Abschlussbericht

Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH

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

Berichtsnummer: 3

Datum: 20.12.2022

Aktualisiert am 05.05.2023

Autoren:

Dr. Anne **Neumann**, M.P.H.[1], Roman **Kliemt**, M.A.[2], Dr. rer. nat. Fabian **Baum,** Dipl.-Psych.[1], Dipl-Phys. Martin **Seifert**[1], Denise **Kubat**, B.A.[3], Prof. Dr. rer. biol. hum. Enno **Swart**[3], Prof. 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 Arnold[1], Franziska Claus, M.Sc.[2], Dipl.-Math. Nils Kossack[2], Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise Küster, M.P.H.[1], Prof. Dr. Stefanie March[3,4], Dr. rer. medic. Thomas Petzold[1], Dr. rer. nat. Olaf Schoffer[1], Christopher Schrey, M.Sc. [2], Dr. Ines Weinhold[2], Dr. med. Jessika Weiß[5].

[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] Hochschule Magdeburg-Stendal, Professur Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
[5] Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Inhalt

1. Zusammenfassung ... 22
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 Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH ... 43
8. Ergebnisse: Effektivität ... 44
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe ... 45
8.2 Ergebnisse Outcomes ... 51
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer ... 52
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) ... 52
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 ... 103
U3 ... 107
U4 ... 113
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik ... 122
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) ... 122
U1 ... 124
U2 ... 143
U3 ... 150
U4 ... 158
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem ... 176

Beschreibung Ergebnisse (U2) 176
U2 177
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping 184
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 184
U1 185
U2 189
U3 191
U4 194
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit 197
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 197
U1 200
U2 207
U3 210
U4 214
8.2.7 Wiederaufnahmeraten 220
Beschreibung Ergebnisse (U2) 220
U2 221
8.2.8 Komorbidität 224
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 224
U1 226
U2 229
U3 230
U4 232
8.2.9 Mortalität 234
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 234
U1 235
U2 239
U3 241
U4 244
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung 247
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 247
U1 249

U2 ... 258
U3 ... 262
U4 ... 267
8.2.11 Leitlinienadhärenz ... 275
Beschreibung Ergebnisse (U2) ... 275
U2 ... 277
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung ... 287
9.1 Patientenmix ... 287
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) ... 287
U1 ... 289
U2 ... 292
U3 ... 294
U4 ... 296
9.2 Leistungserbringung ... 298
Beschreibung Ergebnisse (U1) ... 298
U1 ... 298
10. Ergebnisse: Kosten ... 307
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten ... 307
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) ... 307
U1 ... 309
U2 ... 313
U3 ... 314
U4 ... 316
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen ... 318
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) ... 318
U1 ... 320
U2 ... 324
U3 ... 325
U4 ... 327
10.3 Kosten stationsersetzender psychiatrischer Leistungen ... 329
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) ... 329
10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen ... 330

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 330
U1 332
U2 336
U3 337
U4 339
10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen 341
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 341
U1 343
U2 347
U3 348
U4 350
10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 352
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 352
U1 354
U2 358
U3 359
U4 361
10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung 363
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 363
U1 365
U2 369
U3 370
U4 372
10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung 374
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 374
U1 376
U2 380
U3 381
U4 383
10.9 Kosten der Heilmittelversorgung 385
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) 385

U1 ... 387
U2 ... 391
U3 ... 392
U4 ... 394
11. Ergebnisse: Effizienz ... 396
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4) ... 396
U2 ... 397
U4 ... 398
12. Diskussion ... 400
12.1 Hauptergebnisse ... 400
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich) ... 417
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch) ... 421
13. Literatur ... 423
14. Anhang ... 426
14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4 ... 426
14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose ... 437
14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität ... 445
14.4 Ergebnisse Kosten ... 496
14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1) ... 496
14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2) ... 500
14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3) ... 503
14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4) ... 506
14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix ... 510
14.4.6 Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten ... 511

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[1] 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 unabhängiger Variablen (UV). Sie betrachten die Wirkung der UV isoliert, d.h. unter Nichtbeachtung von anderen UVs. Dabei liefert der Gruppenhaupteffekt Informationen über Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe kumuliert über alle Messzeitpunkte (sowohl im Präzeitraum als auch im ersten Jahr). Analog dazu lassen sich aus dem

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

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 Dreisteller (Einfach-Diagnose) zugeordnet werden konnten, d.h. entweder Indexdiagnose als Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose (Referenzort = stationär) oder nur eine 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, stationäre 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) 104
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) 109
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U4) 116
Abbildung 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U1) 136
Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U2) 147
Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U3) 154
Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U4) 170
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, (U2) 181
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) 187
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2) 190
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) 192
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4) 196
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U1) 202
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U2) 208
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U3) 211
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U4) 216
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2) 222
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) 227
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) 229
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U3) 230
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) 233
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1) 236
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2) 240
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U3) 242
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4) 245
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1) 251
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2) 259
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, (U3) 263
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, (U4) 269
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2) 282
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten 290
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten 291
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten 293
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten 295
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten 296
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten 297
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten 309
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten 310
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten 313

Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 314
Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten 316
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten 317
Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 320
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 321
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 324
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 325
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 327
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten 328
Abbildung 54: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 332
Abbildung 55: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 333
Abbildung 56: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 336
Abbildung 57: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 337
Abbildung 58: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 339
Abbildung 59: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten 340
Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten 343
Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten 344
Abbildung 62: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten 347
Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten 348
Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten 350
Abbildung 65: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten 351
Abbildung 66: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 354
Abbildung 67: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten 355
Abbildung 68: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten 358
Abbildung 69: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 359
Abbildung 70: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten 361
Abbildung 71: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten 362
Abbildung 72: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 365
Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 366
Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 369
Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 370
Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 372
Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten 373
Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten 376
Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 377
Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten 380
Abbildung 81: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten 381
Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten 383
Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten 384
Abbildung 84: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 387
Abbildung 85: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 388
Abbildung 86: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 391
Abbildung 87: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 392
Abbildung 88: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten 394
Abbildung 89: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten 395
Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4 399

Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage 511

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching ... 40
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken ... 41
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching ... 42
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1 ... 45
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1 ... 47
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) ... 102
Tabelle 14: Einsatz ambulanter Leistungen, (U2) ... 103
Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) ... 107
Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) ... 112
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, (U4) ... 113
Tabelle 18: Kontinuität der Behandlung, (U1) ... 124
Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1) ... 142
Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, (U2) ... 143
Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung,(U3) ... 150
Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3) ... 157
Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, (U4) ... 158
Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, (U2) ... 177
Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2) ... 183
Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) ... 185
Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) ... 188
Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2) ... 189
Tabelle 29: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) ... 191
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) ... 193
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4) ... 194
Tabelle 32: Arbeitsunfähigkeit, (U1) ... 200
Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1) ... 206
Tabelle 34: Arbeitsunfähigkeit, (U2) ... 207
Tabelle 35: Arbeitsunfähigkeit, (U3) ... 210
Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3) ... 213
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, (U4) ... 214
Tabelle 38: Wiederaufnahmeraten, (U2) ... 221
Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2) ... 223
Tabelle 40: Komorbidität, (U1) ... 226
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1) ... 228
Tabelle 42: Komorbidität, (U2) ... 229
Tabelle 43: Komorbidität, (U3) ... 230

Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3) ... 231
Tabelle 45: Komorbidität, (U4) ... 232
Tabelle 46: Mortalität, (U1) ... 235
Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1) ... 238
Tabelle 48: Mortalität, (U2) ... 239
Tabelle 49: Mortalität, (U3) ... 241
Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3) ... 243
Tabelle 51: Mortalität, (U4) ... 244
Tabelle 52: Progression, (U1) ... 249
Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1) ... 257
Tabelle 54: Progression, (U2) ... 258
Tabelle 55: Progression, (U3) ... 262
Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3) ... 266
Tabelle 57: Progression, (U4) ... 267
Tabelle 58: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, (U2) ... 277
Tabelle 59: Leitlinienadhärenz Demenz, (U2) ... 278
Tabelle 60: Leitlinienadhärenz Depression, (U2) ... 279
Tabelle 61: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, (U2) ... 281
Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2) ... 286
Tabelle 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten ... 289
Tabelle 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten ... 290
Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten ... 292
Tabelle 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten ... 294
Tabelle 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten ... 296
Tabelle 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten ... 297
Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten ... 299
Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten ... 300
Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten ... 301
Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten ... 302
Tabelle 73: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten ... 303
Tabelle 74: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten ... 304
Tabelle 75: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten ... 305
Tabelle 76: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten ... 306
Tabelle 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten ... 309
Tabelle 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten ... 310
Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten ... 311
Tabelle 80: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten ... 312
Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten ... 313

Tabelle 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 314
Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 315
Tabelle 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten 316
Tabelle 85: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten 317
Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 320
Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 321
Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 322
Tabelle 89: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 323
Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 324
Tabelle 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 325
Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 326
Tabelle 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 327
Tabelle 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 328
Tabelle 95: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 332
Tabelle 96: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten..... 333
Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 334
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 335
Tabelle 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 336
Tabelle 100: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 337
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 338
Tabelle 102: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 339
Tabelle 103: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten..... 340
Tabelle 104: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten..... 343
Tabelle 105: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten 344
Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten 345
Tabelle 107: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten..... 346
Tabelle 108: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten..... 347
Tabelle 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten..... 348
Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten 349
Tabelle 111: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten..... 350
Tabelle 112: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten 351
Tabelle 113: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 354
Tabelle 114: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ... 355
Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 356
Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten 357
Tabelle 117: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten 358
Tabelle 118: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 359
Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 360
Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten 361
Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ... 362
Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 365
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 366

Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 367
Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 368
Tabelle 126: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 369
Tabelle 127: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 370
Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 371
Tabelle 129: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 372
Tabelle 130: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 373
Tabelle 131: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten 376
Tabelle 132: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 377
Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten 378
Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 379
Tabelle 135: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten 380
Tabelle 136: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten 381
Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten 382
Tabelle 138: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten 383
Tabelle 139: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 384
Tabelle 140: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 387
Tabelle 141: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 388
Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ... 389
Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 390
Tabelle 144: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 391
Tabelle 145: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 392
Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ... 393
Tabelle 147: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten 394
Tabelle 148: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 395
Tabelle 149: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten 397
Tabelle 150: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten 397
Tabelle 151: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung 398
Tabelle 152: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung 398
Tabelle 153: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2 426
Tabelle 154: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2 426
Tabelle 155: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3 429
Tabelle 156: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3 429
Tabelle 157: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4 432
Tabelle 158: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4 433
Tabelle 159: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) 437

Tabelle 160: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) ... 441
Tabelle 161: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1) ... 446
Tabelle 162: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1) ... 448
Tabelle 163: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1) ... 450
Tabelle 164: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1) ... 452
Tabelle 165: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1 ... 454
Tabelle 166: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2 ... 455
Tabelle 167: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3 ... 456
Tabelle 168: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4 ... 457
Tabelle 169: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1 ... 458
Tabelle 170: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2 ... 459
Tabelle 171: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3 ... 460
Tabelle 172: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4 ... 461
Tabelle 173: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1) ... 462
Tabelle 174: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1) ... 462
Tabelle 175: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1) ... 463
Tabelle 176: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1) ... 464
Tabelle 177: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1) ... 465
Tabelle 178: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1) ... 467
Tabelle 179: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1) ... 469
Tabelle 180: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1) ... 469
Tabelle 181: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1) ... 470
Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1) ... 472
Tabelle 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1) ... 474
Tabelle 184: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1) ... 475
Tabelle 185: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1) ... 476
Tabelle 186: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1) ... 477
Tabelle 187: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1) ... 478
Tabelle 188: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2) ... 479
Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2) ... 480
Tabelle 190: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2) ... 481
Tabelle 191: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3) ... 482
Tabelle 192: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3) ... 484
Tabelle 193: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1 ... 486
Tabelle 194: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2 ... 487
Tabelle 195: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3) ... 488
Tabelle 196: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3) ... 489
Tabelle 197: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3) ... 490
Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3) ... 491
Tabelle 199: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3) ... 492
Tabelle 200: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3) ... 493
Tabelle 201: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3) ... 494
Tabelle 202: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3) ... 495
Tabelle 203: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten ... 496
Tabelle 204: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten ... 496
Tabelle 205: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten ... 496

Tabelle 206: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 496
Tabelle 207: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 497
Tabelle 208: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 497
Tabelle 209: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten 497
Tabelle 210: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten 497
Tabelle 211: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 497
Tabelle 212: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 498
Tabelle 213: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 499
Tabelle 214: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 499
Tabelle 215: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten 499
Tabelle 216: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 499
Tabelle 217: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten 500
Tabelle 218: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 500
Tabelle 219: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 501
Tabelle 220: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten 501
Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 501
Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 501
Tabelle 223: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten 502
Tabelle 224: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten 503
Tabelle 225: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 503
Tabelle 226: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 504
Tabelle 227: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 504
Tabelle 228: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 504
Tabelle 229: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 504
Tabelle 230: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten 505
Tabelle 231: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten 506
Tabelle 232: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten 506
Tabelle 233: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten 506
Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 507
Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten 507
Tabelle 236: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 507
Tabelle 237: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten 508
Tabelle 238: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten 508
Tabelle 239: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten 508
Tabelle 240: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 508
Tabelle 241: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten 509
Tabelle 242: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 509
Tabelle 243: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten 509
Tabelle 244: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 509
Tabelle 245: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting 510

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-therapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen erhöht werden sowie (E) Leistungstransparenz und (F) eine kosten-effektivere 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 stationär-psychiatrische 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 Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH. Das Klinikum startete zum 01.01.2016 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß § 64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum kein 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 Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH 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, Arzt- und/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 Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 3.129 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 und 8.1) zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine soweit hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

Effektivität

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** (Seite 52 ff.) war in der IG bei den klinikneuen Patienten vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen geringer als in der KG. In U3 war dieser Unterschied statistisch signifikant. Auch war ersichtlich, dass in allen Untersuchungen der Anteil vor Referenzfall im Modellvorhaben höher und im Jahr nach Referenzfall geringer war verglichen mit der Regelversorgung. In den weiteren patientenindividuellen Jahren waren die Anteile zwischen den Gruppen vergleichbar. Somit verringerte sich bereits die Anzahl vollstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten im Modellvorhaben im ersten Jahr nach Referenzfall. Bei den klinikbekannten Patienten waren die Anteile im Jahr vor Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Diese näherten sich über den patientenindividuellen Verlauf an und überstiegen teilweise die Anteile der KG. Eine Verringerung des Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt ist bei den klinikbekannten Patienten im Modellvorhaben somit nicht ersichtlich. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den klinikneuen Patienten zum ersten Jahr nach Referenzfall in U2, U3 und U4 in der IG etwas stärker als in der KG. Diese Anstiege waren jedoch zwischen den Gruppen und im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall nicht statistisch signifikant. Auch die weiteren Jahre waren zwischen den Gruppen vergleichbar. Der Anteil an Patienten mit teilstationärer Behandlung schien somit nicht signifikant angestiegen zu sein. Auch bei den klinikbekannten Patienten waren keine signifikanten Veränderungen über die Zeit zwischen den Gruppen ersichtlich. Zwar wiesen Patienten der U1 und U4 in der IG im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall geringere Anteile als in der KG auf, diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant. Die restlichen Jahre waren zwischen IG und KG vergleichbar.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** klinikneuer Patienten war in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall in allen Untersuchungen geringer als in der KG. In U1 und U3 war dieser geringere Anstieg statistisch signifikant. 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. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich in U1 und U4 in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein etwas größerer Anstieg vollstationärer Behandlungstage als in der KG. Auch im weiteren Verlauf waren die vollstationären Tage in der IG größer als in der KG (und im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall). Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich. Eine Reduktion vollstationärer Tage im Modellvorhaben ist somit für die klinikbekannten Patienten nicht ersichtlich. Vielmehr zeichnet sich ein Trend zur Erhöhung vollstationärer Tage dieser Patientengruppe ab.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** klinikneuer Patienten in der IG zum ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG. Dieser Effekt war in allen Untersuchungen ersichtlich und in U1 und U3 statistisch signifikant. Hier schienen die vollstationären durch teilstationäre Behandlungstage teilweise aufgefangen zu sein. Die klinikbekannten Patienten der IG starteten im Jahr vor Referenzfall sowohl in U1 als auch in U4 auf einem höheren Niveau im Vergleich zur KG. Im weiteren Verlauf glich sich die Anzahl teilstationärer Tage zwischen den Gruppen im patientenindividuellen Verlauf an. Somit ist für die klinikbekannten Patienten weder eine Reduktion vollstationärer, noch eine Veränderung teilstationärer Behandlungstage im Modellvorhaben ersichtlich.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** (Seite 91 ff.) ist zu erkennen, dass die PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben stärker ausfiel im Vergleich zur Regelversorgung. Bei den klinikneuen Patienten der U1 (nur Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) war dieser Unterschied noch gering, aber mit den folgenden Modelljahren (U2, U3 und U4) war ein stärkerer Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Dieser Unterschied war in U3 statistisch signifikant. Auch im weiteren patientenindividuellen Verlauf blieb die Anzahl der PIA-Kontakte in der IG etwas größer als in der KG. Die reduzierten vollstationären Behandlungstage in der IG waren für die klinikneuen Patienten somit im Modellvorhaben an der Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH durch mehr Behandlungen im teilstationären Bereich und im Verlauf auch durch vermehrte Kontakte in der PIA aufgefangen. Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten in der IG eine Zunahme der Anzahl an PIA-Kontakten im Vergleich zur KG (U1 und U4). Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) im zweiten und vierten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Somit wurden im Modellvorhaben auch klinikbekannte Patienten vermehrt durch die PIA betreut.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer, zeigte bei den klinikneuen Patienten im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall (in allen Untersuchungen) eine größere Zunahme der Kontakte in der IG im Vergleich zur KG. Diese stärkere Zunahme war in U3 statistisch signifikant. Auch die patientenindividuell folgenden Jahre zeigten in der IG mehr ambulante psychiatrische Kontakte außerhalb des Krankenhauses als in der KG. Eine Ausnahme bildet U1, in der die Kontakte in der IG im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall stärker sanken als in der KG. Dieses stärkere Absinken war in beiden Jahren statistisch signifikant, auch weil die Anzahl der Kontakte bereits im Jahr vor Referenzfall in der IG größer als in

der KG waren. Diese höhere Inanspruchnahme von einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der IG vor Referenzfall ist auch in allen vier Untersuchungen ersichtlich. Auch bei den klinikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall eine etwas höhere Inanspruchnahme bei einem „Psych-Vertragsarzt" in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung zu beobachten. Während jedoch die Inanspruchnahme in der KG auf einem relativ stabilen Niveau blieb, erhöhte sich diese für die Patienten der IG etwas. Der stärkere Anstieg war in U1 im zweiten und vierten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Das verhandelte Budget nach § 64b SGB V beschränkt sich bei der Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH auf das Krankenhaus. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt. Dennoch wurden im Modellvorhaben sowohl die PIA (ambulante Leistungen im Krankenhaus) als auch die ambulanten Leistungen außerhalb des Krankenhaus (im Zeitverlauf) für klinikneue und klinikbekannte Patienten gestärkt.

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** (Seite 122 ff.) war die Kontinuität für alle Patienten zwischen IG und KG meist vergleichbar. Bei den klinikneuen Patienten war jedoch die Behandlungskontinuität für 7, 30 und 90 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant geringer in der IG im Vergleich zur KG. Auch war die Behandlungskontinuität für alle drei Nachbeobachtungszeiten in U4 im zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor bei der Betrachtung von 90 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant geringer in der IG als in der KG. Weiterhin wies die IG im ersten Jahr nach Referenzfall eine stets niedrigere Behandlungskontinuität im Vergleich zur KG auf. Weitere eindeutige Vergleiche zwischen den Gruppen und Nachbeobachtungszeiträumen gab es nicht. Während somit bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr die Behandlungskontinuität im Jahr nach Referenzfall in der IG noch geringer als in der KG war, glich sich dieser Parameter über den Modellverlauf zwischen den Gruppen an.

Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 176 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem waren sowohl der Anteil der Patienten mit keinem Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem als auch die Dauer des Kontaktabbruchs im Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG vergleichbar.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 184 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 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 197 ff.) war zwischen IG und KG sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten generell vergleichbar. Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den klinikneuen Patienten in der IG stets größer als in der KG. Diese größere Zunahme war jedoch statistisch nicht signifikant. In allen untersuchten Kohorten war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall bei den Patienten der IG höher als bei den Patienten der KG. Auch bei den klinikbekannten Patienten war eine größere Anzahl an AU-Tage im Jahr vor Referenzfall in beiden Untersuchungen ersichtlich. Hier sanken jedoch die AU-Tage in der IG zum ersten Jahr vor

Referenzfall stärker als in der KG, stiegen aber in den folgenden Jahren in der IG stärker an als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Eine Verringerung an AU-Tagen konnte somit in der IG nicht beobachtet werden.

