzentil	0,00€	1.250,88 €	0,00€	0,00€	0,00€	340,38 €	0,00€	0,00€	
Maximum	1.390,92 €	3.296,09 €	5.567,41€	4.567,53 €	1.245,01€	5.227,09€	4.971,74€	3.583,52€	

Abbildung 70: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

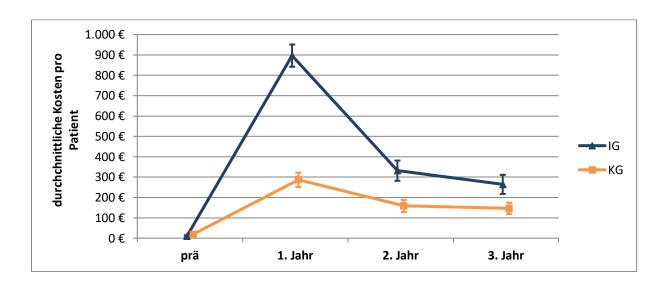
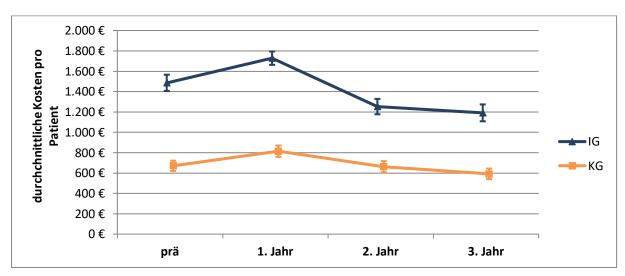




Tabelle 121: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		10	3			K	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637
N mit Fall	539	632	464	414	509	554	446	388
durchschnittliche Kosten	1.486,38 €	1.728,32 €	1.252,64€	1.191,17€	670,97 €	814,86 €	661,73 €	592,05€
Standardabweichung	1.062,62 €	873,69 €	988,96 €	1.071,00€	676,33 €	742,57 €	723,73 €	665,32€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	642,82 €	1.218,85 €	0,00€	0,00€	0,00€	215,50€	0,00€	0,00 €
Median	1.285,64 €	1.876,32 €	1.206,18 €	1.248,80€	603,69€	755,33 €	595,58€	511,28€
75%-Perzentil	2.571,28 €	2.501,76 €	2.373,64 €	2.497,60€	922,72€	1.102,46 €	944,54 €	914,75 €
Maximum	3.214,10 €	4.080,12 €	3.048,39 €	3.462,73 €	3.588,60€	5.582,74€	5.452,13€	4.478,36 €

Abbildung 71: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung





10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

Zu den sonstigen ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen zählen Leistungen der Sozialpädiatrischen Zentren sowie der Hochschulambulanzen. Die Zuordnungen der Leistungen in den Hochschulambulanzen erfolgt über die dokumentierten Gebührenordnungspositionen. Es handelt sich um die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Aufgrund der über alle Untersuchungen durchgehend geringen Fallzahlen (< 10) bzgl. Kosten sonstiger im Krankenhaus erbrachter psychiatrischer Leistungen entfällt eine Beschreibung der Ergebnisse. Die deskriptiven Ergebnisse werden in Tabelle 122 bis Tabelle 130, bzw. Abbildung 72 bis Abbildung 77 dargestellt.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG			KG					
	Präzeitrau m	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitrau m	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411	
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,84 €	0,00 €	1,41 €	0,00 €	6,63 €	4,90 €	2,33 €	4,22 €	
Standardabweichun g	0,00€	0,00€	17,17 €	0,00€	27,83 €	0,00€	126,49 €	102,26€	47,81 €	84,12 €	
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
Maximum	0,00€	0,00€	351,85 €	0,00€	549,57€	0,00€	2.689,91€	2.135,31 €	981,00 €	1.705,19 €	

Abbildung 72: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

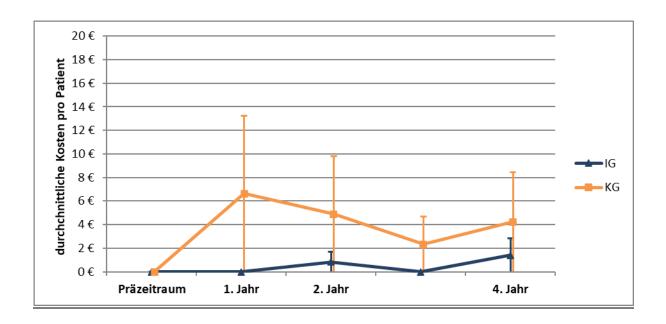




Tabelle 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

		IG					КG					
	Präzeitrau m	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitrau m	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr		
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583		
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10		
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,16 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,11 €	3,41 €	2,30 €		
Standardabweichun g	0,00€	0,00 €	0,00€	3,87 €	0,00 €	0,00€	0,00€	2,77 €	83,65 €	55,56€		
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
25%-Perzentil	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
75%-Perzentil	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
Maximum	0,00€	0,00 €	0,00€	95,34 €	0,00 €	0,00€	0,00€	69,18 €	2.054,12 €	1.341,59 €		

Abbildung 73: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

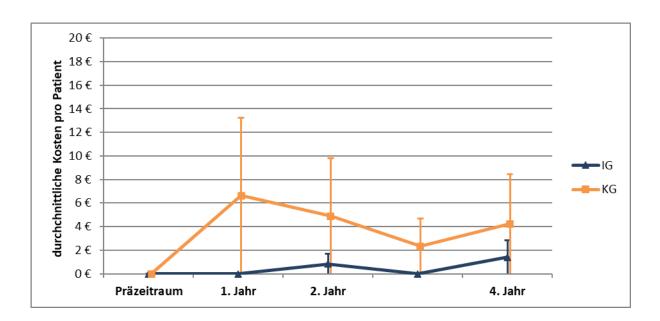




Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,00€	0,763	0,00€	1,	000 3,94	€ 0,286
IG (vs. KG)	0,00€	0,505	0,00€	1,	000 0,08	€ 0,757
Post (vs. Prä)	4,57€	0,192				
IG x Post (DiD)	-4,03 €	0,253				
1. Jahr (vs. Prä)			6,63€	0,	262 6,48	€ 0,251
2. Jahr (vs. Prä)			4,90€	0,	318 4,68	€ 0,308
3. Jahr (vs. Prä)			2,33€	0,	318 2,09	€ 0,301
4. Jahr (vs. Prä)			4,22€	0,	309 3,96	€ 0,357
IG x Jahr 1 (DiD)			-6,63€	0,	262 -6,62	€ 0,263
IG x Jahr 2 (DiD)			-4,06€	0,	414 -4,11	€ 0,414
IG x Jahr 3 (DiD)			-2,33€	0,	318 -2,42	€ 0,318
IG x Jahr 4 (DiD)			-2,82€	0,	521 -2,95	€ 0,503
Alter (30-47 J. vs.	U30)				3,32	€ 0,558
Alter (48-64 J. vs.	U30)				-2,05	€ 0,401
Alter (Ü64 vs. U3	0)				-1,76	€ 0,481
Geschlecht weibl	ich (vs. männl.)				-2,45	€ 0,521
F 00 (Demenz)					-3,17	€ 0,285
F 01 (Vaskuläre D	emenz)				-1,51	€ 0,249
F 02 (Demenz, an	derenorts klassifiz. Kra	ankheiten)			-0,43	€ 0,630
F 03 (Nicht näher	bezeichnete Demenz)				-2,01	€ 0,218
F 07 (Pers und V	/erhaltensstör. des Gel	hirns)			-2,54	€ 0,420
F 10 (Psychische	u. Verhaltensst. durch	Alkohol)			-4,50	€ 0,297
F 20-29 (Schizoph	nrenie, schiz. u. wahnh	afte Stör.)			-3,89	€ 0,248
F 30-39 (Affektive	e Störungen)				0,42	€ 0,799
F 43 (schwere Be	last. u. Anpassungsstö	r.)			-0,39	€ 0,926
F 45 (Somatoforn	ne Störungen)				-3,87	€ 0,282
F 40-48 (ohne F43	3 und F45)				-1,75	€ 0,291
F 50 (Essstörunge	en)				-1,51	€ 0,618
F 60.31 (Spez. Pe	rsönlichkeitsstör., Bord	derline)			-3,03	€ 0,203
F 70-79 (Intellige	nzstörung)				-2,50	€ 0,211
F 90-98 (Verhalte	ns- u. emot. Stör., Kind	dh./Jugend)			-3,74	€ 0,408
Vollstat. psych. F	all im Präzeitraum (Du	ımmy)			-0,03	€ 0,947
TK psych. Fall im	Präzeitraum (Dummy)				0,39	€ 0,792
PIA Fall im Präzei	traum (Dummy)				-0,50	€ 0,456
Vertragsärztl. psy	rch. Fall im Präzeitraun	n (Dummy)			-0,16	€ 0,737
R ²		0,001		0,	001	0,004



Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,00€	1,000	0,00€	1,000	0,29€	0,419
IG (vs. KG)	0,00€	1,000	0,00€	1,000	-0,05 €	0,566
Post (vs. Prä	1,41 €	0,308				
IG x Post (DiD)	-1,37 €	0,321				
1. Jahr (vs. Prä)			0,00€	1,000	-0,40 €	0,366
2. Jahr (vs. Prä)			0,11€	0,317	-0,30 €	0,519
3. Jahr (vs. Prä)			3,41€	0,317	2,96€	0,316
4. Jahr (vs. Prä)			2,30€	0,317	1,83 €	0,315
IG x Jahr 1 (DiD)			0,00€	1,000	-0,07 €	0,333
IG x Jahr 2 (DiD)			-0,11€	0,317	-0,19 €	0,170
IG x Jahr 3 (DiD)			-3,25€	0,341	-3,31 €	0,341
IG x Jahr 4 (DiD)			-2,30€	0,317	-2,36€	0,318
Alter (30-47 J. vs.	. U30)				1,97 €	0,296
Alter (48-64 J. vs.	. U30)				-0,25 €	0,374
Alter (Ü64 vs. U3	0)				-0,61€	0,319
Geschlecht weibl	ich (vs. männl.)				1,06 €	0,308
F 00 (Demenz)					-0,24 €	0,617
F 01 (Vaskuläre D	Demenz)				0,05€	0,868
F 03 (Nicht näher	bezeichnete Demenz)				-0,38 €	0,337
F 07 (Pers und \	/erhaltensstör. des Ge	hirns)			-1,05 €	0,335
F 10 (Psychische	u. Verhaltensst. durch	Alkohol)			-0,78 €	0,351
F 20-29 (Schizoph	hrenie, schiz. u. wahnh	afte Stör.)			-1,30 €	0,292
F 30-39 (Affektive	e Störungen)				0,57€	0,349
F 43 (schwere Be	last. u. Anpassungsstö	r.)			-1,54 €	0,301
F 45 (Somatoforn	me Störungen)				-1,35 €	0,297
F 40-48 (ohne F4	3 und F45)				-1,12 €	0,324
F 50 (Essstörunge	en)				-1,25 €	0,370
F 60.31 (Spez. Pe	rsönlichkeitsstör., Bor	derline)			-1,41 €	0,301
F 70-79 (Intellige	nzstörung)				-0,32 €	0,421
F 84 (Tief greifen	de Entwicklungsstörur	ngen)			-0,23 €	0,646
F 90-98 (Verhalte	ens- u. emot. Stör., Kin	dh./Jugend)			-0,85 €	0,385
Vollstat. psych. F	all im Präzeitraum (Du	ımmy)			0,20€	0,356
TK psych. Fall im	Präzeitraum (Dummy)				-0,71 €	0,319
PIA Fall im Präzei	itraum (Dummy)				-0,15€	0,442
Vertragsärztl. psy	ych. Fall im Präzeitraun	n (Dummy)			-0,30€	0,359
R ²		0,000		0,001		0,003

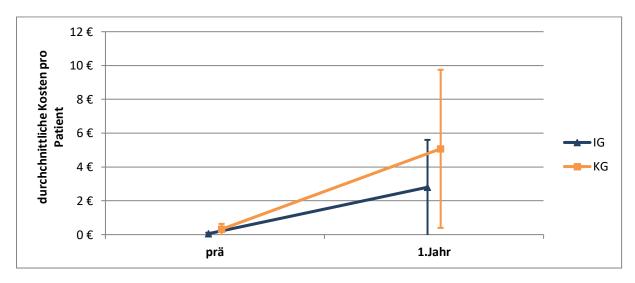


U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

		G	H	(G
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714
N mit Fall	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,06 €	2,80 €	0,32 €	5,07 €
Standardabweichung	2,30 €	60,68 €	13,17 €	98,75 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00€	0,00 €
Maximum	95,34 €	1.796,48 €	545,37 €	2.689,91 €

Abbildung 74: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG			KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,08 €	0,00€	0,89 €	0,43 €	3,84 €	5,13 €
Standardabweichung	2,68 €	0,00€	21,31 €	15,38 €	91,41 €	99,80 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	95,34 €	0,00€	645,20 €	545,37 €	2.689,91 €	2.135,31 €

Abbildung 75: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

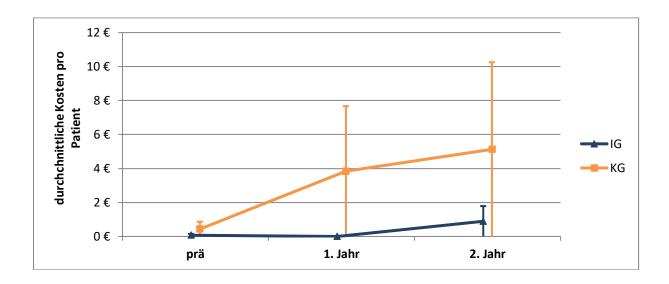




Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer I	P-Wert
Intercept	0,43 €	0,317	0,43€	0,317	1,02€	0,525
IG (vs. KG)	-0,36 €	0,416	-0,36€	0,416	-0,30€	0,522
Post (vs. Prä)	4,03 €	0,094				
IG x Post (DiD)	-3,67 €	0,130				
1. Jahr (vs. Prä)			3,40€	0,193	3,57€	0,173
2. Jahr (vs. Prä)			4,69€	0,107	4,81€	0,082
IG x Jahr 1 (DiD)			-3,48€	0,184	-3,48€	0,185
IG x Jahr 2 (DiD)			-3,88€	0,193	-3,88€	0,193
Alter (30-47 J. vs. U30)					5,46€	0,036
Alter (48-64 J. vs. U30)					0,16€	0,651
Alter (Ü64 vs. U30)					0,69€	0,198
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-3,00€	0,146
F 00 (Demenz)					-0,76€	0,485
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-0,50€	0,499
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1,25€	0,182
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-0,94 €	0,306
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					-0,97€	0,269
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-3,38€	0,127
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-1,71 €	0,384
F 30-39 (Affektive Störungen)					-0,07€	0,949
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					0,11€	0,961
F 45 (Somatoforme Störungen)					-1,28€	0,442
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					7,98€	0,399
F 50 (Essstörungen)					-2,12€	0,132
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-1,24€	0,124
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-1,71€	0,245
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-2,86€	0,257
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-2,91€	0,158
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,05€	0,931
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5,64€	0,250
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,83€	0,301
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,17€	0,643
R ²		0,001		0,001		0,005



U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		10	i		KG					
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr		
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774		
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10		
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00€	0,45 €	0,00€	0,00€	3,65 €	2,68 €	1,27 €		
Standardabweichung	0,00€	0,00€	12,57 €	0,00€	0,00€	93,84 €	75,59 €	35,26€		
Minimum	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
25%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
Median	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
75%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
Maximum	0,00 €	0,00€	351,85€	0,00€	0,00€	2.689,91€	2.135,31 €	981,00€		

Abbildung 76: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

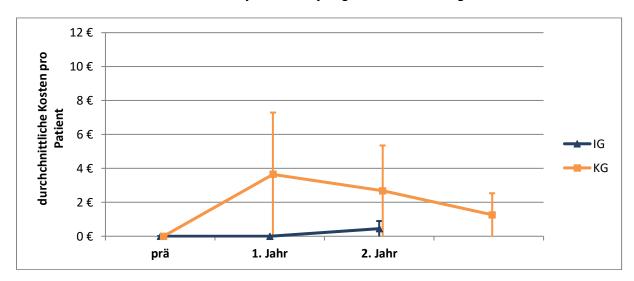
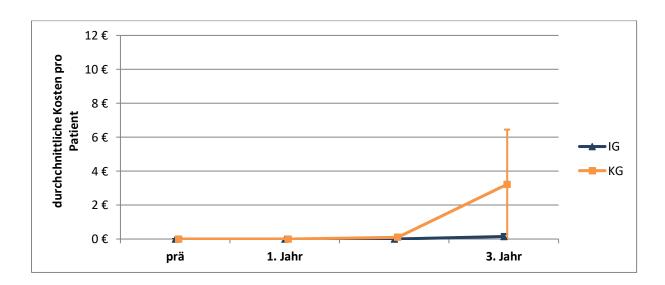




Tabelle 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		10	3			K	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00€	0,00€	0,00€	0,15 €	0,00€	0,00€	0,10 €	3,22 €
Standardabweichung	0,00€	0,00€	0,00€	3,77 €	0,00€	0,00€	2,69 €	81,39 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	0,00€	0,00€	0,00€	95,34 €	0,00€	0,00€	69,18€	2.054,12 €

Abbildung 77: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung





10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

Zu den für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung zählen Leistungen von Fachärzten (Psychiater, Psychotherapeuten etc.) sowie Hausärzten. Erfasst wurden Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Die Zuordnung der Leistungen zur psychiatrischen Versorgung erfolgte über die dokumentierten GOPs sowie bei Fallpauschalen über einen diagnosebezogenen Faktor.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergab sich ein nahezu identischer Verlauf der **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 131, Tabelle 133 und Abbildung 78). Ausgehend vom Präzeitraum stiegen in beiden Gruppen die Kosten im ersten Jahr deutlich an, um nahezu identisch hin zum vierten Jahr wieder zu sinken. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum ergab sich für die IG relativ zur KG ein um 12,67 € nicht signifikant geringerer Kostenanstieg (vgl. Tabelle 133).

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten ergab sich ebenfalls ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 132, Tabelle 134 und Abbildung 79). In beiden Gruppen stiegen die Kosten vom Präzeitraum bis zum zweiten Nachbeobachtungsjahr an, um dann bis zum vierten Jahr konstant zu bleiben. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum ergab sich für die IG relativ zur KG ein um 30,08 € nicht signifikant stärkerer Kostenanstieg (vgl. Tabelle 134).

U2:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung lagen IG und KG im Präzeitraum gleichauf (vgl. Tabelle 135 und Abbildung 80). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG weniger stark an als in der KG.

U3:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung lagen IG und KG im Präzeitraum in etwa gleichauf (vgl. Tabelle 136, Tabelle 137 und Abbildung 81). Im ersten Jahr kam es in beiden Gruppen zu einem Kostenanstieg. Der Kostenanstieg fiel im Vergleich zum Präzeitraum in der IG um 53,04 € geringer aus als in der KG. Im zweiten





patientenindividuellen Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau unterhalb des jeweiligen ersten Jahres. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum ergab sich für die IG relativ zur KG ein um 47,31 € signifikant geringerer Kostenanstieg (vgl. Tabelle 137).

U4:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich ebenfalls ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 138 und Abbildung 82).

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich ebenfalls ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 139 und Abbildung 83).



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 131: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG					KG		
	Präzeitrau m	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitrau m	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
N mit Fall	368	397	328	314	296	373	405	352	335	318
durchschnittliche Kosten	125,33 €	251,23 €	234,43 €	223,52 €	168,00 €	141,06 €	276,52 €	254,34 €	251,38 €	210,94 €
Standardabweichun g	250,66€	511,05 €	505,69 €	523,78€	371,06 €	318,47 €	504,49 €	547,71 €	572,86 €	595,99 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,37€	15,60 €	10,50 €	9,50€	3,39 €	0,60€	24,63 €	12,52 €	12,58€	6,71 €
Median	26,08 €	67,70 €	57,35 €	48,01€	37,30 €	33,42 €	102,15 €	75,84 €	64,21€	57,24 €
75%-Perzentil	137,23 €	232,66 €	200,03 €	163,00€	130,24 €	142,65€	319,84 €	241,11 €	234,35 €	208,40 €
Maximum	2.025,57 €	3.672,90 €	3.742,87 €	4.024,21 €	2.488,23 €	3.250,51 €	3.304,37 €	3.583,57 €	5.810,75 €	9.686,23 €

Abbildung 78: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

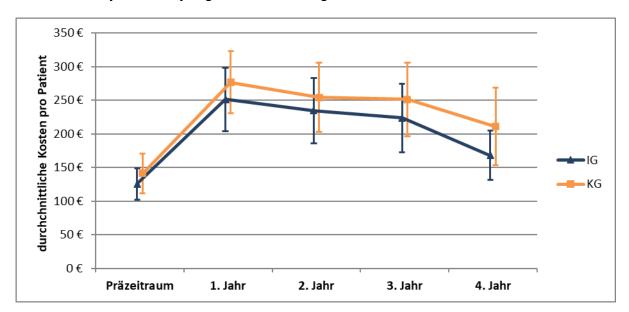




Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG					KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583
N mit Fall	586	582	554	538	518	574	567	540	518	501
durchschnittliche Kosten	101,89 €	119,04 €	183,63 €	194,98 €	181,28 €	137,07€	155,48 €	182,23 €	173,88 €	185,91 €
Standardabweichung	244,94 €	308,11€	389,80 €	423,41€	442,97 €	324,19€	367,44 €	374,46 €	349,70€	440,65 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	1,85 €	9,63€	25,51€	23,77 €	26,62 €	1,89€	11,58 €	25,35 €	25,95 €	23,37 €
Median	18,13 €	35,36 €	61,03 €	60,69€	57,83 €	24,06 €	42,41 €	67,40€	75,37 €	68,60€
75%-Perzentil	98,80€	105,92 €	160,46 €	165,78€	138,10 €	122,15 €	120,67 €	175,22€	178,44 €	175,65 €
Maximum	2.606,35 €	3.754,48 €	3.405,87 €	4.020,16 €	4.442,29 €	3.266,31€	3.135,66 €	3.188,31 €	3.395,09 €	4.209,48 €

Abbildung 79: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

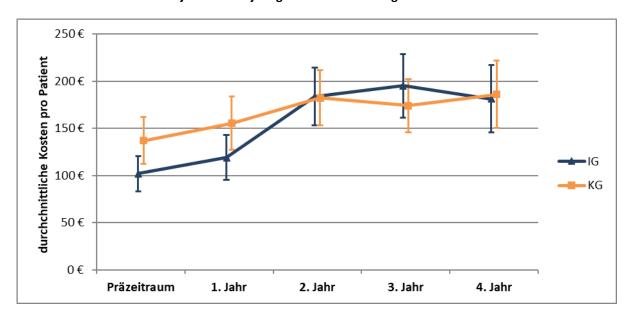




Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert S	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	141,06 €	0,000	141,06€	0,000	-102,44€	0,010
IG (vs. KG)	-15,73 €	0,407	-15,73€	0,407	-18,89€	0,318
Post (vs. Prä)	108,14 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-12,67 €	0,661				
1. Jahr (vs. Prä)			135,47€	0,000	245,08€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			113,28€	0,000	219,65€	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			110,32€	0,000	214,17€	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			69,88€	0,024	172,54€	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-9,57€	0,774	-11,13 €	0,741
IG x Jahr 2 (DiD)			-4,18€	0,912	-7,03 €	0,853
IG x Jahr 3 (DiD)			-12,14€	0,762	-16,73€	0,678
IG x Jahr 4 (DiD)			-27,21€	0,457	-33,08€	0,368
Alter (30-47 J. vs. U30)					91,10€	0,010
Alter (48-64 J. vs. U30)					104,22€	0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					-17,99€	0,519
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					49,99€	0,035
F 00 (Demenz)					78,36€	0,574
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-36,76€	0,286
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					277,05€	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					47,08€	0,202
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					8,67€	0,869
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-47,85€	0,231
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					41,35€	0,324
F 30-39 (Affektive Störungen)					101,29€	0,002
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					54,68€	0,193
F 45 (Somatoforme Störungen)					1,82€	0,957
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					122,75€	0,165
F 50 (Essstörungen)					-166,51€	0,155
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					28,16€	0,517
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-44,86€	0,496
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					357,12€	0,196
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					72,05€	0,090
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					19,01€	0,799
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					9,80€	0,852
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					125,47€	0,000
R ²	-	0,008		0,011	-	0,049



Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert S	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	137,07	0,000	137,07€	0,000	105,85€	0,010
IG (vs. KG)	-35,18 €	0,028	-35,18€	0,028	-39,46€	0,010
Post (vs. Prä)	36,94	0,003				
IG x Post (DiD)	30,08	0,088				
1. Jahr (vs. Prä)			18,41€	0,125	48,80€	0,029
2. Jahr (vs. Prä)			45,17€	0,005	74,24€	0,001
3. Jahr (vs. Prä)			36,82€	0,023	63,93€	0,006
4. Jahr (vs. Prä)			48,85€	0,011	73,99€	0,005
IG x Jahr 1 (DiD)			-1,26€	0,939	-0,43 €	0,980
IG x Jahr 2 (DiD)			36,58€	0,098	37,26€	0,096
IG x Jahr 3 (DiD)			56,28€	0,018	57,60€	0,016
IG x Jahr 4 (DiD)			30,55€	0,264	33,19€	0,226
Alter (30-47 J. vs. U30)					25,39€	0,496
Alter (48-64 J. vs. U30)					-7,41€	0,829
Alter (Ü64 vs. U30)					-69,33€	0,039
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					48,53€	0,001
F 00 (Demenz)					42,43€	0,075
F 01 (Vaskuläre Demenz)					31,82€	0,582
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-0,87€	0,974
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					-35,66€	0,387
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-42,29€	0,100
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-46,46€	0,044
F 30-39 (Affektive Störungen)					13,04€	0,566
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					19,74€	0,544
F 45 (Somatoforme Störungen)					-32,38€	0,175
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					-30,19€	0,493
F 50 (Essstörungen)					-155,79€	0,152
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					159,97€	0,023
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-70,66€	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-63,05€	0,004
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					352,36€	0,074
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9,39€	0,640
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					59,39€	0,038
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-85,57€	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					97,57€	0,000
R ²		0,004		0,007	-	0,050

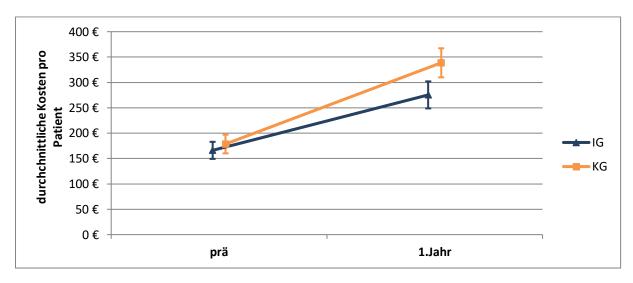


U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	I	G	K	G
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714
N mit Fall	1.463	1.510	1.459	1.539
durchschnittliche Kosten	166,11 €	275,40 €	178,58 €	338,66 €
Standardabweichung	355,92 €	561,90 €	388,25 €	604,96 €
Minimum	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	11,27 €	20,44 €	13,78 €	32,18 €
Median	49,14 €	76,87 €	56,62€	116,13 €
75%-Perzentil	160,50 €	238,58 €	183,53 €	353,92 €
Maximum	3.632,13 €	4.922,26 €	3.689,62 €	6.541,57 €

Abbildung 80: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG		KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr		
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205		
N mit Fall	1.069	1.112	927	1.064	1.129	978		
durchschnittliche Kosten	156,26 €	272,06 €	229,71 €	163,00 €	331,83 €	277,94 €		
Standardabweichung	328,17 €	549,41 €	503,97 €	348,91 €	604,18 €	650,14 €		
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
25%-Perzentil	7,87 €	21,24€	7,48 €	11,03 €	33,10 €	13,10 €		
Median	46,61€	80,66 €	51,25 €	53,62 €	119,61 €	74,55 €		
75%-Perzentil	160,82 €	241,34 €	174,03 €	173,62 €	351,59 €	248,16 €		
Maximum	3.171,69 €	4.922,26 €	4.590,28 €	3.659,64 €	6.541,57 €	11.876,47 €		

Abbildung 81: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

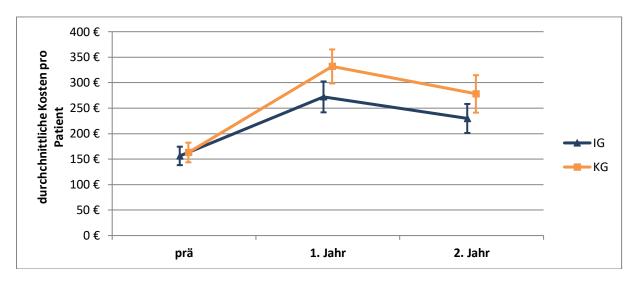




Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	163,00€	0,000	163,00€	0,000	-71,36€	0,011
IG (vs. KG)	-6,73 €	0,618	-6,73€	0,618	-5,71€	0,668
Post (vs. Prä)	142,46 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-47,31€	0,027				
1. Jahr (vs. Prä)			168,83€	0,000	304,95€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			114,94€	0,000	248,00€	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-53,04€	0,018	-54,84€	0,015
IG x Jahr 2 (DiD)			-41,49€	0,096	-43,34€	0,082
Alter (30-47 J. vs. U30)					71,73€	0,002
Alter (48-64 J. vs. U30)					80,26€	0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					-43,65€	0,045
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					85,19€	0,000
F 00 (Demenz)					125,58€	0,035
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-27,38€	0,392
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					268,24€	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-5,17€	0,837
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					-78,76€	0,008
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-109,26€	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-4,59€	0,860
F 30-39 (Affektive Störungen)					72,58€	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					25,86€	0,347
F 45 (Somatoforme Störungen)					-32,00€	0,180
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					47,89€	0,386
F 50 (Essstörungen)					21,53€	0,846
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					28,96€	0,580
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-86,13€	0,058
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-78,99€	0,011
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					154,24€	0,367
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					70,33€	0,010
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					38,97€	0,479
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					76,89€	0,218
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					149,57€	0,000
R ²		0,014	-	0,015		0,056



U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		IC	3		KG						
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr			
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774			
N mit Fall	692	734	605	591	699	746	648	615			
durchschnittliche Kosten	144,33 €	258,46 €	249,57 €	228,54 €	154,15 €	322,81 €	264,21 €	220,44 €			
Standardabweichung	329,20€	502,16€	551,40 €	549,28€	337,31€	568,35 €	548,70€	488,25 €			
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€			
25%-Perzentil	2,62€	20,30€	10,17 €	8,69 €	3,69€	29,64 €	12,36 €	12,11€			
Median	36,20 €	76,79 €	54,63 €	44,93 €	46,12 €	118,76 €	74,37 €	59,37 €			
75%-Perzentil	136,42 €	239,29 €	186,56 €	157,61 €	164,97€	347,44 €	258,49 €	221,90€			
Maximum	3.171,69 €	3.672,90€	4.590,28 €	4.069,48 €	3.250,51€	4.772,69 €	3.758,48 €	5.810,75 €			

Abbildung 82: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

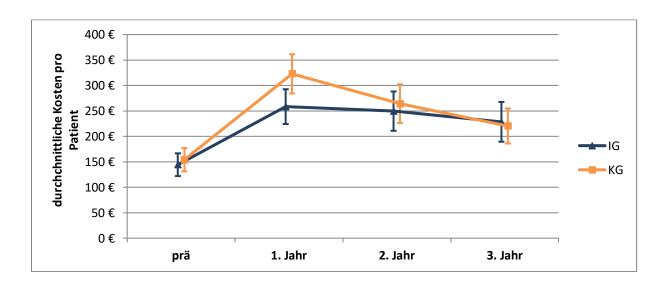
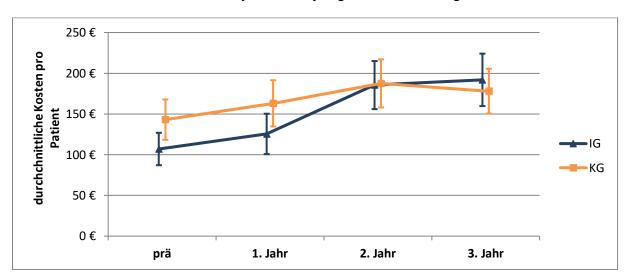




Tabelle 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		10	;		KG					
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr		
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637		
N mit Fall	614	609	580	564	608	602	574	549		
durchschnittliche Kosten	106,96 €	125,47 €	185,48 €	191,87 €	143,02 €	163,02 €	187,50€	177,97 €		
Standardabweichung	264,54 €	329,75 €	386,19 €	415,41 €	330,82 €	378,45 €	386,67 €	353,38 €		
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €		
25%-Perzentil	1,95 €	10,07 €	24,79 €	22,58€	2,04 €	13,00€	27,45 €	26,02 €		
Median	19,35 €	35,36 €	61,64€	60,26 €	28,40 €	43,27 €	69,34€	76,53 €		
75%-Perzentil	102,07 €	114,18 €	169,98 €	164,68 €	130,48 €	130,17 €	180,16 €	184,77 €		
Maximum	2.949,59 €	3.754,48 €	3.405,87 €	4.020,16 €	3.266,31 €	3.135,66 €	3.188,31 €	3.395,09 €		

Abbildung 83: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung





10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Psychopharmakaversorgung werden die Bruttopreise der über den ATC-Code als Psychopharmakon klassifizierten, im jeweiligen Beobachtungszeitraum verordneten Arzneimittel erfasst.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die **Kosten der Psychopharmakaversorgung** der IG im Präzeitraum gleichauf mit der KG (vgl. Tabelle 140, Tabelle 142 und Abbildung 84). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum fiel in der IG im Vergleich zur KG geringer aus. Vom ersten Nachbeobachtungsjahr an näherten sich die Kosten zwischen den Gruppen hin zum vierten Jahr wieder an. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum ergab sich für die IG relativ zur KG ein um 82,19 € signifikant geringerer Kostenanstieg (vgl. Tabelle 142).