Der Anteil klinikneuer Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 220 ff.) war in der IG etwas größer, während die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar war. Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung (vermehrte Inanspruchnahme teilstationärer und ambulanter Angebote klinikneuer Patienten) 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.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 224 ff.) waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Während jedoch bei den klinikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein Anstieg des mittleren Elixhauser Scores zu verzeichnen war, verlief dieser bei den klinikbekannten Patienten fast ohne Veränderungen über die Zeit.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 234 ff.) zeigten sich für die klinikneuen Patienten geringfügig höhere Mortalitätsraten in der IG im Vergleich zur KG. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Bei den klinikbekannten Patienten war die 4-Jahres (U1) und 2-Jahres (U4) Mortalität in der IG jeweils geringer als in der KG. Der Unterschied war für U1, in der inferenzstatistisch getestet wurde, statistisch signifikant. Dies bedeutet, dass trotz Verlagerung vollstationärer Tage in den ambulanten Bereich bei den klinikneuen Patienten keine erhöhte Mortalität beobachtet werden konnte. Die Gründe einer verringerten Mortalität bei den klinikbekannten Patienten kann mit den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 247 ff.) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den klinikneuen Patienten weitgehend vergleichbar. Einzelne Gruppenunterschiede waren marginal und statistisch nicht signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG stets geringer. Statistische signifikante Unterschied (U1) gab es jedoch nicht. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG bei den klinikneuen Patienten zwischen den Gruppen vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG in U1 statistisch signifikant größer als in der KG. In U4 war dieser Unterschied jedoch nur noch geringfügig größer. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG sowohl bei klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten weitgehend vergleichbar. Bei einer Betrachtung der Patienten im späteren Verlauf im Modell war dieser Unterschied jedoch nicht mehr ersichtlich. Somit sind eindeutige Auswirkungen des Modellvorhabens auf eine der untersuchten Erkrankungsprogressionen nicht nachweisbar.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 275 ff.) war der Anteil an klinikneuen Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen in der IG statistisch signifikant größer als in der KG. Dies entspricht 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. Bei den klinikneuen Patienten der IG wurde die aufsuchende Behandlung (**Home Treatment**) (S. 298 ff.) beim Referenzfall (U1-U4) und im ersten Jahr nach Referenzfall in U4 statistisch signifikant weniger stark in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Im vierten Jahr nach Referenzfall in U1 und im dritten Jahr nach Referenzfall in U4 war die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung in der IG jedoch signifikant größer als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten wurde im Jahr vor Referenzfall, beim Referenzfall und im Jahr nach Referenzfall die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben weniger stark in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Im dritten und vierten (nur U1) Jahr nach Referenzfall wies das Modellvorhaben jedoch eine signifikant größere Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung im Vergleich zur Regelversorgung auf. Somit zeichnet sich im Modellvorhaben eine Stärkung aufsuchender Behandlung über den patientenindividuellen Verlauf (ab dem dritten Jahr nach Referenzfall), aber nicht zum Zeitpunkt des Referenzfalls und über die Modelllaufzeit ab.

Kosten

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 862,00 € teurer, jedoch nicht statistisch signifikant teurer als die KG. Dies ist vor allem auf signifikant höhere Kosten für die teilstationäre Versorgung sowie PIA-Behandlungen, bei im Vergleich zur KG gleich hohen Kosten der vollstationären Versorgung zurückzuführen. Bezieht man die klinikneuen Patienten der ersten beiden Modelljahre bei dreijähriger Nachbeobachtung (U4) ein, ergibt sich ein in Richtung und Höhe der Kostenverläufe vergleichbares Bild zu den für U1 gemachten Ausführungen.

Bei den klinikbekannten Patienten des ersten Modelljahrs (U1) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant um 2.213,17 € je Patient teurer. Hier lagen die Kosten der IG sowohl für voll- und teilstationäre, als auch für PIA-Behandlungen über denen der KG. Auch in den Folgejahren lagen die Kosten der IG signifikant über denen der KG. Dieses Muster ließ sich auch für die klinikbekannten Patienten der ersten beiden Modelljahre und dreijähriger Nachbeobachtungszeit (U4) feststellen.

Bei Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 10.416 € und 6.894 € in der KG. Der Anstieg der IG ist somit signifikant höher als der der KG. Die höheren Gesamtkosten spiegeln dabei die höheren Kosten bzw. Anstiege in den drei Versorgungsbereichen (voll- und teilstationär sowie PIA) wider.

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 6.225,53 € je Patient signifikant teurer als die KG. In der Kostenverteilung ergab sich hier ein vergleichbares Muster zu U2.

Kosten-Effektivität

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von -970,07 € je Tag. D.h. für jeden der 3,2 in der IG vermiedenen vollstationären Tage wurden zusätzliche Kosten i.H.v. 971,07 € aufgewendet. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von 308,28 € je vermiedenem AU-Tag bei insgesamt 11,7 vermiedenen AU-Tagen. Für jeden vermiedenen AU-Tag fielen somit zusätzliche Kosten in Höhe von 308,28 € an.

U4: Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 1.366,06 € je Tag. D.h. für jeden der 1,8 in der IG zusätzlich angefallenen vollstationären psych. Tage wurden zusätzliche Kosten i.H.v. 1.366,06 € aufgewendet. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von -161,63 € je vermiedenem AU-Tag bei insgesamt 13,5 vermiedenen AU-Tagen. Für jeden vermiedenen AU-Tag fielen somit zusätzliche Kosten in Höhe von 161,63 € an.

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 sich, auch wenn dies ein langer Zeitraum ist, Modelleffekte, besonders bei Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge, ggf. 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) (1) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach § 64b SGB V an der Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH wurden vollstationäre Aufenthalte von klinikneuen Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dies ging Hand in Hand mit einer Verlagerung in den teilstationären und ambulanten Bereich (innerhalb und außerhalb des Krankenhauses). Für die klinikbekannten Patienten der Modellversorgung konnte hingegen keine Verringerung vollstationärer und keine Erhöhung teilstationärer Aufenthalte und Tage, aber eine Erhöhung ambulanter Kontakte beobachtet werden. Die Verlagerung in den nicht-vollstationären Sektor bei den klinikneuen Patienten zeigte keine direkten Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität. So führte das Modellvorhaben weder zu einer erhöhten Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor noch zu einem geringeren Kontaktabbruch im Vergleich zur Regelversorgung. Weiterhin zeigen die Analysen, dass AU-Tage im Modellvorhaben nicht verringert werden konnten. Im Modellvorhaben am Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH wurden die Patienten etwas häufiger, jedoch nicht schneller vollstationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Weitere Outcomes der Versorgungsqualität bzw. weitere messbare medizinische Outcomes zeigten jedoch hypothesenkonforme Ergebnisse. Die Mortalität war im Modellvorhaben bei den klinikbekannten Patienten hingegen geringer im Vergleich zur Regelversorgung. Auch zeigte sich in einer Untersuchung zur Leitlinienadhärenz, dass der Anteil an klinikneuen Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung war, welches einer leitliniengerechteren Versorgung entspricht. Weiterhin war sich im Modellvorhaben eine Stärkung aufsuchender Behandlung über den patientenindividuellen Verlauf, aber nicht zum Zeitpunkt des Referenzfalls und über die Modelllaufzeit ersichtlich. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Auch waren die Komorbiditäten zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Auch war eindeutige Auswirkungen des Modellvorhabens auf eine der untersuchten Erkrankungsprogressionen nicht nachweisbar. Insgesamt zeigte sich vor allem für klinikneue Patienten eine Verlagerung der Behandlung vom vollstationären zum teilstationären und ambulanten Bereich, jedoch keine Erhöhung der Behandlungskontinuität bzw. Verringerung der AU-Tage.

Bzgl. der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten konnte kein hypothesenkonformes Verhalten festgestellt werden. Die Kosten sowie die Anstiege der Kosten der IG lagen in allen Untersuchungsperspektiven über denen der KG. Zwar stiegen, wie erwartet, die Kosten in der

teilstationären und PIA-Versorgung, die Kosten der vollstationären Versorgung fielen dem gegenüber jedoch nicht.

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 auf 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 (2).

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**.

    - <u>Outcomes</u>: 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 stationär-psychiatrische 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 einem separaten Methodenband ausgelagert, soweit sie modellübergreifende Gültigkeit besitzen. Die spezifischen Herausforderungen der Datenaufbereitung bei EVA64 sind zudem in March et al. 2020 (3) beschrieben.

Die Datenübermittlungen erfolgten im Zeitraum September bis November 2021. Die Daten entsprachen weitgehend der konsentierten Datensatzbeschreibung. In wenigen Fällen war eine Neulieferung ausgewählter Tabellen erforderlich. Die letzte (korrigierte) Datenlieferung erfolgte im November 2021.

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

- Actimonda BKK
- AOK Hessen
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- BKK Herkules
- BKK Mobil Oil
- BKK Pfalz (Fusion mit der BKK Vital zum 01.01.2018)
- BKK ProVita (Fusion mit der BKK family zum 01.01.2016)
- BKK PwC
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017; Fusion mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein und der BKK Basell zum 01.01.2016, Fusion mit der TBK und der Brandenburgische BKK zum 01.01.2020)
- BKK Verbund Plus
- BKK Werra-Meissner
- BKK Wirtschaft & Finanzen
- DAK-Gesundheit (Fusion mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016)
- energie-BKK (Fusion mit der E.ON BKK zum 01.01.2017)
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Knappschaft
- mhplus BKK (Fusion mit der Metzinger BKK zum 01.01.2019)
- Novitas BKK
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse (Fusion mit der landesunmittelbaren BKK Achenbach Buschhütten, Kreuztal zum 01.01.2021)
- vivida BKK (Fusion der Schwenninger BKK mit der atlas BKK ahlmann zum 01.01.2021)
- WMF BKK.

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

- AOK Baden-Württemberg
- BKK Würth
- BKK Akzo Nobel Bayern
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BMW BKK
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- IKK classic
- SKD BKK
- WMF BKK.

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 Beschreibung des Vorgehens befindet sich im Methodenband.

Insgesamt kamen 3.670 Patienten der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 3.670 Patienten verfügten über 3.162 Individuen (86,2 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 3.162 Patienten der Modellklinik konnte wiederum für 3.127 Individuen (98,9 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden 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 ergaben (vgl. Tabelle 3). Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannte Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergaben.

In Bezug auf das Behandlungsgeschehen vor patientenindividuellem Studieneinschluss zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamt	**Kohorte 1**	1.345	13.793	1.190 (88,5%)	11.945 (86,6%)	1.180 (87,7% ; 99,2%)	1.180 (8,6% ; 9,9%)
	Kohorte 2	826	7.416	686 (83,1%)	6.253 (84,3%)	669 (81,0% ; 97,5%)	669 (9,0% ; 10,7%)
	Kohorte 3	762	6.834	662 (86,9%)	5.813 (85,1%)	657 (86,2% ; 99,2%)	657 (9,6% ; 11,3%)
	Kohorte 4	737	6.313	624 (84,7%)	5.432 (86,0%)	621 (84,3% ; 99,5%)	621 (9,8% ; 11,4%)
	Gesamt	3.670	34.356	3.162 (86,2%)	29.443 (85,7%)	3.127 (85,2% ; 98,9%)	3.127 (9,1% ; 10,6%)
Klinikneu	**Kohorte 1**	710	7.664	607 (85,5%)	6.407 (83,6%)	605 (85,2% ; 99,7%)	605 (7,9% ; 9,4%)
	Kohorte 2	748	6.808	617 (82,5%)	5.726 (84,1%)	607 (81,1% ; 98,4%)	607 (8,9% ; 10,6%)
	Kohorte 3	710	6.379	618 (87,0%)	5.420 (85,0%)	616 (86,8% ; 99,7%)	616 (9,7% ; 11,4%)
	Kohorte 4	695	5.923	589 (84,7%)	5.081 (85,8%)	586 (84,3% ; 99,5%)	586 (9,9% ; 11,5%)
	Gesamt	2.863	26.774	2.431 (84,9%)	22.634 (84,5%)	2.414 (84,3% ; 99,3%)	2.414 (9,0% ; 10,7%)
Klinik-bekannt	**Kohorte 1**	635	6.129	583 (91,8%)	5.538 (90,4%)	575 (90,6% ; 98,6%)	575 (9,4% ; 10,4%)
	Kohorte 2	78	608	69 (88,5%)	527 (86,7%)	62 (79,5% ; 89,9%)	62 (10,2% ; 11,8%)
	Kohorte 3	52	455	44 (84,6%)	393 (86,4%)	41 (78,8% ; 93,2%)	41 (9,0% ; 10,4%)
	Kohorte 4	42	390	35 (83,3%)	351 (90,0%)	35 (83,3% ; 100,0%)	35 (9,0% ; 10,0%)
	Gesamt	807	7.582	731 (90,6%)	6.809 (89,8%)	713 (88,4% ; 97,5%)	713 (9,4% ; 10,5%)

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 0...100	Eingeschlossene Kontroll-patienten
1	14,3	372
2	15,6	530
3	18,9	464
4	20,8	509
5	22,9	845
6	23,0	89
7	23,0	33
8	23,4	135
9	24,4	71
10	25,0	79

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		Kohorte 1 - 4 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			Kohorte 4		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
Anzahl Patienten	gesamt	3.127	3.127		1.180	1.180		669	669		657	657		621	621	
	klinikneu	2.414	2.414		605	605		607	607		616	616		586	586	
	klinikbekannt	713	713		575	575		62	62		41	41		35	35	
Mittleres Alter	gesamt	49,8	49,5	>0,999	49,7	49,6	>0,999	50,7	49,5	>0,999	49,0	48,6	>0,999	50,1	50,0	>0,999
	klinikneu	49,6	49,1	>0,999	48,8	48,6	>0,999	50,8	49,4	>0,999	49,0	48,7	>0,999	49,7	49,8	>0,999
	klinikbekannt	50,7	50,7	>0,999	50,5	50,8	>0,999	50,2	50,3	>0,999	47,7	48,2	>0,999	58,1	53,5	>0,999
Anteil Frauen	gesamt	55,0%	54,6%	>0,999	55,6%	55,5%	>0,999	53,5%	52,3%	>0,999	54,6%	54,8%	>0,999	55,7%	54,9%	>0,999
	klinikneu	54,9%	54,6%	>0,999	55,4%	57,7%	>0,999	53,4%	51,2%	>0,999	55,0%	54,4%	>0,999	55,8%	55,3%	>0,999
	klinikbekannt	55,3%	54,3%	>0,999	55,8%	53,2%	>0,999	54,8%	62,9%	>0,999	48,8%	61,0%	>0,999	54,3%	48,6%	>0,999
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	22,8%	22,8%	>0,999	48,7%	48,7%	>0,999	9,3%	9,3%	>0,999	6,2%	6,2%	>0,999	5,6%	5,6%	>0,999
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
	klinikbekannt	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	71,4%	63,4%	<0,001	71,4%	67,5%	0,493	68,2%	61,4%	0,118	70,9%	58,0%	<0,001	75,4%	63,3%	<0,001
	klinikneu	71,2%	60,5%	<0,001	65,8%	57,2%	0,026	68,9%	62,1%	0,126	73,5%	59,3%	<0,001	76,6%	63,5%	<0,001
	klinikbekannt	72,1%	73,2%	>0,999	77,2%	78,4%	>0,999	61,3%	54,8%	>0,999	31,7%	39,0%	>0,999	54,3%	60,0%	>0,999
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	26,6%	30,7%	0,003	26,1%	28,6%	>0,999	30,8%	34,4%	>0,999	26,3%	34,2%	0,020	23,2%	26,9%	>0,999
	klinikneu	28,1%	33,1%	0,001	32,9%	38,0%	0,500	30,6%	33,8%	>0,999	25,5%	33,8%	0,014	23,2%	26,6%	0,997
	klinikbekannt	21,5%	22,4%	>0,999	19,0%	18,6%	>0,999	32,3%	40,3%	>0,999	39,0%	41,5%	>0,999	22,9%	31,4%	>0,999
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	2,0%	4,6%	<0,001	2,5%	3,1%	>0,999	1,0%	2,8%	0,264	2,7%	6,5%	0,017	1,4%	7,2%	<0,001
	klinikneu	0,7%	4,7%	<0,001	1,3%	3,5%	0,193	0,5%	2,6%	0,055	1,0%	5,7%	<0,001	0,2%	7,2%	<0,001
	klinikbekannt	6,5%	4,2%	0,693	3,8%	2,8%	>0,999	6,5%	4,8%	>0,999	29,3%	19,5%	>0,999	22,9%	8,6%	>0,999
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	1,3%	<0,001	0,0%	0,8%	0,083	0,0%	1,3%	0,082	0,0%	1,2%	0,104	0,0%	2,6%	0,001
	klinikneu	0,0%	1,7%	<0,001	0,0%	1,3%	0,117	0,0%	1,5%	0,067	0,0%	1,3%	0,091	0,0%	2,7%	0,001
	klinikbekannt	0,0%	0,1%	>0,999	0,0%	0,2%	>0,999	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	10,6%	10,5%	>0,999	15,8%	16,9%	>0,999	7,2%	7,5%	>0,999	7,5%	6,1%	>0,999	7,9%	6,0%	>0,999
	klinikneu	6,0%	4,3%	0,057	6,3%	4,1%	0,723	4,9%	4,3%	>0,999	6,2%	4,5%	>0,999	6,8%	4,4%	0,697
	klinikbekannt	26,1%	31,1%	0,403	25,7%	30,4%	0,880	29,0%	38,7%	>0,999	26,8%	29,3%	>0,999	25,7%	31,4%	>0,999
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,1%	1,7%	>0,999	4,8%	4,0%	>0,999	0,4%	0,1%	>0,999	0,5%	0,6%	>0,999	0,3%	0,3%	>0,999
	klinikneu	0,5%	0,3%	>0,999	0,8%	0,3%	>0,999	0,5%	0,0%	>0,999	0,5%	0,6%	>0,999	0,2%	0,3%	>0,999
	klinikbekannt	7,4%	6,5%	>0,999	9,0%	7,8%	>0,999	0,0%	1,6%	>0,999	0,0%	0,0%		2,9%	0,0%	>0,999
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	20,9%	19,3%	0,857	41,7%	39,2%	>0,999	7,0%	6,4%	>0,999	8,4%	8,2%	>0,999	9,8%	7,2%	>0,999
	klinikneu	4,5%	3,6%	0,575	5,3%	4,1%	>0,999	4,0%	2,8%	>0,999	3,2%	4,1%	>0,999	5,5%	3,4%	0,712
	klinikbekannt	76,7%	72,7%	0,705	80,0%	76,2%	>0,999	37,1%	41,9%	>0,999	85,4%	70,7%	>0,999	82,9%	71,4%	>0,999
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	45,6%	43,9%	>0,999	43,6%	43,4%	>0,999	46,9%	42,8%	>0,999	47,3%	43,4%	>0,999	46,4%	46,9%	>0,999
	klinikneu	46,2%	43,5%	0,342	44,0%	43,1%	>0,999	47,9%	42,2%	0,349	47,4%	42,9%	0,733	45,4%	46,1%	>0,999
	klinikbekannt	43,8%	45,3%	>0,999	43,1%	43,7%	>0,999	37,1%	48,4%	>0,999	46,3%	51,2%	>0,999	62,9%	60,0%	>0,999

P-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur.

7. Darstellung Modellvorhaben Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH

Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V am Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH begann zum 01.01.2016 mit einer Laufzeit von acht Jahren.

Am Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 80 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie und 60 in der Tagesklinik vorgesehen.

Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre Leistungen, teilstationäre Leistungen sowie stationsungebundene Leistungen wie institutsambulante Behandlung (PIA), Home-Treatment, ACT und ambulante Akutbehandlung (AAB).

Die Klinik hat in einer projektbezogenen Befragung beschrieben, dass sie keinen spezifischen Schwerpunkt innerhalb des Modellprojekts verfolgt. Nur die Allgemeine Psychiatrie ist Bestandteil des Vertrages nach § 64b SGB V.

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2015 und 2017 folgende Versorgungsmodule auf: HomeTreatment, Krisenmanagement/Notfallbehandlung, Case Management, sektorenübergreifende Sitzungen/Fallkonferenzen, Gruppentherapie (auch gemischte Gruppen, AAB, PIA, stat.), Einzelgespräche (Einzelleistung mit dem Patienten und/oder seinem sozialen Umfeld und/oder seinem professionellen Umfeld, auch telefonisch), Visite (Visite der AAB-Patienten mit Überprüfung der Behandlungsplanung) sowie Sachkosten (Erstattung der Fahrkosten für AAB-Patienten in Verbindung mit Leistung Sozialarbeit). Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik keine § 64b-SGB-V-ähnliche Struktur vor Modellstart in 2016.

Wie bei allen Modellverträgen nach § 64b SGB V wird ein gemeinsames Budget für den voll- und teilstationären Bereich sowie die PIA festgelegt, das im Rahmen des Vertrages zwischen den beteiligten Krankenkassen und dem Gesundheitszentrum Wetterau zu beiden Seiten vollständig ausgeglichen wird.