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten ergab sich ein paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 141, Tabelle 143 und Abbildung 85). Die KG war in allen Perioden teurer als die IG. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum ergab sich für die IG relativ zur KG ein um 32,10 € nicht signifikant stärkerer Kostenanstieg (vgl. Tabelle 143).

U2:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung lagen die Kosten in IG (147,38 €) und KG (166,71 €) gleichauf (vgl. Tabelle 144 und Abbildung 86). Zum ersten patientenindividuellen Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten: In der IG auf 216,24 € und der KG auf 304,43 €. Entsprechend fiel der Anstieg in der KG größer aus.

U3:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung lagen die IG und KG mit jeweils 164,97 € bzw. 187,81 € etwa gleichauf (vgl. Tabelle 145, Tabelle 146 und Abbildung 87). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an. Der Kostenanstieg im Vergleich zum Präzeitraum fiel in der IG mit 72,16 € niedriger aus als in der KG. Zum zweiten patientenindividuellen Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau unterhalb



des jeweiligen ersten Jahres. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum ergab sich für die IG relativ zur KG ein um 71,67 € signifikant geringerer Kostenanstieg (vgl. Tabelle 146).

U4:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung lagen die Kosten der IG im Präzeitraum mit 165,16 € gleichauf mit den 182,83 € der KG (vgl. Tabelle 147 und Abbildung 88). Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der KG stärker an als in der IG. Im zweiten und dritten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen, wobei die KG teurer als die IG war.

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten ergab sich ein paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 148 und Abbildung 89). Vom Präzeitraum bis zum dritten patientenindividuellen Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen, wobei die IG durchweg günstiger war als die KG.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 140: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG					
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411	
N mit Fall	230	284	216	199	199	240	335	254	246	227	
durchschnittliche Kosten	213,38 €	285,08 €	229,38 €	239,52€	254,21 €	199,46 €	394,11 €	321,92 €	285,45 €	274,88 €	
Standardabweichung	694,33 €	676,69 €	537,96 €	703,19€	883,23 €	667,09€	787,78 €	633,75€	557,12€	711,00 €	
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
Median	11,47 €	50,65€	12,62€	0,00€	12,41 €	12,45 €	100,51 €	46,39€	46,77€	25,53 €	
75%-Perzentil	100,60€	232,38 €	185,40 €	166,56€	163,51€	111,41 €	435,94 €	332,97 €	331,01€	280,92 €	
Maximum	5.586,68 €	6.345,01€	5.127,01 €	8.130,30 €	11.487,88€	6.745,52 €	9.936,37 €	4.824,26 €	4.478,28 €	9.168,95 €	

Abbildung 84: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

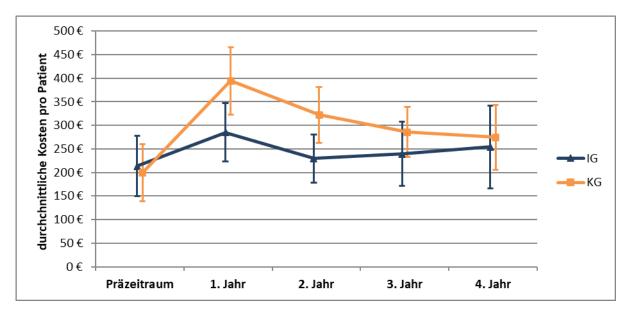




Tabelle 141: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG					
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583	
N mit Fall	491	521	494	473	449	494	522	489	485	464	
durchschnittliche Kosten	790,92 €	744,56 €	750,35 €	647,16€	624,12 €	1.086,19€	1.104,92€	1.023,24€	898,05 €	781,15 €	
Standardabweichung	1.425,33 €	1.384,01 €	1.396,71€	1.275,37 €	1.317,79 €	2.026,47 €	1.898,61€	1.901,60€	1.564,15 €	1.427,12 €	
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
25%-Perzentil	13,24 €	36,55 €	40,56€	26,70€	20,50 €	14,97€	56,14 €	27,30€	55,01€	41,37 €	
Median	202,82 €	233,12 €	225,08 €	220,90€	212,98 €	240,27€	348,96 €	293,01€	311,05 €	236,95 €	
75%-Perzentil	886,22€	803,11€	817,83€	716,62 €	632,37 €	1.220,38€	1.365,01€	1.087,00€	1.089,57 €	931,81 €	
Maximum	11.703,23€	14.502,84€	13.139,35€	16.979,26€	16.944,17€	15.263,01€	13.839,79€	17.020,07€	12.110,51€	11.955,44 €	

Abbildung 85: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

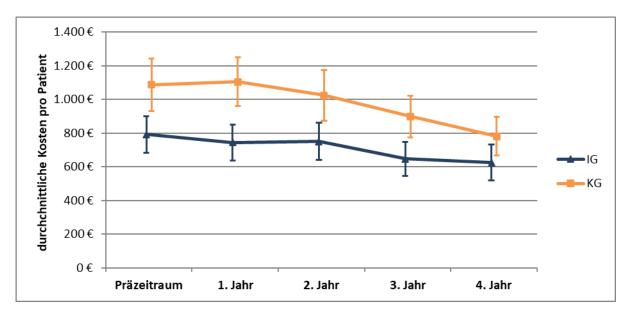




Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert S	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	199,46 €	0,000	199,46 €	0,000	-121,29€	0,026
IG (vs. KG)	13,92€	0,757	13,92€	0,758	6,66€	0,869
Post (vs. Prä)	121,60 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-82,19€	0,035				
1. Jahr (vs. Prä)			194,65€	0,000	334,23€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			122,46 €	0,000	267,79€	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			85,98€	0,014	234,58€	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			75,41€	0,075	223,68€	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-122,95€	0,002	-136,10€	0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-106,46 €	0,009	-117,56€	0,005
IG x Jahr 3 (DiD)			-59,85€	0,194	-74,07€	0,109
IG x Jahr 4 (DiD)			-34,58€	0,568	-43,04€	0,480
Alter (30-47 J. vs. U30)					76,28€	0,060
Alter (48-64 J. vs. U30)					159,66€	0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					61,75€	0,243
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-31,47 €	0,347
F 00 (Demenz)					-95,16€	0,100
F 01 (Vaskuläre Demenz)					413,61€	0,182
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					548,06€	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					134,53€	0,013
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					513,72€	0,121
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-102,39€	0,014
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					801,29€	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					67,44€	0,051
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					23,82€	0,626
F 45 (Somatoforme Störungen)					-25,18€	0,439
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					99,21€	0,253
F 50 (Essstörungen)					67,18€	0,788
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					230,83€	0,005
F 70-79 (Intelligenzstörung)					204,49€	0,133
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-24,74€	0,924
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					216,46€	0,033
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					25,39€	0,925
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					458,54€	0,014
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					118,05€	0,002
R ²		0,004		0,006		0,160



Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	1.086,19€	0,000	1.086,19€	0,000	-4,74€	0,980
IG (vs. KG)	-295,27 €	0,002	-295,27 €	0,002	-315,07€	0,001
Post (vs. Prä)	-129,55€	0,008				
IG x Post (DiD)	32,10€	0,613				
1. Jahr (vs. Prä)			18,73 €	0,671	762,93€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-62,94 €	0,286	669,77€	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-188,14 €	0,001	550,53€	0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-305,04 €	0,000	435,33€	0,007
IG x Jahr 1 (DiD)			-65,09€	0,238	-64,56€	0,259
IG x Jahr 2 (DiD)			22,37 €	0,760	24,66€	0,741
IG x Jahr 3 (DiD)			44,37 €	0,575	38,28€	0,635
IG x Jahr 4 (DiD)			138,24 €	0,111	119,67€	0,170
Alter (30-47 J. vs. U30)					209,30€	0,103
Alter (48-64 J. vs. U30)					123,02€	0,314
Alter (Ü64 vs. U30)					-75,91€	0,552
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-92,46€	0,237
F 00 (Demenz)					-138,48€	0,493
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-528,36€	0,024
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					82,88€	0,443
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					108,27€	0,561
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-286,20€	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.131,81€	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					8,24€	0,898
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-130,48€	0,086
F 45 (Somatoforme Störungen)					-41,74€	0,610
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					522,07€	0,151
F 50 (Essstörungen)					697,57€	0,479
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					311,02€	0,034
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-481,67€	0,002
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					429,74€	0,029
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					59,34€	0,839
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					211,26€	0,054
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-317,83€	0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					437,95 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					421,05 €	0,003
R ²		0,008		0,011		0,157

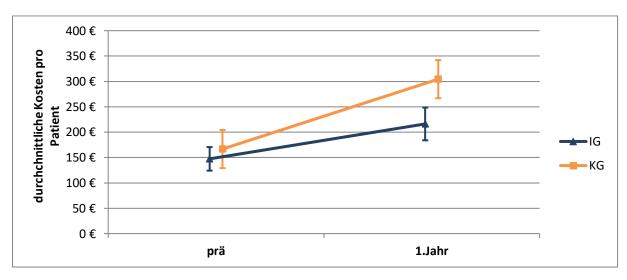


U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 144: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	Id	G	K	G
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714
N mit Fall	879	1.066	871	1.217
durchschnittliche Kosten	147,38 €	216,24 €	166,71 €	304,43 €
Standardabweichung	490,73 €	682,01€	793,45 €	792,83 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	11,94 €	43,99 €	11,77 €	83,50 €
75%-Perzentil	82,88 €	189,49 €	90,75 €	287,60 €
Maximum	6.767,52 €	19.986,44€	18.798,80 €	19.961,41 €

Abbildung 86: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG			KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205
N mit Fall	664	793	610	646	905	687
durchschnittliche Kosten	164,97 €	244,60 €	181,79 €	187,81 €	339,59 €	276,02 €
Standardabweichung	544,57 €	779,43 €	443,07 €	910,37 €	896,72 €	731,86 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	12,35 €	46,14 €	12,41 €	11,86 €	91,68 €	30,88 €
75%-Perzentil	90,38 €	200,56 €	153,75 €	93,90 €	312,94 €	240,22 €
Maximum	6.767,52 €	19.986,44€	5.127,01 €	18.798,80€	19.961,41 €	13.604,49€

Abbildung 87: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

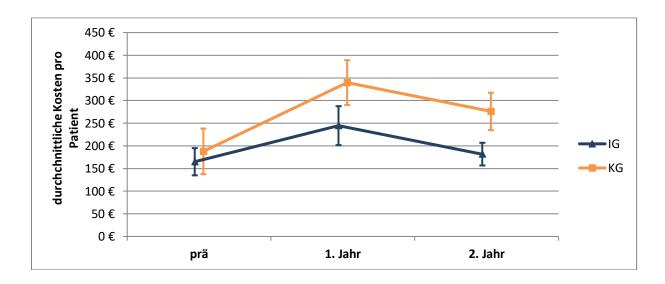




Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	187,81 €	0,000	187,81€	0,000	-95,07€	0,010
IG (vs. KG)	-22,84 €	0,445	-22,84€	0,445	-23,51€	0,424
Post (vs. Prä)	120,67 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-71,67 €	0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			151,79€	0,000	297,18€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			88,21€	0,000	236,82€	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-72,16€	0,009	-78,93€	0,005
IG x Jahr 2 (DiD)			-71,39€	0,001	-77,12€	0,000
Alter (30-47 J. vs. U30)					86,57€	0,006
Alter (48-64 J. vs. U30)					154,51€	0,000
Alter (Ü64 vs. U30)					114,56€	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-29,71€	0,295
F 00 (Demenz)					-74,41€	0,557
F 01 (Vaskuläre Demenz)					67,96€	0,389
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					818,07€	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					46,62€	0,252
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					580,89€	0,033
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-113,26€	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					578,75€	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					40,96€	0,143
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					58,77€	0,242
F 45 (Somatoforme Störungen)					-48,63€	0,069
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					27,37€	0,605
F 50 (Essstörungen)					3,10€	0,975
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					155,22€	0,004
F 70-79 (Intelligenzstörung)					309,60€	0,033
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-29,48€	0,562
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					86,64€	0,506
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					172,36€	0,080
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5,80€	0,970
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					356,69€	0,006
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					138,52€	0,000
R ²		0,006	-	0,007		0,082



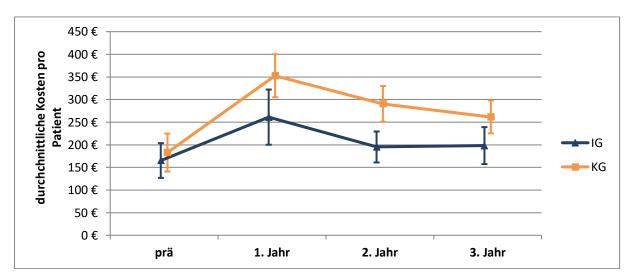
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		IG				K	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774
N mit Fall	420	522	399	367	434	611	467	438
durchschnittliche Kosten	165,16 €	261,04 €	195,13 €	198,19 €	182,83 €	352,58 €	290,49 €	261,49 €
Standardabweichung	564,55€	897,49 €	488,59€	574,38 €	620,52€	703,66 €	569,85€	515,14€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	11,47 €	49,02 €	12,50€	0,00€	12,25€	102,27 €	39,97 €	38,95 €
75%-Perzentil	91,48€	203,82 €	151,57€	157,19€	104,86 €	371,06 €	306,30€	265,50€
Maximum	5.586,68 €	19.986,44€	5.127,01€	8.130,30 €	6.745,52 €	9.936,37 €	4.824,26 €	4.478,28 €

Abbildung 88: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



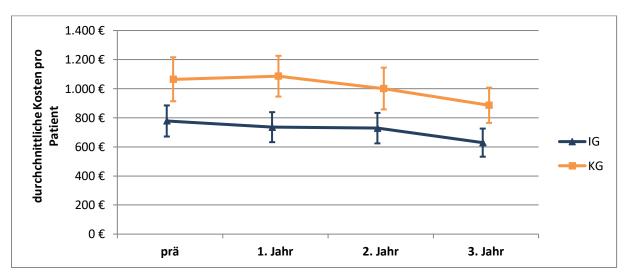


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		16	;			К	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637
N mit Fall	510	544	518	496	519	549	513	510
durchschnittliche Kosten	777,95 €	735,49 €	728,80 €	629,00€	1.064,78 €	1.085,96€	1.001,07€	886,06 €
Standardabweichung	1.421,37 €	1.370,07 €	1.368,81 €	1.248,02 €	2.020,17 €	1.870,81€	1.881,09 €	1.561,24 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	11,50 €	35,58 €	28,13 €	24,88 €	14,07 €	55,20€	26,01€	54,82 €
Median	196,14 €	226,92 €	213,23 €	215,99€	232,21€	348,37 €	293,20€	305,44 €
75%-Perzentil	881,24 €	780,03 €	773,79 €	705,12€	1.184,88 €	1.307,54 €	1.063,12 €	1.050,74 €
Maximum	11.703,23 €	14.502,84€	13.139,35 €	16.979,26€	15.263,01€	13.839,79€	17.020,07€	12.110,51€

Abbildung 89: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung





10.9 Kosten der Heilmittelversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Heilmittel werden die Kosten für Heilmittel mit psychiatrischer Indikation erfasst. Die Zuordnung zur psychiatrischen Versorgung erfolgt dabei über die Abrechnungspositionsnummer (APN). Die Preise werden den regional differenzierten Preislisten des vdek entnommen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Aufgrund der über alle Untersuchungen durchgehend relativ geringen Fallzahlen – je Untersuchungsgruppe (U1 – U4) hatten lediglich zwischen 3 und 4 Prozent der Erkrankten eine Heilmittelbehandlung mit psychiatrischer Indikation – entfällt eine detaillierte Beschreibung der Ergebnisse. Die deskriptiven Ergebnisse werden in Tabelle 149 bis Tabelle 157 bzw. Abbildung 90 bis Abbildung 95 dargestellt.



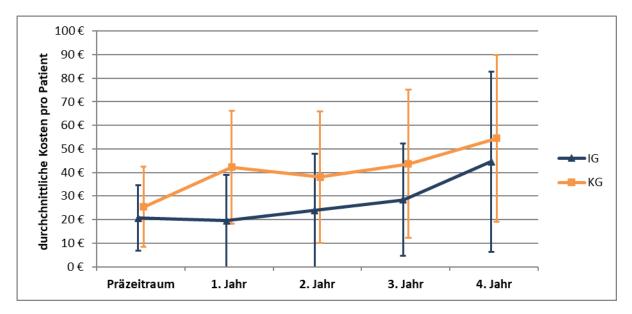
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 149: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG					KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
N mit Fall	12	<10	<10	12	10	13	25	14	19	15
durchschnittliche Kosten	20,59 €	19,53€	23,95 €	28,35 €	44,62 €	25,42 €	42,27 €	37,99 €	43,68 €	54,46 €
Standardabweichung	150,74 €	213,51€	261,01€	243,93 €	385,25€	186,89€	261,48 €	297,39€	328,19€	365,53€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Maximum	1.790,80 €	3.935,96 €	4.367,74 €	4.084,54 €	5.892,56 €	2.211,09€	3.890,64 €	4.334,80 €	5.123,23 €	4.269,50€

Abbildung 90: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung





Klinikbekannte Patienten

Tabelle 150: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG					KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583
N mit Fall	22	20	17	19	24	22	28	17	18	17
durchschnittliche Kosten	36,12 €	63,51€	56,61€	57,20 €	106,01€	18,40 €	36,59 €	23,69 €	24,05 €	30,40 €
Standardabweichung	238,42 €	555,73 €	565,17€	476,52 €	698,98 €	124,00€	225,59€	171,49 €	163,09€	199,16 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Maximum	2.870,64 €	9.860,44 €	10.113,66€	7.089,10 €	9.761,55 €	1.640,64 €	3.621,52 €	1.854,11 €	1.896,17 €	2.262,26 €

Abbildung 91: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

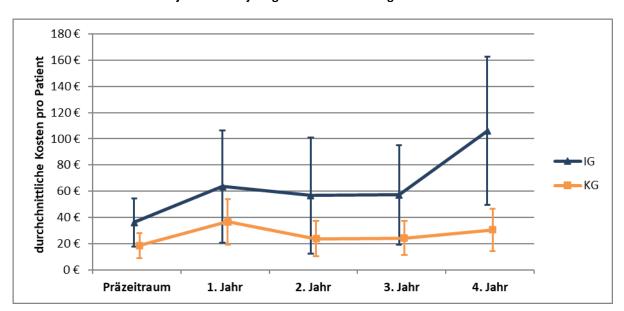




Tabelle 151: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	25,42 €	0,004	25,42 €	0,004	-30,67€	0,315
IG (vs. KG)	-4,83 €	0,667	-4,83 €	0,667	-5,72 €	0,611
Post (vs. Prä)	19,01 €	0,108				
IG x Post (DiD)	-10,95 €	0,502				
1. Jahr (vs. Prä)			16,85€	0,134	22,12€	0,068
2. Jahr (vs. Prä)			12,57€	0,323	18,37€	0,177
3. Jahr (vs. Prä)			18,26€	0,205	24,63€	0,103
4. Jahr (vs. Prä)			29,04€	0,084	35,57€	0,042
IG x Jahr 1 (DiD)			-17,91€	0,244	-17,98€	0,245
IG x Jahr 2 (DiD)			-9,22€	0,635	-9,17€	0,638
IG x Jahr 3 (DiD)			-10,50€	0,598	-10,53 €	0,598
IG x Jahr 4 (DiD)			-5,01€	0,843	-5,27 €	0,835
Alter (30-47 J. vs. U30)					9,40€	0,430
Alter (48-64 J. vs. U30)					43,67€	0,047
Alter (Ü64 vs. U30)					1,06€	0,930
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					36,09€	0,004
F 00 (Demenz)					61,80€	0,058
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-16,53€	0,407
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-27,34€	0,068
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					88,56€	0,160
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					30,86€	0,442
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-8,31€	0,600
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					13,75€	0,531
F 30-39 (Affektive Störungen)					13,59€	0,548
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-14,77€	0,269
F 45 (Somatoforme Störungen)					15,85€	0,603
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					-23,14€	0,314
F 50 (Essstörungen)					160,53€	0,226
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					7,49€	0,732
F 70-79 (Intelligenzstörung)					48,73€	0,352
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-10,35 €	0,295
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-15,91€	0,068
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					43,08€	0,451
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					11,85€	0,673
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7,18 €	0,520
R ²		0,001		0,002		0,016



Tabelle 152: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	18,40 €	0,000	18,40€	0,000	-43,80€	0,180
IG (vs. KG)	17,72 €	0,093	17,72 €	0,094	18,26€	0,082
Post (vs. Prä)	10,37 €	0,091				
IG x Post (DiD)	23,77 €	0,216				
1. Jahr (vs. Prä)			18,19€	0,023	51,44€	0,008
2. Jahr (vs. Prä)			5,28€	0,495	38,47€	0,039
3. Jahr (vs. Prä)			5,65€	0,443	38,80€	0,033
4. Jahr (vs. Prä)			12,00€	0,189	45,01€	0,018
IG x Jahr 1 (DiD)			9,20€	0,659	9,09€	0,661
IG x Jahr 2 (DiD)			15,21€	0,512	15,17€	0,507
IG x Jahr 3 (DiD)			15,43€	0,456	15,16€	0,454
IG x Jahr 4 (DiD)			57,89€	0,050	57,88€	0,046
Alter (30-47 J. vs. U30)					10,36€	0,637
Alter (48-64 J. vs. U30)					15,04€	0,376
Alter (Ü64 vs. U30)					23,83€	0,435
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					6,40€	0,609
F 00 (Demenz)					39,67€	0,624
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-7,04€	0,883
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-16,72€	0,630
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					89,03€	0,261
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					5,14€	0,839
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					2,04€	0,946
F 30-39 (Affektive Störungen)					17,43€	0,500
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					4,58€	0,840
F 45 (Somatoforme Störungen)					3,46 €	0,882
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					2,14€	0,940
F 50 (Essstörungen)					32,22€	0,599
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					16,33€	0,619
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-16,43 €	0,223
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-11,94€	0,433
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					35,05€	0,407
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					13,92€	0,392
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-8,60€	0,698
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					12,93€	0,396
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					22,19€	0,005
R ²	-	0,003		0,004		0,006

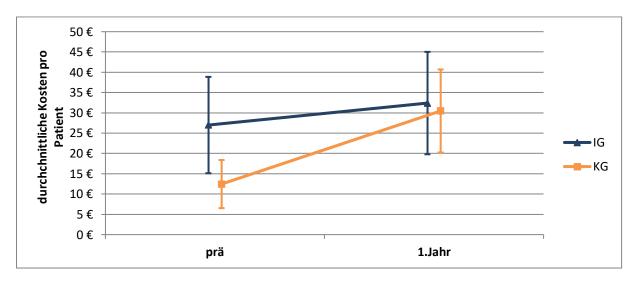


U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 153: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	l	G	K	G
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714
N mit Fall	39	59	28	63
durchschnittliche Kosten	26,99 €	32,41 €	12,46 €	30,47 €
Standardabweichung	250,75 €	266,47 €	125,26 €	216,13 €
Minimum	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	5.483,32 €	5.508,99 €	2.211,09 €	3.890,64 €

Abbildung 92: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung





U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 154: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG			KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205
N mit Fall	25	42	31	20	50	29
durchschnittliche Kosten	21,43 €	28,31 €	35,24 €	13,17 €	32,48 €	28,57 €
Standardabweichung	217,92 €	241,97 €	299,68 €	129,03 €	228,92 €	260,81€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	5.483,32 €	5.508,99 €	5.053,44 €	2.211,09 €	3.890,64 €	4.334,80 €

Abbildung 93: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

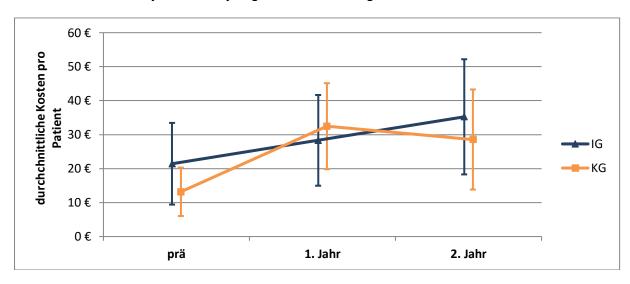




Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert	Schätzer	P-Wert
Intercept	13,17 €	0,000	13,17€	0,000	-14,39 €	0,276
IG (vs. KG)	8,26 €	0,247	8,26€	0,247	8,38 €	0,247
Post (vs. Prä)	17,39 €	0,005				
IG x Post (DiD)	-7,13 €	0,434				
1. Jahr (vs. Prä)			19,31€	0,002	26,79€	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			15,39€	0,032	23,42 €	0,002
IG x Jahr 1 (DiD)			-12,42€	0,169	-12,40€	0,172
IG x Jahr 2 (DiD)			-1,58€	0,890	-1,55€	0,893
Alter (30-47 J. vs. U30)					13,47 €	0,105
Alter (48-64 J. vs. U30)					13,76 €	0,119
Alter (Ü64 vs. U30)					18,70€	0,123
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					7,47 €	0,340
F 00 (Demenz)					235,10€	0,307
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-12,96 €	0,507
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-43,82 €	0,004
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					18,93 €	0,482
F 07 (Pers und Verhaltensstör. des Gehirns)					-13,85€	0,884
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-18,13 €	0,060
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					8,61€	0,558
F 30-39 (Affektive Störungen)					8,40 €	0,376
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-3,70 €	0,694
F 45 (Somatoforme Störungen)					0,01€	0,999
F 40-48 (ohne F43 und F45, Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)					-19,64 €	0,018
F 50 (Essstörungen)					32,59€	0,502
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					6,04 €	0,552
F 70-79 (Intelligenzstörung)					108,75 €	0,118
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-14,99€	0,241
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-20,37 €	0,004
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-8,15 €	0,124
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8,12 €	0,734
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2,77€	0,848
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9,55€	0,081
R ²		0,001	•	0,001	•	0,010



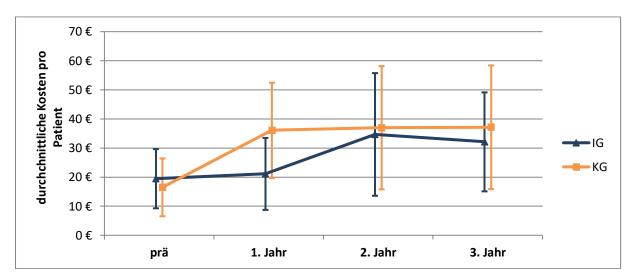
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 156: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		10	;		KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774	
N mit Fall	19	24	17	22	17	38	22	24	
durchschnittliche Kosten	19,45 €	21,10 €	34,67 €	32,11€	16,48 €	36,08 €	36,98 €	37,13 €	
Standardabweichung	149,76 €	181,91 €	300,94 €	239,45 €	146,70 €	241,25 €	305,24€	301,88 €	
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	
Maximum	2.070,48 €	3.935,96 €	4.921,83 €	4.084,54 €	2.211,09€	3.890,64 €	4.334,80 €	5.123,23 €	

Abbildung 94: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



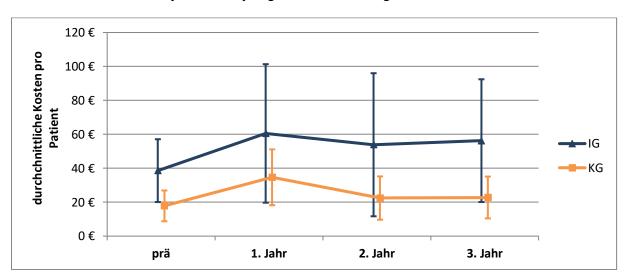


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		10	3		KG					
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr		
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637		
N mit Fall	25	20	17	20	23	28	17	18		
durchschnittliche Kosten	38,60 €	60,52 €	53,86 €	56,26 €	17,83 €	34,66 €	22,43 €	22,77 €		
Standardabweichung	246,16 €	542,62 €	551,35 €	466,91€	121,13 €	219,72 €	166,95 €	158,76 €		
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €		
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €		
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €		
Maximum	2.870,64 €	9.860,44 €	10.113,66€	7.089,10€	1.640,64 €	3.621,52 €	1.854,11 €	1.896,17 €		

Abbildung 95: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung





11. Ergebnisse: Effizienz

Für die Bewertung der Effizienz wird das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis mit den vollstationären bzw. AU-Tagen als Outcome-Parameter und den gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten als Verhältnis gebildet. Die Population wird für die Analyse der AU-Tage auf Versicherte mit Versichertenstatus 1 (Mitglied) eingeschränkt. Dargestellt ist die Effizienz für U2, um möglichst viele Patienten einzuschließen.