8. Ergebnisse: Effektivität

Im Folgenden werden 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 alle, klinikneu und klinikbekannt 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).

Ca. 76 % der eingeschlossenen klinikneuen Patienten und ca. 67 % 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)	**579**	**560**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	75,1 %	77,0 %
• Zwei Diagnosen	21,4 %	20,4 %

• Drei Diagnosen	3,1 %	2,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	14	12
2. IG: F32 & F43 / KG: F32 & F41	13	12
3. IG: F33 & F43 / KG: F32 & F43	10	11

[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)	**560**	**559**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	66,4 %	68,2 %
• Zwei Diagnosen	27,1 %	24,7 %
• Drei Diagnosen	5,5 %	4,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,9 %	2,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	16	23
2. IG: F33 & F43 / KG: F32 & F43	11	10
3. IG: F32 & F43 / KG: F33 & F43	9	9

[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. Lediglich wurden in der IG etwas mehr Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (B: Diagnostikkriterium und Dauerkriterium) als in der KG aufgenommen (klinikneu: IG: 25,7 %; KG: 19,9 %; klinikbekannt: IG: 61,0 %; KG: 53,5 %). Weiterhin waren in der IG bei den klinikneuen Patienten bezüglich des Versicherungsstatus weniger Mitglieder (IG: 57,5 %; KG: 62,8 %) und mehr Rentner und deren Familienangehörige (IG: 34,7 %; KG: 29,2 %) ersichtlich. Weitere Erläuterungen zum Matching sind im entsprechend Kapitel zu finden.

Da die fehlenden Angaben zu Schulabschluss und Berufsabschluss (beides 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	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	435	431	579	560
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,5 %	0,5 %	0,7 %	0,4 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	3,7 %	3,5 %	3,6 %	2,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,7 %	0,7 %	0,9 %	0,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,5 %	0,2 %	0,7 %	0,2 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	16,6 %	16,5 %	20,6 %	20,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,6 %	8,8 %	8,1 %	8,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	42,8 %	42,7 %	49,1 %	49,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	17,0 %	17,2 %	22,1 %	21,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,4 %	0,5 %	3,1 %	3,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	6,4 %	7,0 %	11,6 %	12,5 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,8 %	2,1 %	2,4 %	3,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,7 %	0,2 %	1,6 %	0,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,2 %	0,2 %	1,7 %	1,3 %
Alter[1]				
• Mittelwert	50,3	50,0	49,6	49,2
• Median	49	49	49	49
• (Interquartilsabstand)	(37 - 62)	(37 - 60)	(36 - 60)	(37 - 59)
Geschlecht				
• Frauen	54,9 %	57,1 %	55,3 %	57,1 %
• Männer	45,1 %	42,9 %	44,7 %	42,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	32,0 %	39,0 %	34,9 %	43,4 %
• PIA	68,0 %	61,0 %	65,1 %	56,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,7 %	0,7 %	0,9 %	0,9 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	6,0 %	10,9 %	6,0 %	10,4 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	12,9 %	11,1 %	13,3 %	11,3 %
• Abitur/Fachabitur	7,4 %	7,4 %	7,3 %	7,5 %
• Abschluss unbekannt	8,7 %	7,9 %	9,3 %	9,6 %

• Fehlende Angabe	64,4 %	61,9 %	63,2 %	60,4 %
Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,2 %	5,1 %	6,4 %	6,1 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	20,2 %	22,0 %	20,6 %	21,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,7 %	1,4 %	0,7 %	1,4 %
• Bachelor	0,0 %	0,7 %	0,2 %	0,7 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,3 %	3,5 %	2,4 %	3,4 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	6,2 %	5,3 %	6,6 %	6,4 %
• Fehlende Angabe	64,4 %	61,9 %	63,2 %	60,4 %
Pflegestufe				
• Ja	15,2 %	10,0 %	15,5 %	8,6 %
• Nein	61,1 %	65,4 %	60,4 %	66,6 %
• Fehlende Angabe	23,7 %	24,6 %	24,0 %	24,8 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	29,2 %	26,7 %	29,9 %	28,0 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	22,8 %	19,5 %	23,7 %	20,5 %
• Weder A noch B	48,0 %	53,8 %	46,5 %	51,4 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	55,9 %	61,5 %	57,9 %	62,9 %
• Familienversicherter	5,7 %	8,4 %	5,4 %	7,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	36,3 %	28,8 %	35,1 %	28,0 %
• Fehlende Angabe	2,1 %	1,4 %	1,7 %	1,6 %

[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

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	372	381	560	559
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,8 %	1,0 %	0,5 %	1,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,1 %	1,3 %	0,7 %	1,1 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,5 %	0,5 %	0,5 %	1,3 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	15,6 %	14,4 %	19,8 %	20,6 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	29,6 %	31,5 %	27,5 %	27,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	38,4 %	38,8 %	49,3 %	49,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,0 %	3,7 %	11,4 %	10,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,3 %	0,3 %	4,5 %	4,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	6,2 %	5,8 %	12,9 %	12,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,0 %	1,3 %	1,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	3,0 %	2,1 %	7,3 %	6,4 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,3 %	0,3 %	1,1 %	2,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,3 %	0,7 %	1,6 %
Alter[1]				
• Mittelwert	52,5	52,5	50,7	51,0
• Median	53	53	52	52
• (Interquartilsabstand)	(43 - 62)	(42 - 63)	(41 - 60)	(39 - 62)
Geschlecht				
• Frauen	52,2 %	50,7 %	55,5 %	53,1 %
• Männer	47,8 %	49,3 %	44,5 %	46,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	19,6 %	21,0 %	22,3 %	21,8 %
• PIA	80,4 %	79,0 %	77,7 %	78,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	2,1 %	0,0 %	2,5 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,8 %	7,9 %	5,4 %	6,4 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	4,8 %	7,6 %	6,4 %	8,2 %
• Abitur/Fachabitur	4,6 %	5,0 %	4,5 %	4,7 %
• Abschluss unbekannt	6,2 %	5,5 %	6,1 %	5,0 %
• Fehlende Angabe	79,6 %	71,9 %	77,7 %	73,2 %
Höchster beruflicher Abschluss				

• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,7 %	6,0 %	3,2 %	5,9 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	11,3 %	14,7 %	12,3 %	14,5 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,3 %	1,0 %	0,4 %	0,7 %
• Bachelor	0,5 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,6 %	1,3 %	1,6 %	1,1 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	4,0 %	5,0 %	4,5 %	4,7 %
• Fehlende Angabe	79,6 %	71,9 %	77,7 %	73,2 %
Pflegestufe				
• Ja	15,6 %	16,0 %	14,6 %	13,8 %
• Nein	61,8 %	52,2 %	62,7 %	52,1 %
• Fehlende Angabe	22,6 %	31,8 %	22,7 %	34,2 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	26,1 %	26,5 %	27,3 %	27,0 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	60,5 %	52,2 %	62,5 %	56,2 %
• Weder A noch B	13,4 %	21,3 %	10,2 %	16,8 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	44,4 %	45,4 %	45,4 %	45,4 %
• Familienversicherter	5,6 %	8,1 %	5,4 %	7,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	47,3 %	44,9 %	47,3 %	44,9 %
• Fehlende Angabe	2,7 %	1,6 %	2,0 %	1,8 %

[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 44). Im Folgenden werden die einzelnen Outcomes mit den jeweils vier Analysen dargestellt.

In den Analysen wurden nur Fälle, die für den gesamten Nachbeobachtungszeitraum 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.

Die folgenden Darstellungen unterteilen die Population in klinikneue und klinikbekannte Patienten. 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.

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 Hauptergebnisse des Outcomes zusammenfassend dargestellt (Kästen).
- In der darauffolgenden Tabelle bzw. Tabellen sind die deskriptiven Ergebnisse mit den 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.

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Verlauf und die Höhe des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den klinikneuen Patienten in der IG im Jahr vor Referenzfall höher als in der KG (+2,7 %-Punkte), erhöhte sich zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG jedoch weniger stark als in der KG (-1,8 %-Punkte), war im zweiten und vierten Jahr nach Referenzfall vergleichbar und im dritten Jahr nach Referenzfall in der IG erneut höher (+2,4 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Bei den klinikbekannten Patienten wies die IG bereits im Jahr vor Referenzfall geringere Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt auf (-4,2 %-Punkte). Über den patientenindividuellen Zeitraum verringerte sich dieser Unterschied und war im vierten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (1. Jahr: -0,2; 2. Jahr: -0,3; 3. Jahr: -0,2; 4. Jahr: +2,1 %-Punkte). Dieser größere Anstieg in der IG zum vierten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = 1,6). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war im Verlauf und Niveau bei den klinikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG, nach einem vergleichbaren Anteil im Jahr vor Referenzfall, im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall niedriger als in der KG, während die weiteren Jahre vergleichbare Anteile aufwiesen (prä: +0,3; 1. Jahr: -2,2; 2. Jahr: -1,3; 3. Jahr: +0,5; 4. Jahr: -0,9 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschied zwischen den Gruppen und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den klinikneuen Patienten ein zwischen den Gruppen ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 2,5; KG: 1,5 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 18,9; KG: 22,2 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigeren Niveau ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall (IG: 6,2; 6,1 und 3,9 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 6,3; 4,0 und 3,0

vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Der Peak im Jahr nach Referenzfall war in der IG statistisch signifikant geringer im Vergleich zur KG (DiD = -4,3 Tage). Weitere statistische signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Auch der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) in der IG, außer im zweiten Jahr nach Referenzfall, weniger vollstationäre Behandlungstage aufwiesen als die älteren Patienten. In der KG waren diese geringeren vollstationären Tage jüngerer Patienten lediglich im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung), F00 (Demenz) und F01 (Vaskuläre Demenz) auf (wobei zweitgenannte nur sehr wenige Fälle betrafen), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung), F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) und F00 (Demenz) aufwiesen (wobei zweit- und letztgenannte nur sehr wenige Fälle betrafen). 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 159 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten war die Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Jahr vor Referenzfall zunächst etwas niedriger als in der KG; im ersten, dritten und vierten Jahr nach Referenzfall wies jedoch die IG mehr vollstationäre Tage als die KG auf (prä: -0,9; 1. Jahr: +1,5; 2. Jahr: -0,1; 3. Jahr: +1,7; 4. Jahr: +1,6 vollstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen und im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall waren jedoch nicht ersichtlich.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass die jüngeren klinikbekannten Patienten (jünger als medianes Alter) sowohl in der IG als auch in der KG, außer im Jahr vor Referenzfall in der IG, stets mehr vollstationäre Behandlungstage als die älteren Patienten aufwiesen. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) und F01 (Vaskuläre Demenz) auf (wobei letztgenannte nur sehr wenige Fälle betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F90-98 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) und F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns) aufwiesen (wobei erst- und letztgenannte 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 159 im Anhang).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** klinikneuer 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 = +2,9 teilstationäre Tage). Über den weiteren patientenindividuellen Verlauf glichen sich die Anzahl teilstationärer Behandlungstage zwischen den Gruppen an, blieben aber in der IG stets etwas größer als in der KG. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich vergleichbare Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage nach dem ersten Jahr nach Referenzfall über die Zeit bei IG und KG. Die Anzahl teilstationärer Tage war bereits im Jahr vor Referenzfall in der IG etwas größer als in der KG und blieb über den patientenindividuellen Verlauf in der IG etwas größer als in der KG (prä: +1,3; 1. Jahr: +0,8; 2. Jahr: +0,6; 3. Jahr: +0,5; 4. Jahr: +0,3 vollstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

U2: Bei den klinikneuen 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: +36,3 %-Punkte; KG: +41,0 %-Punkte). Auf der anderen Seite stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** in der IG stärker als in der KG (IG: +19,0 %; KG: +17,1 %-Punkte).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich, analog zu den Anteilen, in der IG eine geringere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage als in der KG (IG: +13,6; KG: +16,8 vollstationäre Tage). Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg dagegen und auch analog zu den Anteilen in der IG stärker im Vergleich zur KG (IG: +12,4; KG: +6,7 teilstationäre Tage).

U3: Bei den klinikneuen 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. Nach höheren Anteilen in der IG im Jahr vor Referenzfall war, war der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Dieser geringere Anstieg war statistisch signifikant (DiD: 0,6). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG etwas stärker als in der KG an (+2,0 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine statistisch signifikant geringere Zunahme der Tage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (DiD = -3,3 vollstationäre Tage). Danach fiel die Anzahl vollstationärer Tage in der IG und

der KG und glich sich zwischen beiden Gruppen an. 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 = +5,5 teilstationäre Tage).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich bei den klinikneuen Patienten der IG erneut ein geringer Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in als in der KG. Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall glichen sich die Anteile auf dem Niveau vor Referenzfall wieder an (prä: +2,2; 1.Jahr: -1,7; 2.Jahr: +1,4; 3.Jahr: +1,7 %-Punkte). Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG im Jahr vor Referenzfall geringer als in der KG und in den weiteren Jahren weitgehend vergleichbar (prä: -4,9; 1.Jahr: -0,6; 2.Jahr: +0,5; 3.Jahr: +1,0 %-Punkte). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker und war ansonsten vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten war der Anteil im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG und in den weiteren Jahren vergleichbar.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den klinikneuen Patienten ein ähnliches Muster wie in den vorherigen Untersuchungen mit einem geringeren Anstieg vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG und ansonsten weitgehend vergleichbaren Anzahlen an Tagen. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich vergleichbare Verläufe zwischen IG und KG, wobei die IG im Jahr vor dem Referenzfall leicht geringere und ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets größere Anzahlen an Tagen als die KG aufwiesen. Der Unterschied war im dritten Jahr nach Referenzfall am deutlichsten. Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** klinikneuer Patienten war erneut analog zu den vorherigen Untersuchungen mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, einem höheren Peak in der IG im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem zwischen den Gruppen vergleichbaren Niveau ab dem zweiten Jahr. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich vergleichbare Verläufe mit einer etwas höheren Anzahl an teilstationären Behandlungstagen im Jahr vor Referenzfall und einem Angleichen der Tage zwischen den Gruppen über den patientenindividuellen Verlauf (prä: +1,2; 1. Jahr: +1,0; 2. Jahr: +0,5; 3. Jahr: +0,4 vollstationäre Tage).

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

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	**579**	**579**	**556**	**540**	**527**	**560**	**560**	**546**	**531**	**521**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	10,4 %	51,6 %	12,4 %	12,6 %	8,3 %	7,7 %	53,4 %	12,3 %	10,2 %	8,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,9 %	17,3 %	4,0 %	2,4 %	2,1 %	0,4 %	16,4 %	3,5 %	2,3 %	1,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	10,7 %	64,2 %	15,3 %	13,3 %	9,5 %	7,9 %	61,8 %	14,3 %	11,7 %	9,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,8 %	6,2 %	3,8 %	2,0 %	1,9 %	1,6 %	2,9 %	1,8 %	1,9 %	0,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	13,8 %	13,0 %	14,2 %	12,4 %	9,7 %	10,7 %	12,0 %	8,8 %	11,1 %	8,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	2,5	18,9	6,2	6,1	3,9	1,5	22,2	6,3	4,0	3,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,3	9,7	2,1	0,9	0,8	0,3	6,8	1,1	0,7	0,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	2,9	28,7	8,3	7,0	4,7	1,8	29,1	7,5	4,8	3,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,4	1,9	0,8	0,8	0,6	0,4	0,7	0,2	0,3	0,0
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,0	1,7	1,8	1,4	1,3	1,5	2,1	1,1	1,5	1,2

[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)	**560**	**560**	**551**	**538**	**528**	**559**	**559**	**541**	**525**	**508**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	23,4 %	32,5 %	18,7 %	16,7 %	17,4 %	27,5 %	32,7 %	19,0 %	17,0 %	15,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	8,2 %	8,6 %	2,9 %	2,8 %	1,7 %	7,9 %	10,7 %	4,3 %	2,3 %	2,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	28,2 %	37,9 %	20,1 %	18,2 %	17,8 %	30,9 %	38,3 %	21,1 %	18,3 %	16,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	7,1 %	4,1 %	2,9 %	2,0 %	1,3 %	7,0 %	3,9 %	2,8 %	2,1 %	1,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,9 %	11,4 %	15,4 %	11,7 %	8,3 %	15,2 %	18,1 %	16,5 %	15,0 %	13,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	10,7	16,9	9,1	9,7	9,2	11,6	15,4	9,2	7,9	7,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	4,4	4,4	1,6	1,2	1,2	3,1	3,6	1,0	0,7	0,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	15,1	21,3	10,7	10,8	10,3	14,6	19,0	10,2	8,6	8,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	2,5	1,7	1,4	0,3	0,4	1,7	0,9	0,6	0,3	0,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,7	1,4	2,1	1,7	0,7	1,8	3,0	2,2	1,8	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 1: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

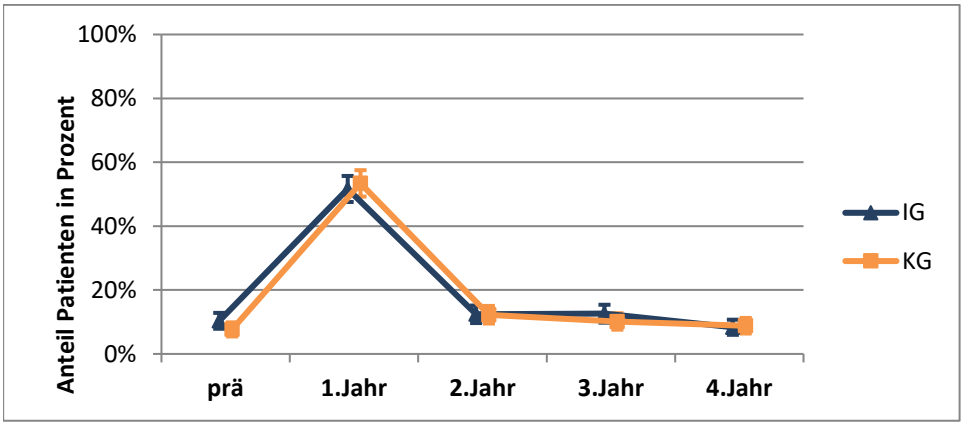
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

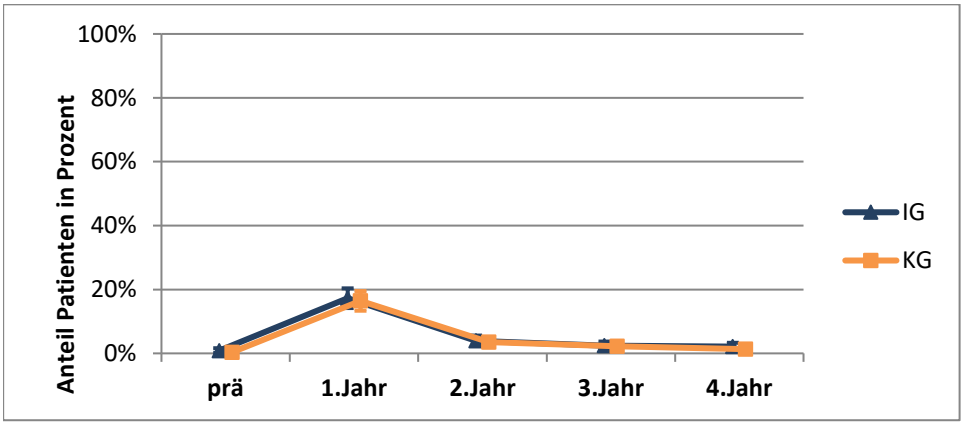
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

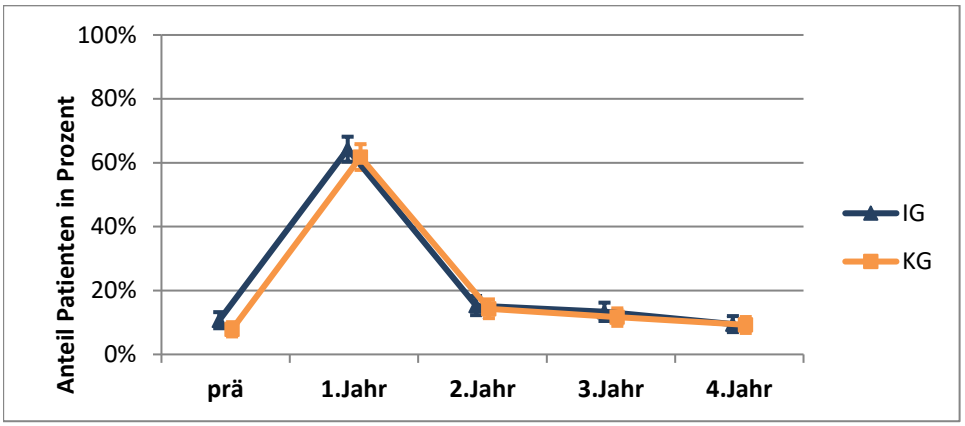
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