U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 158: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

		Präze	eitraum		1. Nachbeok	oachtungsja	1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum		
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
	IG	836,59€		1714	5.844,32 €		1714	5.007,72 €	
Kosten	KG	787,46 €		1714	7.003,71 €		1714	6.216,25 €	
	Diff (IG - KG)	49,13€	0,599		-1.159,39 €	0,000		-1.208,53 €	0,000
	IG	1,85		1714	7,71		1714	5,86	
KH-Tage	KG	1,29		1714	21,86		1714	20,57	
	Diff (IG - KG)	0,56	0,091		-14,15	0,000		-14,71	0,000
	ICER	82,14							

Tabelle 159: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

							1.		
		Präze	eitraum		 Nachbeol 	bachtungsja	ıhr	Nachbeobachtungsjahr	
					- Präzeit Mittelwert P-Wert N Mittelwert 92 6.035,66 € 992 5.238,90				
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
	IG	796,76 €		992	6.035,66 €		992	5.238,90 €	
Kosten	KG	738,99 €		1002	6.464,34 €		1002	5.725,35 €	
	Diff (IG - KG)	57,77 €	0,642		-428,68€	0,268		-486,45 €	0,231
	IG	24,88		992	78,31		992	53,43	
	KG	23,13		1002	79,08		1002	55,95	
	Diff (IG - KG)	1,75	0,516		-0,77	0,874		-2,52	0,649
	ICER	192,91							

<u>U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung</u>



Tabelle 160: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

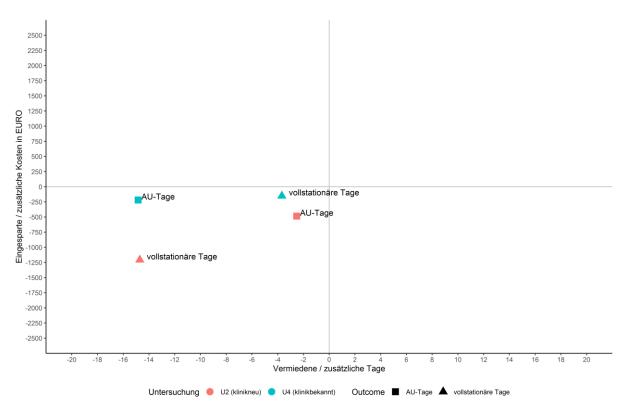
		Präze	itraum			1. 1. Nachbeobachtun Nachbeobachtungsjahr Präzeitraum					
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert		
	IG	5.936,52€		696	6.362,52 €		696	426,00€			
Kosten	KG	5.868,38 €		696	6.447,25 €		696	578,86 €			
	Diff (IG - KG)	68,14 €	0,875		-84,73 €	0,854		-152,87 €	0,810		
1/11	IG	6,68		696	7,25		696	0,57			
KH-	KG	13,64		696	17,90		696	4,25			
Tage	Diff (IG - KG)	-6,97	0,000		-10,65	0,000		-3,68	0,085		
	ICER		41,58								

Tabelle 161: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		Präzei	traum		1. Nachbeob	achtungsjah	1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum		
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
	IG	6.086,67 €		283	6.858,37 €		283	771,70 €	
Kosten	KG	5.788,93 €		252	6.781,35 €		252	992,42 €	
	Diff (IG - KG)	297,73 €	0,694		77,02 €	0,923		-220,72 €	0,840
	IG	38,97		283	34,93		283	-4,04	
AU-Tage	KG	41,48		252	52,28		252	10,80	
	Diff (IG - KG)	-2,51	0,716		-17,35	0,011		-14,84	0,122
	ICER	14,88							



Abbildung 96: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten und U4 (klinikbekannte) Patienten



U2:

Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich in der IG ein um 1.208,53 € signifikant geringerer Anstieg der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr (vgl. Tabelle 158 und Abbildung 96). Gleichzeitig ergab sich für die IG ein um 14,71 Tage signifikant geringerer Anstieg der Krankenhaustage im Vergleich zur KG. Entsprechend ergibt sich ein **Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von 82,14 €/d, d. h. für jeden eingesparten vollstationären Tag ergab sich eine Kostenersparnis von 82,14 €.

Bezogen auf nur diejenigen <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung mit Versichertenstatus "1", also "Mitglied", ergab sich vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr ein um 486,45 € geringerer Anstieg der gesamten psychiatrischen Kosten in der IG im Vergleich zur KG (vgl. Tabelle 159 und Abbildung 96). Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant. Außerdem ergab sich ein geringerer Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage von 2,52, wobei dieser Unterschied ebenfalls nicht signifikant war. Insgesamt ergab sich hier ein Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 192,91 €/d, d. h. für jeden eingesparten AU-Tag ergaben sich Kosteneinsparungen von 192,91 €. Eine Betrachtung der Effizienz für Untersuchung 2, getrennt nach den einzelnen Kohorten, wird in Abbildung 97 im Anhang dargestellt.



U4:

klinikbekannte mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtungentwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 152,87 € je Patient nicht signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 160 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG einen um 3,68 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 41,58 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen Krankenhaustag wurden 41,58 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts "1" ("Mitglied") entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 220,72 € je Patient nicht signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 161 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG einen um 14,84 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg er Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich zur KG. Entsprechend ergibt sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 14,88 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag wurden 14,88 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.



12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH und untersucht dabei vier verschiedene Betrachtungsweisen (U1-U4). Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus bis zu 10 Kontrollklinken (KG). U1 untersucht dabei alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung. Hier liegt der Verlauf der Outcomes über die Zeit im Vordergrund. U2 betrachtet dagegen alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr über das erste patientenindividuelle Jahr nach Referenzfall (keine Inferenzstatistik, außer bei den drei Outcomes ohne Verlaufsbetrachtung). Hier liegt die Entwicklung der Inanspruchnahme im ersten Jahr nach Referenzfall im Vordergrund. U3 analysiert alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr mit zweijähriger Nachbeobachtung. Im Vordergrund der Betrachtung liegt hier die Untersuchung der Inanspruchnahme über zwei Jahre nach Referenzfall und somit die Veränderung nach dem ersten Modelljahr (siehe U2). U4 untersucht die Entwicklung der Outcomes für alle Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (keine Inferenzstatistik). Hier ist der Verlauf der Inanspruchnahme mit erhöhter Fallzahl im Vergleich zu U1 im Blickpunkt.

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen³ und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen⁴. Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten aus den fünf Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde. Lediglich der Aufnahmeort des Referenzfalls (PIA vs. Krankenhaus) war zwischen IG und KG verschieden (siehe Kapitel 6.1 und 8.1), da bereits hier Modellstrukturen wirkten.

Die Stärken der vorliegenden Auswertung sind daher eine Datenbasis über fünf Modelljahre bzw. vier patientenindividuelle Jahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit

³ In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenklientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

⁴ Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.



von IG und KG (sowohl für die Kliniken als auch für die Patienten). Insofern sind die hier vorliegenden Ergebnisse als aussagekräftig bezüglich der Erfüllung von Versorgungs- bzw. Modellzielen zu werten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Kapitel 8 bis 11 nach den gestellten Hypothesen (siehe Kapitel 4) diskutiert und am Ende im Fazit zusammengefasst.

<u>Hypothese a) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:</u>

"[...] stärken stationsäquivalente/ambulante Behandlungsoptionen und ermöglichen somit die Dauer und Intensität der Behandlung besser an den Bedarf des einzelnen Patienten anzupassen. In der IG sind Anzahl und Dauer vollstationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung jeweils geringer als in der KG und/oder die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte sind in der IG höher als in der KG. Dagegen sind Anzahl und Dauer von ambulanten Behandlungen, insbesondere stationsäquivalente ambulante Leistungen der Kliniken, in der IG jeweils höher als in der KG."

Der Anstieg des Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt aufgrund von Indexdiagnose war in der IG bei den <u>klinikneuen</u> Patienten im Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG geringer als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Somit war bereits die Anzahl vollstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten in Modellvorhaben im ersten Jahr nach Referenzfall geringer als in der Regelversorgung. Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten waren die Anteile zwischen IG und KG in allen untersuchten Kohorten (U1 & U4) vergleichbar mit stets leicht geringeren Anteilen in der IG im Vergleich zur KG.

Der Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt war bei den klinikneuen Patienten erst im Verlauf des Modellvorhabens zwischen IG und KG signifikant verschieden. Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) gab es zwischen IG und KG und über die Zeit hier keinen signifikanten Unterschied, jedoch waren bei klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) in der IG statistisch signifikant höhere Anteile im ersten Jahr nach Referenzfall als in der KG ersichtlich. Dabei ist zu beachten, dass sich die Signifikanz hier im Wesentlichen durch die höhere Fallzahl in der Kohorte der U3 erklären lässt. Ein höherer Anteilsunterschied zwischen IG und KG war dabei im Vergleich zur U1 nicht zu beobachten. Veränderungen über die Zeit waren jedoch bei den patientenindividuellen Verläufen klinikbekannter Patienten ersichtlich. So wiesen Patienten der U1 erst im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall einen signifikant höheren Anteil in der IG im Vergleich zur KG auf.

Die Anzahl der vollstationären Tage klinikneuer Patienten war in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall geringer als in der KG. In U1 (Verlauf über vier Jahre) verlief der Anstieg der vollstationären Tage klinikneuer Patienten der IG im Jahr nach Referenzfall auf einem geringeren Niveau als bei Patienten der KG. Dieser Unterschied war auch bei Patienten, die im zweiten bis vierten Modelljahr eingeschlossen wurden (U2) sowie bei Patienten mit



zweijährigen und dreijähriger Nachbeobachtung (U3, U4), ersichtlich. Der Modelleffekt einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit besonders im ersten patientenindividuellen Jahr erkennbar. Dieser Unterschied nahm über die Zeit der Behandlung der Patienten ab (U1), blieb jedoch für das Jahr nach Referenzfall der Patienten mit Referenzfall in den ersten vier Modelljahren konstant (U2). Auch der Peak an vollstationären Tagen im Jahr nach Referenzfall war über die beobachteten drei ersten Modelljahre ersichtlich (U3). Die geringeren vollstationären Behandlungstage in der IG bestanden noch im zweiten Jahr nach Referenzfall. Für Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr (U4) war im ersten Jahr nach Referenzfall ein Peak ersichtlich, welcher in der IG geringer als in der KG ausfiel. Danach ging die Anzahl vollstationärer Tage im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall auf zwischen IG und KG vergleichbarem Niveau zurück. Die geringere Anzahl vollstationärer Tage in der IG war zudem im Gesamtschätzer aller vier Jahre nach Referenzfall (U1) statistisch signifikant.

Auch in anderen Studien zu Modellvorhaben nach §64b SGB V oder ähnlichen Modellvorhaben war eine Reduktion vollstationärer Tage in Modellvorhaben im Vergleich zu Kontrollpatienten ersichtlich. So sank die durchschnittliche Dauer vollstationärer Behandlung im Landkreis Dithmarschen mit der Einführung von Regionalen Psychiatriebudgets (RPB) im Jahr 2008 um ca. 22% im Vergleich vor Einführung des RPB (4). In einer Region in Schleswig-Holstein wurde nach Einführung des RPBs die Zahl vollstationärer Behandlungsplätze innerhalb von fünf Jahren deutlich reduziert (5). Im Rahmen eines modellähnlichen integrierten Versorgungsvertrages in einer Klinik in Hessen konnten 30% der stationären Leistungen durch stationsersetzende ambulante Akut-Teams abgelöst werden (6). Zudem sank die stationäre Zeit von Patienten im Modellvorhaben an der Psychiatrie der Charité am St. Hedwig Krankenhaus in Berlin im Vergleich zu zwei Jahren vor Modellstart (7). 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 Geesthacht hatte bereits vor Einführung des Modellvorhabens einen Vorläufervertrag, welcher hier bereits im Vorfeld zu einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage geführt haben könnte. Jedoch waren in der IG höhere vollstationäre Behandlungstage im vierten Jahr nach Referenzfall (U1) im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall verglichen mit der KG zu verzeichnen. Hier schien sich die IG weiter der KG angepasst zu haben. Da der Ausgangswert bei den klinikbekannten Patienten im Jahr vor Referenzfall in der IG bereits wesentlich unter dem der KG lag, führte das Angleichen im vierten Jahr nach Referenzfall zur einer relativ höheren Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG (hypothesenkonträr). 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.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** <u>klinikneuer</u> Patienten in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG. Hier schienen die vollstationären durch teilstationäre Tage teilweise aufgefangen worden zu sein. Zu beachten ist hier, dass bei den teilstationären Behandlungstagen in Geesthacht der Einsatz von mobilen Kriseninterventionsteams gesondert als "davon stationsersetzende Behandlung" dargestellt wurde. Bei der Zählung der teilstationären Anteile und Tage wurden diese dazugerechnet, um die Behandlung des Patienten zu



erfassen, da es in der Auswertung keine gesonderte Kategorie für stationsersetzende Leistungen gibt. Diese wurden extra ausgewiesen, da sie im Prinzip keine teilstationäre, sondern eine stationsersetzende Behandlung darstellen. Jedoch liegt die Anzahl teilstationärer Tage in der Modellklinik selbst nach Abzug dieser stationsersetzenden Behandlung stets über dem der Regelversorgung. Auch im oben beschriebenen RPB in Dithmarschen wurden vollstationäre Behandlungstage teilweise durch teilstationäre Tage aufgefangen (4). Und teilstationäre Behandlungsangebote wurden auch im RPB in der Region in Schleswig-Holstein deutlich ausgebaut (5, 8). Die klinikbekannten Patienten der IG starteten, im Gegensatz zu den vollstationären Tagen, auf einem höheren Niveau im Vergleich zur KG im Jahr vor Referenzfall. Auch hier war der Vorläufervertrag, der offensichtlich zu einer Stärkung teilstationärer Behandlungsangebote führte, ersichtlich. Im weiteren Verlauf sank die Anzahl teilstationärer Tage sowohl in der IG als auch in der KG ab. Diese Abnahme war teilweise in der IG stärker als in der KG, besonders im zweiten und vierten Jahr nach Referenzfall verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall. Dadurch war ein hypothesenkonträrer Effekt zu beobachten.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den ambulanten Leistungen ist zu erkennen, dass bei der PIA Inanspruchnahme keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ersichtlich waren. Vergleicht man dazu jedoch für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr (U2) das erste Jahr nach Referenzfall mit dem Jahr davor, zeigte sich dort ein stärkerer Anstieg der PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statistisch signifikant. Der Unterschied zwischen IG und KG hat sich hier im Vergleich zum Unterschied in der U1 um ca. einen Kontakt vergrößert. Hier wurde vermutlich die PIA im Verlauf des Modellvorhabens weiter ausgebaut und stärker in Anspruch genommen. Die reduzierten vollstationären Behandlungstage in der IG wurden im Modellvorhaben in Geesthacht somit durch mehr Behandlungen im teilstationären Bereich und im Verlauf auch durch vermehrte Kontakte in der PIA aufgefangen. Die klinikbekannten Patienten zeigten jedoch in der IG eine leicht geringere Anzahl an PIA-Kontakten im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Somit waren klinikbekannte Patienten hier besonders am Anfang des Modellvorhabens noch weniger als im Vergleich zur KG in der PIA in Behandlung. Dies änderte sich, analog zu den klinikneuen Patienten, über die Zeit.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer schienen durch die Modellvorhaben nur gering beeinflusst zu sein. So war bei den <u>klinikneuen</u> Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall (unabhängig von der Kohorte) eine leichte, aber statistisch signifikant geringere Zunahme der Inanspruchnahme von einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der IG im Vergleich zur KG verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Eine kontinuierlichere Betreuung in der Modellklinik, besonders im ersten Jahr bei den klinikneuen Patienten, könnte zu dieser etwas verringerten Inanspruchnahme von "Psych-Vertragsärzten" geführt haben. Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten der IG erfolgte ein Anstieg der Inanspruchnahme bei einem "Psych-Vertragsarzt" im dritten



Jahr nach Referenzfall (U1 und U4) während die Inanspruchnahme in der KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall abfiel. Obwohl die Gesetzgebung mit §64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle Sektorierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet (9, 10). Das verhandelte Budget nach §64b SGB V beschränkt sich bei Geesthacht auf den Krankenhaussektor. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt. Durch eine stärkere Einbindung in der Klinik können im Falle des Modellvorhabens von Geesthacht dennoch Auswirkungen auf den ambulanten Bereich sichtbar werden. Die Veränderung der Inanspruchnahme in dritten Jahr nach Referenzfall bei den klinikbekannten Patienten kann mit den vorliegenden Daten nicht erklärt werden.

Einschränkend für die Diskussion mit anderen Untersuchungen bleibt zu erwähnen, dass andere Studien bezüglich der stationären Behandlungsdauer nur Patienten untersuchten, die in die Klinik aufgenommen wurden. In der vorliegenden Evaluation gab es hinsichtlich der kumulierten vollstationären Dauern jedoch keine Einschränkung auf Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt. Dies führt dazu, dass auch Patienten, die über die PIA oder teilstationäre Behandlung aufgenommen wurden, in den Nenner der Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl der Tage eingehen. Dieses Vorgehen ist für eine valide Beurteilung der Behandlung der Patienten in dieser Evaluation wichtig, da auch vermiedene stationäre Tage betrachtet werden müssen. Dies kann bereits ein Modelleffekt sein. Weiterhin fokussieren sich andere Studien zumeist auf bestimmte Erkrankungsgruppen (z.B. nur F10 oder nur F20-29). Beides schränkt jedoch einen direkten Vergleich mit anderen Studien und der Literatur stark ein, da in den (meisten) anderen Studien nur Patienten gezählt wurden, die stationär behandelt wurden bzw. nur eine ausgewählte Diagnosegruppe untersucht wurde. Die Betrachtung aller Patienten führt dazu, dass die durchschnittlichen kumulierten Dauern in dieser Evaluation (meist) wesentlich geringer ausfallen im Vergleich mit anderen Studien.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass die Anzahl und Dauer vollstationärer Aufenthalte im Zuge des Modellvorhabens verringert bzw. die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte erhöht werden konnte. Damit konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten erreicht werden. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigen sich differenzierte Effekte.

Hypothese b) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

"[…] schaffen eine **erhöhte Behandlungskontinuität** bei Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG."

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** wurde untersucht, ob nach einem stationären Aufenthalt innerhalb von 7, 30 bzw. 90 Tagen ein ambulanter Kontakt erfolgt ist und wo dieser stattgefunden hat.



Die Gruppe PIA, Arzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeuten wurde als "Kontakt zum psychiatrischen Sektor" zusammengefasst. Hier war die Kontinuität für alle Patienten zwischen IG und KG meist vergleichbar bzw. schwankte aufgrund teils geringer Fallzahl. Für klinikneue Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war jedoch der Anteil der Patienten mit Kontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen nach einem stationären Aufenthalt in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall größer als in der KG. Auch hier bestätigte sich die Beobachtung, dass besonders im ersten Jahr nach Referenzfall bei den klinikneuen Patienten Modelleffekte ersichtlich sind. Hypothesenkonträr waren jedoch die Beobachtung, dass klinikbekannte Patienten eine geringere Kontinuität zum psychiatrischen Sektor (bei 7 und 30 Tagen Nachbeobachtung im ersten und zweiten bzw. nur ersten Jahr nach Referenzfall) aufwiesen.

Beim Outcome Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wurde untersucht, wie häufig und wie lange klinikneue Patienten mit schweren psychischen Störungen keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten. Da eine Betrachtung dieses Parametes über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs waren in der IG im Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben statistisch signifikant geringer im Vergleich zur Regelversorgung. Dies ist ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung und zeigt, analog zur Behandlungskontinuität, dass besonders im ersten Jahr nach Referenzfall eine Behandlung mit weniger Abbrüchen des Kontakts im Modellvorhaben sichergestellt werden konnte. Auch in dieser Analyse wurden Fälle ohne Kontaktabbruch (analog zur stationären Behandlungsdauer) mitgezählt, um einen möglichen Modelleffekt zu messen. Deshalb sind auch hier die absoluten Zahlen bei der Anzahl und der Dauer von Kontaktabbrüchen niedriger im Vergleich zu anderen Untersuchungen.

Beim Outcome Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping wurde untersucht, ob Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor innerhalb eines Jahres mehr als zweimal wechselten. Im Allgemeinen kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten. Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Durch die regionale Pflichtversorgung in der Psychiatrie, eine enge Bindung an den Psychotherapeuten (bei durchgehender Therapie) und teilweise fehlendem Fachpersonal in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verbunden mit teils langen Wartezeiten (10), ist vermutlich die "Möglichkeit" des Hoppings zwischen verschiedenen Krankenhäusern und Ärzten ohnehin und unabhängig von Modellversorgung sehr eingeschränkt.

Die Kontinuität der Behandlung gilt als wichtiges Qualitätskriterium einer patientenzentrierten Behandlung. Besonders im Bereich der psychisch Erkrankten ist eine kontinuierliche Versorgung des Patienten, bestenfalls mit gleichbleibenden Therapeuten, Pflegern und Ärzten, eine wichtige Säule. An die Stelle von einzelnen Leistungserbringern rückt ein multi-professionelles Team von Leistungserbringern (11). Durch ein einheitliches Budget im Krankenhaus und der daraus



resultierenden Umstrukturierung der Klinik mit u.a. der Bereitstellung sektorenübergreifender Behandlungsteams kann eine bessere kontinuierliche Betreuung der Patienten sichergestellt werden. Die kontinuierliche Betreuung innerhalb des Krankenhauses kann jedoch mit den hier verfügbaren GKV-Daten nicht abgebildet werden. Die Kontinuität der Behandlung wurde in dieser Evaluation daran gemessen, wie der Übergang vom stationären Fall zum ambulanten Setting gelang, ob stationäre oder ambulante Kontakte wahrgenommen wurden und ob Patienten das Krankenhaus bzw. den ambulanten Leistungserbringer häufig wechselten. Sowohl bei der Untersuchung der Behandlungskontinuität als auch bei dem Kontaktabbruch konnten Modelleffekte einer kontinuierlicheren Behandlung im Modellvorhaben nachgewiesen werden. Dies trifft besonders auf das erste Jahr nach Referenzfall bei den klinikneuen Patienten zu. Dies bedeutet, dass das Modellvorhaben hier geschafft hatte, den Patienten früher wieder in die psychiatrische Versorgung zu bringen im Vergleich zur Regelversorgung. Für klinikbekannte Patienten konnte diese Hypothese jedoch nicht bestätigt werden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben für das Jahr nach Referenzfall der klinikneuen Patienten gewährleistet werden konnte. Für klinikbekannte Patienten waren jedoch teils gegensätzliche Effekte sichtbar. Auch waren sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs im Modellvorhaben geringer als in der Regelversorgung.

Hypothese c) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

"[…] sorgen für eine schnellere und nachhaltigere Gesundheitsverbesserung von Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG und verringern somit das Risiko für Arbeitsunfähigkeit, schnellere vollstationäre Wiederaufnahmen, für die Entwicklung von psychischen und somatischen Komorbiditäten, für Erkrankungsprogression und für eine erhöhte Mortalität."

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** war zwischen IG und KG sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar.

Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den <u>klinikneuen</u> Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten war eine Verringerung der AU-Tage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Modellvorhaben ersichtlich, während bei der Vergleichsgruppe die Anzahl der AU-Tage im selben Zeitraum anstieg. Dieser Unterschied war statistisch signifikant. In den weiteren Jahren glich sich die Anzahl der AU-Tage zwischen IG und KG an. Es zeigte sich hier somit eine Tendenz der Verringerung an AU-Tagen in der IG im Jahr nach Referenzfall. Dieser Unterschied hob sich jedoch bei dem Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall wieder auf.

Ob Modellvorhaben nach §64b SGB V oder ähnlich konzipierte Vorhaben eine Veränderung der AU-Episoden oder AU-Tage bewirken, wurde bis jetzt wenig untersucht. In dem Projekt der integrierten Versorgung "Seelische Gesundheit Aachen" wurde für Depression eine Verkürzung der



Arbeitsunfähigkeitstage festgestellt (12). In der ACCESS-Studie (ACT vs. Regelversorgung für Schizophrenie-Patienten) konnte in einer prospektiven Kohortenstudie eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, im Arbeitsleben zu sein und selbstständig zu wohnen herausgefunden werden (13). Das Hauptaugenmerk der meisten Studien zur Beurteilung der Effektivität von (§64b SGB Vähnlichen) Modellvorhaben lag u.a. auf der Reduktion vollstationärer Tage, Veränderung ambulanter Inanspruchnahme, Lebensqualität, Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus, Beurteilung der Patienten, Mitarbeiter und Angehörigen und weitere Outcomes.

Die Rückführung von psychisch Erkrankten in den primären Arbeitsmarkt bzw. die Vermeidung von AU ist ein wichtiges Ziel in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Obwohl ein enger Zusammenhang zwischen Bildung und psychischer Gesundheit besteht (14), sind auch nach Berücksichtigung von soziodemographischen Faktoren, wie Bildung, Einkommen und beruflicher Position, hochsignifikante Effekte von psychischen Störungen auf AU und Langzeit-AU ersichtlich (15). Arbeitsunfähigkeit ist somit bei der hier untersuchten Personengruppe besonders zu betrachten.

Durch das erfolgreiche Matching von Patienten der Modellversorgung mit Patienten von Kontrollkliniken konnte sichergestellt werden, dass diese vergleichbare Erkrankungsschweren aufweisen. Diese wurde u.a. durch die Berücksichtigung der Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Leistungen vor Referenzfall im Matching hergestellt. Auch wenn die Klinik auf die AU des Patienten teilweise nur indirekten Einfluss hat, so kann davon ausgegangen werden, dass umfassende Konzepte, welche u.a. "Supported Employment" oder Arbeitstherapie beinhalten, auch hier Auswirkungen entfalten können. Eine stärkere Berücksichtigung des Themas "Arbeit und Beschäftigung" in der medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Sensibilisierung von Behandlern und Umsetzung von Programmen wie Supported Employment, deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien und Übersichtsarbeiten belegt ist, wird empfohlen (16).

Da eine Betrachtung vollstationärer **Wiederaufnahme** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung dieser für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Sowohl der Anteil <u>klinikneuer</u> Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme als auch die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung (z.B. erweitertes teilstationäres Angebot) bewirkt haben, dass im Modellvorhaben tendenziell eher psychisch schwer erkrankte Menschen vollstationär behandelt wurden im Vergleich zur Regelversorgung. Diese evtl. "schwerer Erkrankten" zeichnen sich ggf. durch einen erhöhten Bedarf an schnellerer vollstationärer Wiederaufnahme aus. Eine schnellere Wiederaufnahme muss dennoch per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Eine Betrachtung der stationären Wiederaufnahme, besonders unter Berücksichtigung der Verkürzung der (vollstationären) Behandlungsdauern, ist wichtig, da bereits in den letzten Jahren ein allgemeiner Anstieg von Wiederaufnahmen in einem engen Zusammenhang mit der De-Institutionalisierung in der



psychiatrischen Versorgung gesehen wurde (17). Die Gründe für die Veränderung der stationären Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (18). Durch die Herstellung der Vergleichbarkeit von Modellklinik mit Kontrollkliniken und Patient der Modellklinik mit Patient der Kontrollkliniken (doppeltes Matching) sowie über die Beobachtung von IG und KG über die Zeit ist gewährleistet, dass Veränderungen in der Regelversorgung in dem Vergleich mit der KG berücksichtigt sind. Allgemeine Veränderungen von Fachkräftemangel in der Psychiatrie oder Pflege bis zu veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen fanden sowohl in der IG als auch in der KG statt. Über den Vergleich zwischen IG und KG und über die Zeit werden diese Einflüsse abgefangen. Genaue Gründe der Wiederaufnahme sind hier nicht näher beleuchtet. Das mögliche Fehlen komplementärer ambulanter Weiterversorgung stellt ein erhöhtes Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme dar (18). In der vorliegenden Evaluation kann das Vorhandensein krankenhausexterner ambulanter psychiatrischer Versorgung (d.h. nicht PIA) nur indirekt durch die ambulante Inanspruchnahme eruiert werden. Da sich hier (siehe oben) kaum Unterschiede ergaben, kann davon ausgegangen werden, dass das Modellvorhaben vergleichbare ambulante Strukturen im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwies. Weitere ambulante Angebote im gemeinde-psychiatrischen Bereich oder in Bereichen außerhalb von SGB V (z.B. Rentenversicherung) können mit den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Während jedoch bei den <u>klinikneuen</u> Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein Anstieg des mittleren Elixhauser Scores zu verzeichnen war, verlief dieser bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten fast ohne Veränderungen über die Zeit.

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser Score herangezogen (19, 20). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde verzichtet, da der Elixhauser Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet (21). Das Auftreten der jeweils 30 Elixhauser Kategorien wurden gezählt und als Summe bewertet. Je höher der Score war, desto höher wurde die Last aufgrund von Komorbiditäten gewertet. Kritisch zu bewerten ist, dass der Elixhauser Score ursprünglich zur Abbildung vom Mortalitätsrisiko erhoben wurde, jedoch auch mit Krankenhausverweildauer und -kosten assoziiert ist (22). In der Literatur wird er bei der Erhebung von Komorbiditäten aufgrund von GKV-Sekundärdaten jedoch relativ häufig eingesetzt (23), da es bisher kaum valide Alternativen zur Abbildung von Komorbiditäten mit administrativen Daten gibt. Der Zusammenhang von psychischer und somatischer Ko-Erkrankung ist unbestreitbar. In einigen Fällen sind somatische Leiden mit psychischen Erkrankungen assoziiert, z.B. Krebserkrankung und Angststörung (24). In anderen Fällen begünstigen psychische Erkrankungen organische Leiden, z.B. Suchterkrankung und Leberschäden (25). Wiederum gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, z.B. Sucht mit Depression und Angststörungen (26). Komorbiditäten verringern zudem häufig die Compliance der Patienten für die Behandlung, erhöhen die Kosten und Komplexität der Behandlung (26).

Weiterhin wurde in dem vorliegenden Bericht untersucht, inwieweit sich das Risiko, innerhalb eines definierten Zeitraumes zu versterben, zwischen IG und KG unterscheidet (**Mortalität**). Hier zeigten sich



keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Dies bedeutet, dass trotz Verlagerung vollstationärer Tage in den ambulanten Bereich keine erhöhte Mortalität beobachtet werden konnte.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sterben durchschnittlich 10 Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung bzw. deren Mortalität ist doppelt so hoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, überwiegend durch somatische Erkrankungen (27, 28). Besonders in Kombination mit Co-Erkrankungen (siehe auch unter Komorbidität) leiden diese Menschen nicht nur unter einer erhöhten Morbidität, sondern auch Mortalität. Dies gilt besonders für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (29). Modellvorhaben nach §64b SGB V können hier nur bedingt Einfluss Eine nachhaltigere und patientenzentrierte nehmen. Versorgung den Modelkrankenhäusern könnte aber möglicherweise zu weniger Begleiterkrankungen und dadurch zu einer geringeren Mortalität führen. Dies könnte ggf. in Modellvorhaben mit Vorläuferverträgen (wie hier) beobachtet werden, würde aber für Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge zu weit greifen, da solche Auswirkungen Jahre benötigen, bis diese sichtbar sind. Im vorliegenden Modellvorhaben konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG festgestellt werden.

Die Erkrankungsprogression wurde in der vorliegenden Evaluation anhand von drei Untersuchungen analysiert. Es wurde untersucht, ob (A) leichte oder mittelgradige depressive Episoden sich zu einer schweren depressiven Episode entwickeln, ob (B) jegliche depressive Episode sich zu einer rezidivierenden depressiven Störung entwickeln oder ob (C) eine Suchterkrankung entwickelt wurde. Das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) folgte bei den klinikneuen Patienten keinem einheitlichen Muster und war bei den klinikbekannten Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten aller Kohorten niedriger als in der KG. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG sowohl bei <u>klinikneuen</u> als auch bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten vergleichbar. Erkrankungsprogression schien sich also das Modellvorhaben positiv auf die Verhinderung einer rezidivierenden depressiven Störung ausgewirkt zu haben.

Die ausgewählten Untersuchungen der Progression waren die einzigen, die mit den vorliegenden GKV-Daten, also mit einer ICD-10 Kodierung, abbildbar waren. Die Validität der Aussagen hängt an der Qualität der Kodierung im ambulanten und stationären Bereich. Die GKV-Daten werden zu Abrechnungszwecken generiert und folgen damit der Logik der Leistungsbegründung und der Honorierung (30). Hier sei jedoch genannt, dass alle erwähnten Einschränkungen sowohl auf die IG als auch auf die KG zutreffen und somit keinen Unterschied zwischen IG und KG bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass das Risiko für Arbeitsunfähigkeit von klinikbekannten Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall verringert werden konnte. Im Modellvorhaben in Geesthacht wurden die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität in der IG erhöhte sich nicht im Vergleich zur KG. Das Risiko einer rezidivierenden depressiven Störung klinikneuer Patienten konnte im Modellvorhaben verringert werden.



<u>Hypothese d) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:</u>

"[…] erhöhen die **Leitlinienadhärenz** insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)."

Da eine Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier lediglich eine Betrachtung der untersuchten Qualitätsindikatoren für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor. In der IG war der Anteil an <u>klinikneuen</u> Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen geringer als in der KG. Dies widerspricht der Empfehlung der Leitlinien, auf welchen die angewendeten Qualitätsindikatoren aufbauen. Die restlichen Untersuchungen zur Leitlinienadhärenz waren zwischen den Gruppen vergleichbar oder die Fallzahl war für valide Aussagen zu gering.

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 leitliniennahen 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. (3) 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 grundliegende 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 abgefedert 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.

An einer Erarbeitung von sektoren- und diagnoseübergreifenden QIs wird derzeit im Projekt PsychCare gearbeitet (31). Ergebnisse dazu werden im Jahr 2021 erwartet. Eine Reihe weiterer Studien zu Modellvorhaben oder deren Vorläufer, wie dem RPB, fanden positive Auswirkungen auf eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (8, 32), eine Verbesserung der Art/Situation zur Zeit der Einweisung bzw. Entlassung (freiwillig bzw. auf ärztlichen Rat, ohne Zwang oder Flucht) (4), eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (7), eine positive Einschätzung von Patienten und einen Teil von Leistungserbringern (33), eine anhaltende Verbesserung von psychotischer Symptomatik, des klinischen Schweregrades, der Alltagsfunktion, der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit (34) der Modellvorhaben nach §64b SGB V bzw. modellähnlicher Vorhaben. Auch wenn die benannten Studien nicht explizit auf eine leitlinien-nahe Versorgung abzielen, zeigen diese, dass Modellvorhaben nach §64b SGB V auch auf eine Reihe personenzentrierter Merkmale positive Auswirkungen haben. Auch das Datenlinkage in der oben genannten Studie PsychCare, welche Primärdaten (u.a. zu Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit) mit Sekundärdaten (analog der Evaluation EVA64) verlinkt, wird weiteren Aufschluss über personenzentrierte Aspekte liefern.

Da die Inanspruchnahme von aufsuchender Behandlung (Home-Treatment) über die dafür vorgesehenen OPS-Schlüssel in den vorliegenden Daten nicht valide abgebildet waren, wurde hier anhand der einheitlichen PIA-Schlüssel PIA-003 und PIA-004 (PIA-Leistung mit bzw. ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung) die aufsuchende Behandlung als Home-Treatment ab 2013 ausgewertet (35). Wie in Kapitel 9.2 Tabelle 71 und Tabelle 72 ersichtlich, wurde bei klinikneuen Patienten der IG die aufsuchende Behandlung in der PIA (Home Treatment) beim Referenzfall und im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten wurde beim Referenzfall die aufsuchende Behandlung in der PIA in der IG stärker in Anspruch genommen als in der KG. Im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall wies die IG jedoch geringere aufsuchende Behandlung im Vergleich zur Regelversorgung auf. Eine eindeutige Stärkung aufsuchender Behandlung im Rahmen der PIA im Modellvorhaben kann somit nur bei erster Behandlung in der Modellklinik (Referenzfall) nachgewiesen werden. Weiterhin gab es in der Modellklinik Geesthacht jedoch noch aufsuchende Behandlung als stationsersetzende Leistung, hier realisiert durch ein Crisis Resolution Team (CRT). Diese Leistung wurde sowohl bei klinikneuen als auch bei klinikbekannten Patienten im geringen Maße, aber kontinuierlich in Anspruch genommen. In den Modellkliniken wird diese Leistung nicht angeboten. Ob eine aufsuchende Behandlung auch zu einer leitlinien-näheren Behandlung führt, kann mit den vorliegenden Daten nicht ausgewertet werden. Home-Treatment im Rahmen von bspw. "Crisis Resolution and Home Treatment (CRHT)" oder "Assertive Community Treatment (ACT)" war in Deutschland wenig implementiert (36)



und wurde mit der Umsetzung von Modellvorhaben (gemäß §64b SGB V oder ähnlichen (IV-)Projekten) umgesetzt und ausgewertet (37). Positive Effekte des Home-Treatments wurden veröffentlicht. So wurden im Hamburger Modell Vorteile des Home-Treatments durch ein ACT-Team hinsichtlich Behandlungskontinuität, Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsfunktionsfähigkeit, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit festgestellt (37).

Zu beachten ist auch, dass Home-Treatment nicht von jedem Menschen gewollt ist oder nicht in jeder Situation unterstützend wäre, und somit vom Patienten aus unterschiedlich angenommen wird (38). Weiterhin sind Unterschiede zwischen Menschen mit ländlichen vs. urbanen Wohnort bzw. guter vs. weniger guter Infrastruktur anzunehmen. Diese Outcomes konnten in das patientenindividuelle Matching nicht eingebracht werden. Das übergreifende Ziel ist die flexible Behandlung mit der Möglichkeit des Home-Treatments zur Unterstützung des Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. deren sozialen Umfeldes. Die zum 01.01.2018 eingeführte stationsäquivalente Behandlung gemäß § 115d SGB V (Stäb) berührt den Auswertezyklus des vorliegenden Berichts nicht und hat somit keinen Einfluss auf die Ergebnisse.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz nicht nachgewiesen werden konnte. Aufgrund meist zu geringer Fallzahlen bei den meisten untersuchten Outcomes der Leitlinienadhärenz kann hier keine Aussage getroffen werden. Bei den Outcomes der Depression, bei denen ausreichende Fallzahlen vorlagen, war der Anteil der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen im Modellvorhaben sogar geringer als in der Regelversorgung. Dies widerspricht der Empfehlung. Die aufsuchende Behandlung wurde für den Referenzfall vermehrt in Anspruch genommen. Eine weitere kontinuierliche Stärkung der aufsuchenden Behandlung in der PIA ist nicht erkennbar.

Hypothese e) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

"[...] stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung. Direkte stationärpsychiatrische Versorgungskosten sind in der IG daher geringer als in der KG."

Bezüglich des **Behandlungssettings** zeigten sich sowohl bei den klinikneuen als klinikbekannten Patienten im Referenzfall, d.h. dem ersten, die Einschlusskriterien erfüllenden Behandlungsfall in der Referenzklinik, deutlich höhere Anteile an PIA-Patienten in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe. So lag der Anteil an PIA-Referenzfällen der <u>klinikneuen</u> Patienten in der IG im ersten Modelljahr (2013) bei 58% und in der KG bei 30%. Auch bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten zeigt sich ein deutlich höherer Anteil an Referenzfällen in der PIA (88% in der IG vs. 75% in der KG). Im Zeitverlauf konnte dieser Anteil außerdem gesteigert werden: so lag der Anteil an klinikinitialen PIA-Behandlungsfällen im Jahr 2016, bei klinikneuen Patienten mit Studieneinschluss im vierten Modelljahr, bei 69% in der IG und 37% in der KG. Entsprechend der Ergebnisse lässt sich somit



schließen, dass in der Modellklinik Patienten insofern in ein ambulantes Setting umgesteuert werden, dass einem PIA-Fall nicht zwangsläufig ein stationärer Behandlungsfall vorausgehen muss.

Für die einzelnen Nachbeobachtungsperioden ist ein differenzierterer Blick vonnöten. So zeigte sich bei den klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr ein höherer Anteil an in ambulanten Settings behandelten Patienten in der IG: hier waren es 27% in der PIA behandelte sowie 10% in der PIA und zusätzlich tagesklinisch behandelte Patienten in der IG gegenüber 18% bzw. 4% in der KG. Der Anteil ausschließlich vollstationär versorgter Erkrankter lag mit 7% in der KG hingegen doppelt so hoch im Vergleich zur IG mit einem Anteil von 7%. Dass in der genannten Beobachtungsperiode mehr Personen der KG keinen Klinikbehandlungsfall aufwiesen spricht aus Sicht der Evaluatoren nicht gegen die Modellbehandlung, vielmehr handelt es sich um ein Artefakt, dass sich aus der Fallzählung ergibt, da PIA-Fälle durch Quartale begrenzt werden und somit die Zahl der Behandlungsepisoden bzw. -fälle in der Regel geringer ist als die der für die Settingzählung herangezogenen Abrechnungsfälle. Hinzu kommt, dass sich bei den klinikbekannten Patienten mit Studieneinschluss im ersten Jahr kein Unterschied in der Zahl der Patienten ohne Fall, jedoch höhere Anteile von niederschwelligeren Behandlungsformen (PIA, Tagesklinik und Kombinationen einzelner Settings) in der IG geringeren Anteilen der vollstationären Behandlung gegenüberstehen. Bei Betrachtung des zweiten Nachbeobachtungsjahres fällt sowohl für die Gruppe der klinikbekannten Patienten der Kohorte 1 als auch für die klinikneuen Pateinten mit Studieneinschluss vom ersten bis zum dritten Modelljahr ein signifikant geringerer Anteil rein vollstationär behandelter Patienten und ein stärkerer Einsatz von Settingkombinationen (insbesondere PIA, Tagesklinik und vollstationär) auf. Die Betrachtung der Behandlungssettings und die gewonnenen Ergebnisse liefern somit Evidenz zur Bestätigung von Hypothesen a und e, der Verringerung vollstationärer Behandlungen und Stärkung ambulanter Behandlungsformen und außerdem der Flexibilisierung der Behandlungssettings.

Für die Verteilung der Behandlungssettings wurde ursprünglich keine Hypothese aufgestellt, es lassen sich jedoch *Hypothese a* (Verringerung der Anzahl vollstationärer Aufenthalte und Stärkung ambulanter Behandlungen) und *Hypothese e* stützende Schlussfolgerungen ableiten.

Es zeigten sich sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten im Referenzfall, d. h. dem ersten, die Einschlusskriterien erfüllenden Behandlungsfall in der Referenzklinik, deutlich höhere Anteile an PIA-Patienten in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe. So lag der Anteil an PIA-Referenzfällen der klinikneuen Patienten in der IG im ersten Modelljahr (2013) bei 58 % und in der KG bei 30 %. Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ein deutlich höherer Anteil an Referenzfällen in der PIA (88 % in der IG vs. 75 % in der KG). Im Zeitverlauf konnte dieser Anteil außerdem gesteigert werden: so lag der Anteil an klinikinitialen PIA-Behandlungsfällen im Jahr 2016, bei klinikneuen Patienten mit Studieneinschluss im vierten Modelljahr, bei 69 % in der IG und 37 % in der KG. Entsprechend der Ergebnisse lässt sich somit schließen, dass in der Modellklinik Patienten insofern in ein ambulantes Setting umgesteuert werden, dass einem PIA-Fall nicht zwangsläufig ein stationärer Behandlungsfall vorausgehen muss. Für die einzelnen Nachbeobachtungsperioden ist ein differenzierterer Blick vonnöten. So zeigte sich bei den klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr ein höherer Anteil als in ambulanten Settings behandelten Patienten in der IG: hier waren es 27 % in der PIA behandelte sowie 10 % in der PIA und zusätzlich tagesklinisch behandelte Patienten in der IG gegenüber 18 % bzw. 4 % in der KG. Der Anteil ausschließlich vollstationär



versorgter Erkrankter lag mit 7 % in der KG hingegen doppelt so hoch im Vergleich zur IG mit einem Anteil von 7 %. Dass in der genannten Beobachtungsperiode mehr Personen der KG keinen Klinikbehandlungsfall aufwiesen, spricht aus Sicht der Evaluatoren nicht gegen die Modellbehandlung, vielmehr handelt es sich um Artefakt, dass sich aus der Fallzählung ergibt, da PIA-Fälle durch Quartale begrenzt werden und somit die Zahl der Behandlungsepisoden bzw. –fälle in der Regel geringer ist als die der für die Settingzählung herangezogene Abrechnungsfälle. Hinzu kommt, dass sich bei den klinikbekannten Patienten mit Studieneinschluss im ersten Jahr kein Unterschied in der Zahl der Patienten ohne Fall, jedoch höhere Anteile von "niederschwelligeren" Behandlungsformen (PIA, stationsersetzend, Tagesklinik und Kombinationen einzelner Settings) in der IG geringeren Anteilen der vollstationären Behandlung gegenüberstehen. Bei Betrachtung des zweiten Nachbeobachtungsjahres fällt sowohl für die Gruppe der Klinikbekannten der Kohorte 1 als auch für die klinikneuen Pateinten mit Studieneinschluss vom ersten bis zum dritten Modelljahr ein signifikant geringerer Anteil rein vollstationär behandelter Patienten und ein stärkerer Einsatz von Settingkombinationen auf. Die größere Bandbreite an Kombinationen in der IG ergab sich außerdem dadurch, dass in der Modellklinik Home Treatment als stationsersetzende Leistung angeboten wurde.

Die Betrachtung der Behandlungssettings und die gewonnenen Ergebnisse liefern somit Evidenz zur Bestätigung von Hypothese a, der Verringerung vollstationärer Behandlungen und Stärkung ambulanter Behandlungsformen und außerdem der Flexibilisierung der Behandlungssettings.

Wie in den vorangehenden Ausführungen gezeigt werden konnte, wurde der Anteil der vollstationär versorgten Personen in der Interventionsgruppe durch die Modellbehandlung gegenüber der Kontrollgruppe vor allem im ersten Nachbeobachtungsjahr deutlich reduziert. Neben dieser Umsteuerung in teilstationäre und ambulante Behandlungssettings erfolgte auch eine Reduktion der Verweildauern der konkret behandelten Patienten, sodass auf die Gesamtheit der in der Modellklinik behandelten Patienten bezogenen vollstationär-psychiatrischen Versorgungskosten gegenüber der Kontrollgruppe verringert werden konnten. Für die klinikneuen Patienten zeigten sich in allen durchgeführten Untersuchungen (U1 – U4) im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr signifikant geringere Versorgungskosten der Interventionsgruppe für vollstationär-psychiatrische Versorgung gegenüber der Kontrollgruppe. In den mehr als ein Nachbeobachtungsjahr einschließenden Untersuchungen (U1, U3, U4) zeigten sich auch ab dem zweiten Nachbeobachtungsjahr geringere oder gleichhohe durchschnittliche Kosten. Für die klinikbekannten Patienten war das Vorhandensein eines Vorläufervertrages auch an den verschieden hohen Kosten des Präzeitraums ersichtlich. Da die Umsteuerungseffekte in der Modellklinik hierdurch bereits vor Beginn des Modellvertrages wirksam waren, zeigten sich auch für diese Gruppe ein geringerer Anteil vollstationär behandelter Personen mit zusätzlicher Reduktion der Verweildauer und somit in der IG im Durchschnitt signifikant geringere Kosten für vollstationär-psychiatrische Versorgung als in der KG. Dieser "Vorsprung" konnte in der IG auch über die einzelnen Nachbeobachtungsjahre beibehalten werden.

<u>Zusammenfassend</u> zeigen die Analysen, dass die Kosten für vollstationär-psychiatrische Versorgung im Zuge des Modellvorhabens verringert werden konnten. Zwar stellt diese Reduktion kein explizites Ziel



der Modellvorhaben dar, geht aber mit der Umsteuerung von Patienten in das tagesklinische oder ambulante Setting und der Reduktion der Verweildauer einher.

Hypothese f) aus Feinkonzept: 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."

Dass die **gesamten direkt psychiatrischen Kosten** für die <u>klinikneuen</u> Patienten der IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant weniger stark anstiegen, konnte in allen Untersuchungen (U1 – U4) gezeigt werden. Für die Untersuchungen mit mehr als einem Nachbeobachtungsjahr (U1, U3, U4) zeigten sich in den sich an das erste Nachbeobachtungsjahr anschließenden Perioden vergleichbare mittlere Versorgungskosten von IG und KG. Dabei lagen insbesondere im ersten Nachbeobachtungsjahr nicht nur die gesamten Kosten der IG unter denen der KG, auch in den einzelnen Versorgungsbereichen (Krankenhaus, Vertragsärzte, Arzneimittel, Heilmittel) waren in der IG im Mittel geringere psychiatrische Versorgungskosten zu verzeichnen. Bei Unterteilung des Krankenhausbereichs in vollstationäre, teilstationäre, stationsäquivalente und PIA-Versorgung gestaltete sich das Bild differenzierter. Während die durchschnittlichen Kosten im vollstationären Bereich in der IG geringer ausfielen, lagen sie im teilstationären und PIA-Bereich über denen der KG. Dies ist vor allem auf die Umsteuerung von Patienten vom vollstationären in das tagesklinische oder PIA-Setting und die Reduktion der Verweildauer im vollstationären Bereich zurückzuführen.

Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten konnten keine geringeren Versorgungskosten nachgewiesen werden, hier lagen IG und KG mit Ausnahme des vierten Nachbeobachtungsjahres (U1), in dem die IG höhere Kosten als die KG aufwies, in den einzelnen Perioden gleichauf. Auf die einzelnen Versorgungsbereiche gab es keine so eindeutige Konstellation wie bei den <u>klinikneuen</u> Patienten. So lagen die Kosten der Versorgung mit Psychopharmaka in der IG in allen Beobachtungszeiträumen unter denen der KG. Bei der vertragsärztlichen Versorgung waren im Präzeitraum und im ersten Jahr geringere Kosten in der IG und bei über die Zeit stetigem Anstieg in beiden Gruppen ein Angleichen der IG an die KG ab dem zweiten Jahr zu verzeichnen. Im Krankenhausbereich lagen die Versorgungskosten der IG nicht signifikant über oder unter denen der KG. Zwar gab es auch hier Einsparungen im vollstationären Bereich, diese wurden durch den intensiveren Einsatz tagesklinischer und PIA-Behandlungen sowie die nur in Geesthacht angebotene kostenintensive, durch ein mobiles Crisis Resolution Team durchgeführte stationsäquivalente Behandlung kompensiert.

Bei jahresweise Betrachtung aller in den Daten enthaltenen Behandlungsfälle der Klinik Geesthacht im Vergleich zum gewichteten Mittel aller 10 Kontrollkliniken (als eine Art prototypische Kontrollklinik) bestätigt sich das Bild der Betrachtung über patientenindividuelle Jahre. Im Mittel lagen die jährlichen Ausgaben je vollstationär versorgtem Patienten über die Jahre 2013 bis einschließlich 2016 in



Geesthacht bei 4.074 € (2.575 € je Behandlungsfall) und in der prototypischen Kontrollklinik bei 8.726 € je vollstationär versorgtem Patienten (und 5.886 € je Behandlungsfall). Im Gegensatz dazu lagen die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben je tagesklinisch versorgtem Patienten bei 7.888 € (5.920 € Je Behandlungsfall; Kontrollklinik: 4.588 € je Patient bzw. 3.951 € je Fall) den vollstationären Ausgaben diametral gegenüber. Auch die PIA-Kosten waren in Geesthacht höher (1.420 € je Patient bzw. 622 € je Fall bzw. 918 € je Patient bzw. 328 € je Fall). Hinzu kommen in der Modellklinik die Ausgaben für stationsäquivalente Behandlungen von 7.673 € je Patient bzw. 6.460 € je Fall.

An dieser Stelle muss aber auch die wahrscheinliche Untererfassung der aus Sicht der Kostenträger zu leistenden Zahlbeträge diskutiert werden. Kernelement der Modellvorhaben ist das über den stationären Bereich und PIA zusammengelegte Budget, dass sich zwar in seine Höhe zum Modellbeginn im Falle Geesthacht an der Vereinbarung einer bestimmten Zahl an vollstationären, teilstationären Behandlungstagen und PIA-Fällen (inkl. Heilmittel) bemisst, diese aber keine Zielvereinbarung darstellen, sondern sich grob gesagt, aus lediglich einer bestimmten Zahl zu versorgender Menschen ergibt, ohne dass dabei Vorgaben über das Behandlungssetting gemacht werden. Die den Kostenträgern und hier verwendeten Daten stellen dabei einerseits Zahlbeträge dar, sind jedoch auch als Abschlagszahlungen auf das Budget zu verstehen. Die Umsteuerung von Patienten aus dem hohe Erlöse bewirkenden vollstationären Bereich in die tagesklinische oder PIA-Versorgung, in der aufgrund der Vergütungssystematik geringere Erlöse erzielt werden, bedeutet in der Jahresendabrechnung in der Regel auszugleichende Mindererlöse, die der Modellklinik durch die Kostenträger nachzuzahlen sind. Die durch das in der Evaluation verwendete Kostenerhebungsverfahren errechneten Werte entsprechen somit nicht den die Budgetausgleiche beinhaltenden tatsächlichen aus Sicht der Kostenträger anfallenden Kosten. Als Schätzer für Ressourcenverbräuche sind sie an dieser Stelle dennoch geeignet.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich zwar auf patientenindividueller Ebene eine Kostenreduktion durch die Modellvorhaben zeigt, diese sich durch die Budgetausgleiche für die Kostenträger nur dann bemerkbar machen dürften, wenn durch die Modellbehandlung auch die Kosten anderer Leistungsbereiche (Vertragsärztliche Versorgung, Arzneimittel, aber vor allem die hier nicht erfassten Krankengeldzahlungen) sinken.

Hypothese g) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

"[...] führen zur Herstellung von **Leistungstransparenz** durch eine patientenbezogene Abrechnung."

Der Begriff der Leistungstransparenz wurde und wird im stationären Bereich primär mit der Einführung des PEPP-Systems als neue Vergütungssystematik ab dem Jahr 2013 diskutiert. Vor allem die nach Diagnosen, behandelnder Fachabteilung, Patientenalter sowie durchgeführter Prozeduren differenzierenden, die Erlöshöhe bestimmenden Pauschalen werden dabei als Schritt zu mehr



Transparenz im Zuge der Abrechnung – vor allem gegenüber tagesgleichen Pflegesätzen – verstanden. Der Begriff der Leistungstransparenz ist aber dennoch zu unspezifisch und wird von verschiedenen Akteuren unterschiedlich definiert. Definiert man Leistungstransparenz als Einführung des PEPP-Systems als Abrechnungssystem, lässt sich für das Johanniter-Krankenhaus Geesthacht konstatieren, dass nach einer anderthalbjährigen Übergangsphase, in der Modellpflegesätze verwendet wurden, seit dem dritten Quartal 2015 PEPP-Entgelte für die stationäre Abrechnung verwendet wurden und somit Leistungstransparenz gegeben ist. Dem ließe sich jedoch entgegnen, dass Leistungstransparenz auch unabhängig vom Vergütungssystem vorhanden ist, wenn die bestehenden Kodierrichtlinien für Diagnosen und Prozeduren umgesetzt werden, da sich die Gruppierung zu einer PEPP lediglich daraus ergibt.

Analog dazu kann für die PIA von Leistungstransparenz gesprochen werden, wenn eine nach behandelnder Berufsgruppe, Behandlungsart (bspw. Grundversorgung oder Krisenintervention; Einzel- oder Gruppenbehandlung) und Behandlungsdauer differenzierende Dokumentation erfolgt. Für das Modellvorhaben zeigte sich dabei bis einschließlich dem zweiten Quartal 2016 lediglich die Dokumentation der vier PIA-Schlüssel gemäß PIA-Doku-Vereinbarung von 2013 und die Abrechnung mittels nach ärztlicher und nicht ärztlicher Leistung differenzierter Quartalspauschalen. Daran anschließend setzte sich die Leistungsdokumentation ebenso fort, die Vergütung änderte sich jedoch zu einer Kombination aus Quartalspauschalen und weiteren Entgelten, wobei diese zusätzlichen Entgelte den PIA-Schlüsseln entsprachen und somit keinen Informationsgewinn darstellten. Es ist davon auszugehen (die Daten für diesen Zeitraum lagen für diesen Bericht nicht vor), dass sich die Leistungstransparenz im Modellvorhaben ab dem dritten Quartal 2018 durch die dann umzusetzenden, oben genannten Kriterien erfüllende Neufassung der PIA-Doku-Vereinbarung gegeben sein sollte.

Zusammenfassend kann für das Modellvorhaben im stationären Sektor von Leistungstransparenz gesprochen werden. Im Rahmen der PIA-Versorgung ging die Dokumentation in den ersten fünfeinhalb Modelljahren nicht über das Maß der Regelversorgung hinaus. Die Differenzierung der PIA-Dokumentation ab 2018 ist dabei kein Modellmerkmal, sondern geht mit allgemeinen Dokumentationspflichten einher.

Hypothese h) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

"[...] führen zu einer **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich."**

Die Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung verliefen sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten der IG von U1 nahezu identisch mit der jeweiligen KG, wobei in beiden Studienpopulationen die Kosten der jeweiligen KG leicht oberhalb der jeweiligen IG lagen. Entsprechend ergab sich für die klinikneuen Patienten von U1 kein signifikant unterschiedlicher Kostenanstieg zwischen IG und KG. Ebenso ergab sich für die klinikbekannten Patienten lediglich in der



Betrachtung des Präzeitraums zum dritten patientenindividuellen Jahr ein signifikant unterschiedlicher Kostenanstieg zwischen IG und KG: hier war der Kostenanstieg der IG um 56,28 € stärker. Für die <u>klinikneuen</u> Patienten von U2 lässt sich ebenfalls ein stärkerer Kostenanstieg in der KG im Vergleich zur IG ablesen. Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten von U3 verzeichnete die IG im Vergleich zur KG vom Präzeitraum zum ersten Jahr einen signifikant geringeren Kostenanstieg (53,04 €). Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum zweiten Nachbeobachtungsjahr war zwischen den Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten von U4 zeigte sich, ähnlich zu den entsprechenden Patienten von U1, ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG, wobei die Kosten der KG auch hier etwas oberhalb der IG verliefen. Ebenso zeichnete sich bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten von U4 ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG ab, wobei auch hier die Kosten der KG etwas oberhalb der IG verliefen.

<u>Zusammenfassend</u> lässt sich festhalten, dass es in keiner der beobachteten IGs, relativ zur jeweiligen KG, zu einer Verlagerung der Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich kam.

<u>Hypothese i) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:</u>

"[…] führen zum einen zu einer **Veränderung der Arzneimitteltherapie** durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die **Kosten der Arzneimittelversorgung sinken**, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird."

Bei den Kosten der **Psychopharmakaversorgung** zeigte sich bei den <u>klinikneuen</u> Patienten von <u>U1</u> ein signifikant geringerer Kostenanstieg der IG in den ersten beiden Nachbeobachtungsjahren (im Vergleich zum Präzeitraum) zur KG, während sich kein signifikanter Unterschied für die Jahre drei und vier ergab. Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten zeigte sich ein paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG, wobei die KG in jedem Nachbeobachtungsjahr teurer war als die IG. Entsprechend zeigten sich keine signifikant unterschiedlichen Kostenanstiege im Zeitverlauf. Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten von <u>U2</u> zeigte sich ein stärkerer Kostenanstieg in der KG. Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten von <u>U3</u> zeigte sich ein signifikant geringerer Kostenanstieg in der IG im Vergleich zur KG im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr, relativ zum Präzeitraum. Bei den <u>klinikneuen</u> Patienten von <u>U4</u> zeigte sich ein ähnlicher Verlauf der Kosten zwischen IG und KG, wobei die IG in allen Nachbeobachtungsjahren günstiger war als die KG. Bei den <u>klinikbekannten</u> Patienten zeigte sich wiederum ein paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG, wobei die IG in allen Jahren günstiger war als die KG.