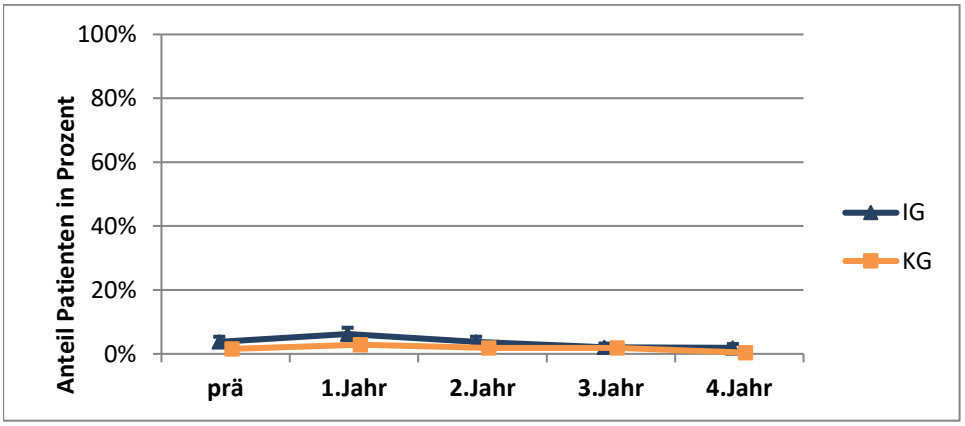
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



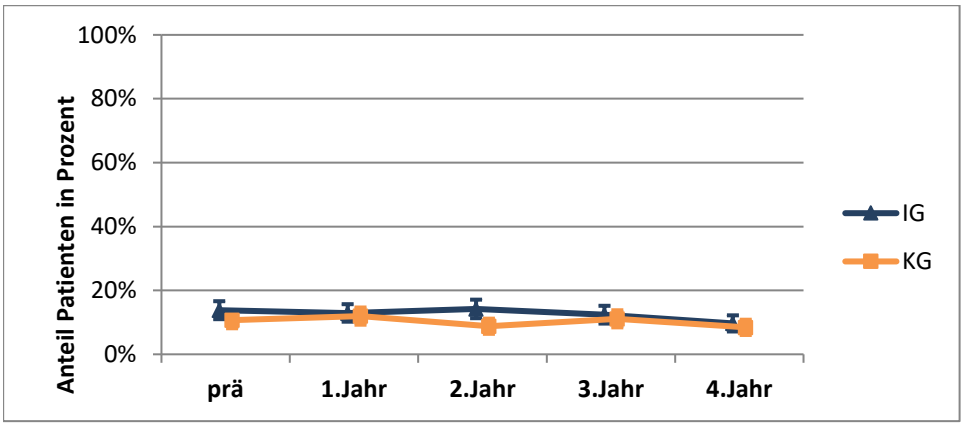
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

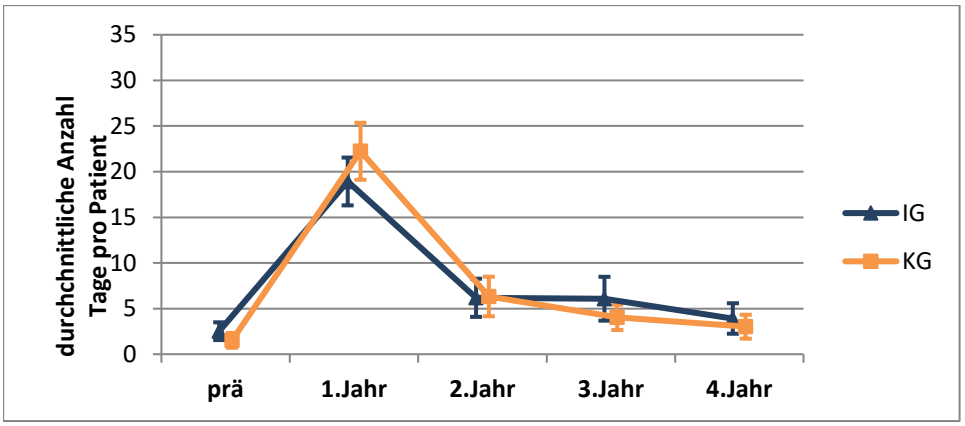


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

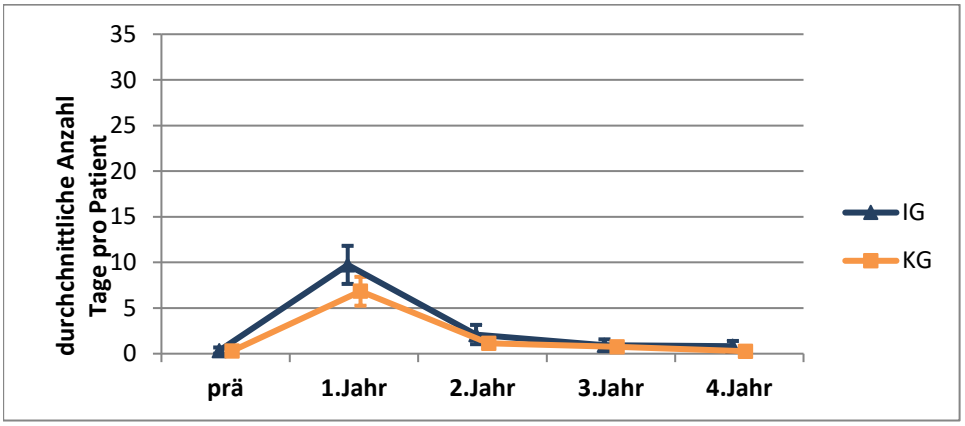


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

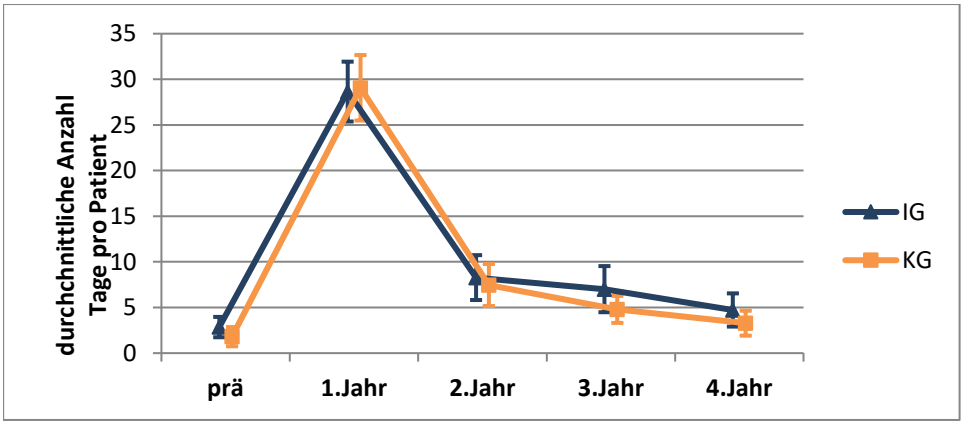
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



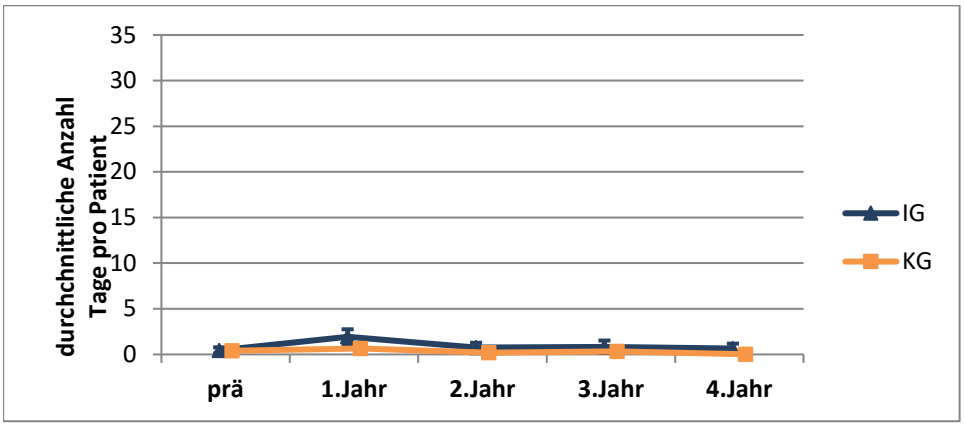
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



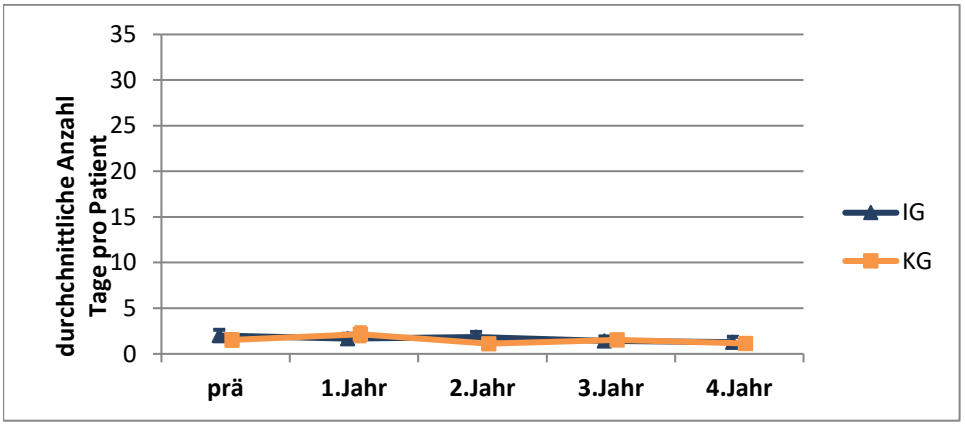
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)**



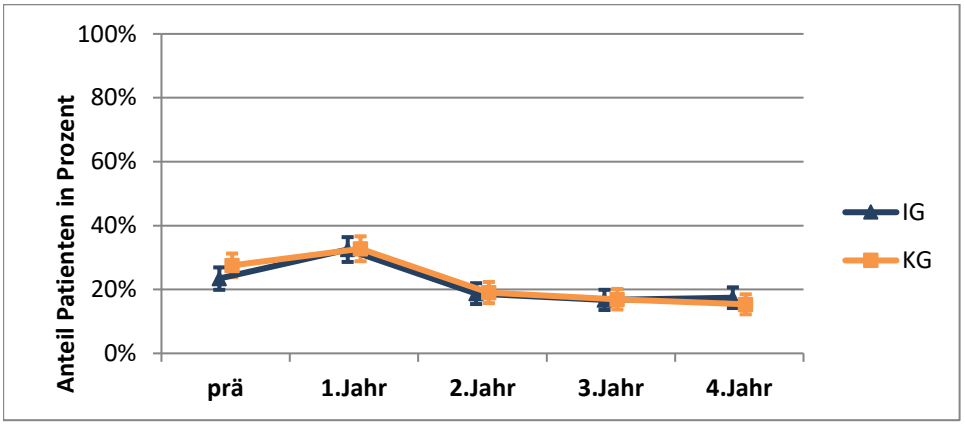
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

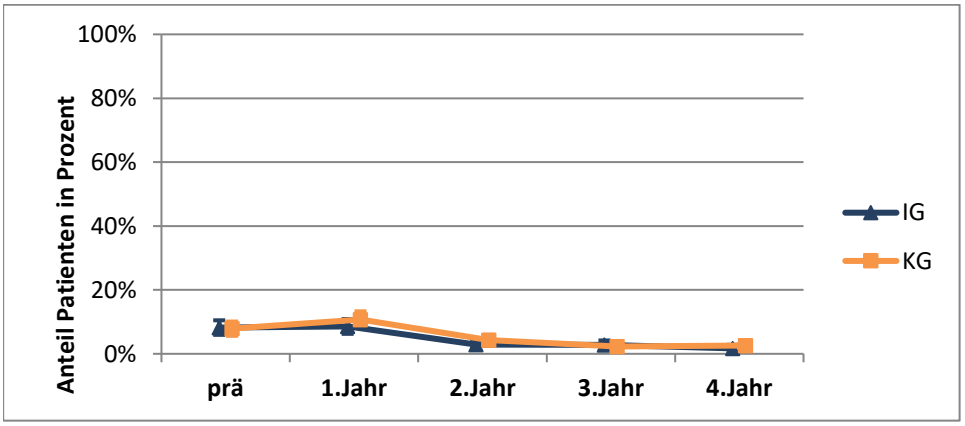
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

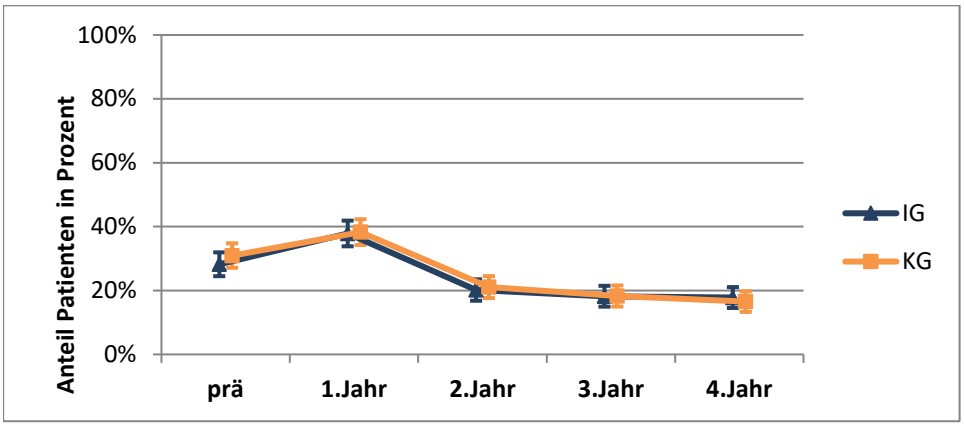
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



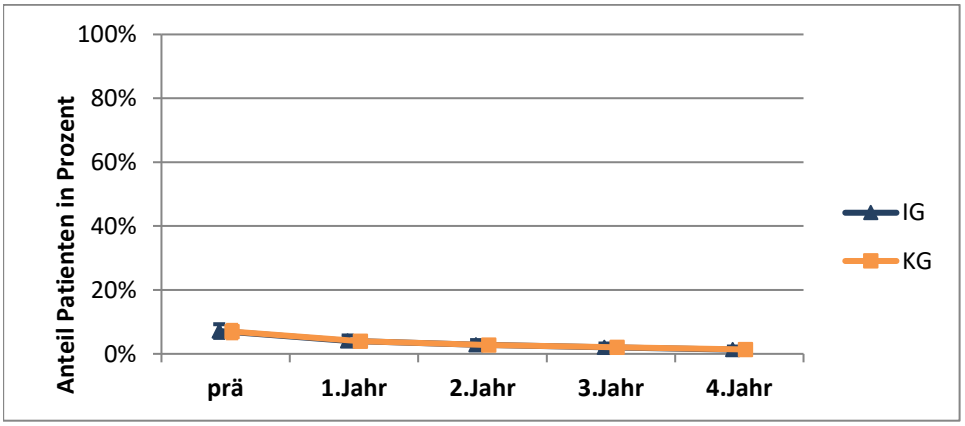
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



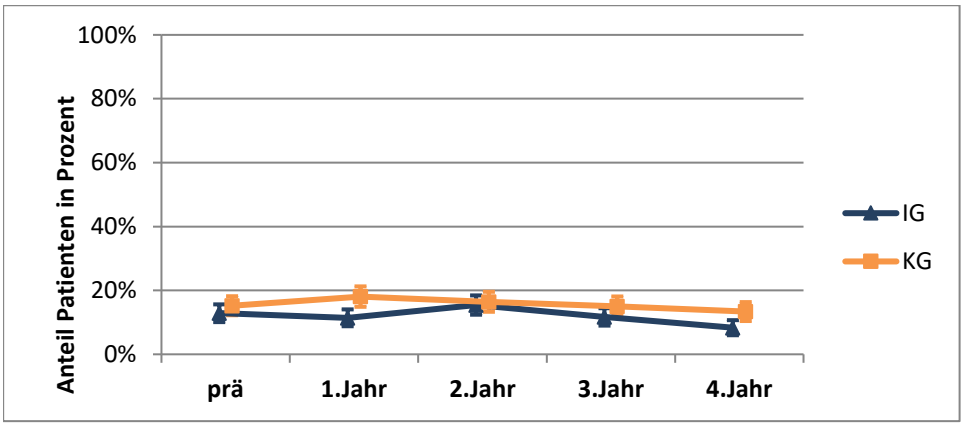
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

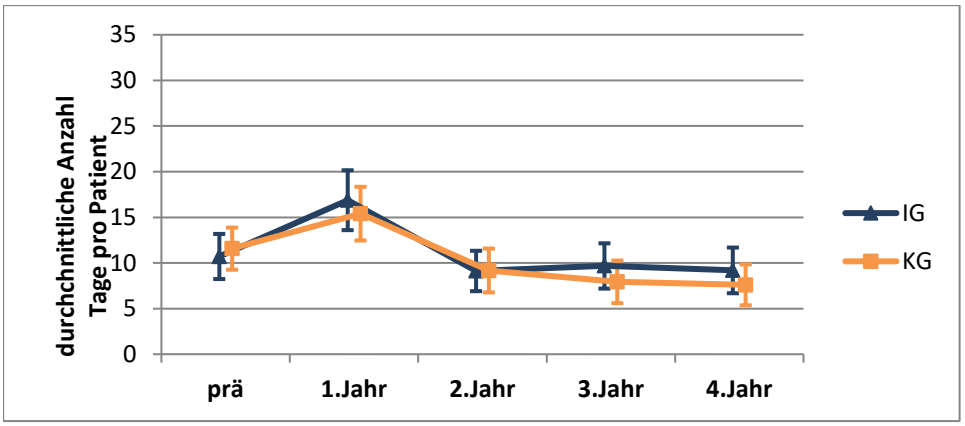


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

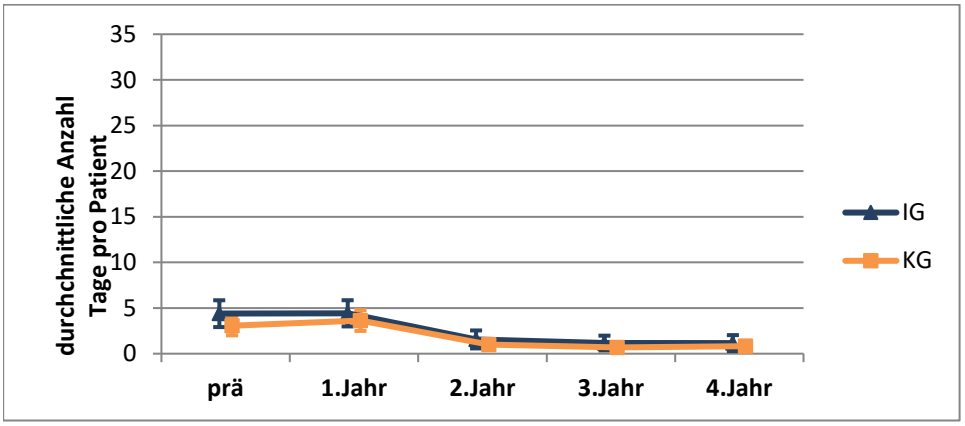


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

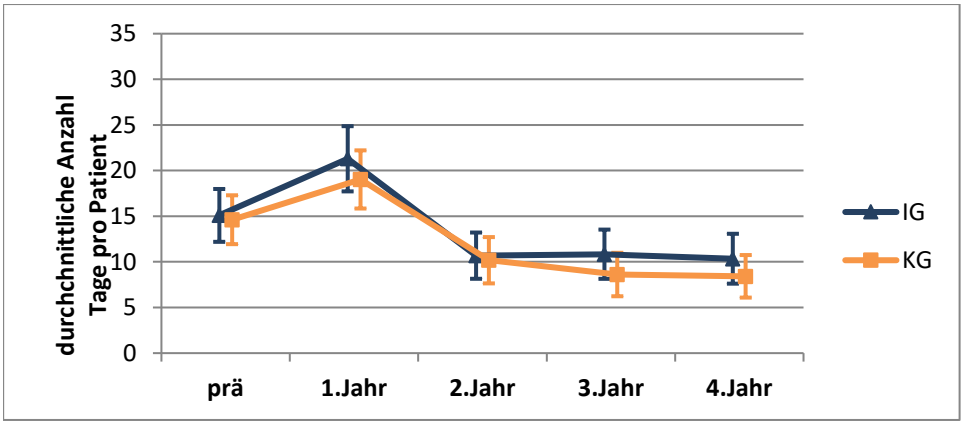
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