Zusammenfassend lässt sich aufgrund der durchwegs günstigeren Kosten der Psychopharmakaversorgung in der jeweiligen IG festhalten, dass sich hier ein hypothesenkonformes Verhalten beobachten lässt. Inwiefern die Kostenreduktion auf eine Verschiebung der Kosten in den fach- und hausärztlichen Bereich bzw. auf die Verwendung von Generika zurückzuführen ist, lässt sich nicht klären.



Hypothese j) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

"[…] führen zu einer **kosten-effektiveren Verwendung** der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung."

Bzgl. Variante A kann für die <u>klinikneuen</u> Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) eine kosten-effektivere Verwendung der finanziellen Mittel festgestellt werden, da der Anstieg der gesamten psychiatrischen Kosten im Zeitverlauf in der IG um 1.208,53 € signifikant geringer ausfiel als in der KG, während der Anstieg der vollstationären Tage um 14,71 Tage in der IG signifikant geringer ausfiel als in der KG. Insgesamt ergab sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 82,14 € je eingespartem vollstationären Tag.

Bzgl. Variante B lässt sich für die Patienten mit Versicherungsstatus "1" ("Mitglied) von U2 keine kosten-effektivere Verwendung feststellen, da sich sowohl im Anstieg der Kosten, als auch im Anstieg der AU-Tage kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ergab.



Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach §64b SGB V im Krankenhaus Geesthacht wurden vollstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dies ging Hand in Hand mit einer Verlagerung in den teilstationären oder ambulanten Bereich. Die Verlagerung in den nichtvollstationären Sektor hatte keine negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität bzw. die messbaren medizinischen Outcomes. Vielmehr führte das Modellvorhaben teilweise zu einer erhöhten Behandlungskontinuität im psychiatrischen Sektor bei den klinikneuen Patienten, jedoch teils zu einer Verringerung der Behandlungskontinuität bei den klinikbekannten Patienten. Kontaktabbrüche zum psychiatrischen Versorgungssystem konnten verhindert werden. Eine schnellere vollstationäre Wiederaufnahme konnte nicht beobachtet werden. AU-Tage konnten im ersten Jahr nach Referenzfall für die klinikbekannten Patienten vermieden werden. Teilweise konnte eine Erkrankungsprogression verhindert werden. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Insgesamt zeigen sich vor allem für klinikneue Patienten positive Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen.

Bezüglich der Kosten zeigte sich auf patientenindividueller Ebene eine Kostenreduktion durch die Modellvorhaben. Diese dürften sich aufgrund von Budgetausgleichen für die Kostenträger jedoch nur dann bemerkbar machen, wenn durch die Modellbehandlung auch die Kosten anderer Leistungsbereiche (Vertragsärztliche Versorgung, Arzneimittel, aber vor allem die hier nicht erfassten Krankengeldzahlungen) sinken.

Wir hoffen, durch diese Evaluation der Modellklinik Hinweise auf bereits erzielte Effekte wie auch auf eine mögliche weitere Optimierung der Modellumsetzung zu geben. Inwieweit die hier beobachteten Ergebnisse auch die Gesamtheit aller Modellvorhaben zutreffen, wird der modellübergreifende Abschlussbericht zeigen.



12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

Insgesamt gingen Daten von einer großen Anzahl verschiedener Krankenkassen in die Analysen dieses Abschlussberichts ein und rechtfertigen eine *Verallgemeinerung* auf alle Patienten der untersuchten Kliniken. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein *zweistufiges Matching*-Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen*, sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

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. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2021) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der Patienten beinhaltet. Zusätzlich wurden in der Studie rein quantitative Maße betrachtet. Ein vollständigeres Bild, welches auch Aussagen über Erfahrungen und Akzeptanz der Modelle bei Versorgern und Patienten liefern kann, wird auch hier mit dem Projekt PsychCare erwartet.

Die Erfassung von AU erfolgte mit GKV-Daten auf der einen Seite konsistent und konsequent. Es werden alle gemeldeten AU-Zeiten der erwerbstätigen Bevölkerung erhoben. Auf der anderen Seite werden Schüler, Auszubildende und Rentner nur bedingt, unter der Maßgabe einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit, über AU-Meldungen der GKV erfasst. Daher können nicht alle versicherten Personen in der Berechnung der AU-Episoden bzw. AU-Tage einbezogen werden. Der Status Erwerbsfähigkeit lag den Evaluatoren leider nicht vor. Daher wurden bei der Betrachtung der AU nur die Personen mit Versichertenstatus "Mitglied" als erwerbsfähig berücksichtigt (d.h. selbst versichert und nicht Rentner oder familienversichert). Dies kann zu einer Überschätzung der erwerbsfähigen Personen führen, da auch Patienten mit Versichertenstatus "Mitglied" ggf. nicht erwerbsfähig sind. Weiterhin ist davon auszugehen, dass gerade bei Patienten mit psychischen Erkrankungen kurze Krankmeldungen über "andere Erkrankungen" oder über arbeitgeberinterne "Krank-ohne-Schein"-Tage abgefangen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass beide erwähnten Einschränkungen in gleicher Weise die IG und die KG betreffen, so dass die Vergleichbarkeit zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung dennoch gegeben ist. Bei der Deskription der AU-Episoden wurde im Abschlussbericht eine Anpassung vorgenommen. Hier werden



die AU-Episoden jetzt über alle Patienten gemittelt, nicht mehr nur über Patienten mit mind. einer Episode. Das schränkt die Vergleichbarkeit der Werte zwischen den 1. und 2. Zwischenberichten und den Abschlussberichten ein.

Letztlich kann der Outcome Leidlinienadhärenz nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nicht genau quantifizierbar waren. Damit lässt sich teils nicht darstellen, welche Leistungen im Einzelnen in den PIA in Anspruch genommen wurden.

Strukturell wiesen die gelieferten Daten gewisse Besonderheiten auf. In den Fällen, in denen das Vorkommen von Ereignissen ausgewertet wurde (z.B. stationärer Aufenthalt: ja vs. nein) kam es innerhalb der Gruppen zu Konstellationen, in denen das interessierende Ereignis bei einem Großteil der untersuchten Patienten nicht vorhanden war. Dieses statistisch als *Nullinflation* (da das Nichtvorhandensein des Ereignisses bei einem Patienten mit "O" kodiert wird) bezeichnete Phänomen musste bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden, da sonst fehlerhafte Schätzungen die Folge gewesen wären. Da dies jedoch nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist, wurde zudem die Festlegung getroffen, dass in Fällen, in denen das Auftreten des zu analysierenden Ereignisses pro Gruppe den Wert 40 nicht erreicht, auf eine inferenzstatistische Auswertung dieses Outcomes verzichtet wurde. Zudem mussten bei vielen betrachteten Outcomes strukturelle Besonderheiten, wie z.B. die Verletzung der Normalverteilungsannahme, beachtet werden.

Veränderungen in der inferenzstatistischen Analyse gegenüber dem ersten Zwischenbericht ergeben sich über eine Anpassung der Mindestfallzahlen für eine mögliche Modellierung. Hier gab es im ersten Zwischenbericht das Kriterium "mindestens 20 Fälle pro Zelle". Das Wort Zelle bezeichnet dabei einen Zeitraum (prä oder 1. Jahr) in einer Gruppe (IG oder KG). Durch die Wahl dieses Kriteriums konnte es jedoch passieren, dass besonders bei der Gruppe der inzidenten Patienten, die durch sehr wenige Ereignisse im Präzeitraum gekennzeichnet sind, unberechtigterweise Analysen von vornerein ausgeschlossen wurden. Daher wurde das Mindestfallzahlkriterium angepasst auf "mindestens 40 Fälle pro Gruppe".

Durch Vertragsänderungen bzgl. Modellbeitritt und Teilnahme an der kassenübergreifenden Evaluation und vor allem Kassenfusionen gab es bei der neuen Datenlieferung 2018 Veränderungen in der Liste der berücksichtigten Krankenkassen gegenüber dem ersten Zwischenbericht, so dass es auch zu Änderungen bei den einbezogenen Patienten gekommen ist.

Die valide Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen klinikneu und klinikbekannt hängt von der Vollständigkeit der Daten bzgl. voll-/teilstationärer Leistungen einerseits und PIA-Leistungen andererseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018 haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.



Für Demenz wurden ab der Datenlieferung September 2017 die Einschlusskriterien erweitert und zusätzliche Diagnosekombinationen aus Haupt- und Sekundärdiagnosen als Indexdiagnosen bei den meisten gesetzlichen Krankenkassen als Aufgreifkriterien der Patienten angewendet (vgl. Methodenband 4.1). Bezüglich der Liste der Kontrollkliniken kommt ebenfalls seit der Datenlieferung September 2017 eine erweiterte Liste zum Einsatz, die aber nicht mehr vollständig von allen Krankenkassen umgesetzt werden konnte. Dies geschieht erst seit der Datenlieferung in 2018. Zudem ist eine rückwirkende Anpassung und Erweiterung bereits gelieferter Daten nicht bei allen Krankenkassen möglich. Daher hat sich die Datenlage in Bezug auf den 1. Zwischenbericht bereits bei dem Einschluss geändert.

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. Dass für diese Patientengruppe ein Partner gefunden werden konnte, ist durch die zusätzliche Matchingstufe mit einem Wechsel von einer exakten Diagnoseübereinstimmung zu einer Score-Ähnlichkeit erklärt. Es ist demzufolge nicht ausgeschlossen, dass für einen kleinen Teil der Patienten ein nur bedingt passender Kontrollpatient gefunden werden konnte.

Kosten

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Aufgrund der unterstellten Vollständigkeit der für die Analysen genutzten Daten, konnten einige Leistungsbereiche nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten, bspw. bei den Kosten für die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen vertragsärztliche Leistungen, berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden und die Informationen zu Punktwerten oder Beträgen nicht in den Daten enthalten war. Das Gleiche gilt für Selektivverträge. Auch hier waren die Daten der einzelnen Kassen zueinander inkonsistent und es fehlten die Informationen zur Vergütung; die selektivvertragliche Behandlung konnte zwar somit in den Daten identifiziert, jedoch nicht einem Versorgungsbereich (psychiatrische Behandlung vs. nicht psychiatrische Behandlung) zugeordnet und ebenfalls nicht in der Vergütungshöhe bestimmt werden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten, die u. a. vom Anteil der jeweils vorhandenen Selektivverträge in der entsprechenden Region abhängig ist. Auch Krankengeldzahlungen konnten aufgrund der Datenlage nicht berücksichtigt werden.





Außerdem wirken sich im Krankenhaussektor die Preiseffekte und die fehlende Berücksichtigung der Budgetausgleiche auf die Kostenschätzung aus.

Bei den Preiseffekten tritt der Wirkmechanismus der Kosten als Produkt von Menge und Preis zutage: Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. Budgetausgleiche aus dem Zeitraum vor Modellbeginn, die wie hier im ersten Modelljahr über die Zahlung von Pflegesätzen mit Ausgleichen erfolgen, verzerren dabei den Blick auf die durch die Modellbehandlung angefallenen Kosten, Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

Bezogen auf die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) ergibt sich eine weitere Limitation durch den Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten. Hier sind Outcomes wie bspw. Lebensqualität, Symptomschwere oder Krankheitslast geeignetere Effektgrößen, die für diese Evaluation jedoch nicht zur Verfügung standen. Im Projekt PsychCare finden diese aber Berücksichtigung.



12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die diesem Bericht zugrundeliegende Datenbasis von Abrechnungsdaten von rund 70 gesetzlichen Krankenkassen stellt nach dem Kenntnisstand der Autoren die bislang breiteste sekundärdatenbasierte Evaluationsgrundlage in Deutschland dar. Die damit verbundenen Herausforderungen sind detailliert in March et al. (2020) geschildert (39). Die Aufgabe, Datenlieferungen verschiedener IT-Dienstleister zu standardisieren, wurde dabei durch anhaltende Fusionierungsprozesse zwischen den teilnehmenden Kassen erschwert.

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentierte Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Präzeitraum geliefert. Diese sollen u. a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Präzeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Präzeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (40).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen. Diesem Ansatz lag die Annahme zu Grunde, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser



Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal konnte jedoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich.

- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicher Weise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Aufgrund von Besonderheiten der psychiatrischen Versorgungsforschung bzw. der teils raschen Entwicklung von psychischen Erkrankungen ohne Notwendigkeit bzw. Möglichkeit einer erneuten Kodierung und weil in dieser Evaluation nicht eine Prävalenz- oder Inzidenzschätzung im Fokus stand, wurde auf eine interne Diagnosevalidierung verzichtet (41).
- Schließlich muss auf das von Ausnahmen abgesehen grundsätzliche Fehlen klinischer Informationen zur Krankheitsschwere hingewiesen werden.
- Bezogen speziell auf die von der DAK und der KKH gelieferten Daten muss bei den Demenzdiagnosen mit einer geringen Untererfassung gerechnet werden, da die DAK und die KKH die Erweiterung der Aufgreifkriterien im Hinblick auf das Vorliegen von Demenz als Sekundärdiagnose nicht umsetzen konnten.

Diese den Abrechnungsdaten innewohnenden Schwächen werden allerdings durch ihre unbestrittenen Stärken ausgeglichen: eindeutiger Versichertenbezug, längsschnittliche und sektorübergreifende Verknüpfbarkeit, Vollständigkeit (bezogen auf zu Lasten der Krankenkassen abgerechnete Leistungen), Verzerrungsfreiheit (42). Hinzu kommt neben der hohen Versichertenzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil an den in die Evaluation einbezogenen Patienten weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

Weitere Ausführungen zu den Potenzialen und Limitationen der Sekundärdaten und den daraus resultierenden konkreten Operationalisierungen von Outcomes finden sich im Methodenband.



13. Literatur

- 1. Neumann A, Swart E, Hackl D, Kliemt R, March S, Kuster D, et al. The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64). Bmc Psychiatry. 2018;18.
- 2. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. Psychiatrie in Deutschland Strukturen, Leistungen, Perspektiven; zitiert nach: GKV-Spitzenverband (2010), PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern. 2010.
- 3. Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. Nervenarzt. 2013;84(3):350-65.
- 4. Berghofer A, Hubmann S, Birker T, Hejnal T, Fischer F. Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. International journal of integrated care. 2016;16(4):17.
- 5. Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ. [Changes in mental health care by a regional budget: results of a pilot Project in Schleswig-Holstein (Germany)]. Psychiatr Prax. 2010;37(7):335-42.
- 6. Schillen T, Thiex-Kreye M. Hanauer Modell Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. Kerbe. 2014(2):11-5.
- 7. Wullschleger A, Berg J, Bermpohl F, Montag C. Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? Front Psychiatry. 2018;9:168.
- 8. Roick C, Heinrich S, Deister A. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psychiatr Prax. 2008;35(279):285.
- 9. Melchinger H. Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Hannover; 2008.
- 10. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. 2018.
- 11. Bramesfeld A, Amelung V. 12 Integrierte Versorgung und Kontinuität in der Versorgung psychisch kranker Menschen. In: Rössler W, Kawohl W, editors. Soziale Psychiatrie Das Handbuch für die psychosoziale Praxis Band 2: Anwendung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2013.
- 12. Bergmann F, Wagner C, Bröcheler A, Schneider F, Wien S. Integrierte Versorgung für Depresson. Das Projekt "Seelische Gesundheit Aachen". In: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, et al., editors. Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010. p. 85-100.
- 13. Lambert M, Bock T, Schottle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, 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). J Clin Psychiatry. 2010;71(10):1313-23.
- 14. Hapke U, von der Lippe E, Busch M, Lange C. Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. 2012.
- 15. Peter R, March S, Schröder H, Du Prel J. Besteht ein Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit unabhängig von soziodemografischen Faktoren? Gesundheitswesen. 2015;77(4):e70-e6.
- 16. Gühne U, Riedel-Heller SG. Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin; 2015.
- 17. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1999;249(3):136-43.



- 18. Huttner DM. Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten 2006.
- 19. Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, et al. Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. MedCare. 2005;43(11):1130-9.
- 20. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RN. Comorbidity measures for use with administrative data. Medical care. 1998;36(1):8-27.
- 21. Hagn S. Vergleich verschiedener Komorbiditäts_Scores in Routinedaten der stationären Versorgung: Ludgwig-Maximilians-Universität zu München

2014.

- 22. Walraven Cv, Austin PC, Jennings A, Quan H, Forster AJ. A Modification of the Elixhauser Comorbidity Measure Into a Point System for Hospital Death Using Administrative Data. Medical care. 2009;47(6):626-33.
- 23. Neubauer S. Gesundheitsökonomische Analysen von Versorgungsleitlinien anhand von GKV-Routinedaten: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover; 2019.
- 24. Shankar A, Dracham C, Ghoshal S, Grover S. Prevalence of depression and anxiety disorder in cancer patients: An institutional experience. Indian J Cancer. 2016;53(3):432-4.
- 25. Roy DN, Goswami R. Drugs of abuse and addiction: A slippery slope toward liver injury. Chem Biol Interact. 2016;255:92-105.
- 26. Gouzoulis-Mayfrank E. Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders Theoretical foundation and evidence based therapy. Fortschr Neurol Psyc. 2008;76(5):263-71.
- 27. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. Brit J Psychiat. 2011;199(6):453-8.
- 28. Walker ER, Mcgee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications A Systematic Review and Meta-analysis. Jama Psychiat. 2015;72(4):334-41.
- 29. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LAK, Jacobi F. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally III. Deutsches Arzteblatt international. 2019;116(23-24):405-+.
- 30. Schubert I, Ihle P, Köster I, Küpper-Nybelen J, Rentzsch M, Stallmann C, et al. Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten. Köln; 2014 08.10.2014.
- 31. Gemeinsamer Bundesausschuss. PsychCare Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie 2017 [Available from: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/psychcare-wirksamkeit-sektorenuebergreifender-versorgungsmodelle-in-der-psychiatrie-eine-prospektive-kontrollierte-multizentrischebeobachtungsstudie.52.
- 32. Konig HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, et al. [The regional psychiatry budget (RPB): a model for a new payment system of hospital based mental health care services]. Psychiatr Prax. 2010;37(1):34-42.
- 33. von Peter S, Ignatyev Y, Johne J, Indefrey S, Kankaya OA, Rehr B, et al. Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany—A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. Frontiers in Psychiatry. 2019;9(785).
- 34. Karow A, Bock T, Daubmann A, Meigel-Schleiff C, Lange B, Lange M, et al. [The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 2. Results of the clinical course over 2- and 4-years of treatment]. Psychiatr Prax. 2014;41(5):266-73.
- 35. Rümmelin B. Die neue bundeseinheitliche PIA-Dokumentationsvereinbarung Ein Schritt auf dem Weg zum PIA-Prüfauftrag. das Krankenhaus. 2012;8.2012:775-83.
- 36. Burns T, Knapp M, Catty J, Healy A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. Health Technology Assessment. 2001;5(15):146.



- 37. Schottle D, Ruppelt F, Karow A, Lambert M. Home Treatment A Treatment Model of Integrated Care in Hamburg. Psychother Psych Med. 2015;65(3-4):140-5.
- 38. Schneider U. Home Treatment GEMEINSAM HANDELN. Berlin; 2018.
- 39. March S, Zimmermann L, Kubat D, Neumann A, Schmitt J, Baum F, et al. Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. Das Gesundheitswesen. 2020;DOI https://doi.org/10.1055/a-1036-6364.
- 40. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Estimation of disease incidence in claims data dependent on the length of follow-up: a methodological approach. Health services research. 2012;47(2):746-55.
- 41. Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. Das Gesundheitswesen. 2010;72:316-22.
- 42. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Bern: Hans Huber Verlag; 2014.



14. Anhang

14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4

Tabelle 162: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.714	1.714
Referenzdiagnosen (%)		
 Einfach-Diagnosen (Population I)¹ 	79,3 %	80,1 %
 Zwei Diagnosen 	18,8 %	17,6 %
Drei Diagnosen	1,8 %	1,9 %
Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	102	102
2. F10 & F32	35	35
3. IG: F10 & F43 / KG: F32 & F41	20	21

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Tabelle 163: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum					
Population	(Einfa	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG	
Gesamtzahl (n)	1.360	1.373	1.714	1.714	
Referenzdiagnose					
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,1 %	0,4 %	0,4 %	
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,3 %	1,2 %	1,3 %	1,1 %	
 F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten) 	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	
 F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz) 	4,4 %	4,4 %	4,4 %	4,5 %	
 F 07 (Pers und Verhaltensstör des Gehirns) 	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,4 %	
 F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol) 	13,5 %	13,5 %	15,4 %	15,5 %	



 F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.) 	9,7 %	9,6 %	8,8 %	8,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	40,5 %	40,7 %	·	47,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	17,6 %	17,8 %	·	24,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,2 %	1,2 %	2,7 %	2,6 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	9,0 %	9,0 %		12,3 %
• F 50 (Essstörungen)	0,1 %	0,1 %	0,6 %	0,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,7 %	1,7 %		2,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,7 %	0,4 %	0,8 %	0,5 %
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,3 %
Alter ¹	0,0 70	0,0 70	0,170	0,3 /
Mittelwert	49,9	49,6	49,4	48,8
Median	49	48	49	47
(Interquartilsabstand)	(35 - 61)	(34 - 62)	(34 - 61)	(34 - 61)
Geschlecht (%)	(33 01)	(34 02)	(34 01)	(34 01)
• Frauen	56,6 %	58,3 %	56,7 %	59,6 %
Männer	43,4 %	41,7 %	43,3 %	40,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)	43,4 70	41,7 /0	43,3 /0	40,4 /0
• stationär	39,0 %	60,6 %	36,9 %	63,7 %
• PIA	61,0 %	39,4 %	63,1 %	36,3 %
	01,0 %	39,4 /0	03,1 /0	30,3 /0
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)	170/	0.60/	1 6 0/	0.70/
Ohne Schulabschluss Haunt Walkschluss	1,7 %	0,6 %	1,6 %	0,7 %
Haupt-/Volksschulabschluss Mittlens Beifen aden gleichwartigen Abeckluss	7,6 %	8,0 %		8,1 %
Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss Abitum (Fachabitum)	10,4 %	9,8 %		10,2 %
Absolute unbekannt	5,1 %	5,6 %	5,0 %	6,4 %
Abschluss unbekannt Fahlanda Angaba	11,9 %	11,0 %	12,0 %	12,2 %
• Fehlende Angabe	63,3 %	65,0 %	62,8 %	62,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)	5.4.0/	o/	5.4 0/	
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,4 %	5,5 %	5,4 %	5,7 %
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,5 %	19,4 %	19,8 %	20,1 %
Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	0,6 %	0,9 %	0,6 %	0,9 %
Bachelor Annual Control Contr	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %
Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,8 %	1,4 %	1,9 %	1,8 %
• Promotion	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Abschluss unbekannt	9,1 %	7,4 %	9,2 %	8,6 %
Fehlende Angabe	63,3 %	65,0 %	62,8 %	62,5 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	11,9 %	9,8 %	11,4 %	9,2 %
• Nein	70,6 %	74,1 %	70,2 %	74,7 %
Fehlende Angabe	17,5 %	16,1 %	18,3 %	16,1 %
Schwere psychische Störungen (%)				
 A: Nur Diagnostikkriterium² 	23,7 %	24,1 %	25,4 %	25,5 %



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	14,3 %	16,6 %	13,9 %	17,4 %
Weder A noch B	62,1 %	59,3 %	60,6 %	57,1 %
Versicherungsstatus (%)				
Mitglied	56,6 %	56,9 %	57,9 %	58,5 %
Familienversicherter	6,4 %	5,9 %	6,2 %	5,9 %
 Rentner und deren Familienangehörige 	32,6 %	32,8 %	31,4 %	31,3 %
Fehlende Angabe	4,4 %	4,4 %	4,5 %	4,3 %

 $[\]overline{}$ Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.

² Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor

³ Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.

⁴ ohne F43 und F45



Tabelle 164: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.262	1.257
Referenzdiagnosen (%)		
 Einfach-Diagnosen (Population I)¹ 	79,9 %	80,4 %
 Zwei Diagnosen 	18,1 %	17,1 %
Drei Diagnosen	1,8 %	2,1 %
 Mehr als drei Diagnosen 	0,2 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	75	76
2. F10 & F32	24	25
3. F10 & F43	15	15

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Tabelle 165: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum					
Population	(Einf	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG	
Gesamtzahl (n)	1.008	1.010	1.262	1.257	
Referenzdiagnose					
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,2 %	0,3 %	0,5 %	
 F 01 (Vaskuläre Demenz) 	1,2 %	1,2 %	1,3 %	1,0 %	
 F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten) 	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	
 F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz) 	5,0 %	4,9 %	4,8 %	4,9 %	
 F 07 (Pers und Verhaltensstör des Gehirns) 	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,6 %	
 F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol) 	13,8 %	13,6 %	15,6 %	15,6 %	
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	10,2 %	10,0 %	9,0 %	9,0 %	
 F 30-39 (Affektive Störungen) 	39,8 %	39,6 %	46,6 %	46,7 %	
 F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.) 	17,3 %	18,1 %	24,6 %	25,1 %	
 F 45 (Somatoforme Störungen) 	1,2 %	1,2 %	2,7 %	2,5 %	
 F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ 	8,4 %	8,5 %	12,2 %	11,8 %	



 F 50 (Essstörungen) 	0,2 %	0,2 %	0,6 %	0,6 %
 F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) 	1,9 %	2,0 %		2,9 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,7 %	0,2 %		0,4 %
 F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) 	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
 F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %
Alter ¹				
Mittelwert	50,2	49,8	49,8	48,9
Median	49	48	49	47
• (Interquartilsabstand)	(35 - 62)	(34 - 63)	(35 - 61)	(34 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	56,3 %	58,0 %	56,3 %	59,2 %
Männer	43,7 %	42,0 %	43,7 %	40,8 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)		-		
• stationär	41,6 %	60,9 %	39,1 %	63,7 %
• PIA	58,4 %	39,1 %	60,9 %	36,3 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	,	,	,
Ohne Schulabschluss	1,7 %	0,6 %	1,7 %	0,8 %
Haupt-/Volksschulabschluss	7,4 %	7,7 %	7,6 %	7,8 %
Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	10,3 %	10,2 %	10,4 %	10,3 %
Abitur/Fachabitur	5,0 %	5,6 %	4,8 %	6,4 %
Abschluss unbekannt	11,2 %	11,2 %	11,4 %	12,5 %
Fehlende Angabe	64,4 %	64,7 %	64,1 %	62,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,8 %	5,6 %	4,6 %	5,8 %
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,5 %	20,0 %	19,8 %	20,2 %
 Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. 	0,7 %	0,9 %	0,7 %	1,0 %
Bachelor	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %
 Diplom/Magister/Master/Staatsexamen 	1,6 %	1,2 %	1,6 %	1,8 %
 Promotion 	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %
 Abschluss unbekannt 	8,9 %	7,1 %	9,0 %	8,6 %
Fehlende Angabe	64,4 %	64,7 %	64,1 %	62,3 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	12,9 %	10,5 %	12,4 %	9,9 %
• Nein	70,4 %	72,8 %	70,3 %	73,8 %
• Fehlende Angabe	16,7 %	16,7 %	17,3 %	16,3 %
Schwere psychische Störungen (%)				
A: Nur Diagnostikkriterium ²	23,8 %	24,6 %	25,9 %	25,9 %
 B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ 	14,7 %	16,3 %	14,4 %	17,3 %
Weder A noch B	61,5 %	59,1 %	59,7 %	56,8 %
Versicherungsstatus (%)				
Mitglied	56,0 %	55,5 %	56,9 %	57,4 %



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

Familienversicherter	6,1 %	5,6 %	5,9 %	5,6 %
 Rentner und deren Familienangehörige 	33,3 %	34,4 %	32,5 %	32,6 %
Fehlende Angabe	4,7 %	4,5 %	4,8 %	4,3 %

 $^{^{1}}$ Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.

² Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor

³ Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.

⁴ ohne F43 und F45



Tabelle 166: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	831	836
Referenzdiagnosen (%)		
 Einfach-Diagnosen (Population I)¹ 	79,5 %	79,3 %
 Zwei Diagnosen 	18,3 %	17,9 %
Drei Diagnosen	2,0 %	2,4 %
 Mehr als drei Diagnosen 	0,1 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	53	57
2. F10 & F43	13	14
3. F10 & F32	11	12

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	679	684
Referenzdiagnosen (%)		
 Einfach-Diagnosen (Population I)¹ 	71,1 %	72,7 %
 Zwei Diagnosen 	24,9 %	23,1 %
Drei Diagnosen	3,7 %	3,1 %
Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	1,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F32 & F43 / KG: F10 & F32	21	19
2. IG: F10 & F32 / KG: F32 & F43	18	18
3. IG: F32 & F41 / KG: F33 & F43	12	11

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert



Tabelle 167: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum Population	(Ein	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG	
Gesamtzahl (n)	661	663	831	836	
Referenzdiagnose					
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,4 %	
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,9 %	0,9 %	0,8 %	0,7 %	
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	5,7 %	5,4 %	5,5 %	5,5 %	
• F 07 (Pers und Verhaltensstör des Gehirns)	0,3 %	0,5 %	0,2 %	0,5 %	
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,7 %	14,6 %	16,1 %	16,5 %	
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	11,0 %	10,6 %	9,6 %	9,4 %	
• F 30-39 (Affektive Störungen)	39,6 %	39,5 %	46,5 %	46,4 %	
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	17,1 %	18,4 %	26,0 %	27,3 %	
 F 45 (Somatoforme Störungen) 	0,6 %	0,6 %	1,8 %	1,7 %	
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	7,0 %	7,2 %	10,7 %	10,4 %	
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,4 %	
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,8 %	1,8 %	2,9 %	2,9 %	
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,1 %	0,3 %	1,1 %	0,6 %	
 F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) 	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	
 F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %	
Alter ¹					
Mittelwert	51,5	51,1	50,9	50,1	
Median	50	49	49	48	
• (Interquartilsabstand)	(37 - 64)	(35 - 66)	(37 - 62)	(35 - 64)	
Geschlecht (%)					
• Frauen	55,5 %	57,2 %	56,1 %	58,5 %	
Männer	44,5 %	42,8 %	43,9 %	41,5 %	
Behandlungssetting bei Einschluss (%)	,	,	,		
• stationär	43,3 %	64,1 %	40,4 %	67,2 %	
• PIA	56,7 %	35,9 %	59,6 %	32,8 %	
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)	,	,	<u> </u>	,	
Ohne Schulabschluss	1,4 %	0,8 %	1,4 %	1,1 %	
Haupt-/Volksschulabschluss	6,5 %	8,4 %	6,9 %	8,5 %	
Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	10,3 %	9,0 %		9,1 %	
Abitur/Fachabitur	5,0 %	5,7 %	4,9 %	6,5 %	
Abschluss unbekannt	10,7 %	10,7 %		12,0 %	



Fehlende Angabe	66,1 %	65,3 %	66,1 %	62,9 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,4 %	5,7 %	4,3 %	6,1 %
 Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung 	18,9 %	18,6 %	19,1 %	18,8 %
 Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. 	0,8 %	1,1 %	0,7 %	1,0 %
Bachelor	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %
 Diplom/Magister/Master/Staatsexamen 	1,8 %	1,4 %	1,7 %	2,0 %
 Promotion 	0,0 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %
Abschluss unbekannt	7,9 %	7,4 %	7,8 %	8,7 %
Fehlende Angabe	66,1 %	65,3 %	66,1 %	62,9 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	13,3 %	11,6 %	12,9 %	11,0 %
Nein	70,5 %	71,3 %	70,2 %	72,5 %
Fehlende Angabe	16,2 %	17,0 %	17,0 %	16,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
 A: Nur Diagnostikkriterium² 	24,5 %	24,0 %	25,5 %	25,1 %
 B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ 	12,6 %	16,4 %	13,1 %	17,5 %
Weder A noch B	62,9 %	59,6 %	61,4 %	57,4 %
Versicherungsstatus (%)				
Mitglied	55,5 %	52,2 %	56,2 %	54,1 %
Familienversicherter	5,0 %	5,3 %	5,1 %	5,4 %
Rentner und deren Familienangehörige	34,9 %	37,7 %	34,3 %	36,0 %
Fehlende Angabe	4,5 %	4,8 %	4,5 %	4,5 %

¹ Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Popula (Einf Diagr	ach-	Populat (alle	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	483	497	679	684
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,2 %	0,9 %	0,4 %

² Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor

³ Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.

⁴ ohne F43 und F45



F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 %	0,4 %	0,6 %	0,7 %
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,4 %	0,0 %	0,7 %
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,3 %	3,2 %	4,0 %	3,4 %
F 07 (Pers und Verhaltensstör des Gehirns)	0,4 %	0,4 %	0,7 %	0,6 %
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,7 %	13,9 %	18,3 %	17,7 %
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	35,8 %	35,6 %	32,4 %	31,9 %
F 30-39 (Affektive Störungen)	31,3 %	32,0 %	41,5 %	41,5 %
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,4 %	5,6 %	14,9 %	14,5 %
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	2,5 %	2,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,2 %	4,8 %	9,1 %	9,5 %
• F 50 (Essstörungen)	0,4 %	0,2 %	0,3 %	0,6 %
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,9 %	1,8 %	3,7 %	4,4 %
•				
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,0 %	1,6 %	2,4 %	3,8 %
 F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör. Kindh / lugend) 	0,2 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) Alter ¹	0,2 %	0,2 %	0,6 %	0,7 %
Mittelwert	52,0	54,7	52,2	53,8
Median	50	54,7	51	53,8
(Interquartilsabstand)	(39 - 61)	(44 - 65)	(41 - 61)	(43 - 64)
Geschlecht (%)	(33 - 01)	(44 - 03)	(41 - 01)	(43 - 04)
• Frauen	57,6 %	56,3 %	57,4 %	58,9 %
Männer	42,4 %	43,7 %	42,6 %	41,1 %
	42,4 /0	43,7 /0	42,0 /0	41,1 /0
Behandlungssetting bei Einschluss (%)	15 7 0/	26.4.0/	12.0.0/	26.6.0/
• stationär	15,7 %	26,4 %	13,0 %	26,6 %
• PIA	84,3 %	73,6 %	87,0 %	73,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)	2.5.0/	4 2 0/	2.2.0/	4 2 0/
Ohne Schulabschluss Haven Mallacablacablaca	3,5 %	1,2 %	3,2 %	1,2 %
Haupt-/Volksschulabschluss	2,7 %	3,4 %	3,4 %	3,1 %
Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	3,9 %	3,8 %	4,3 %	4,5 %
Abitur/Fachabitur	0,8 %	3,0 %	1,2 %	3,1 %
Abschluss unbekannt	3,9 %	5,6 %	4,6 %	5,7 %
Fehlende Angabe	85,1 %	82,9 %	83,4 %	82,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,3 %	3,8 %	4,0 %	3,9 %
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	6,0 %	6,6 %	6,9 %	6,9 %
 Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. 	0,2 %	0,4 %	0,6 %	0,6 %
Bachelor	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %
 Diplom/Magister/Master/Staatsexamen 	0,4 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
 Promotion 	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Abschluss unbekannt	3,9 %	5,4 %	4,6 %	5,4 %
 Fehlende Angabe 	85,1 %	82,9 %	83,4 %	82,5 %



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

• Ja	21,1 %	18,9 %	19,9 %	18,7 %
• Nein	60,2 %	66,2 %	62,2 %	66,1 %
Fehlende Angabe	18,6 %	14,9 %	18,0 %	15,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
 A: Nur Diagnostikkriterium² 	34,8 %	32,8 %	37,4 %	33,8 %
 B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ 	42,0 %	43,9 %	42,1 %	46,1 %
Weder A noch B	23,2 %	23,3 %	20,5 %	20,2 %
Versicherungsstatus (%)				
Mitglied	41,0 %	34,2 %	40,8 %	36,3 %
Familienversicherter	3,7 %	4,0 %	3,2 %	3,5 %
 Rentner und deren Familienangehörige 	51,1 %	56,1 %	52,4 %	54,7 %
Fehlende Angabe	4,1 %	5,6 %	3,5 %	5,6 %

¹ Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.

² Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor

³ Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.

⁴ ohne F43 und F45



14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose

Tabelle 168: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal			IG					KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	359	359	330	314	303	363	363	340	326	317
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
Gesamt	1,2	8,3	2,4	2,2	2,9	1,9	21,8	3,9	3,3	2,6
Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 51 Jahre)	1,8 (n=169)	9,6 (n=169)	3,8 (n=168)	,	3,9 (n=166)	2,0 (n=176)	18,5 (n=176)	4,3 (n=175)	3,6 (n=174)	
Älter (IG/KG: ≥ 51 Jahre)	0,6 (n=190)		0,9 (n=162)	-	1,7 (n=137)	1,8 (n=187)	25,0 (n=187)		3,0 (n=152)	1,6 (n=144)
Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	4,0 (n<10)	0,0 (n<10)	4,0 (n<10)	_	0,0 (n<10)	22,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)



F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	10,6	2,1	0,0	0,0
	(n=26)	(n=26)	(n=18)	(n=11)	(n<10)	(n=23)	(n=23)	(n=15)	(n<10)	(n<10)
F 07 (Pers und Verhaltensstör des Gehirns)	0,0	11,0	0,0	0,0	0,0	2,0	15,7	0,0	13,5	3,0
	(n<10)									
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	1,6	10,2	4,0	3,3	3,4	2,0	23,7	5,9	6,1	6,0
	(n=52)	(n=52)	(n=48)	(n=44)	(n=43)	(n=53)	(n=53)	(n=51)	(n=50)	(n=49)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	1,8	23,4	5,8	5,9	7,9	5,1	41,2	9,7	9,3	5,9
	(n=47)	(n=47)	(n=42)	(n=40)	(n=36)	(n=43)	(n=43)	(n=38)	(n=37)	(n=37)
F 30-39 (Affektive Störungen)	1,3	5,3	0,8	1,7	3,2	1,9	23,6	3,4	3,1	1,5
	(n=133)	(n=133)	(n=125)	(n=123)	(n=121)	(n=136)	(n=136)	(n=131)	(n=128)	(n=123)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,8	5,2	1,3	0,7	0,7	0,0	9,4	0,4	0,0	2,0
	(n=64)	(n=64)	(n=62)	(n=62)	(n=61)	(n=69)	(n=69)	(n=68)	(n=68)	(n=68)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0	19,0	1,0	0,0	0,0	10,0	25,5	0,0	0,0	0,0
	(n<10)									
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,7	2,7	6,8	1,8	0,2	0,9	19,6	3,0	0,0	0,0
	(n=21)	(n=21)	(n=21)	(n=21)	(n=21)	(n=25)	(n=25)	(n=24)	(n=23)	(n=23)
F 50 (Essstörungen)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,2	9,7	1,7	5,7	2,2	10,5	27,7	10,8	0,0	0,0
	(n<10)									
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0	2,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0
	(n<10)									
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_



Klinikbekannte Patienten

Merkmal			IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)		462	444	427	412	474	474	456	436	417
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
Gesamt	7,1	7,0	4,7	5,0	7,1	12,9	16,5	10,5	10,0	8,6
Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 50 Jahre; KG: < 55 Jahre)	8,6 (n=213)	8,1 (n=213)	6,2 (n=212)	6,0 (n=208)	8,8 (n=204)	14,8 (n=236)	17,7 (n=236)	12,0 (n=234)	11,7 (n=233)	7,6 (n=231)
Älter (IG: ≥ 50 Jahre; KG: ≥ 55 Jahre)	5,9 (n=249)	6,0 (n=249)	3,4 (n=232)	4,0 (n=219)	5,5 (n=208)	11,0 (n=238)	15,3 (n=238)	8,9 (n=222)	8,0 (n=203)	9,8 (n=186)
Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	_	_	_	_	_	0,0 (n<10)	25,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	_	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	_	_	_
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)			_	_	_	_	_	_	_	_
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,9 (n=20)	0,1 (n=20)	0,0 (n=12)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,2 (n=15)	13,7 (n=15)	3,7 (n=12)	0,0 (n=11)	0,0 (n<10)



F 07 (Pers und Verhaltensstör des Gehirns)	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,0	14,0	0,0	0,0
	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,3	12,8	9,8	7,9	17,9	6,8	21,1	15,8	16,0	18,2
	(n=64)	(n=64)	(n=63)	(n=60)	(n=55)	(n=67)	(n=67)	(n=64)	(n=60)	(n=58)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,8	6,4	6,4	5,3	6,5	16,4	23,8	16,2	13,1	13,7
	(n=165)	(n=165)	(n=162)	(n=157)	(n=153)	(n=168)	(n=168)	(n=164)	(n=152)	(n=144)
F 30-39 (Affektive Störungen)	4,4	4,9	1,5	2,4	2,8	13,4	10,5	4,5	6,1	2,8
	(n=145)	(n=145)	(n=142)	(n=140)	(n=137)	(n=154)	(n=154)	(n=150)	(n=147)	(n=143)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,1	0,5	0,4	1,1	4,0	18,1	7,8	5,9	15,7	1,3
	(n=25)	(n=25)	(n=24)	(n=24)	(n=24)	(n=27)	(n=27)	(n=26)	(n=26)	(n=26)
F 45 (Somatoforme Störungen)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	2,2	11,4	0,0	7,1	9,4	0,7	7,1	0,0	0,4	4,1
	(n=22)	(n=22)	(n=21)	(n=21)	(n=21)	(n=20)	(n=20)	(n=18)	(n=18)	(n=18)
F 50 (Essstörungen)	2,0	0,0	2,0	5,0	10,0	199,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	56,1	39,3	23,1	29,9	23,5	7,4	15,7	20,0	4,8	5,2
	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,5	5,1	0,0
	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	43,0 (n<10)	0,0 (n<10)	_	_	_	_	_
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0	0,0	0,0	9,0	81,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)



Tabelle 169: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal			IG					KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner) ¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	186	186	182	181	180	181	181	178	178	178
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B) • Gesamt	22,4	64,6	22,9	21,9	15,1	20,7	64,4	19,0	15,3	14,1
Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 42 Jahre; KG: < 41 Jahre)	12,7 (n=91)	54,0 (n=91)	18,5 (n=91)	19,3 (n=90)	8,8 (n=90)	15,7 (n=90)	63,3 (n=90)	15,6 (n=89)	11,3 (n=89)	6,8 (n=89)
Älter (IG: ≥ 42 Jahre; KG: ≥ 41 Jahre)	31,8 (n=95)	74,8 (n=95)	27,4 (n=91)	24,5 (n=91)	21,3 (n=90)	25,5 (n=91)	65,5 (n=91)	22,3 (n=89)	19,2 (n=89)	21,4 (n=89)
Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
F 01 (Vaskuläre Demenz)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,0 (n<10)	_	_	_



F 07 (Pers und Verhaltensstör des Gehirns)	_	_	_	_	_	_	_	_	-	_
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	6,6	44,3	21,8	14,1	3,1	7,2	51,6	21,5	10,3	10,3
	(n=30)	(n=30)	(n=29)	(n=29)	(n=29)	(n=33)	(n=33)	(n=33)	(n=33)	(n=33)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	24,9	59,6	36,1	50,6	31,6	30,0	60,1	10,5	23,1	7,6
	(n=15)	(n=15)	(n=14)	(n=14)	(n=14)	(n=16)	(n=16)	(n=15)	(n=15)	(n=15)
F 30-39 (Affektive Störungen)	32,8	84,7	21,1	23,2	23,4	23,4	82,1	17,5	20,2	16,0
	(n=82)	(n=82)	(n=80)	(n=80)	(n=80)	(n=64)	(n=64)	(n=63)	(n=63)	(n=63)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	10,5	45,1	27,1	13,9	6,2	17,2	34,2	15,1	11,2	12,1
	(n=38)	(n=38)	(n=38)	(n=38)	(n=37)	(n=47)	(n=47)	(n=47)	(n=47)	(n=47)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0	51,0	16,5	49,5	0,0	9,0	15,0	0,0	0,0	0,0
	(n<10)									
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	39,2	72,4	21,7	27,5	5,6	47,2	121,4	44,7	15,0	31,8
	(n=13)	(n=13)	(n=13)	(n=13)	(n=13)	(n=15)	(n=15)	(n=15)	(n=15)	(n=15)
F 50 (Essstörungen)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,3	29,0	2,0	4,0	2,7	0,0	100,3	9,7	0,0	0,0
	(n<10)									
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0	3,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0
	(n<10)									
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	_	_	_		_		_	_	_	_
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)		_	_	_	_		_	_		_

¹ Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.



Klinikbekannte Patienten

Merkmal			IG					KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner) ¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	187	187	187	185	185	159	159	158	158	156
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B) • Gesamt	37,4	30,9	16,3	20,2	23,4	41,5	53,4	22,7	16,7	17,2
Gesam	37,4	30,9	10,5	20,2	23,4	41,3	33,4	22,7	10,7	17,2
Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 40 Jahre; KG: < 46 Jahre)	39,3 (n=90)	30,0 (n=90)	14,5 (n=90)	19,4 (n=89)	21,4 (n=89)	38,8 (n=76)	46,3 (n=76)	20,9 (n=76)	14,4 (n=76)	14,6 (n=76)
Älter (IG: ≥ 40 Jahre; KG: ≥ 46 Jahre)	35,6 (n=97)	31,7 (n=97)	18,0 (n=97)	20,8 (n=96)	25,3 (n=96)	44,1 (n=83)	59,8 (n=83)	24,5 (n=82)	18,8 (n=82)	19,7 (n=80)
Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
F 01 (Vaskuläre Demenz)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	_
F 07 (Pers und Verhaltensstör des Gehirns)	0,0 (n<10)	28,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)						



F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	23,9	35,3	22,0	24,1	37,2	16,9	50,9	24,4	19,9	26,9
	(n=33)	(n=33)	(n=33)	(n=32)	(n=32)	(n=21)	(n=21)	(n=21)	(n=21)	(n=21)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	25,7	27,1	17,4	16,5	24,3	31,0	31,7	20,9	17,0	12,8
	(n=72)	(n=72)	(n=72)	(n=71)	(n=71)	(n=54)	(n=54)	(n=54)	(n=54)	(n=52)
F 30-39 (Affektive Störungen)	63,6	32,9	17,0	16,2	15,7	60,4	90,1	33,2	22,0	25,6
	(n=45)	(n=45)	(n=45)	(n=45)	(n=45)	(n=49)	(n=49)	(n=49)	(n=49)	(n=49)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	29,5	22,3	9,2	13,1	7,1	51,3	31,1	2,4	6,2	12,7
	(n=15)	(n=15)	(n=15)	(n=15)	(n=15)	(n=15)	(n=15)	(n=14)	(n=14)	(n=14)
F 45 (Somatoforme Störungen)	_	_	_	_	_	_	_	_	_	
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	1,9	43,7	0,0	31,3	17,9	78,8	66,6	10,9	3,5	0,0
	(n=10)	(n=10)	(n=10)	(n=10)	(n=10)	(n=10)	(n=10)	(n=10)	(n=10)	(n=10)
F 50 (Essstörungen)	131,5 (n<10)	74,0 (n<10)	2,0 (n<10)	66,0 (n<10)	79,5 (n<10)	_	_	_	_	_
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	128,2	42,8	24,0	48,3	16,7	13,0	36,8	27,0	11,8	5,5
	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	2,0	11,3	12,8	0,0
	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	14,0 (n<10)	112,0 (n<10)	47,0 (n<10)	_	_	_	_	_
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0	0,0	0,0	9,0	123,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)	(n<10)

¹ Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.



14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität

Für die Analyse von möglichen Einflussfaktoren wurden nur Outcomes betrachtet, die eine ausreichende Anzahl von Fällen hinsichtlich des zu betrachtenden Ereignisses bereitstellen. Bei Outcomes mit extrem wenigen Fällen, in denen das Ereignis überhaupt aufgetreten ist, können die Modelle zu fehlerhaften Schätzungen führen und nicht mehr sinnvoll interpretiert werden. Die kritische Anzahl von Fällen pro Gruppe wurde auf mindestens 40 gesetzt.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der Präzeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (U1) oder im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statt.



U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 170: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)

		Aufenthalte Nein)		ationärer thalte
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,40**	2,82	-15,04***	6,97***
	0,220,72	0,6412,34	-17,9212,17	4,429,52
DID Jahr 2	1,21	3,53	-1,85	0,93
	0,622,38	0,7117,63	-4,721,02	-1,633,48
DID Jahr 3	0,88	3,46	-1,12	0,62
	0,421,84	0,6219,13	-3,991,75	-1,933,17
DID Jahr 4	1,03	2,07	-0,02	0,10
	0,502,14	0,3811,32	-2,892,86	-2,452,65
DID Jahr 1-4	_	-	-4,51*** -6,922,09	2,15* 0,074,24
Gruppe	1,22	0,81	1,21	0,96
	0,742,01	0,193,44	-0,853,26	-0,862,78
Jahr 1	45,99***	23,03***	20,96***	6,56***
	30,1570,14	9,2057,66	18,9422,98	4,768,36
Jahr 2	1,24	2,46	2,20*	0,96
	0,791,95	0,867,07	0,174,22	-0,842,75
Jahr 3	0,86	1,41	1,07	0,58
	0,531,39	0,444,49	-0,953,10	-1,222,37
Jahr 4	0,83	1,83	0,45	0,74
	0,511,35	0,605,51	-1,582,47	-1,062,53
Indexgruppe 6	2,23***	0,67	-0,01	-1,10
(F10)	1,712,90	0,441,03	-1,391,38	-2,330,13
Indexgruppe 8	0,62***	1,51**	-0,20	1,03*
(F30-F39)	0,490,77	1,132,02	-1,210,81	0,141,93
Indexgruppe 9	0,57***	0,63*	-2,18***	-1,22*
(F43)	0,440,74	0,440,89	-3,311,04	-2,230,21
Psy A ¹	1,64***	2,10***	2,31***	1,16*
	1,282,09	1,542,86	1,183,43	0,162,16
Psy B ²	1,20	0,97	1,09	0,39
	0,891,61	0,671,41	-0,382,56	-0,911,69
Alter	0,66***	0,87	-1,97***	-0,02
	0,530,83	0,651,17	-3,020,93	-0,950,91
Geschlecht	0,79*	1,12	-1,39**	0,11
(m vs. w)	0,640,97	0,851,48	-2,340,44	-0,730,96



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

Komorbidität³	1,08***	0,94	0,14	-0,25*
	1,041,13	0,881,00	-0,080,35	-0,440,06
Pflegestufe	1,03	0,52*	0,75	-1,55*
(nein vs. ja)	0,761,41	0,320,86	-0,742,24	-2,880,23
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,10 0,901,36	1,41* 1,081,85	0,89 -0,061,84	0,60 -0,251,44
Referenzfall	0,13***	0,39***	-4,07***	-2,10***
(KH vs. PIA)	0,100,17	0,290,53	-5,083,07	-2,991,21

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

kf=kleine Fallzahl

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 171: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,69	1,60	-3,77	1,40
	0,481,01	0,982,63	-7,670,13	-1,814,60
DID Jahr 2	1,04	1,50	1,37	-5,66**
	0,701,56	0,812,77	-2,535,27	-8,872,46
DID Jahr 3	1,06	3,34**	1,68	-3,21
	0,711,60	1,636,85	-2,225,58	-6,420,01
DID Jahr 4	1,19	2,77**	4,56*	-3,53*
	0,781,81	1,385,59	0,668,46	-6,740,33
DID Jahr 1-4	ı	ı	0,96 -2,144,05	-2,75* -5,300,21
Gruppe	0,99	2,63***	-5,51***	8,48***
	0,751,29	1,923,61	-8,282,74	6,2110,76
Jahr 1	1,39*	0,50**	3,97**	-1,70
	1,071,80	0,330,75	1,226,73	-3,970,56
Jahr 2	0,54***	0,22***	-2,96*	-3,10**
	0,400,71	0,130,37	-5,720,21	-5,370,84
Jahr 3	0,49***	0,12***	-3,61*	-3,63**
	0,370,65	0,070,24	-6,360,85	-5,891,36
Jahr 4	0,38***	0,14***	-5,60***	-3,53**
	0,280,51	0,070,25	-8,362,84	-5,791,26
Indexgruppe 6	3,30***	1,66***	4,54***	2,26**
(F10)	2,743,97	1,292,13	2,666,42	0,713,80
Indexgruppe 7	1,83***	1,77***	2,52**	2,11**
(F20-F29)	1,512,23	1,362,31	0,664,38	0,583,64
Indexgruppe 8	0,86	1,64***	-1,63	2,40**
(F30-F39)	0,721,03	1,302,08	-3,280,02	1,043,76
Psy A ¹	1,56***	1,31	4,96***	0,86
	1,271,93	0,991,73	3,066,86	-0,702,42
Psy B²	1,38***	1,09	2,43**	0,91
	1,181,61	0,891,33	0,993,87	-0,282,10
Alter	0,77***	0,81*	-1,76*	-0,65
	0,660,89	0,670,98	-3,140,38	-1,780,49
Geschlecht	0,98	0,98	1,12	-0,68
(m vs. w)	0,851,12	0,811,17	-0,182,43	-1,750,39
Komorbidität³	0,97	0,90***	-0,30	-0,56***
	0,941,00	0,860,94	-0,610,02	-0,810,30



Pflegestufe	1,20*	0,97	2,23**	2,02**
(nein vs. ja)	1,011,44	0,761,25	0,573,90	0,653,39
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	3,40*** 2,933,94	4,44*** 3,595,49	8,31*** 6,979,65	5,82*** 4,726,92
Referenzfall	0,27***	0,75*	-10,98***	-2,20**
(KH vs. PIA)	0,230,31	0,600,94	-12,709,27	-3,610,80

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 172: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,05	-0,35	-1,46
	-0,850,94	-1,460,76	-3,800,87
DID Jahr 2	-0,29	-0,09	-1,31
	-1,190,61	-1,201,02	-3,641,02
DID Jahr 3	-0,42	-0,32	-1,94
	-1,310,48	-1,430,80	-4,280,39
DID Jahr 4	-0,08	-0,44	-2,32
	-0,980,82	-1,550,68	-4,650,02
Gruppe	-0,17	0,48	1,19
	-0,810,47	-0,321,27	-0,482,86
Jahr 1	2,75***	1,47***	3,80***
	2,123,38	0,692,26	2,165,44
Jahr 2	1,45***	0,89*	1,22
	0,822,09	0,111,67	-0,422,87
Jahr 3	1,60***	0,62	1,42
	0,972,24	-0,171,40	-0,233,06
Jahr 4	1,42***	0,28	0,55
	0,792,06	-0,501,07	-1,092,20
Indexgruppe 6	-0,68**	-0,51	-0,29
(F10)	-1,110,25	-1,050,02	-1,420,84
Indexgruppe 8	-0,01	1,12***	0,79
(F30-F39)	-0,330,30	0,731,51	-0,031,61
Indexgruppe 9	-0,45*	-0,05	0,03
(F43)	-0,810,10	-0,490,39	-0,890,95
Psy A ¹	0,23	1,43***	1,72***
	-0,120,58	0,991,87	0,802,63
Psy B²	0,39	1,18***	3,46***
	-0,060,85	0,611,75	2,264,65
Alter	0,01	0,05	1,82***
	-0,320,33	-0,350,45	0,982,66
Geschlecht	0,13	0,38*	1,36**
(m vs. w)	-0,170,43	0,010,75	0,582,13
Komorbidität³	0,01	-0,15***	1,26***
	-0,060,08	-0,230,07	1,091,44



Pflegestufe	-0,63**	0,00	7,78***
(nein vs. ja)	-1,090,16	-0,580,57	6,578,98
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	-0,01 -0,310,28	0,79*** 0,431,16	0,42 -0,351,19
Referenzfall	0,76***	-0,84***	-0,40
(KH vs. PIA)	0,441,07	-1,230,45	-1,220,42

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 173: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-2,54**	0,10	0,64
	-4,021,07	-0,650,85	-1,572,85
DID Jahr 2	-2,61**	0,69	-0,20
	-4,081,14	-0,061,44	-2,412,00
DID Jahr 3	-0,93	0,80*	0,45
	-2,400,54	0,051,54	-1,762,66
DID Jahr 4	-0,36	0,65	0,34
	-1,831,11	-0,101,40	-1,872,55
Gruppe	-0,57	-0,36	-0,75
	-1,610,48	-0,890,17	-2,320,82
Jahr 1	8,44***	-0,23	-0,69
	7,409,48	-0,760,30	-2,250,87
Jahr 2	7,09***	-0,18	-0,48
	6,058,13	-0,710,35	-2,041,08
Jahr 3	6,05***	-0,30	-1,41
	5,017,09	-0,820,24	-2,970,15
Jahr 4	6,28***	-0,33	-1,97*
	5,247,32	-0,860,20	-3,530,41
Indexgruppe 6	0,79*	-1,09***	-0,42
(F10)	0,091,50	-1,460,73	-1,490,64
Indexgruppe 7	2,93***	-0,75***	-0,42
(F20-F29)	2,233,63	-1,110,39	-1,470,64
Indexgruppe 8	0,90**	-0,11	1,15*
(F30-F39)	0,271,52	-0,420,21	0,222,09
Psy A ¹	-0,16	0,28	-0,18
	-0,870,56	-0,090,65	-1,260,89
Psy B²	0,38	0,76***	4,58***
	-0,170,92	0,491,04	3,775,40
Alter	-1,07***	-0,32*	2,06***
	-1,590,54	-0,580,05	1,282,85
Geschlecht	-0,89***	0,55***	1,54***
(m vs. w)	-1,380,40	0,300,80	0,812,28
Komorbidität ³	-0,07	-0,08**	1,86***
	-0,190,05	-0,140,02	1,692,04



Pflegestufe	0,64*	-0,52**	5,08***
(nein vs. ja)	0,011,27	-0,840,20	4,136,02
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	-0,09 -0,590,42	0,61*** 0,360,87	-0,35 -1,110,40
Referenzfall	3,68***	-1,62***	-1,98***
(KH vs. PIA)	3,034,32	-1,951,29	-2,951,01

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 174: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle	Intervalle	Intervalle
	mit mind. 1	mit mind. 1	mit mind. 1
	Kontakt	Kontakt	Kontakt
Gruppe	1,14	1,07	1,13
	0,781,66	0,771,49	0,801,59
Indexgruppe 6	0,42**	0,37***	0,34***
(F10)	0,240,74	0,230,60	0,210,54
Indexgruppe 8	0,99	1,24	1,23
(F30-F39)	0,661,47	0,881,75	0,861,77
Indexgruppe 9	0,97	1,10	1,02
(F43)	0,611,55	0,741,63	0,681,54
Psy A ¹	2,08**	1,67**	1,64*
	1,333,25	1,142,45	1,102,44
Psy B ²	0,99	1,17	1,45
	0,611,61	0,741,84	0,892,36
Alter	1,05	1,25	1,06
	0,711,56	0,881,77	0,741,53
Geschlecht	1,01	0,86	0,96
(m vs. w)	0,691,47	0,621,20	0,681,35
Komorbidität ³	0,91*	0,91*	0,98
	0,830,99	0,850,98	0,911,05
Pflegestufe	0,94	0,84	0,73
(nein vs. ja)	0,531,69	0,511,37	0,441,21
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,27 0,871,87	1,62** 1,162,26	1,81** 1,282,56
Referenzfall	0,86	1,15	1,02
(KH vs. PIA)	0,521,44	0,751,77	0,651,59

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 175: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle	Intervalle	Intervalle
	mit mind. 1	mit mind. 1	mit mind. 1
	Kontakt	Kontakt	Kontakt
Gruppe	1,21	1,04	0,97
	0,403,63	0,462,34	0,412,29
Indexgruppe 6	1,30	0,82	0,84
(F10)	0,305,75	0,282,41	0,282,48
Indexgruppe 8	1,39	0,99	1,09
(F30-F39)	0,454,28	0,422,32	0,452,67
Indexgruppe 9	2,08	3,02*	1,64
(F43)	0,666,56	1,157,93	0,574,73
Psy A ¹	2,09	2,33	1,32
	0,489,03	0,777,07	0,434,08
Psy B²	0,98	1,18	2,25
	0,263,70	0,453,10	0,707,25
Alter	1,46	1,03	1,40
	0,534,04	0,482,23	0,623,12
Geschlecht	1,87	1,35	0,92
(m vs. w)	0,595,97	0,593,08	0,382,24
Komorbidität ³	0,74	0,91	0,98
	0,521,05	0,771,09	0,821,17
Pflegestufe	1,45	0,90	0,69
(nein vs. ja)	0,229,38	0,233,51	0,153,27
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,36 0,483,90	1,71 0,773,80	1,69 0,704,07
Referenzfall	0,95	1,25	0,88
(KH vs. PIA)	0,253,59	0,483,25	0,332,39