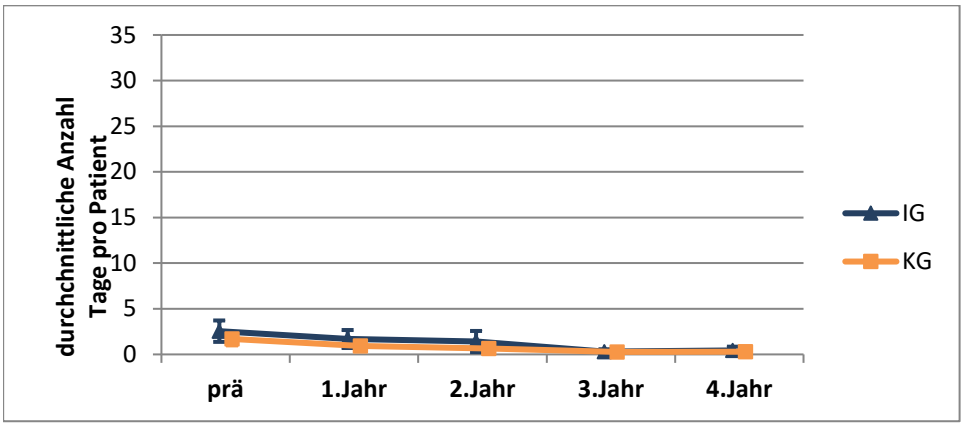
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)**

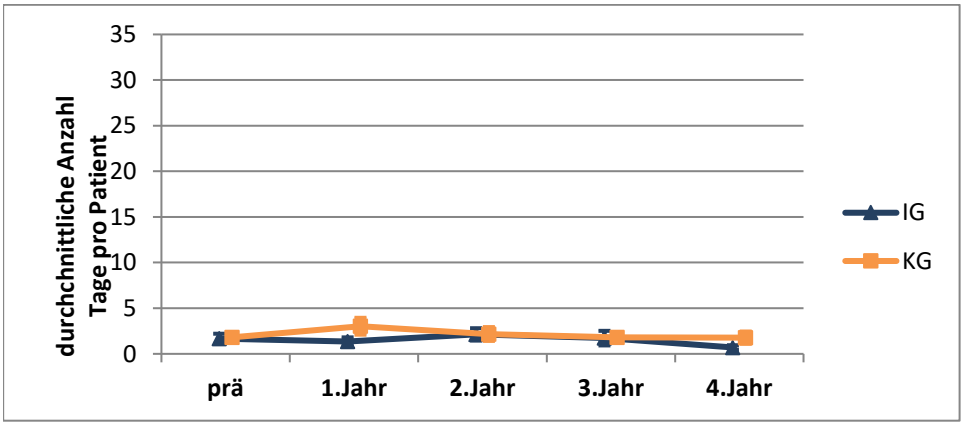


Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,66 0,40…1,08	0,45 0,08…2,40	-4,32* -8,13…-0,50	2,85** 0,91…4,78
DID Jahr 2	0,70 0,40…1,24	0,46 0,08…2,71	-1,24 -5,05…2,58	0,86 -1,08…2,80
DID Jahr 3	0,90 0,50…1,59	0,43 0,07…2,69	0,83 -2,99…4,64	0,12 -1,82…2,05
DID Jahr 4	0,64 0,35…1,19	0,63 0,09…4,24	-0,25 -4,06…3,56	0,45 -1,49…2,38
DID Jahr 1-4	—	—	-1,25 -4,37…1,88	1,07 -0,51…2,64

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,29 0,86…1,95	0,72 0,39…1,34	2,33 -2,38…7,05	-0,54 -2,47…1,39
DID Jahr 2	1,31 0,83…2,04	0,64 0,28…1,42	0,96 -3,76…5,67	-0,77 -2,70…1,16
DID Jahr 3	1,32 0,84…2,10	1,19 0,48…2,94	2,71 -2,01…7,42	-0,86 -2,79…1,07
DID Jahr 4	1,64* 1,03…2,62	0,64 0,24…1,71	2,61 -2,10…7,33	-0,98 -2,91…0,95
DID Jahr 1-4	—	—	2,15 -1,60…5,90	-0,79 -2,32…0,75

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)	**2.414**	**2.414**	**2.414**	**2.414**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	9,2 %	45,5 %	6,7 %	47,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,5 %	19,6 %	0,3 %	17,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	9,4 %	59,7 %	6,7 %	58,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,9 %	4,3 %	1,4 %	2,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	11,8 %	11,7 %	11,0 %	11,8 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3,4] (B1)	2,7	16,3	1,6	18,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,2	12,6	0,1	6,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	3,0	28,9	1,7	25,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	1,0	0,3	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	1,5	1,5	1,7

[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, stationäre Behandlung, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

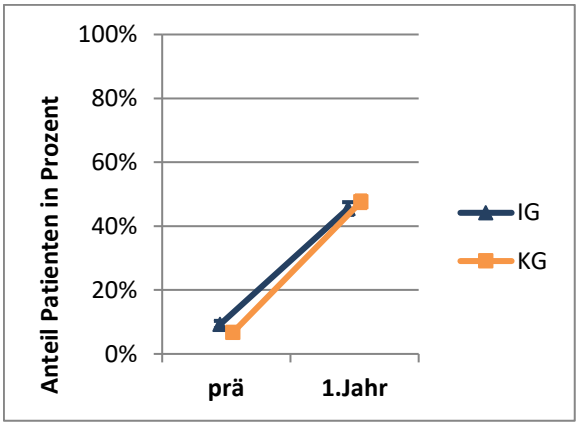
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

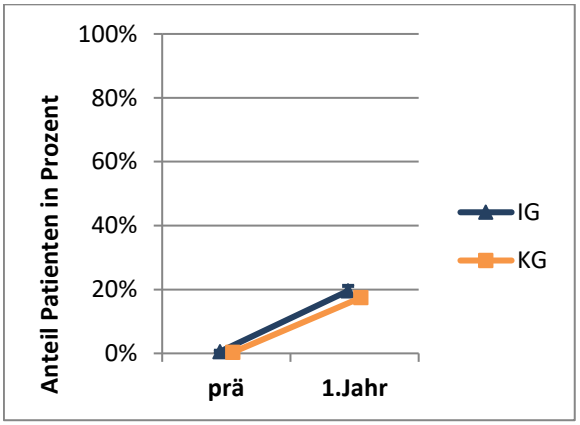
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

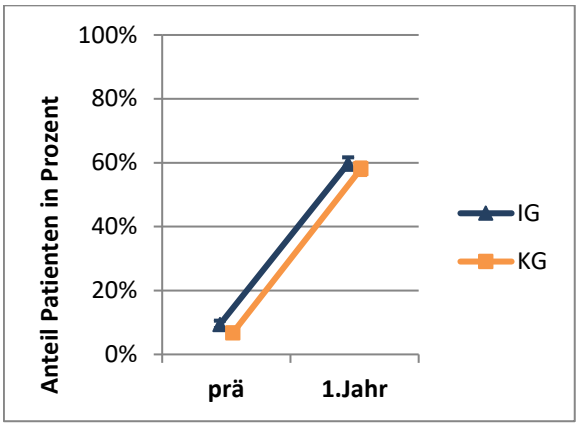
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



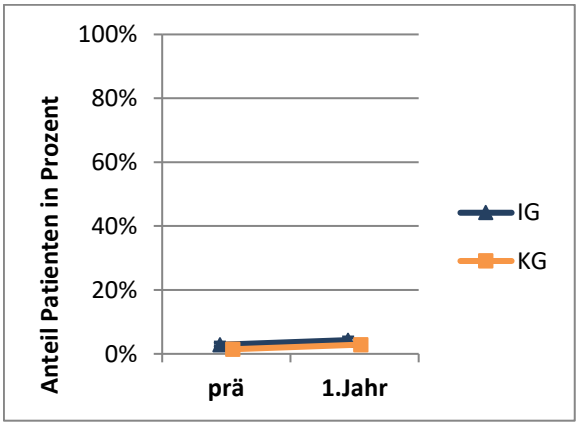
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



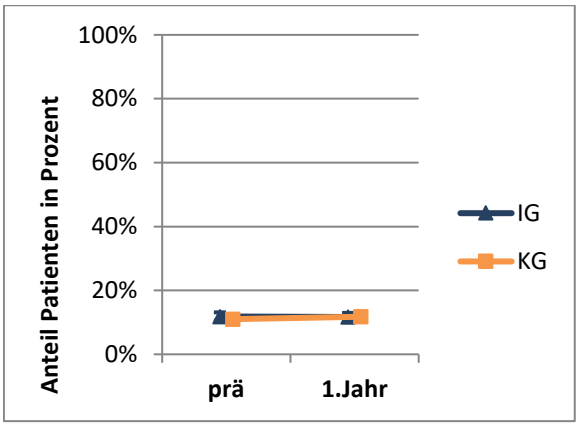
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

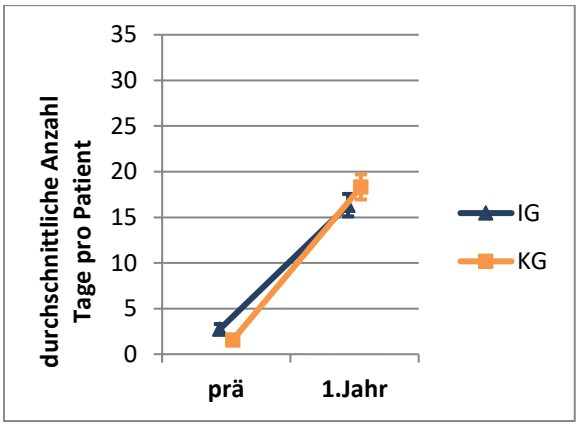


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

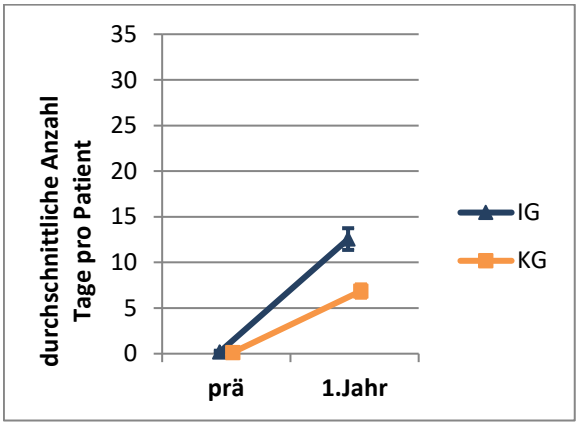


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

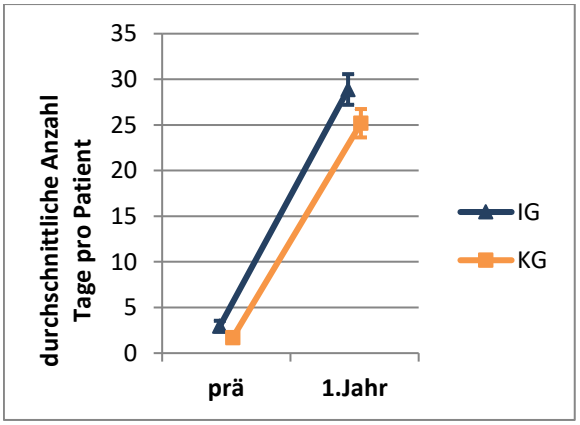
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



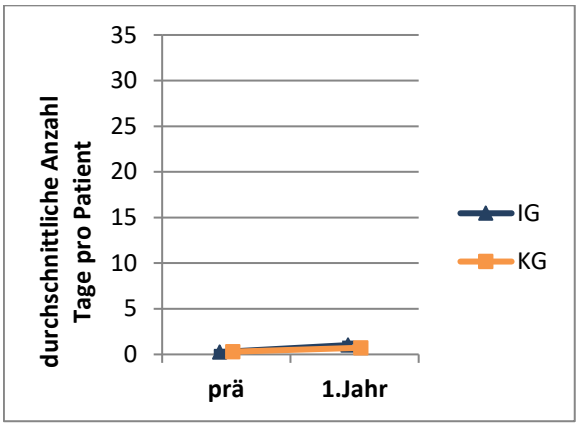
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



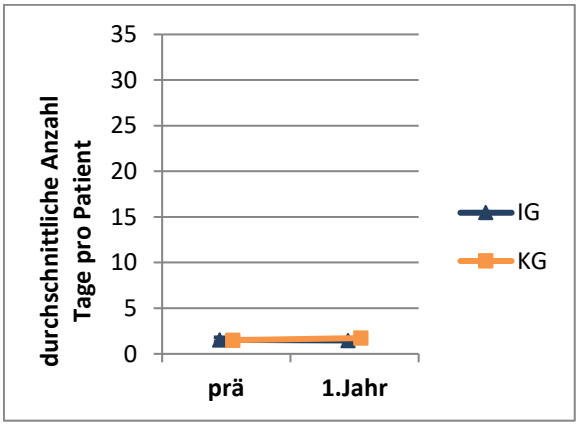
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- **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)	**1.799**	**1.799**	**1.723**	**1.789**	**1.789**	**1.739**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	8,9 %	46,7 %	11,8 %	6,7 %	49,2 %	10,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,7 %	18,8 %	3,4 %	0,3 %	16,5 %	3,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	9,2 %	60,5 %	14,0 %	6,8 %	58,9 %	12,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,3 %	4,7 %	2,2 %	1,7 %	3,2 %	1,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,8 %	12,1 %	11,0 %	10,8 %	11,7 %	9,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	2,7	17,2	5,2	1,5	19,2	4,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,2	11,8	1,7	0,2	6,3	1,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	3,0	29,0	6,9	1,7	25,5	6,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	1,2	0,5	0,4	0,8	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,7	1,5	1,2	1,4	1,8	1,2

[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

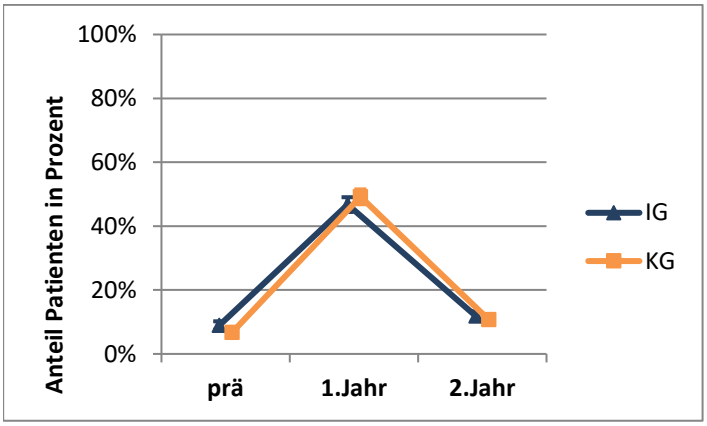
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

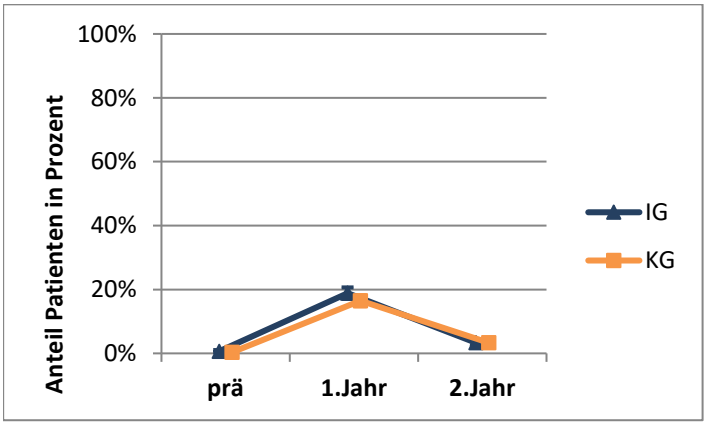
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

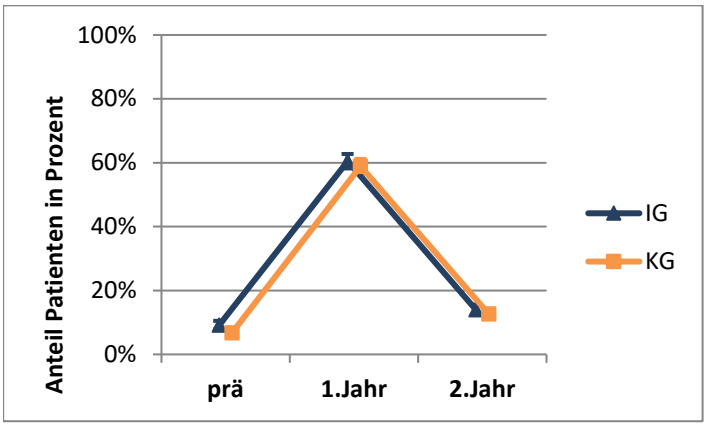
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**

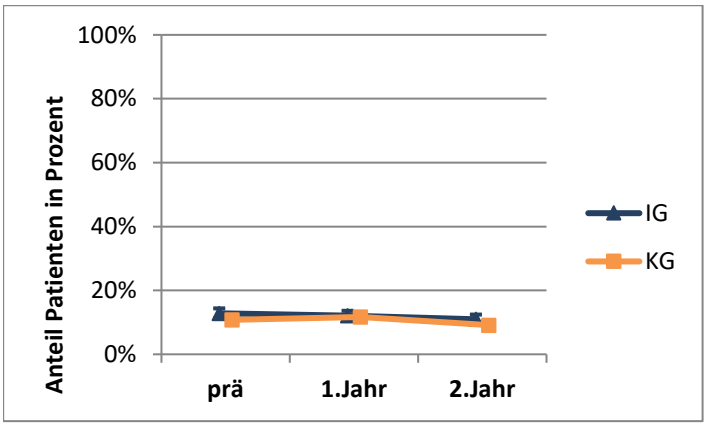


- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



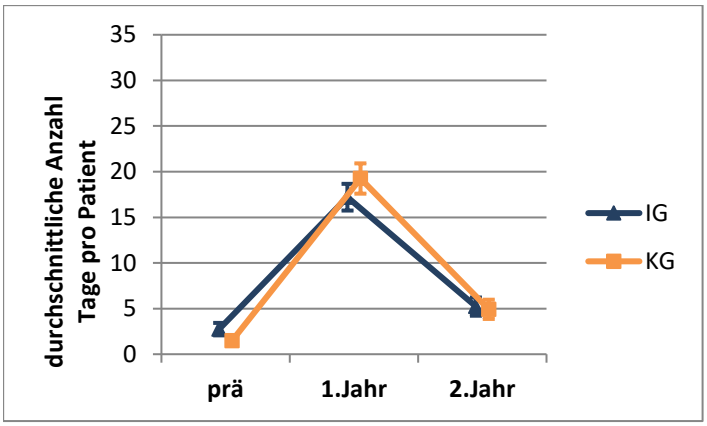
- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

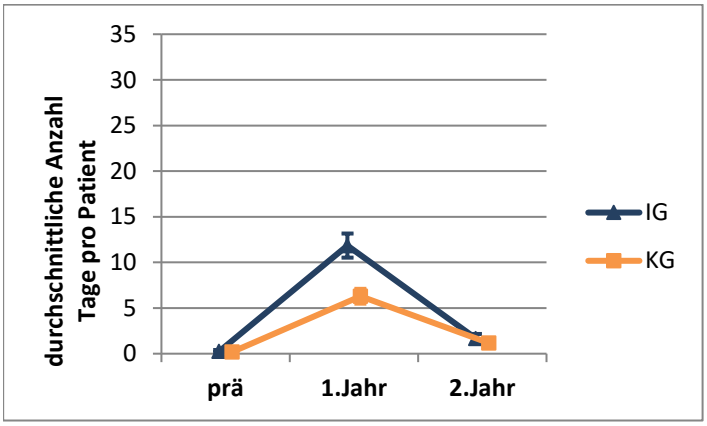


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

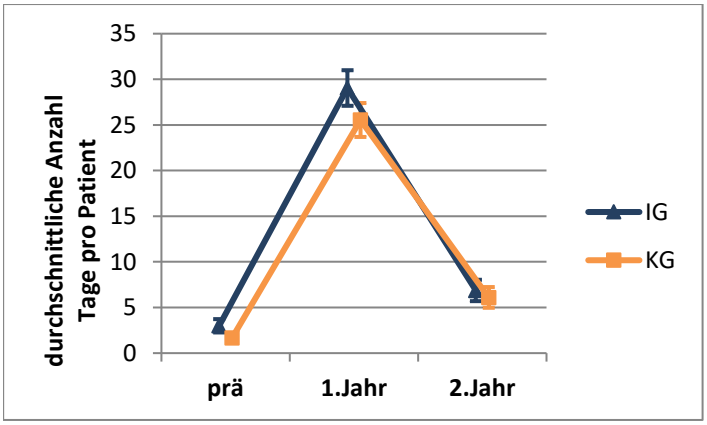
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



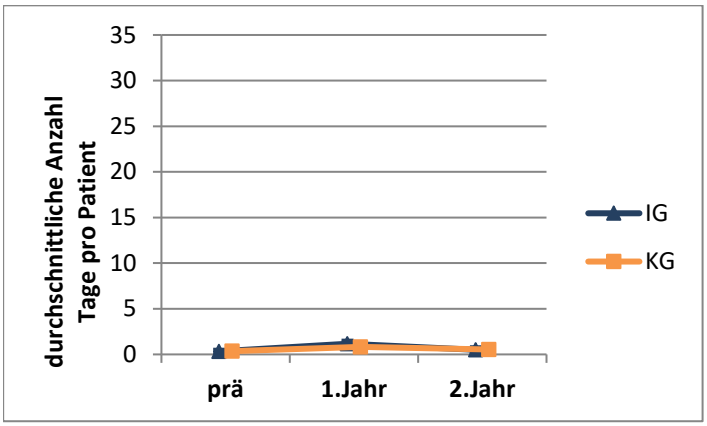
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)**

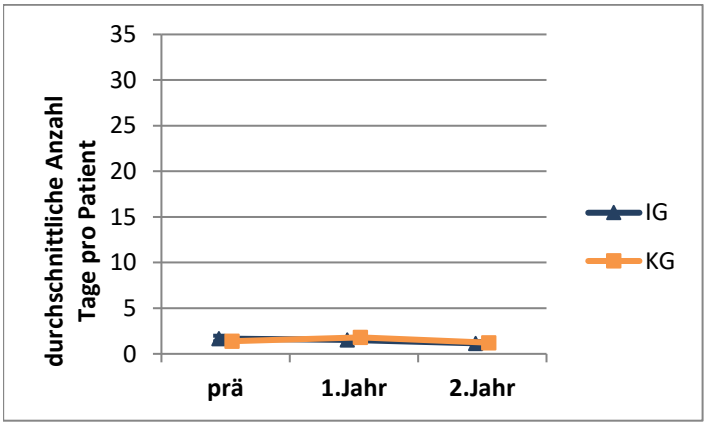


Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,63** 0,47…0,86	0,61 0,22…1,65	-3,32** -5,50…-1,13	5,48*** 4,13…6,83
DID Jahr 2	0,80 0,57…1,13	0,51 0,18…1,45	-1,06 -3,25…1,13	0,36 -0,99…1,71

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			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	**1.169**	**1.169**	**1.115**	**1.087**	**1.163**	**1.163**	**1.134**	**1.102**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	9,3 %	49,3 %	12,9 %	11,0 %	7,1 %	51,0 %	11,6 %	9,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,8 %	18,9 %	3,9 %	2,2 %	0,2 %	14,8 %	3,1 %	1,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	9,7 %	63,2 %	15,7 %	12,1 %	7,2 %	59,5 %	13,4 %	10,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,6 %	5,6 %	2,7 %	1,8 %	1,5 %	3,2 %	2,3 %	1,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,2 %	13,1 %	12,2 %	10,0 %	12,1 %	12,0 %	10,2 %	9,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	2,6	17,9	5,9	4,9	1,4	19,9	6,0	4,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,3	11,5	2,0	0,8	0,1	5,8	1,1	0,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	2,9	29,3	7,9	5,7	1,5	25,7	7,1	4,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,4	1,5	0,6	0,6	0,4	0,8	0,5	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,9	1,7	1,4	1,3	1,6	2,0	1,4	1,5

[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).