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 176: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle	Intervalle	Intervalle
	mit mind. 1	mit mind. 1	mit mind. 1
	Kontakt	Kontakt	Kontakt
Gruppe	0,40	0,78	0,35
	0,062,72	0,193,25	0,071,77
Indexgruppe 6	0,86	1,64	0,76
(F10)	0,116,69	0,299,26	0,114,99
Indexgruppe 8	5,41*	2,46	1,84
(F30-F39)	1,1725,09	0,728,37	0,506,81
Indexgruppe 9	3,88	0,99	1,14
(F43)	0,7121,10	0,224,44	0,245,43
Psy A ¹	3,84	3,09	6,08*
	0,7519,67	0,7812,29	1,3227,98
Psy B²	0,13	0,60	0,61
	0,021,12	0,142,60	0,113,41
Alter	0,12*	0,28*	1,00
	0,020,72	0,080,99	0,244,08
Geschlecht	2,71	2,46	2,23
(m vs. w)	0,6211,85	0,758,07	0,618,13
Komorbidität ³	0,99	0,95	1,05
	0,711,40	0,731,24	0,781,42
Pflegestufe	1,82	0,38	0,39
(nein vs. ja)	0,1033,38	0,035,00	0,044,25
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,92 0,243,58	1,71 0,555,30	0,91 0,253,27
Referenzfall	0,93	0,97	2,66
(KH vs. PIA)	0,127,35	0,185,18	0,4416,04

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 177: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle	Intervalle	Intervalle
	mit mind. 1	mit mind. 1	mit mind. 1
	Kontakt	Kontakt	Kontakt
Gruppe	0,41	1,60	1,01
	0,101,66	0,564,54	0,333,06
Indexgruppe 6	0,18	0,12**	0,24*
(F10)	0,031,25	0,020,56	0,060,94
Indexgruppe 8	0,10*	0,56	1,61
(F30-F39)	0,020,63	0,152,07	0,426,16
Indexgruppe 9	36,18**	9,23*	3,31
(F43)	4,34301,54	1,2766,87	0,5121,63
Psy A ¹	1,60	0,47	1,19
	0,318,21	0,131,78	0,294,90
Psy B ²	0,17*	0,98	0,64
	0,030,96	0,244,07	0,142,90
Alter	2,25	2,02	0,85
	0,647,91	0,676,10	0,302,42
Geschlecht	1,00	0,63	0,96
(m vs. w)	0,205,03	0,192,04	0,293,18
Komorbidität³	1,57*	1,12	1,26
	1,112,22	0,851,48	0,951,68
Pflegestufe	0,03*	0,22	1,17
(nein vs. ja)	0,000,75	0,022,19	0,1310,76
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,33 0,071,56	0,63 0,182,15	0,43 0,121,52
Referenzfall	1,57	0,72	0,66
(KH vs. PIA)	0,288,74	0,212,49	0,172,50

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 178: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle	Intervalle	Intervalle
	mit mind. 1	mit mind. 1	mit mind. 1
	Kontakt	Kontakt	Kontakt
Gruppe	0,61**	0,52***	0,68
	0,420,88	0,370,75	0,461,01
Indexgruppe 6	0,44**	0,32***	0,47**
(F10)	0,270,71	0,210,51	0,280,79
Indexgruppe 7	1,23	1,07	1,94*
(F20-F29)	0,742,02	0,661,74	1,103,41
Indexgruppe 8	1,28	0,97	1,09
(F30-F39)	0,802,05	0,631,51	0,671,76
Psy A ¹	1,05	0,82	1,07
	0,581,89	0,491,38	0,621,86
Psy B²	1,08	1,07	0,81
	0,721,63	0,731,59	0,521,27
Alter	0,93	0,72	0,70
	0,641,35	0,501,04	0,471,04
Geschlecht	0,96	0,96	1,04
(m vs. w)	0,671,39	0,671,36	0,701,55
Komorbidität ³	0,96	1,03	1,05
	0,881,04	0,951,11	0,961,15
Pflegestufe	0,73	0,74	0,64
(nein vs. ja)	0,451,20	0,461,17	0,381,07
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,03 0,701,50	1,02 0,711,46	1,20 0,811,78
Referenzfall	2,58***	3,13***	3,08***
(KH vs. PIA)	1,753,81	2,164,54	2,054,62

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 179: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle	Intervalle	Intervalle
	mit mind. 1	mit mind. 1	mit mind. 1
	Kontakt	Kontakt	Kontakt
Gruppe	0,64*	0,64	0,60
	0,411,00	0,411,00	0,351,00
Indexgruppe 6	0,79	0,70	0,86
(F10)	0,441,40	0,391,24	0,431,73
Indexgruppe 7	2,25*	2,49**	2,10
(F20-F29)	1,184,30	1,294,81	0,974,59
Indexgruppe 8	1,69	1,89*	1,36
(F30-F39)	0,953,02	1,063,38	0,702,62
Psy A ¹	1,63	1,42	0,86
	0,663,99	0,663,07	0,391,87
Psy B²	1,17	1,10	1,34
	0,721,90	0,681,78	0,762,34
Alter	0,82	0,76	0,85
	0,511,30	0,481,21	0,501,45
Geschlecht	1,17	1,00	1,31
(m vs. w)	0,741,85	0,631,58	0,772,23
Komorbidität ³	0,87*	0,93	0,98
	0,760,99	0,831,05	0,861,12
Pflegestufe	1,04	0,89	1,03
(nein vs. ja)	0,571,90	0,491,61	0,522,07
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,29 0,802,08	1,37 0,862,19	1,44 0,852,44
Referenzfall	1,90**	2,23**	2,88***
(KH vs. PIA)	1,173,08	1,383,61	1,655,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 180: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle	Intervalle	Intervalle
	mit mind. 1	mit mind. 1	mit mind. 1
	Kontakt	Kontakt	Kontakt
Gruppe	0,66	0,97	0,91
	0,421,05	0,601,56	0,481,75
Indexgruppe 6	0,55*	0,60	0,76
(F10)	0,310,97	0,341,08	0,351,65
Indexgruppe 7	1,39	1,95	1,85
(F20-F29)	0,742,63	1,003,81	0,744,59
Indexgruppe 8	0,99	1,02	1,02
(F30-F39)	0,541,83	0,551,91	0,462,24
Psy A ¹	1,41	2,08	1,49
	0,603,31	0,954,55	0,623,62
Psy B²	1,40	1,27	1,90
	0,832,37	0,732,21	0,943,87
Alter	0,65	0,80	1,41
	0,401,03	0,491,30	0,742,68
Geschlecht	1,01	1,20	1,21
(m vs. w)	0,631,62	0,731,96	0,642,32
Komorbidität ³	0,98	0,96	0,95
	0,861,11	0,851,09	0,791,14
Pflegestufe	0,60	0,91	1,57
(nein vs. ja)	0,311,14	0,481,75	0,594,16
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,32 0,802,17	1,08 0,661,80	1,38 0,732,63
Referenzfall	2,16**	1,72	3,71***
(KH vs. PIA)	1,233,82	1,002,96	1,887,33

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 181: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	90 Tage		
	Intervalle	Intervalle	Intervalle	
	mit mind. 1	mit mind. 1	mit mind. 1	
	Kontakt	Kontakt	Kontakt	
Gruppe	0,77	0,92	1,21	
	0,491,21	0,561,52	0,622,37	
Indexgruppe 6	0,88	0,55	0,47	
(F10)	0,471,65	0,281,07	0,191,19	
Indexgruppe 7	2,68**	1,89	1,89	
(F20-F29)	1,454,95	0,973,69	0,715,03	
Indexgruppe 8	2,08*	1,37	1,83	
(F30-F39)	1,133,81	0,722,61	0,754,44	
Psy A ¹	1,28	1,11	1,19	
	0,553,00	0,512,43	0,443,19	
Psy B²	1,51	1,51	1,71	
	0,902,51	0,862,67	0,783,76	
Alter	1,04	0,67	0,74	
	0,651,66	0,401,11	0,361,54	
Geschlecht	1,07	0,61	0,65	
(m vs. w)	0,661,73	0,351,05	0,311,36	
Komorbidität ³	0,83**	0,94	0,86	
	0,720,95	0,811,08	0,711,05	
Pflegestufe	0,68	0,55	0,79	
(nein vs. ja)	0,371,23	0,291,03	0,331,92	
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28 0,802,05	1,63 0,982,72	1,53 0,773,04	
Referenzfall	1,88*	2,51**	2,28*	
(KH vs. PIA)	1,043,38	1,404,50	1,074,84	

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 182: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 183: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.



Tabelle 184: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1)

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Berechnungen durchgeführt werden.

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

- ¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
- ² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
- ³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 185: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1)

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Berechnungen durchgeführt werden.

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

- ¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
- ² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
- ³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 186: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,09 -0,130,31	-7,08 -22,858,70
DID Jahr 2	0,11 -0,110,33	-0,50 -16,2715,28
DID Jahr 3	0,06 -0,160,28	-0,72 -16,5015,05
DID Jahr 4	0,04 -0,180,26	-3,93 -19,7111,84
DID Jahr 1-4	П	-3,06 -16,1210,00
Gruppe	-0,03 -0,190,13	5,81 -5,4217,05
Jahr 1	0,63*** 0,470,78	50,12*** 38,9661,27
Jahr 2	-0,16* -0,310,00	0,51 -10,6411,66
Jahr 3	-0,17* -0,330,02	-3,92 -15,077,23
Jahr 4	-0,19* -0,350,04	-5,17 -16,335,98
Indexgruppe 6 (F10)	0,04 -0,070,14	-7,26 -14,890,38
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,13** -0,210,05	-1,55 -7,294,18
Indexgruppe 9 (F43)	-0,09* -0,170,01	-6,69* -12,530,85
Psy A ¹	0,11* 0,020,19	11,78*** 5,5817,97
Psy B ²	0,34*** 0,210,46	6,31 -2,6215,23
Alter	-0,04 -0,110,04	6,26* 0,9811,55
Geschlecht (m vs. w)	-0,09* -0,170,02	-1,67 -6,893,56
Komorbidität ³	0,01 -0,020,03	-0,58 -2,100,95



Pflegestufe	-0,01	-17,29*
(nein vs. ja)	-0,200,19	-31,243,34
Referenzfall	-0,24***	-3,34
(KH vs. PIA)	-0,320,17	-8,892,22

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 187: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,14 -0,490,22	-15,47* -30,300,64
DID Jahr 2	0,09 -0,270,45	-1,79 -16,6113,04
DID Jahr 3	0,05 -0,300,41	5,39 -9,4420,22
DID Jahr 4	0,04 -0,320,39	9,36 -5,4624,19
DID Jahr 1-4	ı	-0,62 -12,4711,23
Gruppe	0,17 -0,080,43	1,25 -9,3111,82
Jahr 1	0,19 -0,070,45	8,40 -2,3819,20
Jahr 2	-0,17 -0,430,09	-19,41*** -30,208,62
Jahr 3	-0,34* -0,600,08	-24,56*** -35,3513,77
Jahr 4	-0,30* -0,560,04	-25,48*** -36,2714,69
Indexgruppe 6 (F10)	0,86*** 0,681,03	-0,68 -7,906,55
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,16 -0,010,34	1,52 -5,598,63
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,10 -0,250,05	9,45** 3,1515,74
Psy A ¹	0,22* 0,050,38	11,43** 4,5318,34
Psy B²	-0,02 -0,160,12	-6,23* -11,990,47
Alter	-0,11 -0,230,02	4,41 -0,679,48
Geschlecht (m vs. w)	-0,12 -0,240,00	1,18 -3,746,09
Komorbidität ³	0,02 -0,010,06	-0,43 -1,881,02



Pflegestufe	0,05	6,84
(nein vs. ja)	-0,140,23	-0,8914,57
Referenzfall	-0,24**	-13,48***
(KH vs. PIA)	-0,390,09	-19,847,12

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 188: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.



Tabelle 190: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,24 -0,670,19
DID Jahr 2	-0,13 -0,560,30
DID Jahr 3	-0,36 -0,780,07
DID Jahr 4	-0,28 -0,710,14
Gruppe	0,23 -0,070,54
Jahr 1	0,86*** 0,561,16
Jahr 2	0,14 -0,160,44
Jahr 3	0,17 -0,130,47
Jahr 4	0,00 -0,310,30
Indexgruppe 6 (F10)	0,54*** 0,330,74
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,37*** 0,220,52
Indexgruppe 9 (F43)	-0,08 -0,250,09
Psy A ¹	0,44*** 0,280,61
Psy B²	0,52*** 0,300,74
Alter	1,36*** 1,211,50
Geschlecht (m vs. w)	0,11 -0,030,26
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,35*** 1,141,57
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,37*** 0,230,51





Referenzfall -0,09 (KH vs. PIA) -0,24...0,06

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

 $^{^{\}scriptsize 1}$ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt



Tabelle 191: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Komorbidität,
	mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,11 -0,460,23
DID Jahr 2	-0,12 -0,470,23
DID Jahr 3	-0,10 -0,450,24
DID Jahr 4	-0,18 -0,530,17
Gruppe	0,17 -0,080,42
Jahr 1	0,28* 0,040,53
Jahr 2	0,09 -0,160,33
Jahr 3	-0,01 -0,260,24
Jahr 4	0,03 -0,210,28
Indexgruppe 6 (F10)	1,03*** 0,861,19
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,04 -0,120,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,41*** 0,260,56
Psy A ¹	0,39*** 0,220,56
Psy B²	0,45*** 0,320,58
Alter	1,03*** 0,911,15
Geschlecht (m vs. w)	0,12 0,000,23
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,87*** 0,731,02
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,65*** 0,530,77





Referenzfall -0,21** (KH vs. PIA) -0,36...-0,05

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

 $^{^{\}scriptsize 1}$ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt



Tabelle 192: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)

	Mortalität
	über 4 Jahre
Gruppe	1,30 0,901,88
Psy A ¹	0,52** 0,330,81
Psy B²	0,79 0,411,52
Alter	10,70*** 4,9023,36
Geschlecht (m vs. w)	0,84 0,601,19
Komorbidität ³	1,19*** 1,121,27
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,54* 1,042,28
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,75 0,521,09
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,60* 0,410,89

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 193: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,94 0,691,28
Psy A ¹	0,58** 0,400,85
Psy B²	0,83 0,571,21
Alter	3,83*** 2,366,21
Geschlecht (m vs. w)	0,75 0,551,02
Komorbidität ³	1,28*** 1,201,36
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,85 0,601,22
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,84 0,611,18
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,86 0,591,25

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 194: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)

	Progression	Progression	Progression	
	A	B	C	
	(leichte zu schwere Depression)	(Depression zu rezidivierend)	(keine Sucht zu Sucht)	
Gruppe	1,09	0,69	1,09	
	0,621,91	0,381,24	0,811,48	
Psy A ¹	0,74	1,32	1,31	
	0,381,44	0,702,48	0,941,83	
Psy B²	2,18	1,49	0,64	
	0,984,85	0,693,23	0,391,07	
Alter	1,06	0,77	0,69*	
	0,601,87	0,421,42	0,500,95	
Geschlecht	1,36	1,22	0,61**	
(m vs. w)	0,772,40	0,672,20	0,460,81	
Komorbidität ³	1,04	1,06	0,89*	
	0,921,17	0,931,20	0,820,97	
Pflegestufe	1,34	0,32	1,01	
(nein vs. ja)	0,513,51	0,071,37	0,621,63	
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,57 0,912,71	1,35 0,772,38	0,91 0,681,22	
Referenzfall	0,50*	0,86	0,64**	
(KH vs. PIA)	0,290,87	0,481,53	0,470,87	

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 195: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu	Progression B (Depression	Progression C	
	schwere	zu	(keine Sucht	
	Depression)	rezidivierend)	zu Sucht)	
Gruppe	1,17	0,80	1,13	
	0,622,21	0,431,49	0,821,55	
Psy A ¹	1,49	2,55*	1,42	
	0,762,92	1,046,25	0,862,36	
Psy B²	0,71	0,58	1,09	
	0,341,48	0,281,20	0,791,52	
Alter	0,68	0,72	0,67*	
	0,361,25	0,381,36	0,480,94	
Geschlecht	0,70	1,05	0,65**	
(m vs. w)	0,381,27	0,551,99	0,480,89	
Komorbidität ³	1,16	0,98	0,89*	
	1,001,34	0,841,15	0,810,98	
Pflegestufe	0,66	0,25	0,63	
(nein vs. ja)	0,192,30	0,031,89	0,391,03	
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,04 0,561,90	0,94 0,501,77	1,16 0,831,61	
Referenzfall	1,10	0,67	0,69	
(KH vs. PIA)	0,492,47	0,321,37	0,441,08	

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcome nicht zweckmäßig sind (3).



U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 197: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2)

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180	Tage
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	-0,08*	-32,84**	-0,08**	-31,91**
	-0,160,01	-54,5811,10	-0,150,02	-52,6811,14
Psy B²	-0,05	-17,23	-0,05	-16,83
	-0,130,03	-40,015,55	-0,110,02	-38,594,93
Alter	0,02	18,18	0,06	23,55*
	-0,070,10	-5,2541,61	-0,010,13	1,1645,93
Geschlecht	-0,10*	-26,81*	-0,07*	-22,89*
(m vs. w)	-0,180,02	-49,763,87	-0,130,00	-44,810,97
Komorbidität³	0,00	-0,60	0,00	-1,14
	-0,020,02	-6,074,88	-0,020,01	-6,364,09
Pflegestufe	0,21**	58,16**	0,14*	49,91*
(nein vs. ja)	0,060,35	17,8398,50	0,030,26	11,3888,44



Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneu Patienten (U2)

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und		
		Wiederaufnahme		
Gruppe	1,21 0,971,51	-15,28 -34,654,08		
Psy A ¹	1,67*** 1,282,18	2,75 -20,1025,60		
Psy B²	1,06 0,771,46	2,90 -23,7629,57		
Alter	0,65*** 0,510,83	-8,35 -29,1812,49		
Geschlecht (m vs. w)	0,72** 0,580,90	1,37 -17,7020,44		
Komorbidität³	1,03 0,981,09	3,48 -1,068,01		
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,03 0,721,48	16,68 -13,8447,21		
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,04 0,831,29	-20,60* -39,931,28		
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95 0,711,28	12,29 -13,6038,17		



Tabelle 199: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2)

	Alkoholab	hängigkeit	<u>Demenz</u>		<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>			
	В	С	D	E	F	G	I	J	К	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,58 0,261,31	0,68** 0,530,88	1,21 0,801,83	1,71 0,763,84	0,94 0,273,27	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	0,00 0,00INF	1,36* 1,061,73	1,01 0,681,51	0,58 0,241,41	0,72 0,173,09	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	0,80 0,351,83	1,24 0,981,58	1,35 0,912,00	0,95 0,422,15	1,03 0,254,22	kf
Komorbidität³	kf	kf	kf	kf	0,91 0,781,06	1,12*** 1,051,19	0,89* 0,800,99	1,16 0,941,44	1,44 0,982,11	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	0,41* 0,190,91	1,07 0,611,89	0,34 0,081,46	2,91 0,7511,32	40463420,19 0,00INF	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	0,96 0,412,24	1,22 0,961,53	1,25 0,861,83	0,54 0,241,22	0,94 0,243,74	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	1,72 0,763,93	0,77* 0,600,99	0,60* 0,400,92	0,28** 0,120,62	0,48 0,122,02	kf



U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 200: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)

		Aufenthalte Nein)	Dauer stationärer Aufenthalte		
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär	
DID Jahr 1	0,42***	2,69*	-14,19***	6,29***	
	0,290,60	1,056,86	-16,2712,11	4,607,98	
DID Jahr 2	0,97	2,44	-2,51*	0,93	
	0,651,47	0,896,65	-4,590,44	-0,762,62	
Gruppe	1,47*	0,97	1,71*	0,86	
	1,092,00	0,392,42	0,233,20	-0,352,07	
Jahr 1	41,99***	27,72***	20,38***	6,36***	
	32,2754,63	14,9951,26	18,9121,86	5,177,56	
Jahr 2	1,33*	3,68***	3,16***	1,11	
	1,001,76	1,877,25	1,694,63	-0,092,31	
Indexgruppe 6	1,10	1,56**	6,70***	0,87	
(F10)	0,861,40	1,122,16	5,068,34	-0,462,20	
Indexgruppe 8	0,62***	2,07***	1,45**	2,23***	
(F30-F39)	0,530,72	1,702,52	0,522,39	1,472,99	
Indexgruppe 9	0,66***	0,82	-0,72	-1,08*	
(F43)	0,540,79	0,651,03	-1,780,34	-1,940,22	
Psy A ¹	1,38***	1,94***	3,11***	1,54***	
	1,171,65	1,582,37	2,084,14	0,702,38	
Psy B ²	1,05	0,96	0,82	-0,09	
	0,851,32	0,741,25	-0,572,21	-1,221,04	
Alter	0,92	0,74**	-1,33**	-0,73	
	0,791,08	0,610,90	-2,300,36	-1,510,06	
Geschlecht	0,83*	1,15	-0,05	0,24	
(m vs. w)	0,720,96	0,961,38	-0,930,83	-0,470,96	
Komorbidität ³	1,06**	0,96	0,11	-0,21*	
	1,021,09	0,921,00	-0,100,31	-0,380,05	
Pflegestufe	0,85	0,44***	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
(nein vs. ja)	0,671,08	0,300,64			
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,12 0,961,29	1,78*** 1,482,13	1,91*** 1,7 1,042,78 0,99		
Referenzfall	0,08***	0,38***	-6,13***	-2,67***	
(KH vs. PIA)	0,070,09	0,310,46	-7,045,22	-3,411,93	

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05



- ¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
- ² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
- ³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.; kf=kleine Fallzahl



Tabelle 201: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)

	Aufgrund Indexdiagnose				
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt		
DID Jahr 1	0,98***	-0,82*	-0,88		
	0,451,52	-1,500,13	-2,140,37		
DID Jahr 2	0,15	-0,50	-1,04		
	-0,390,68	-1,180,18	-2,300,21		
Gruppe	-0,32	0,32	0,17		
	-0,700,06	-0,170,81	-0,731,07		
Jahr 1	2,63***	1,96***	3,17***		
	2,253,00	1,472,44	2,284,06		
Jahr 2	1,39***	1,20***	0,61		
	1,011,77	0,721,69	-0,281,50		
Indexgruppe 6	1,35***	0,05	-1,60**		
(F10)	0,931,77	-0,490,59	-2,590,60		
Indexgruppe 8	0,42**	1,15***	-0,13		
(F30-F39)	0,180,66	0,841,46	-0,690,44		
Indexgruppe 9	-0,19	0,06	-1,05**		
(F43)	-0,460,08	-0,290,41	-1,700,41		
Psy A ¹	0,04	1,91***	1,86***		
	-0,230,30	1,562,25	1,242,48		
Psy B²	0,02	0,95***	3,98***		
	-0,340,37	0,491,40	3,144,82		
Alter	-0,12	-0,17	2,90***		
	-0,360,13	-0,480,15	2,323,48		
Geschlecht	0,28*	0,74***	2,00***		
(m vs. w)	0,060,51	0,451,02	1,472,53		
Komorbidität ³	0,02	-0,14***	1,34***		
	-0,040,07	-0,200,07	1,211,46		
Pflegestufe	-0,81***	-0,11	7,77***		
(nein vs. ja)	-1,190,42	-0,600,38	6,878,67		
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,10 -0,120,33	0,79*** 0,501,07	0,81** 0,291,34		
Referenzfall	1,26***	-0,69***	-0,32		
(KH vs. PIA)	1,031,49	-0,990,39	-0,870,23		

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt



Abschlussbericht – Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt. kf=kleine Fallzahl



Tabelle 202: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage	
	Intervalle mit	Intervalle mit	Intervalle mit	
	mind. 1	mind. 1	mind. 1	
	Kontakt	Kontakt	Kontakt	
Gruppe	1,38**	1,37**	1,28*	
	1,101,74	1,121,67	1,051,58	
Indexgruppe 6	2,67***	1,97***	1,71**	
(F10)	1,883,80	1,432,71	1,222,41	
Indexgruppe 8	1,73***	2,04***	2,02***	
(F30-F39)	1,352,23	1,652,53	1,622,52	
Indexgruppe 9	1,08	0,98	0,85	
(F43)	0,801,46	0,761,26	0,661,11	
Psy A ¹	1,62***	1,59***	1,48**	
	1,252,11	1,272,00	1,171,87	
Psy B ²	1,22	1,37*	1,66**	
	0,901,65	1,031,83	1,212,27	
Alter	0,90	0,93	0,81	
	0,711,14	0,761,15	0,651,00	
Geschlecht	1,15	1,16	1,39**	
(m vs. w)	0,921,44	0,951,41	1,141,71	
Komorbidität ³	0,93**	0,92**	0,98	
	0,880,98	0,880,97	0,941,03	
Pflegestufe	0,68	0,83	0,78	
(nein vs. ja)	0,441,03	0,591,17	0,561,10	
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,46** 1,171,83	1,42** 1,161,72	1,47*** 1,201,81	
Referenzfall	1,51**	1,64*** 1,292,08	1,61***	
(KH vs. PIA)	1,161,96		1,242,08	

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 203: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
		Intervalle mit	
	mind. 1	mind. 1	mind. 1
	Kontakt	Kontakt	Kontakt
Gruppe	0,97	0,95	1,26
	0,601,56	0,621,47	0,782,02
Indexgruppe 6	1,35	1,15	1,74
(F10)	0,642,82	0,602,19	0,853,54
Indexgruppe 8	1,47	1,25	1,74*
(F30-F39)	0,842,55	0,762,06	1,012,99
Indexgruppe 9	1,53	2,03*	1,55
(F43)	0,832,83	1,153,59	0,812,97
Psy A ¹	1,80	2,33**	1,80*
	1,003,23	1,363,96	1,013,21
Psy B ²	1,10	1,06	1,49
	0,592,07	0,591,93	0,762,93
Alter	0,94	1,00	0,98
	0,561,56	0,631,58	0,591,63
Geschlecht	1,75*	1,17	0,86
(m vs. w)	1,072,84	0,761,82	0,531,39
Komorbidität ³	0,90	0,95	0,99
	0,801,01	0,861,05	0,881,10
Pflegestufe	0,47	0,47	0,78
(nein vs. ja)	0,151,43	0,191,16	0,292,10
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,37 0,842,23	1,39 0,892,18	1,52 0,922,50
Referenzfall	0,93	1,27	0,95
(KH vs. PIA)	0,551,59	0,792,04	0,571,59

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 204: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.



Tabelle 205: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3)

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Berechnungen durchgeführt werden.

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

- ¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
- ² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
- ³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 206: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,05 -0,090,19	-2,59 -13,978,78
DID Jahr 2	0,02 -0,120,16	-4,27 -15,647,10
Gruppe	0,07 -0,030,17	5,94 -2,1714,05
Jahr 1	0,59*** 0,490,69	56,97*** 48,9465,00
Jahr 2	-0,13* -0,230,03	3,41 -4,6211,44
Indexgruppe 6 (F10)	0,05 -0,080,18	2,61 -7,8413,06
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,01 -0,080,05	16,54*** 11,4621,62
Indexgruppe 9 (F43)	-0,05 -0,110,02	-1,83 -7,353,69
Psy A ¹	0,17*** 0,110,24	16,42*** 10,8522,00
Psy B²	0,07 -0,030,17	-8,80* -17,070,53
Alter	0,04 -0,020,10	10,98*** 6,1215,84
Geschlecht (m vs. w)	-0,01 -0,060,05	8,13** 3,3312,94
Komorbidität ³	0,04*** 0,020,05	0,35 -1,061,76
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,10 -0,300,10	-23,87** -40,137,62
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,33*** -0,390,27	-9,34*** -14,234,44

 $^{^{\}rm 1}$ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 207: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.



Tabelle 208: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,17 -0,410,07
DID Jahr 2	-0,10 -0,340,15
Gruppe	0,19* 0,020,36
Jahr 1	0,78*** 0,610,95
Jahr 2	0,10 -0,070,27
Indexgruppe 6 (F10)	-0,09 -0,280,10
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,13* 0,020,23
Indexgruppe 9 (F43)	-0,13* -0,260,01
Psy A ¹	0,36*** 0,240,48
Psy B²	0,56*** 0,400,72
Alter	1,50*** 1,391,60
Geschlecht (m vs. w)	0,01 -0,090,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,58*** 1,411,75
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,39*** 0,290,49
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,14* -0,240,03

 $^{^{\}rm 1}$ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt



Tabelle 209: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)

	Mortalität
	über 2 Jahre
Gruppe	1,22 0,891,67
Psy A ¹	0,53** 0,360,79
Psy B²	0,76 0,441,33
Alter	10,11*** 5,3918,94
Geschlecht (m vs. w)	0,91 0,681,23
Komorbidität ³	1,20*** 1,141,27
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,16 0,821,64
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,88 0,651,19
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,41*** 0,290,59

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 210: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)		
Gruppe	1,14	0,62*	1,12		
	0,811,59	0,420,91	0,911,39		
Psy A ¹	1,27	1,26	0,76*		
	0,891,82	0,841,89	0,590,99		
Psy B²	1,13	1,03	0,79		
	0,691,83	0,591,81	0,531,16		
Alter	1,11	1,26	1,04		
	0,791,56	0,861,86	0,831,30		
Geschlecht	1,27	1,30	0,74**		
(m vs. w)	0,911,78	0,881,92	0,600,92		
Komorbidität ³	1,03	0,96	1,01		
	0,961,12	0,881,06	0,951,09		
Pflegestufe	0,98	0,40	0,90		
(nein vs. ja)	0,501,90	0,141,13	0,601,37		
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,58** 1,132,21	1,39 0,952,01	0,80* 0,650,99		
Referenzfall	0,63**	0,99	0,57***		
(KH vs. PIA)	0,450,87	0,681,44	0,460,71		

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.



Tabelle 211: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).