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	**625**	**625**	**614**	**599**	**623**	**623**	**603**	**585**
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	22,1 %	33,4 %	18,9 %	17,4 %	27,0 %	34,0 %	18,4 %	16,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	7,4 %	9,1 %	2,8 %	2,7 %	7,1 %	11,2 %	4,0 %	2,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	26,4 %	39,4 %	20,2 %	18,7 %	30,0 %	39,8 %	20,4 %	17,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	8,8 %	4,6 %	3,1 %	2,5 %	9,1 %	4,0 %	2,7 %	2,2 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	13,9 %	12,0 %	14,5 %	11,5 %	15,2 %	18,6 %	16,1 %	15,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	10,1	16,8	8,9	9,8	11,0	16,0	8,6	7,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	3,9	4,8	1,5	1,1	2,7	3,8	0,9	0,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	14,1	21,6	10,4	10,9	13,8	19,8	9,6	8,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	2,6	1,7	1,4	0,3	2,9	1,0	0,6	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,7	1,5	2,0	1,7	1,9	3,0	2,3	1,9

[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

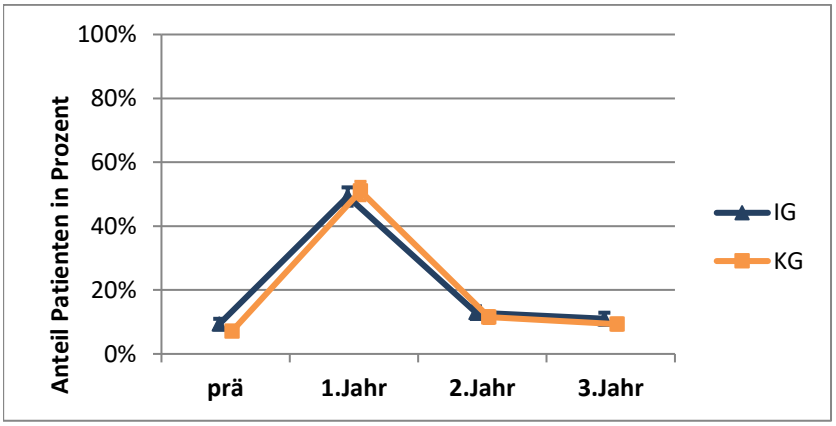
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

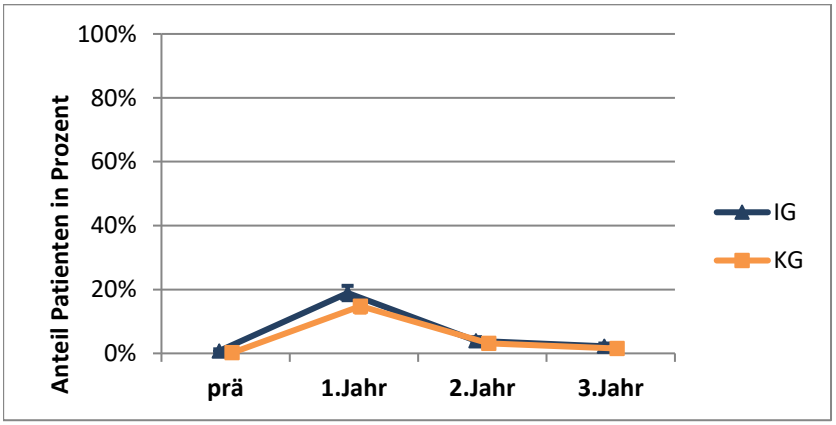
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

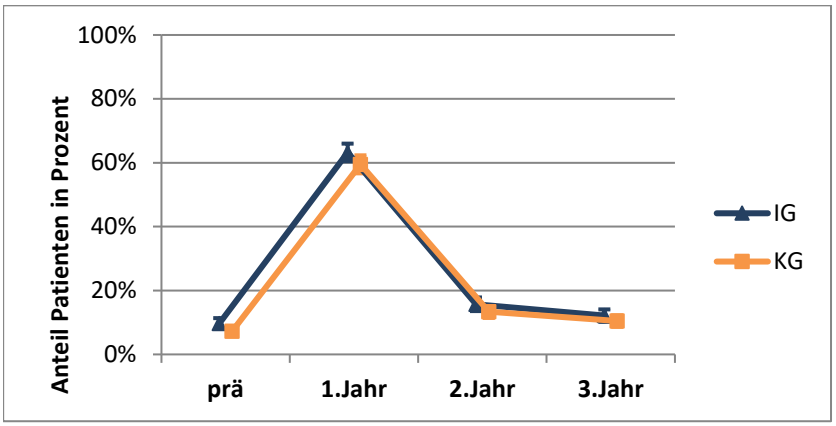
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



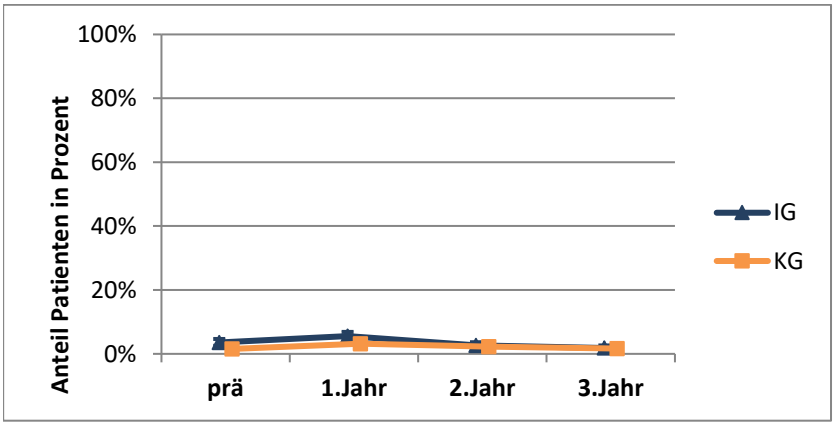
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



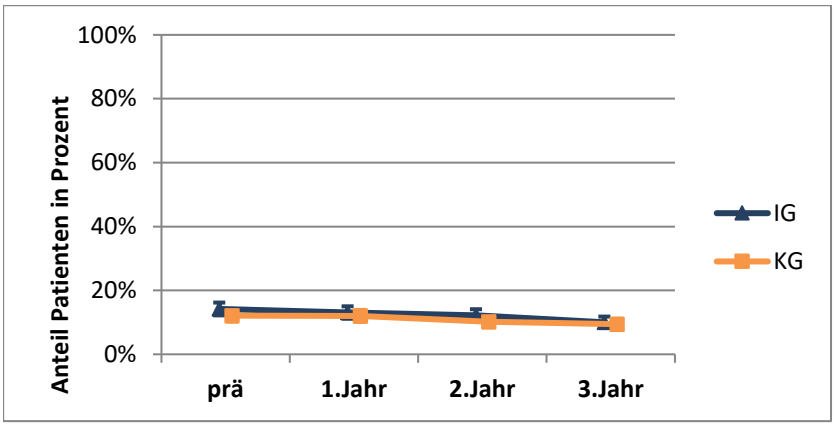
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

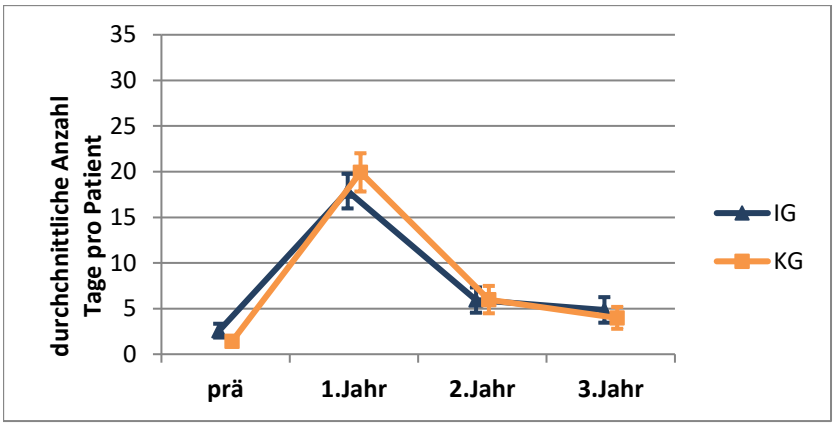


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

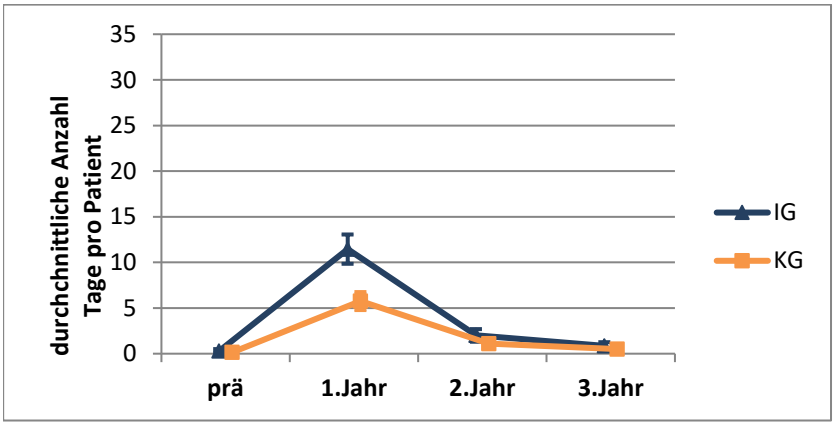


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

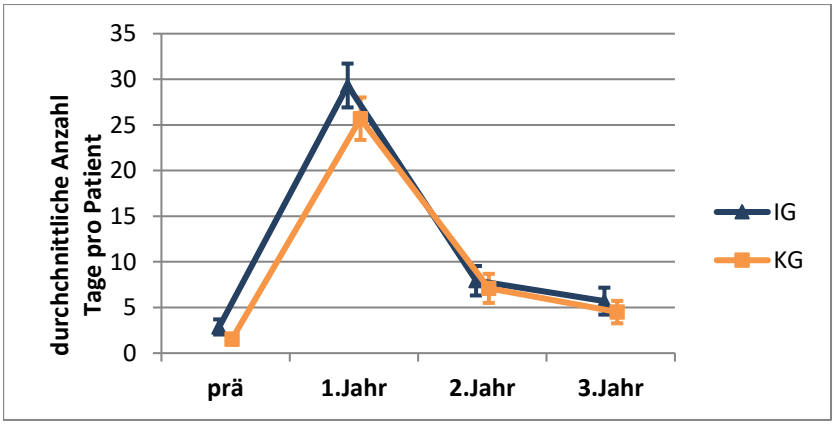
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



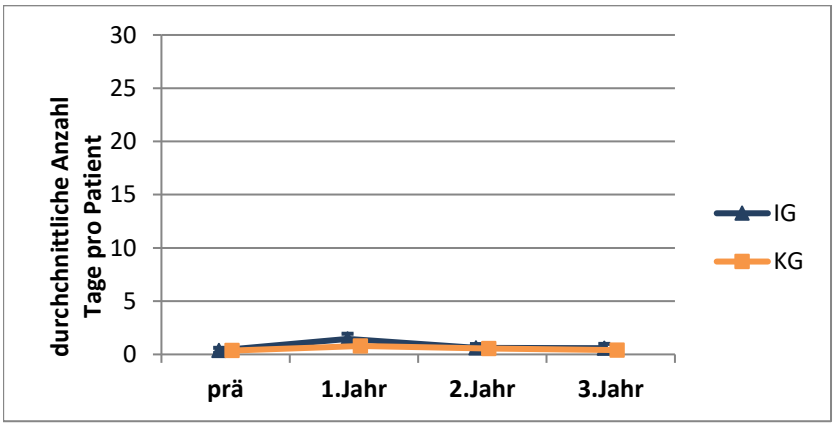
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



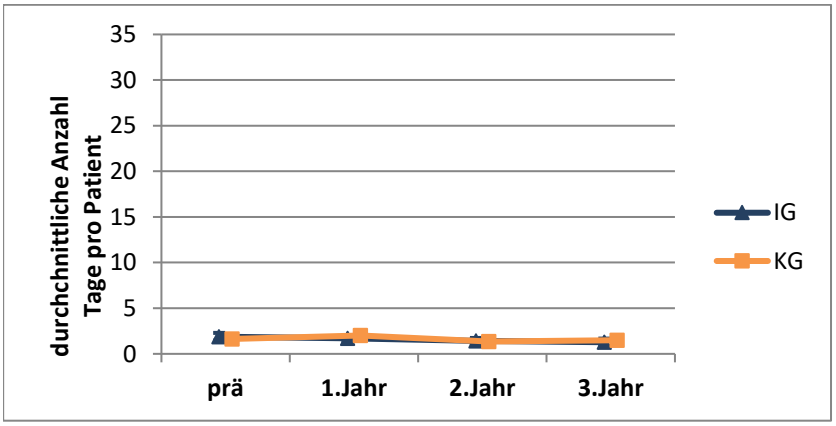
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)**



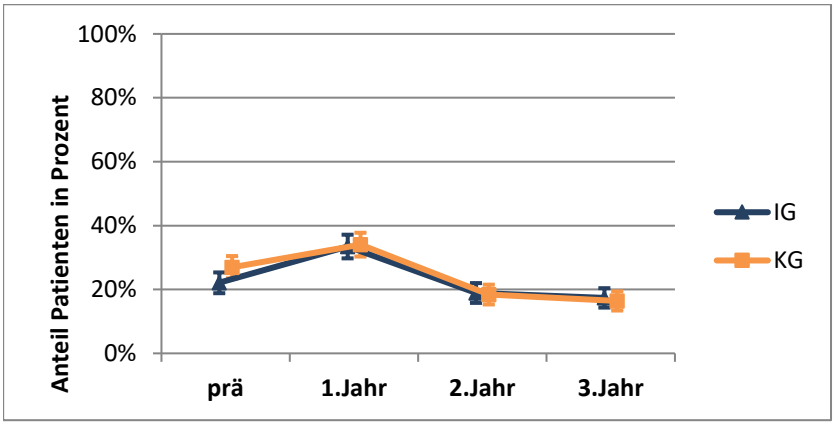
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

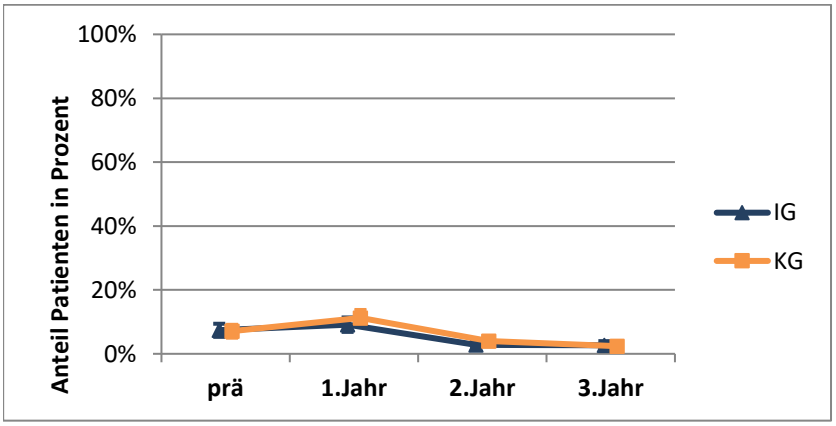
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

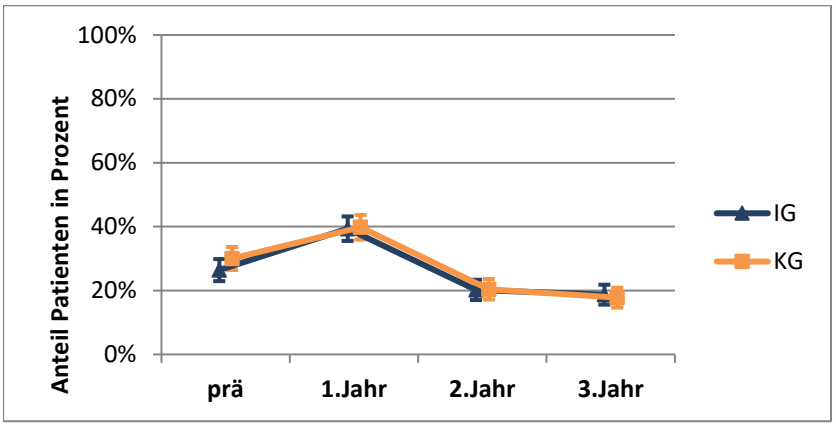
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



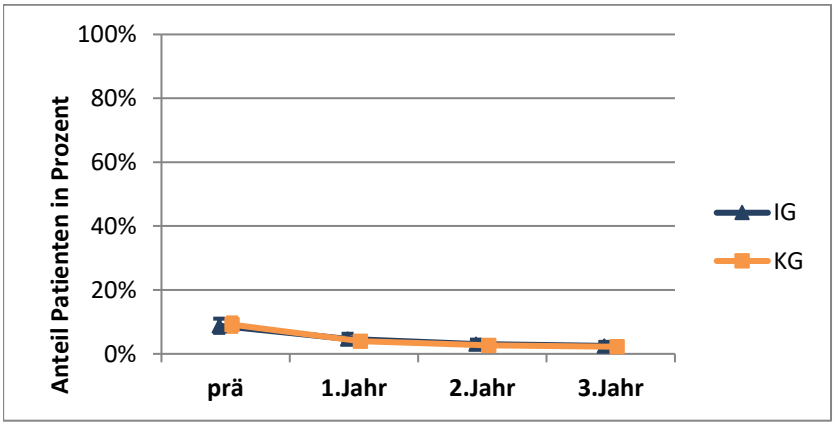
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



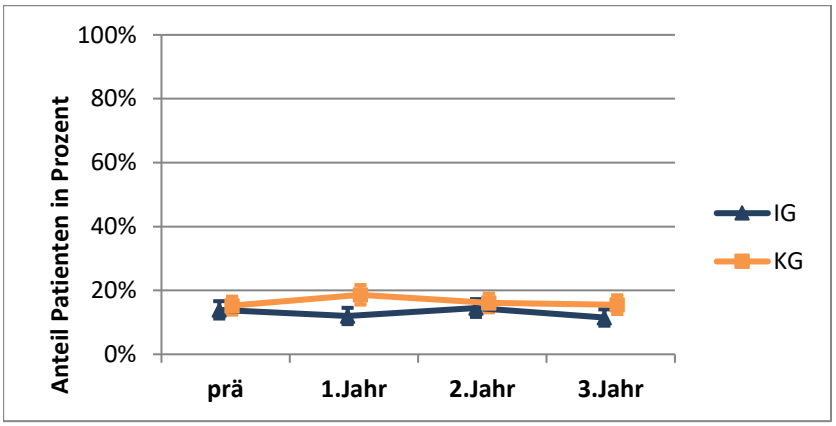
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