14.4 Ergebnisse Kosten

14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1)Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG			KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
N mit Fall	442	437	398	374	365	446	453	422	405	394
durchschnittliche Kosten	2.418,95 €	2.907,02€	2.711,52€	3.115,13€	2.044,46 €	2.128,56€	2.484,97 €	2.095,61€	2.330,67 €	2.588,57€
Standardabweichung	4.717,94 €	5.906,85 €	6.561,87 €	9.932,16 €	4.042,40 €	4.377,78 €	4.767,24 €	4.641,52 €	4.894,42 €	8.454,89 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	265,27 €	313,08 €	293,90€	230,63 €	206,95 €	277,10€	270,03 €	220,35 €	235,31€	175,88 €
Median	823,90 €	816,15 €	743,35 €	733,74 €	619,09€	764,11 €	782,68 €	588,40 €	668,74 €	533,21€
75%-Perzentil	2.511,71 €	2.673,54 €	2.480,78 €	1.949,52 €	1.945,32 €	2.017,96 €	2.273,71€	1.834,40 €	2.242,22€	2.072,11€
Maximum	55.826,42€	47.174,13€	74.345,15€	162.722,84€	38.735,56€	42.984,58€	36.619,03€	49.050,94€	49.924,22€	141.206,83€

Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG			KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583
N mit Fall	628	632	597	585	560	641	633	612	584	569
durchschnittliche Kosten	2.825,63€	3.154,48 €	3.205,67€	2.960,03€	2.692,76€	2.584,60€	3.268,48€	2.914,37€	3.554,96 €	3.134,36 €
Standardabweichung	6.886,63 €	9.567,87 €	8.114,81 €	7.605,45 €	5.586,24 €	6.718,34 €	12.901,07€	7.592,57 €	9.032,00€	6.741,40 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	292,33€	290,69 €	281,37 €	298,78 €	306,78 €	327,18€	327,17€	314,86 €	329,66€	313,50 €
Median	778,90 €	783,52 €	731,81 €	773,13 €	782,96 €	736,88€	785,69€	831,24 €	867,26 €	875,37 €
75%-Perzentil	2.605,46 €	2.507,99 €	2.560,70 €	2.393,90 €	2.543,00 €	2.334,25 €	2.516,43 €	2.241,12 €	2.980,79€	3.089,00€
Maximum	79.533,74€	144.006,94€	117.216,57€	86.771,25€	54.448,24€	118.757,33 €	295.246,50€	88.017,70€	143.523,59€	108.134,07€

Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

		IG					KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
N mit Fall	144	138	103	84	75	117	120	88	91	84
durchschnittliche Kosten	1.343,25€	1.649,30 €	1.565,86 €	1.908,51 €	914,98 €	1.103,83€	1.447,59€	1.088,08€	1.263,33€	1.579,20€
Standardabweichung	3.230,22 €	4.322,64 €	5.274,87 €	9.363,52 €	3.038,65 €	3.326,74 €	4.031,13 €	3.802,11 €	4.179,44 €	8.134,43 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	1.411,62 €	1.064,00€	0,00€	0,00€	0,00€	600,07€	681,46 €	0,00€	0,00€	0,00€
Maximum	27.809,59€	42.885,88€	70.017,36 €	162.063,44 €	33.723,60€	29.117,76€	28.775,63€	46.019,94€	46.170,04€	140.414,67€

Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



			IG			к				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583
N mit Fall	185	166	151	142	129	155	169	149	155	147
durchschnittliche Kosten	1.690,95€	1.840,27 €	1.770,11€	1.588,03€	1.339,06 €	1.263,98€	1.975,79€	1.670,82€	2.044,47 €	1.653,52€
Standardabweichung	6.111,69 €	8.478,58 €	6.836,22 €	6.384,33 €	4.485,27 €	5.574,99 €	11.883,49€	6.967,21€	7.998,65 €	5.694,19€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	868,04 €	655,84 €	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	751,94 €	0,00€	644,44€	637,44 €
Maximum	77.583,88€	128.992,76€	116.232,45€	83.216,63€	53.738,82€	115.796,81€	278.022,74€	84.296,81€	139.451,86 €	107.775,44€

Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG			КG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	6,95 €	0,00€	9,23 €	13,47 €	16,32 €	19,19€	15,47 €	4,74 €	11,28 €	8,82 €
Standardabweichung	104,76 €	0,00€	119,77€	182,10€	185,04€	224,60 €	191,30€	99,08€	149,31 €	146,42 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Maximum	1.679,74 €	0,00€	1.709,45 €	2.581,88€	2.581,88€	3.383,71 €	2.462,09 €	2.068,75 €	2.393,55 €	2.874,01€

Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG			KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	13,32 €	10,55 €	12,04€	15,61 €	2,65 €	17,64€	17,51 €	19,23 €	16,54 €
Standardabweichung	0,00€	264,55 €	215,81€	148,02€	242,09 €	45,37 €	310,46 €	371,38 €	236,13€	217,90€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€
Maximum	0,00€	6.500,00€	5.218,94 €	2.607,77€	5.163,76 €	953,31€	7.395,10€	9.198,15 €	3.223,33 €	3.459,83 €



Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

		IG					KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
N mit Fall	29	35	22	27	27	26	30	27	24	20
durchschnittliche Kosten	18,66 €	19,46 €	16,90 €	16,01€	30,97 €	31,87 €	34,83 €	45,87 €	20,57 €	17,40 €
Standardabweichung	100,28 €	113,61€	99,89 €	74,48 €	303,16€	257,70€	227,23€	494,49 €	127,89€	139,60 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Maximum	1.095,06 €	1.750,00€	1.143,60 €	724,00€	5.798,10 €	3.809,31 €	3.568,34 €	9.949,74 €	1.540,16 €	2.354,74 €

Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

		IG					KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
N mit Fall	440	433	394	372	364	440	449	420	405	392
durchschnittliche Kosten	441,44 €	466,68 €	452,08 €	510,53€	440,69€	486,67 €	453,74 €	442,04 €	455,64 €	415,48 €
Standardabweichung	440,19€	451,55€	414,70 €	731,04 €	512,13€	430,32 €	410,36 €	421,55€	404,27 €	427,23€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	169,56€	171,51€	160,87€	143,50€	115,66€	191,76€	169,34 €	154,48 €	160,88€	128,88€
Median	333,91€	369,14€	346,03 €	354,29€	276,57 €	368,72 €	330,90 €	320,42€	363,00€	285,59 €
75%-Perzentil	585,90€	632,25€	615,59€	621,63€	556,56€	652,19€	629,60€	597,81€	618,19€	541,18 €
Maximum	4.303,27 €	4.087,64 €	2.903,14 €	9.366,98 €	3.831,37 €	2.696,81€	2.666,41 €	3.014,81€	2.287,14 €	2.452,17 €

Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

		IG					KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	383	460	460	436	423	401
N mit Fall	440	433	394	372	356	440	449	420	405	383
durchschnittliche Kosten	441,44 €	466,68 €	452,08 €	510,53 €	427,40 €	486,67 €	453,74 €	442,04 €	453,49 €	416,53 €
Standardabweichung	440,19€	451,55€	414,70€	731,04 €	477,90 €	430,32 €	410,36 €	421,55€	404,52 €	428,37 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	169,56 €	171,51€	160,87€	143,50€	114,92 €	191,76€	169,34 €	154,48 €	160,03 €	127,74 €
Median	333,91€	369,14€	346,03 €	354,29 €	271,13 €	368,72 €	330,90 €	320,42 €	362,60€	284,53 €
75%-Perzentil	585,90€	632,25€	615,59€	621,63€	551,33 €	652,19€	629,60€	597,81€	617,81€	542,15 €
Maximum	4.303,27 €	4.087,64 €	2.903,14 €	9.366,98 €	3.831,37 €	2.696,81 €	2.666,41 €	3.014,81 €	2.287,14 €	2.452,17 €



Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

		IG					KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583
N mit Fall	618	623	591	581	555	637	629	610	582	563
durchschnittliche Kosten	529,88 €	494,63 €	455,50 €	439,14 €	434,34 €	603,95 €	497,43 €	468,79 €	483,69 €	484,69 €
Standardabweichung	1.743,02 €	1.048,10 €	523,73€	424,64 €	440,89€	1.879,16 €	778,88 €	489,91 €	432,23 €	515,40€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	178,12 €	167,95 €	146,92 €	160,56 €	151,66€	221,62 €	183,11€	176,65 €	181,43 €	166,33€
Median	331,61 €	337,63 €	332,13€	334,59 €	321,67€	379,24 €	345,82 €	361,98 €	376,57 €	350,82 €
75%-Perzentil	565,33 €	597,32 €	591,87€	600,17 €	545,53€	617,23 €	606,76 €	630,21 €	684,42 €	672,59€
Maximum	31.059,99€	18.381,19€	5.169,31 €	3.958,08 €	4.061,18 €	32.207,91€	13.688,31€	7.251,59 €	3.891,80 €	6.348,45 €

Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG					KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
N mit Fall	362	378	348	325	312	379	379	358	338	336
durchschnittliche Kosten	535,13 €	679,16 €	575,57 €	543,39 €	570,07 €	413,60 €	453,02 €	436,42 €	470,32 €	516,68€
Standardabweichung	2.697,35 €	2.959,02 €	2.229,02 €	1.749,91 €	1.438,61€	1.052,76 €	946,77 €	1.133,96 €	1.037,57 €	1.097,25 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€
25%-Perzentil	15,51 €	30,00 €	27,90 €	27,54€	18,01€	24,22€	17,91€	19,09€	18,47 €	15,39 €
Median	124,39 €	126,78€	120,77€	134,95 €	132,34 €	101,17€	110,01€	103,34 €	104,05 €	115,71 €
75%-Perzentil	376,37 €	520,28€	437,12€	474,10€	516,93 €	335,97 €	405,84 €	387,39€	405,52 €	482,75 €
Maximum	50.574,04 €	43.300,92 €	32.099,56€	28.225,62€	17.457,10€	14.448,89€	8.050,92 €	17.952,14 €	9.879,76 €	9.850,02 €

Tabelle 223: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG					KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583
N mit Fall	531	548	525	517	498	534	537	520	519	508
durchschnittliche Kosten	498,32 €	645,41 €	818,34 €	777,32 €	765,04 €	619,01€	679,56 €	654,43 €	877,30 €	823,27 €
Standardabweichung	1.058,47 €	1.837,32 €	3.168,61€	3.289,38 €	2.591,24 €	2.092,35 €	2.304,55 €	1.854,93 €	3.194,12 €	2.173,57 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	24,80 €	29,30 €	28,44 €	34,73 €	40,72 €	23,24€	29,60 €	28,53 €	35,61€	45,44 €
Median	144,78 €	142,71 €	152,60€	146,30€	170,24 €	118,22€	141,22€	169,85 €	192,97€	221,77 €
75%-Perzentil	488,67 €	546,32 €	501,33€	470,90 €	495,66 €	449,98€	524,57€	538,84 €	624,83€	677,99 €
Maximum	13.633,62€	21.943,33€	52.973,67€	62.377,63€	29.297,88€	36.480,58€	36.845,33€	28.439,81€	56.041,82€	24.591,51€



Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

		IG					KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	453	453	420	403	390	460	460	436	421	411
N mit Fall	94	106	87	93	60	104	88	85	96	52
durchschnittliche Kosten	73,52 €	92,41 €	91,87 €	123,21 €	71,43 €	73,41 €	80,32 €	78,45 €	109,51 €	50,99 €
Standardabweichung	208,49 €	280,23€	330,05 €	454,83 €	336,74 €	259,12 €	348,80 €	354,97 €	481,10€	234,26 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Maximum	1.474,38 €	2.332,46 €	3.351,28 €	5.559,12 €	4.101,30 €	2.672,28 €	4.164,63 €	3.796,56 €	6.496,72 €	3.075,38 €

Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

			IG					KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	647	647	625	608	583	648	648	624	603	583
N mit Fall	124	166	136	131	132	136	149	131	129	138
durchschnittliche Kosten	83,05 €	141,39 €	139,12 €	128,35 €	123,36 €	70,69€	75,44 €	83,47 €	105,71 €	112,97 €
Standardabweichung	298,72€	472,57€	506,13 €	528,79€	417,66€	220,88 €	265,87 €	287,33€	404,88 €	409,70 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	64,10 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Maximum	3.065,54 €	4.258,10 €	4.685,68 €	6.770,50 €	5.320,67 €	2.260,76 €	4.503,00 €	3.671,80€	5.364,75 €	4.644,70 €



14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	I	G	КС	i
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714
N mit Fall	1.669	1.672	1.670	1.667
durchschnittliche Kosten	2.591,14€	2.901,83€	2.697,67€	2.547,37 €
Standardabweichung	5.541,35 €	7.789,94 €	8.580,19 €	5.714,17 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	276,10 €	236,10 €	279,01 €	263,10 €
Median	789,88 €	737,06 €	779,28 €	724,14 €
75%-Perzentil	2.392,30 €	2.382,48 €	2.418,32 €	2.536,32 €
Maximum	66.215,65€	164.528,59€	232.524,60€	92.122,64€

Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	10	G	K	G
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714
N mit Fall	491	467	477	440
durchschnittliche Kosten	1.381,26 €	1.672,11€	1.439,12 €	1.416,17 €
Standardabweichung	3.937,06 €	6.173,18 €	5.871,77 €	4.568,77 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	798,72 €	852,28 €	816,24 €	704,68 €
Maximum	58.788,69 €	157.562,71€	191.934,50 €	88.266,67€

Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	Id	G	K	G
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714
N mit Fall	13	14	19	<10
durchschnittliche Kosten	14,29 €	14,10 €	22,50 €	8,98 €
Standardabweichung	190,13 €	200,42 €	250,32 €	142,81 €
Minimum	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€
Maximum	4.828,97 €	5.099,13 €	4.504,65 €	2.748,70 €



Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	I	G	K	G
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714
N mit Fall	101	104	87	123
durchschnittliche Kosten	18,33 €	17,98 €	26,31 €	32,00 €
Standardabweichung	118,70 €	107,27 €	240,45 €	227,61€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	2.903,58 €	1.750,00 €	5.117,12 €	4.557,66 €

Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	I	G	К	G
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714
N mit Fall	1.664	1.659	1.658	1.653
durchschnittliche Kosten	491,33 €	481,40 €	524,95 €	475,88 €
Standardabweichung	508,47 €	670,30 €	630,32 €	512,54€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	171,01 €	150,07 €	191,12 €	159,64 €
Median	352,74 €	336,81 €	383,88€	342,90 €
75%-Perzentil	648,62 €	633,75 €	670,56 €	638,46 €
Maximum	5.438,76 €	19.199,10€	15.423,65 €	7.203,19 €

Tabelle 231: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	I	G	K	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714	
N mit Fall	1.409	1.426	1.440	1.455	
durchschnittliche Kosten	606,89 €	642,09 €	604,56 €	543,44 €	
Standardabweichung	3.028,88 €	3.616,83 €	5.100,52 €	2.296,05 €	
Minimum	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €	
25%-Perzentil	20,45 €	20,50 €	23,37 €	26,22 €	
Median	101,00 €	107,52 €	98,48 €	104,66 €	
75%-Perzentil	394,10 €	411,91 €	351,23 €	386,45 €	
Maximum	65.799,18 €	106.194,29€	201.624,73 €	71.684,74€	



Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	I	G	К	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	
N gesamt	1.714	1.714	1.714	1.714	
N mit Fall	367	357	386	327	
durchschnittliche Kosten	79,04 €	74,14 €	80,23 €	70,90 €	
Standardabweichung	348,78 €	242,88 €	327,40 €	295,12 €	
Minimum	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €	
25%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €	
Median	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €	
75%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00 €	
Maximum	10.897,28 €	2.332,46 €	6.588,74 €	5.750,14 €	



14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG		KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205	
N mit Fall	1.227	1.229	1.147	1.221	1.225	1.167	
durchschnittliche Kosten	2.545,64€	3.025,81 €	2.534,42 €	2.677,15€	2.570,70€	2.633,13€	
Standardabweichung	5.254,23 €	8.384,80 €	6.200,26 €	9.662,99 €	5.773,99 €	9.976,10 €	
Minimum	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
25%-Perzentil	268,83 €	261,03 €	248,90 €	267,82 €	262,90 €	215,08 €	
Median	807,07 €	796,46 €	672,83 €	763,30 €	718,11 €	584,29 €	
75%-Perzentil	2.507,82 €	2.637,27 €	2.124,57 €	2.259,77 €	2.597,56 €	1.981,20 €	
Maximum	66.215,65€	164.528,59€	89.233,34€	232.524,60€	92.122,64€	275.501,83€	

Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG		KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205	
N mit Fall	375	361	269	342	332	253	
durchschnittliche Kosten	1.410,73 €	1.808,87 €	1.391,09€	1.451,71€	1.443,53€	1.344,00€	
Standardabweichung	3.829,62 €	6.855,30 €	4.856,07 €	6.618,64 €	4.525,28 €	7.725,39 €	
Minimum	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
25%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	
Median	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
75%-Perzentil	907,99 €	1.114,33 €	0,00€	716,11 €	732,65 €	0,00 €	
Maximum	43.996,15€	157.562,71€	70.017,36€	191.934,50€	88.266,67€	235.918,81€	

Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG		KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205	
N mit Fall	10	10	10	10	<10	<10	
durchschnittliche Kosten	14,24 €	14,10 €	15,21 €	18,72 €	9,37 €	17,76 €	
Standardabweichung	193,91 €	205,46 €	181,73 €	240,08 €	149,27 €	505,99 €	
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	
Maximum	4.828,97 €	5.099,13 €	2.989,01 €	4.504,65 €	2.748,70 €	17.368,64€	



Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG		KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205	
N mit Fall	74	77	71	65	91	83	
durchschnittliche Kosten	15,82 €	16,67 €	26,87 €	26,33 €	34,01 €	37,65 €	
Standardabweichung	86,69 €	103,67 €	188,82 €	223,54 €	245,92 €	349,72 €	
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
25%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
75%-Perzentil	0,00 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
Maximum	1.095,06 €	1.750,00€	3.795,46 €	3.809,31 €	4.557,66 €	9.949,74 €	

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG		KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205	
N mit Fall	1.223	1.219	1.139	1.211	1.216	1.160	
durchschnittliche Kosten	482,43 €	486,67 €	464,35 €	505,38 €	474,40 €	465,91 €	
Standardabweichung	476,92 €	505,93 €	477,99 €	635,99 €	494,52 €	622,42 €	
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	
25%-Perzentil	167,74 €	153,00 €	153,47 €	185,89 €	162,62€	143,01 €	
Median	351,05 €	348,93 €	318,76 €	372,03 €	343,24 €	308,52 €	
75%-Perzentil	650,16 €	651,50€	621,34€	656,19 €	641,50€	594,73 €	
Maximum	5.111,41 €	5.333,24 €	4.878,67 €	15.423,65€	5.858,54 €	10.577,72€	

Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG		KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205	
N mit Fall	1.037	1.063	987	1.048	1.070	986	
durchschnittliche Kosten	552,18 €	618,03 €	546,58 €	603,33 €	526,63 €	689,17 €	
Standardabweichung	2.758,06 €	3.592,58 €	1.991,02 €	5.811,26 €	2.387,54 €	3.982,07 €	
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	
25%-Perzentil	24,05 €	26,08 €	22,68 €	22,98 €	25,60 €	18,08 €	
Median	108,52 €	114,44 €	111,23 €	100,00 €	104,93 €	100,58 €	
75%-Perzentil	419,69 €	435,18 €	410,43 €	333,99 €	382,42 €	382,16 €	
Maximum	65.799,18€	106.194,29€	37.976,24€	201.624,73€	71.684,74€	108.105,63€	



Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

		IG			KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr		
N gesamt	1.262	1.262	1.201	1.257	1.257	1.205		
N mit Fall	265	285	237	272	266	240		
durchschnittliche Kosten	70,24 €	81,48 €	90,31 €	71,68 €	82,77 €	78,63 €		
Standardabweichung	216,99 €	252,26 €	386,92 €	279,13 €	327,61 €	328,88 €		
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€		
Maximum	2.514,45 €	2.332,46 €	7.012,18 €	5.274,40 €	5.750,14 €	4.373,30 €		



14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4)Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 240: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774	
N mit Fall	806	807	744	712	814	814	772	742	
durchschnittliche Kosten	2.636,22 €	3.035,83€	2.422,69€	2.796,74€	2.738,79€	2.565,24€	2.934,41 €	2.486,15€	
Standardabweichung	5.502,33 €	8.422,43 €	5.607,18€	8.298,29€	11.223,38€	6.110,02 €	11.841,39€	7.229,91 €	
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
25%-Perzentil	251,70 €	261,22€	240,21 €	203,18€	274,11€	260,78 €	212,60€	220,94 €	
Median	787,94 €	796,23 €	641,92 €	666,18€	768,04 €	724,77 €	588,40 €	630,70€	
75%-Perzentil	2.648,26 €	2.812,63 €	2.098,20 €	1.958,91€	2.275,20€	2.571,99€	2.148,69 €	2.228,43 €	
Maximum	66.215,65€	164.528,59€	74.345,15€	162.722,84€	232.524,60€	92.122,64€	275.501,83€	127.794,21€	

Tabelle 241: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637	
N mit Fall	657	663	625	615	676	669	646	618	
durchschnittliche Kosten	2.750,15 €	3.195,65 €	3.222,05 €	2.967,71€	2.555,81 €	3.269,04€	2.977,17 €	3.548,94€	
Standardabweichung	6.740,09 €	9.705,07 €	8.492,49 €	7.719,78 €	6.582,37 €	12.673,34€	7.764,93 €	8.996,32 €	
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	
25%-Perzentil	282,68€	284,83 €	278,94 €	284,46 €	328,99€	329,80€	314,05€	316,47 €	
Median	774,69 €	765,56 €	708,31 €	751,47 €	731,11 €	783,68 €	821,43€	844,52 €	
75%-Perzentil	2.556,03 €	2.479,83 €	2.535,42 €	2.320,16 €	2.334,25 €	2.531,29€	2.229,18€	2.931,83 €	
Maximum	79.533,74 €	144.006,94 €	117.216,57€	86.771,25€	118.757,33€	295.246,50€	88.017,70€	143.523,59€	

Tabelle 242: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		10	i		KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774
N mit Fall	254	249	174	155	232	219	175	164
durchschnittliche Kosten	1.473,14 €	1.889,16€	1.314,15 €	1.644,67€	1.439,31 €	1.430,90€	1.530,05€	1.190,16€
Standardabweichung	3.896,27 €	7.536,07 €	4.506,06 €	7.556,90 €	7.434,37 €	4.692,48 €	9.176,48 €	4.205,80 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	1.355,38 €	1.364,12 €	0,00€	0,00€	739,36 €	711,08 €	0,00€	0,00 €
Maximum	43.996,15 €	157.562,71€	70.017,36 €	162.063,44€	191.934,50€	88.266,67€	235.918,81 €	60.282,34€



Tabelle 243: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		10	3			K	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637
N mit Fall	192	172	154	146	164	179	155	161
durchschnittliche Kosten	1.639,88 €	1.830,21€	1.698,22€	1.551,17€	1.254,92 €	1.934,59€	1.651,80€	1.982,56€
Standardabweichung	5.976,81 €	8.330,71 €	6.678,15 €	6.274,89€	5.459,07€	11.585,33€	6.831,43 €	7.812,22 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	806,17 €	618,81€	0,00€	0,00€	0,00€	755,23 €	0,00€	322,02€
Maximum	77.583,88 €	128.992,76€	116.232,45€	83.216,63€	115.796,81€	278.022,74€	84.296,81€	139.451,86€

Tabelle 244: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	15,15 €	4,76 €	10,45 €	15,30 €	11,30 €	10,79 €	24,82 €	64,50 €
Standardabweichung	216,26€	96,96€	141,98 €	198,90€	168,12€	156,47 €	619,22€	1.538,09€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €	0,00€	0,00 €
Maximum	4.828,97 €	2.611,10€	2.675,73 €	3.154,13 €	3.383,71 €	2.462,09 €	17.368,64€	42.614,11€

Tabelle 245: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		IC	G .			K	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00€	12,69€	10,04 €	11,44 €	2,51 €	16,71 €	18,01 €	18,20 €
Standardabweichung	0,00€	258,24 €	210,49 €	144,29 €	44,16 €	302,19€	363,19€	229,77 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	0,00€	6.500,00€	5.218,94 €	2.607,77€	953,31€	7.395,10€	9.198,15 €	3.223,33 €



Tabelle 246: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		IC	3			K	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774
N mit Fall	40	52	40	46	45	52	50	43
durchschnittliche Kosten	14,01 €	15,27 €	20,36 €	16,60 €	26,36 €	29,95 €	38,18 €	21,47 €
Standardabweichung	85,78€	101,38€	163,35 €	97,75 €	229,00€	229,99 €	398,96 €	139,96 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	1.095,06 €	1.750,00€	3.795,46 €	1.921,07 €	3.809,31 €	4.252,00€	9.949,74 €	2.252,47 €

Tabelle 247: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		IC	G			K	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637
N mit Fall	41	38	22	29	48	38	45	41
durchschnittliche Kosten	22,32 €	20,18 €	11,46 €	14,53 €	23,12 €	21,61 €	21,81 €	24,98 €
Standardabweichung	185,45 €	165,71 €	107,64 €	96,54 €	153,47 €	175,28 €	164,50€	149,28€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	4.185,18 €	3.797,61€	2.365,34 €	1.453,96 €	3.069,37 €	3.603,96 €	2.900,72 €	2.291,14€

Tabelle 248: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774
N mit Fall	802	799	739	706	805	808	766	739
durchschnittliche Kosten	459,77 €	468,98 €	452,89 €	468,35 €	494,98 €	466,76 €	474,94 €	455,60 €
Standardabweichung	458,20 €	484,72 €	447,16 €	626,38€	671,49 €	495,48 €	628,39€	489,64 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	165,94 €	148,90 €	151,18 €	127,37 €	184,32 €	157,40 €	144,33 €	144,78 €
Median	334,13 €	339,47 €	318,43 €	320,55€	361,66 €	330,03 €	309,97€	330,08 €
75%-Perzentil	622,93 €	632,07 €	598,19 €	593,35 €	646,74 €	616,94 €	619,53 €	602,70 €
Maximum	4.303,27 €	4.773,55€	4.116,54 €	9.366,98€	15.423,65 €	4.658,74 €	10.577,72€	5.740,94 €



Tabelle 249: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		IC	3			K	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637
N mit Fall	647	654	619	610	672	664	644	615
durchschnittliche Kosten	518,49 €	490,32 €	455,84 €	437,82 €	597,77 €	494,66 €	466,82 €	480,32 €
Standardabweichung	1.703,02 €	1.031,52 €	525,54 €	424,03 €	1.833,65 €	762,74 €	482,84 €	430,05 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	171,04 €	165,97 €	146,92 €	156,68 €	221,62€	184,63€	177,98 €	179,93 €
Median	324,09 €	334,26 €	332,13 €	334,59 €	378,51€	344,54 €	356,63 €	363,43 €
75%-Perzentil	559,81€	591,38€	585,28 €	600,17€	614,92 €	605,75 €	630,31€	683,91€
Maximum	31.059,99€	18.381,19€	5.169,31 €	3.958,08 €	32.207,91€	13.688,31€	7.251,59 €	3.891,80€

Tabelle 250: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		10	ì			К	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774
N mit Fall	672	693	638	624	692	703	653	629
durchschnittliche Kosten	601,66 €	574,60 €	515,98 €	553,29 €	696,74 €	548,69 €	775,97 €	674,64 €
Standardabweichung	3.158,65 €	2.376,10€	1.807,44 €	1.780,13 €	7.083,51 €	2.740,95 €	4.697,34 €	4.622,50€
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	17,06 €	26,85 €	20,48 €	26,66€	20,62€	20,46 €	18,15 €	18,06 €
Median	107,12 €	122,97 €	111,23 €	125,35€	101,28 €	98,90€	99,82 €	104,16€
75%-Perzentil	417,85 €	431,13 €	384,37 €	449,56€	348,56€	385,75 €	387,44 €	432,36€
Maximum	65.799,18€	43.300,92 €	32.099,56 €	28.225,62€	201.624,73 €	71.684,74 €	108.105,63 €	120.783,07€

Tabelle 251: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		IC	G .			К	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637
N mit Fall	554	570	550	541	562	564	549	547
durchschnittliche Kosten	487,10€	704,17 €	909,76 €	826,50€	606,98 €	724,81 €	736,66 €	940,88 €
Standardabweichung	1.038,39 €	2.651,59€	4.313,78 €	3.693,25 €	2.041,54 €	2.744,30 €	2.538,18 €	3.570,17 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	23,24 €	28,61€	28,09€	33,64 €	23,24 €	29,43 €	29,03€	34,65 €
Median	139,89 €	139,70€	149,97 €	145,43 €	118,78 €	140,57 €	167,02€	192,97€
75%-Perzentil	473,47 €	546,32 €	499,39 €	470,90 €	467,61€	524,57 €	534,53 €	632,12 €
Maximum	13.633,62€	51.418,04€	77.837,58€	62.377,63€	36.480,58€	41.779,67€	37.569,72 €	56.041,82€



Tabelle 252: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		16	ì		KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	831	831	783	761	836	836	798	774
N mit Fall	173	187	164	144	189	169	174	149
durchschnittliche Kosten	72,50 €	83,06 €	108,87 €	98,54 €	70,12 €	78,13 €	90,44 €	79,78 €
Standardabweichung	214,30 €	256,50 €	454,51 €	406,19€	241,82 €	299,78 €	357,59€	371,28 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	2.226,37 €	2.332,46 €	7.012,18 €	5.559,12€	2.672,28 €	4.164,63 €	4.373,30 €	6.496,72 €

Tabelle 253: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zwei Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		IC	G			K	G	
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	679	679	657	640	684	684	659	637
N mit Fall	130	170	141	137	147	158	138	135
durchschnittliche Kosten	82,36 €	138,08 €	136,73 €	126,25 €	70,50 €	76,65 €	82,08 €	101,99 €
Standardabweichung	296,41 €	464,24 €	498,78 €	520,32 €	217,06 €	268,50€	281,57 €	394,77 €
Minimum	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
25%-Perzentil	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Median	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
75%-Perzentil	0,00€	10,24 €	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00 €
Maximum	3.065,54 €	4.258,10 €	4.685,68 €	6.770,50 €	2.260,76 €	4.503,00€	3.671,80 €	5.364,75 €



14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix

Tabelle 254: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2013			2014			2015			2016			2017		
Behandlungssetting	IG	KG	p- Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p- Wert	IG	KG	p- Wert	IG	KG	p- Wert
vs+TK+HT+PIA	11		0,000	7		6,85E- 34	9		0,000	14		0,000	23		0,000
vs+TK+PIA	51	400	0,000	58	333	0,000	71	425	0,000	55	409	0,000	75	396	0,000
vs+TK+HT	4		0,000	1		0,047	1		0,017				1		0,075
vs+HT+PIA	30		0,000	7		0,000	22		0,000	33		0,000	37		0,000
TK+HT+PIA	5		0,000	1		0,047	6		0,000	2		0,000	1		0,075
vs+TK	26	357	0,018	25	336	0,014	33	379	0,000	7	288	0,182	13	238	0,621
vs+PIA	112	3765	0,000	107	3513	0,024	91	3299	0,001	88	3219	0,000	84	3123	0,000
vs+HT	14		0,000	8		0,000	10		0,000	7		0,000	11		0,000
TK+PIA	110	1138	0,000	102	998	0,000	89	1167	0,000	136	1453	0,000	110	1440	0,000
TK+HT	2		0,000												
HT+PIA	28		0,000	22		0,000	19		0,000	37		0,000	39		0,000
vs	175	10985	0,000	147	9760	0,000	140	9016	0,000	139	8738	0,000	134	7216	0,000
тк	33	820	0,863	25	769	0,383	15	775	0,009	12	826	0,000	8	656	0,000
PIA	848	16980	0,000	843	18649	0,000	854	18771	0,000	911	19196	0,000	951	19789	0,032
НТ	2		0,000	3		0,000	6		0,000	8		0,000	6		0,000
Gesamtergebnis	1451	34445	0,000	1356	34358	0,000	1366	33832	0,000	1449	34129	0,000	1493	32858	0,000



14.4.6 Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten

Abbildung 97: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten)