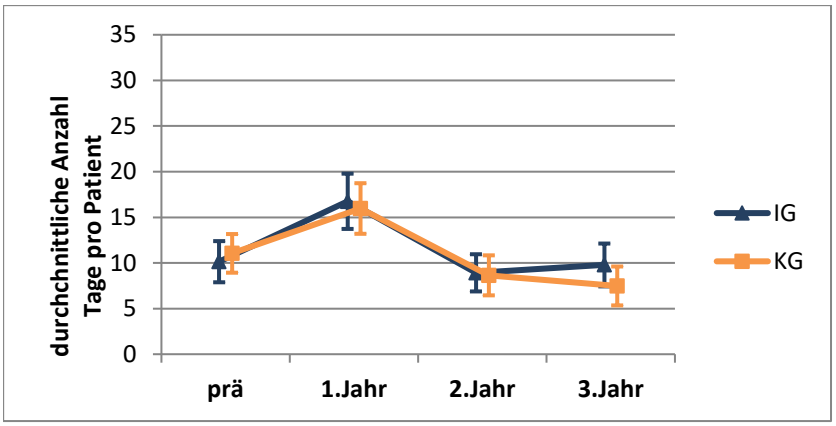


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

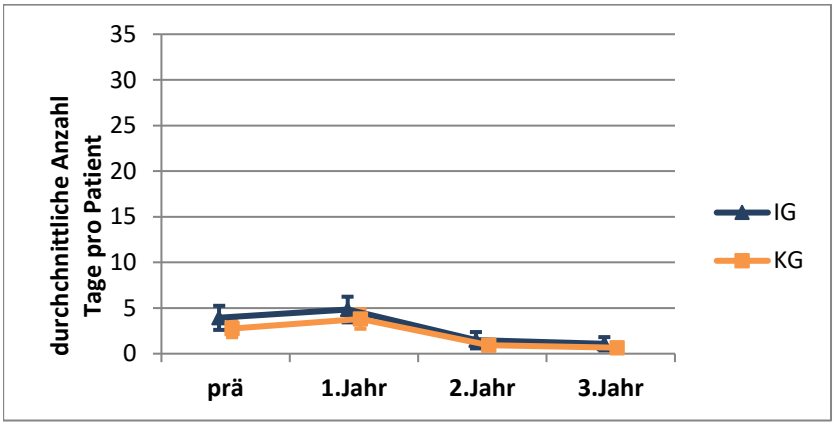


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

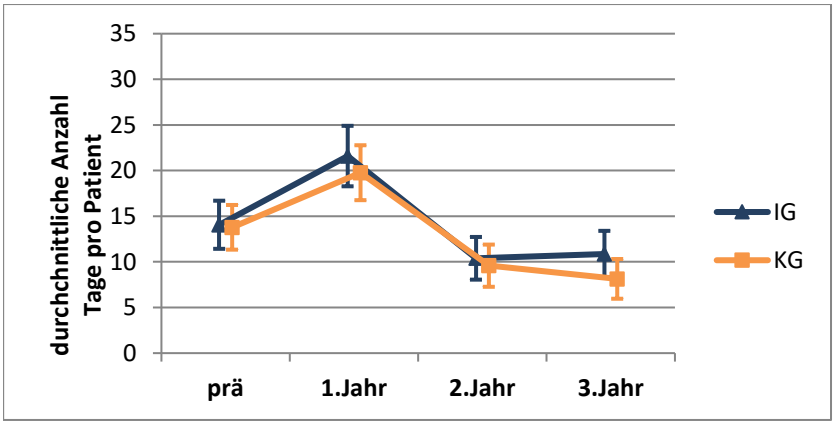
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



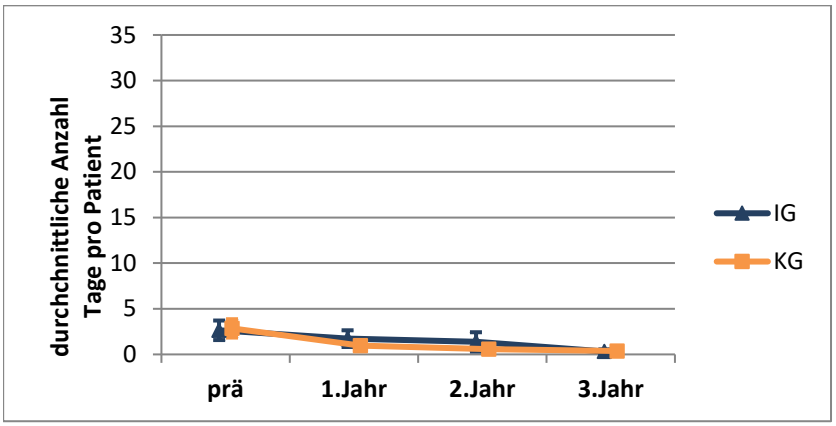
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



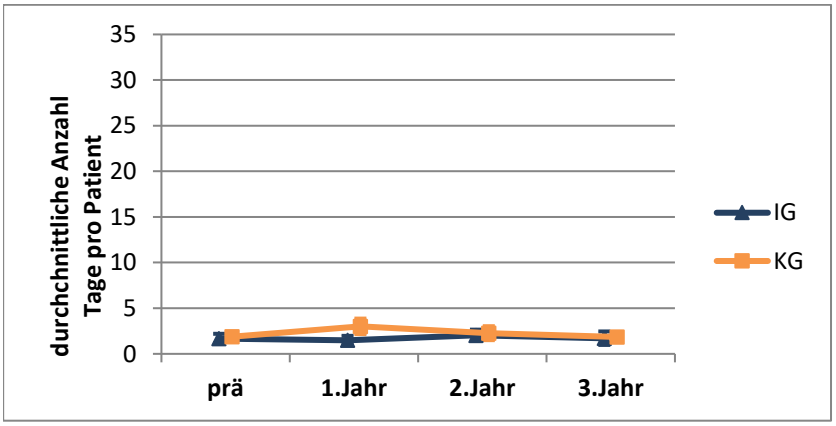
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- **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.

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 klinikneuen Patienten über die Beobachtungszeit stets vergleichbare durchschnittliche **PIA**-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG (prä: -0,2; 1. Jahr: +0,4; 2. Jahr: +0,7; 3. Jahr: +0,4; 4. Jahr: +0,6 PIA-Kontakte). Jedoch wies die IG ab dem Jahr nach Referenzfall stets etwas mehr PIA-Kontakte als die KG auf. Die Unterschiede waren jedoch klein und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall nicht statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten der IG zeigte sich hingegen ein größerer Anstieg der PIA-Kontakte ab dem Jahr nach Referenzfall (prä: +0,7; 1. Jahr: +2,4; 2. Jahr: +4,1; 3. Jahr: +3,1; 4. Jahr: +4,1 PIA-Kontakte). Die Anzahl der PIA-Kontakte blieb in der IG im patientenindividuellen Verlauf über denen der KG. Der größere Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum zweiten und vierten Jahr nach Referenzfall war jeweils statistisch signifikant (DiD: 2. Jahr = 3,5; 4. Jahr = 3,3 Kontakte).

Die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** klinikneuer Patienten der IG im Jahr vor und im Jahr nach Referenzfall etwas größer als in der KG, sank dann aber auf zwischen IG und KG vergleichbare Anzahlen an Kontakten (prä: +1,1; 1. Jahr: +1,2; 2. Jahr: +0,3; 3. Jahr: -0,4; 4. Jahr: -0,3 Kontakte). Das stärkere Absinken der Kontakte in der IG war im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (Vergleich IG vs. KG und mit dem Jahr vor Referenzfall) (DiD: 3. Jahr = -1,5; 4. Jahr = -1,4 Kontakte). Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ein vergleichbarer Verlauf an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: +0,5; 1. Jahr: +0,9; 2. Jahr: +0,4; 3. Jahr: +0,3; 4. Jahr: +0,3 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede waren nicht ersichtlich.

U2: Bei den klinikneuen 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: +5,3 Kontakte; KG: +3,5 Kontakte).

Auch 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 an als in der KG (IG: +3,1 Kontakte; KG: +2,1 Kontakte).

U3: Bei den klinikneuen 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 (DiD = -1,9 Kontakte). Danach sank die PIA-Inanspruchnahme sowohl in IG als auch KG, blieb jedoch in der IG etwas größer.

Auch die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U2, in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall stärker an als in der KG. Auch dieser stärkere Anstieg war statistisch signifikant (DiD = +0,9 Kontakte). Auch im zweiten Jahr nach Referenzfall blieb die Anzahl der Kontakte in der IG über die der KG (+1,5 Kontakte). Dieser Vergleich war jedoch (im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall statistisch nicht mehr signifikant.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse der vorherigen Untersuchungen wieder. Die **PIA**-Kontakte klinikneuer Patienten stiegen sowohl in der IG als auch in der KG im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser Anstieg in der IG stärker als in der KG war. Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder auf einem in der IG etwas höherem Niveau. Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich, analog zu U1, eine größere Zunahme der PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG und blieb in den folgenden Jahren in der IG auf einem höheren Niveau (prä: +0,8; 1. Jahr: +2,2; 2. Jahr: +3,8; 3. Jahr: +2,8 PIA-Kontakte).

Auch bei der ambulanten Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** klinikneuer Patienten stieg die Inanspruchnahme vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG stärker und blieb numerisch in der IG stets über den Kontakten der KG (prä: +1,1; 1. Jahr: +1,5; 2. Jahr: +1,4; 3. Jahr +0,8 Kontakte). Bereits im Jahr vor Referenzfall wiesen die Patienten der IG ca. 1 Kontakt mehr als Patienten der KG auf. Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ein vergleichbarer Verlauf mit stets etwas höherer Anzahlen an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: +0,5; 1. Jahr: +1,0; 2. Jahr: +0,6; 3. Jahr: +0,4 Kontakte).

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				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	**579**	**579**	**556**	**540**	**527**	**560**	**560**	**546**	**531**	**521**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**576**	**576**	**553**	**537**	**524**	**556**	**556**	**542**	**527**	**517**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**564**	**569**	**540**	**519**	**507**	**544**	**552**	**536**	**518**	**482**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,3	4,6	2,7	1,9	1,9	0,5	4,2	2,0	1,5	1,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,9	5,7	4,5	3,3	2,7	1,7	4,5	4,2	3,7	3,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	10,8	13,7	11,6	10,8	10,2	9,9	12,4	10,6	10,0	8,6
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	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,6	0,7	0,4	0,4	0,3	0,5	0,5	0,5	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	5,2	7,2	8,9	9,2	7,7	4,1	6,5	3,8	4,1	4,5

[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

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)	**560**	**560**	**551**	**538**	**528**	**559**	**559**	**541**	**525**	**508**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**557**	**557**	**548**	**535**	**525**	**555**	**555**	**537**	**521**	**505**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**553**	**557**	**543**	**523**	**516**	**551**	**555**	**531**	**508**	**496**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	7,2	12,2	11,6	9,7	9,3	6,5	9,8	7,4	6,6	5,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,4	2,9	2,5	2,2	2,1	1,9	2,0	2,1	1,9	1,8
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	14,6	15,3	13,5	13,3	13,1	13,1	13,9	13,2	12,5	12,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										

• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,8	0,7	1,0	1,2	0,9	0,7	0,8	0,5	0,5	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	3,7	3,5	6,4	5,5	3,6	11,4	14,1	15,3	13,0	13,6

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

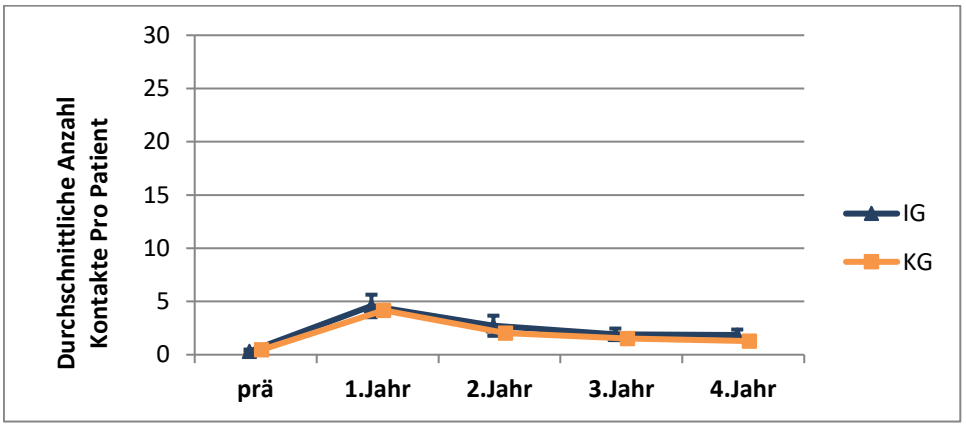
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

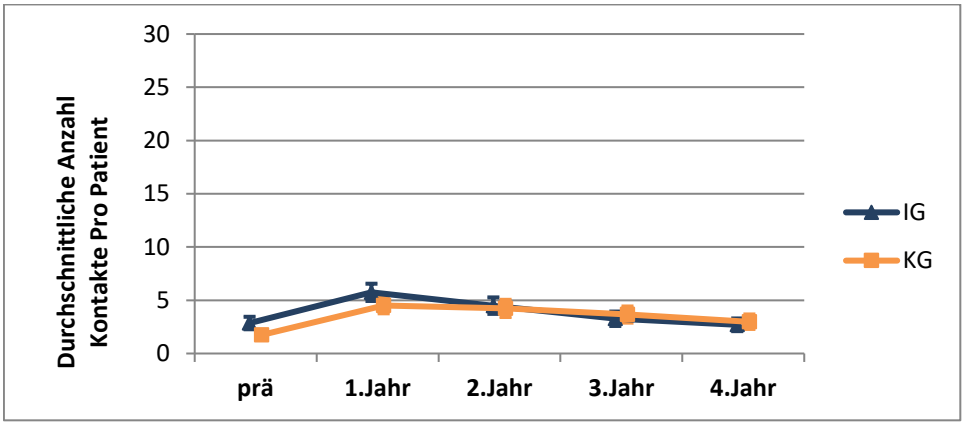
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

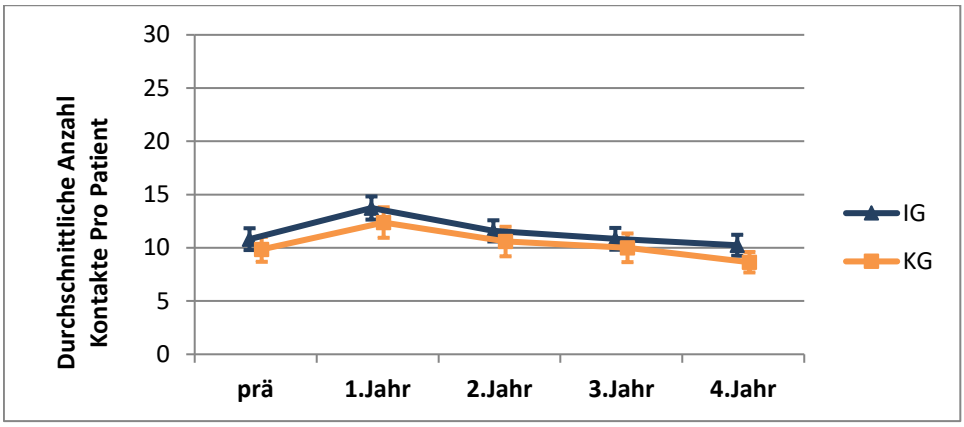
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

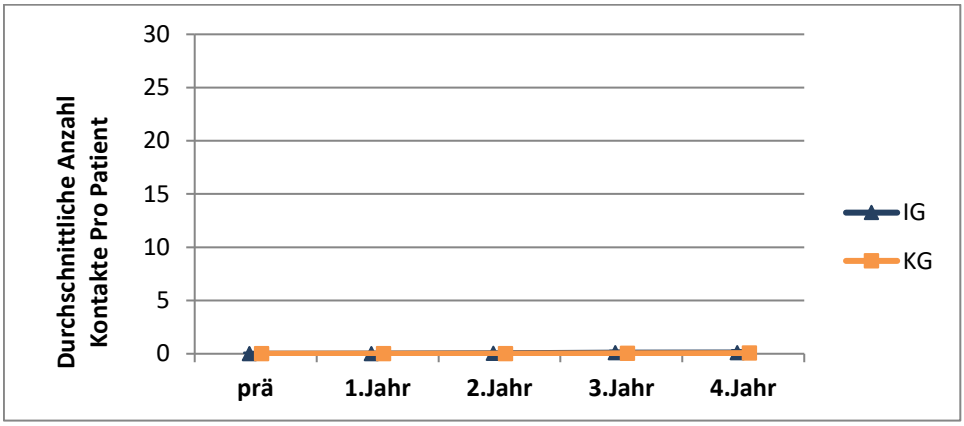


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

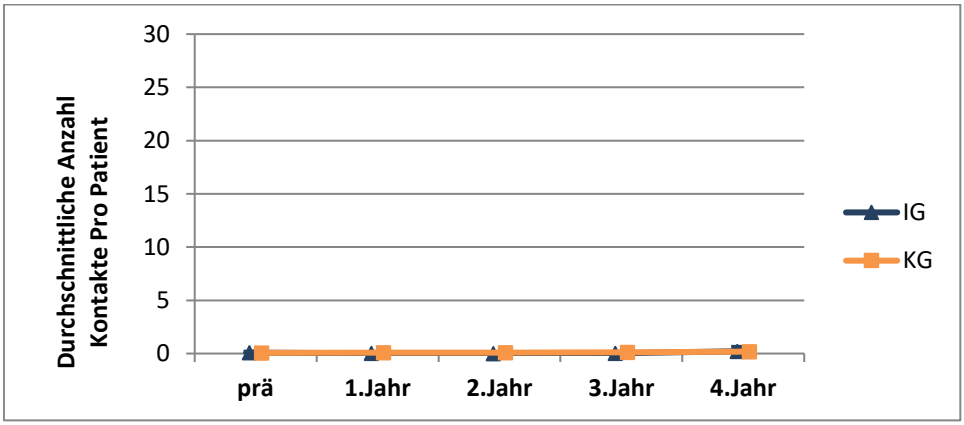


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

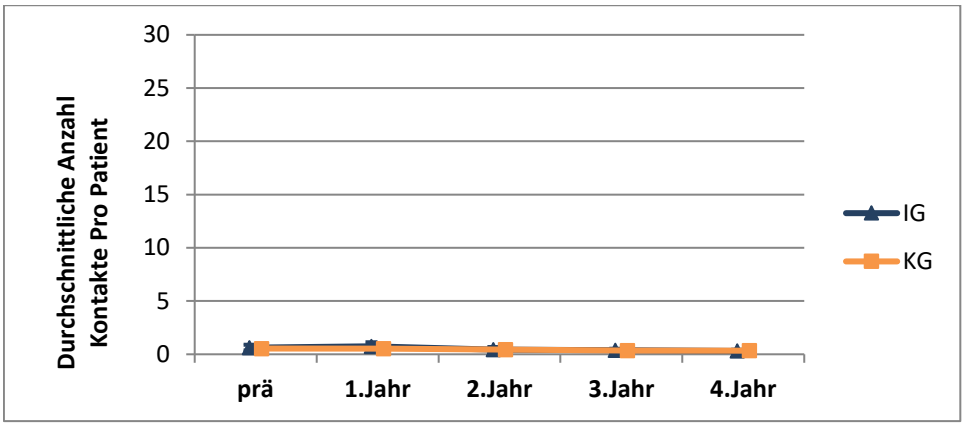
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

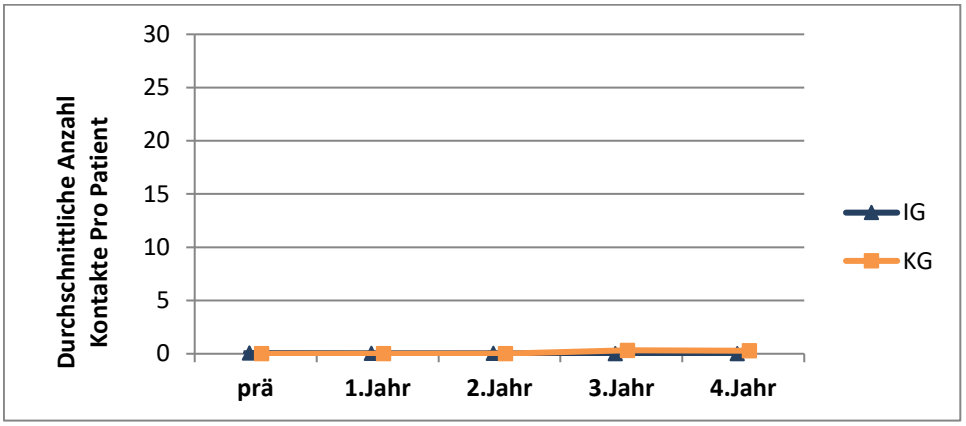


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

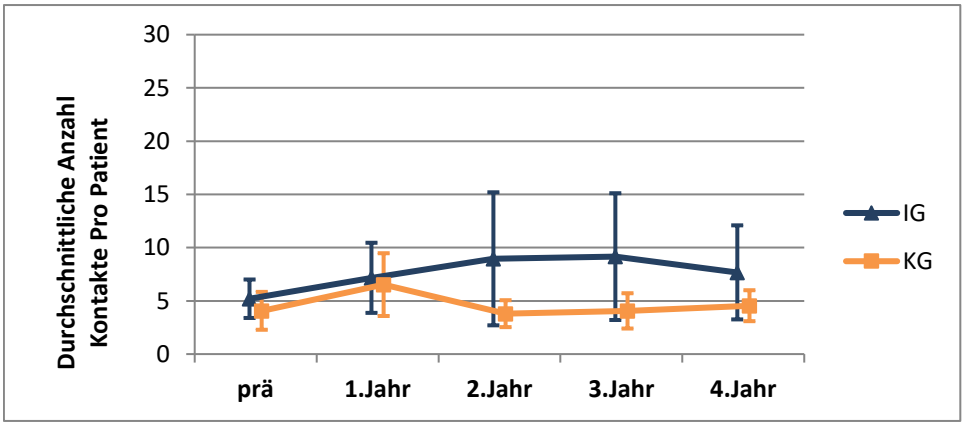


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)**



- **Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)**



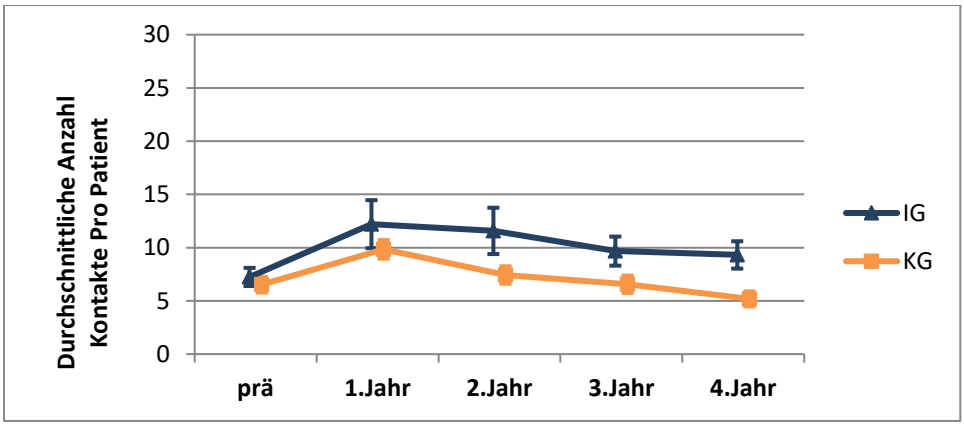
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

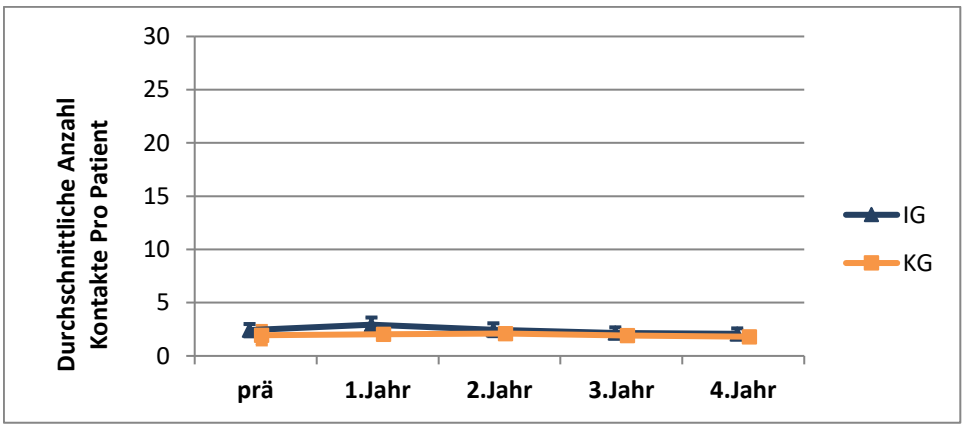
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

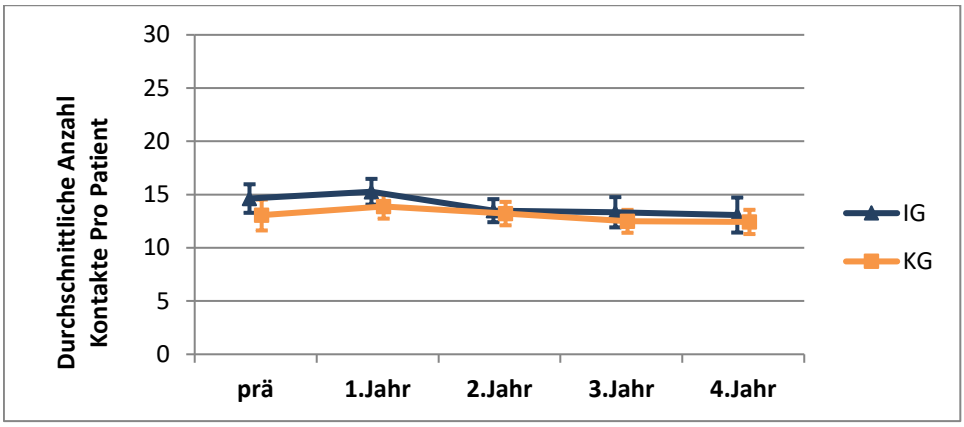
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

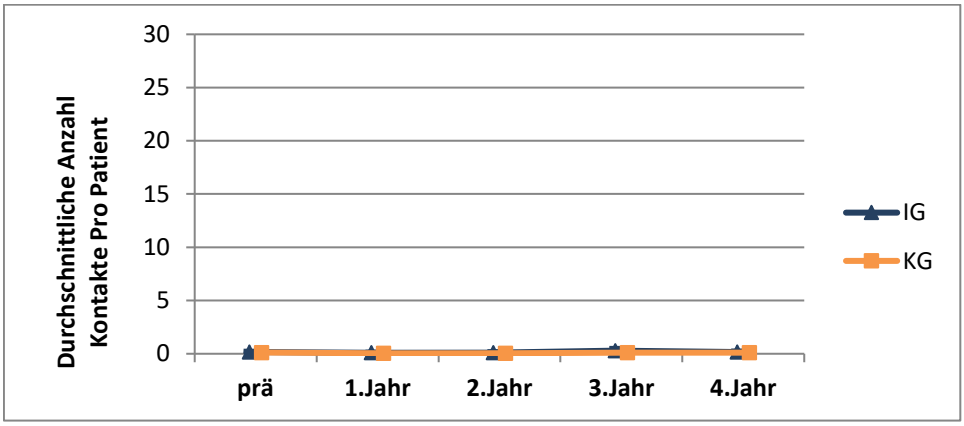


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

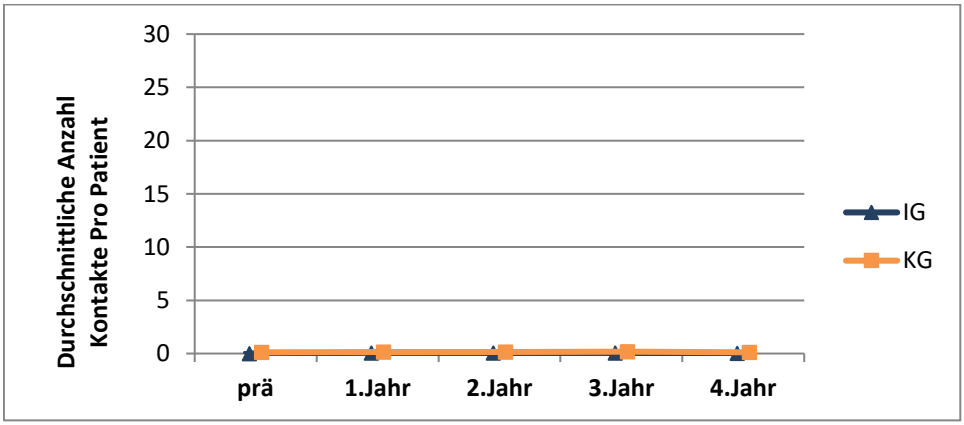


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

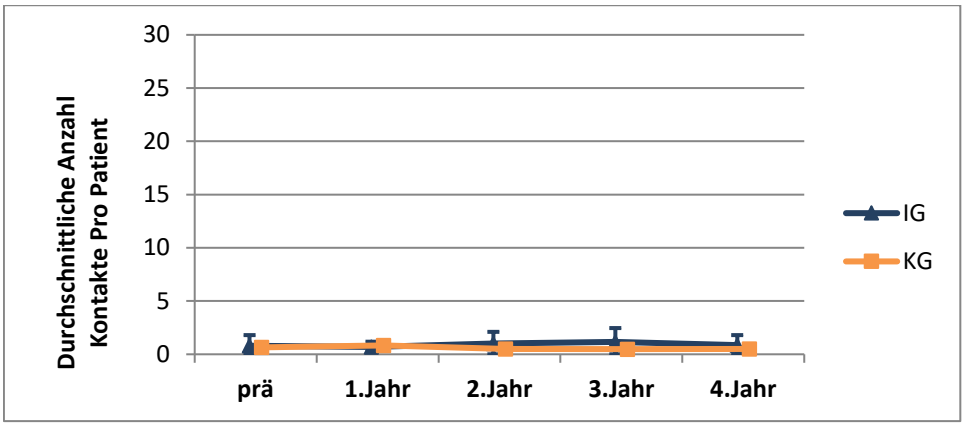
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

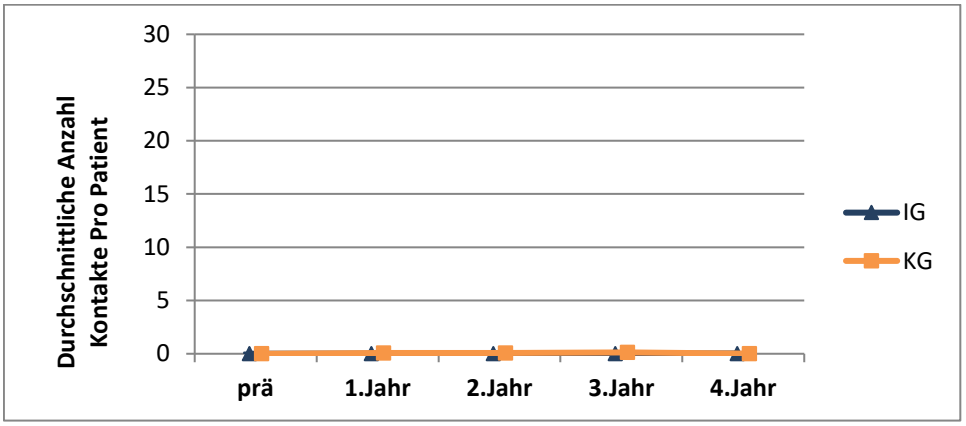


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)**



- **Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)**

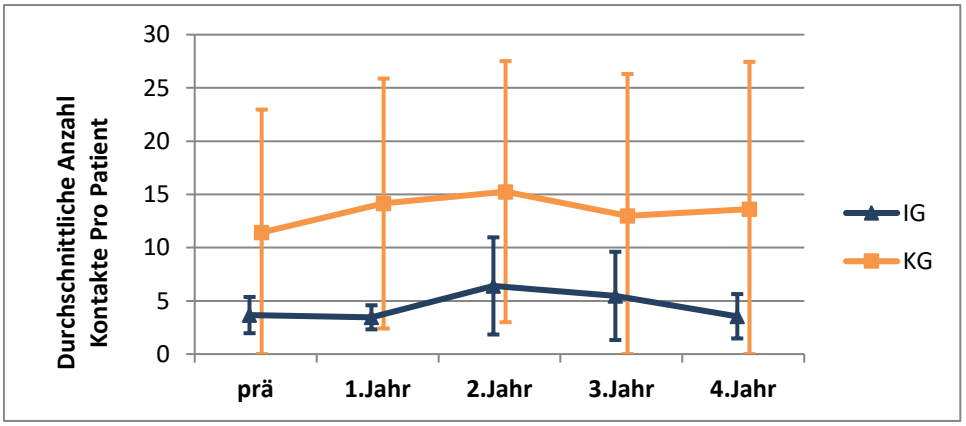


Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,56 -0,55…1,68	0,12 -1,19…1,42	0,41 -1,65…2,47
DID Jahr 2	0,77 -0,34…1,89	-0,93 -2,24…0,37	-0,15 -2,21…1,91
DID Jahr 3	0,50 -0,61…1,61	-1,54* -2,85…-0,24	-0,32 -2,38…1,74
DID Jahr 4	0,64 -0,47…1,76	-1,44* -2,75…-0,14	0,32 -1,74…2,38

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,62 -0,88…4,13	0,44 -0,67…1,55	-0,16 -2,50…2,18
DID Jahr 2	3,46** 0,95…5,96	-0,09 -1,20…1,02	-1,06 -3,40…1,28
DID Jahr 3	2,39 -0,11…4,90	-0,18 -1,29…0,93	-0,46 -2,79…1,88
DID Jahr 4	3,32** 0,82…5,83	-0,15 -1,26…0,96	-0,51 -2,85…1,83

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	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	**2.414**	**2.414**	**2.414**	**2.414**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**2.389**	**2.389**	**2.389**	**2.389**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**2.361**	**2.372**	**2.344**	**2.372**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,3	5,6	0,2	3,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,8	6,0	2,4	4,6
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	10,9	13,0	9,9	11,6
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 Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,1	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,6	0,5	0,6	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	4,6	4,4	5,6	5,1

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

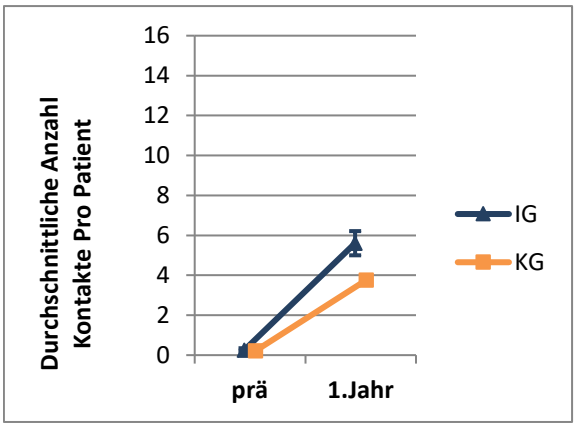
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

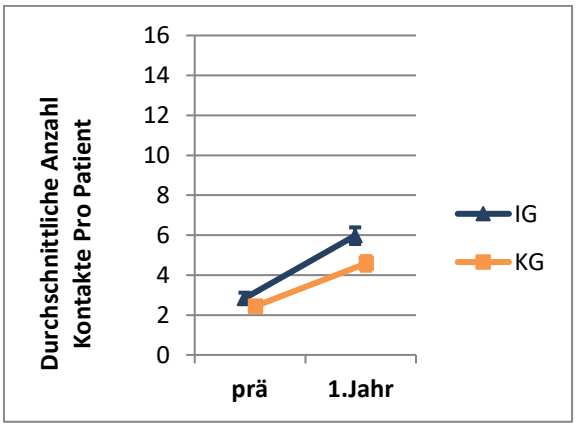
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

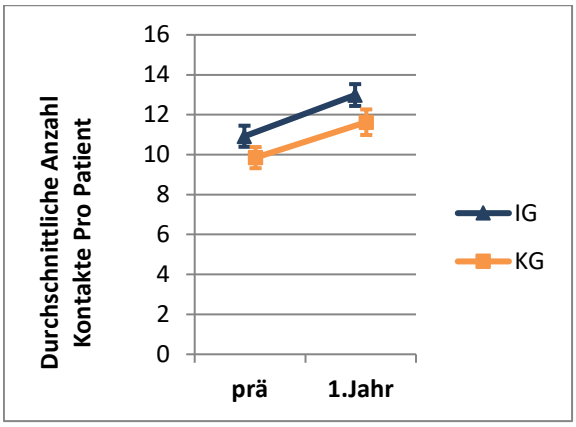
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

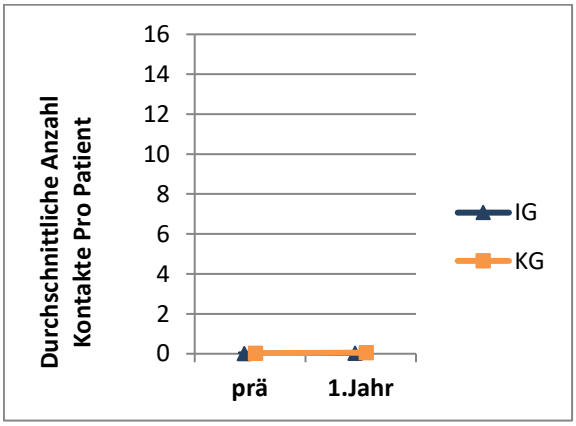


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

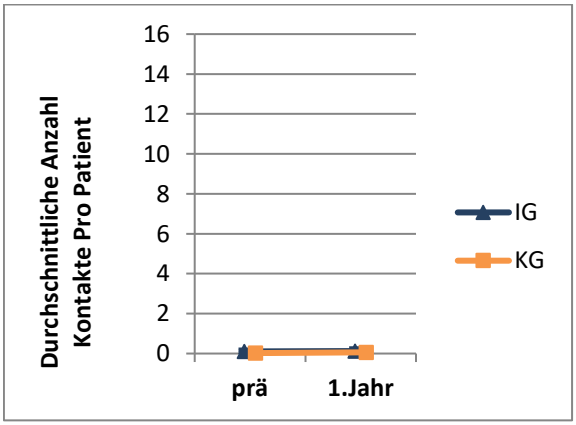


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

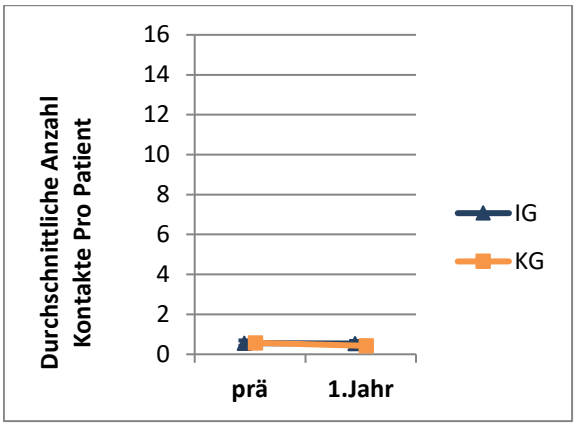
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

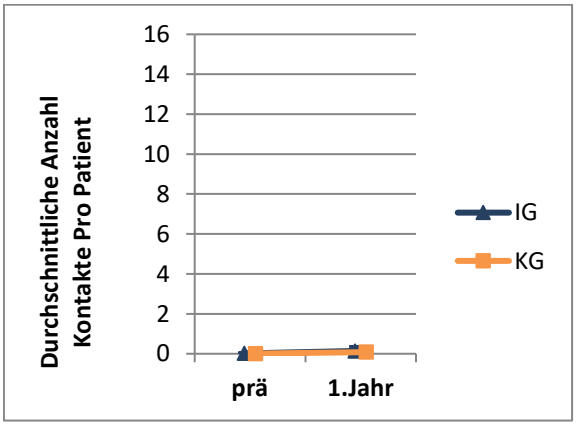


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

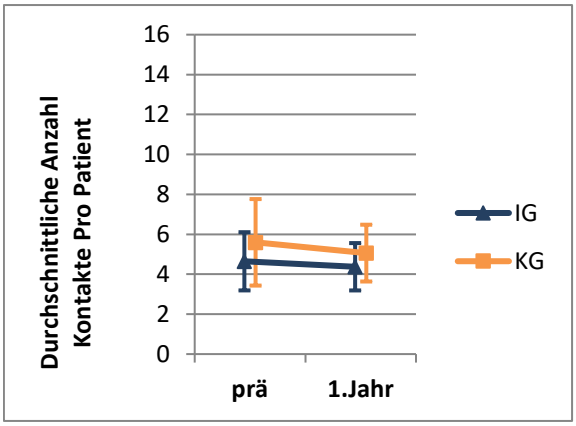


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)**



- **Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)**



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)	**1.799**	**1.799**	**1.723**	**1.789**	**1.789**	**1.739**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**1.779**	**1.779**	**1.703**	**1.769**	**1.769**	**1.719**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**1.765**	**1.768**	**1.675**	**1.730**	**1.758**	**1.658**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	5,8	2,5	0,2	3,9	1,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	3,0	6,2	5,3	2,3	4,5	3,8
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	11,1	13,1	11,6	9,8	11,9	9,8
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	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,6	0,5	0,4	0,6	0,5	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	4,5	4,5	5,6	5,2	5,5	4,5

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

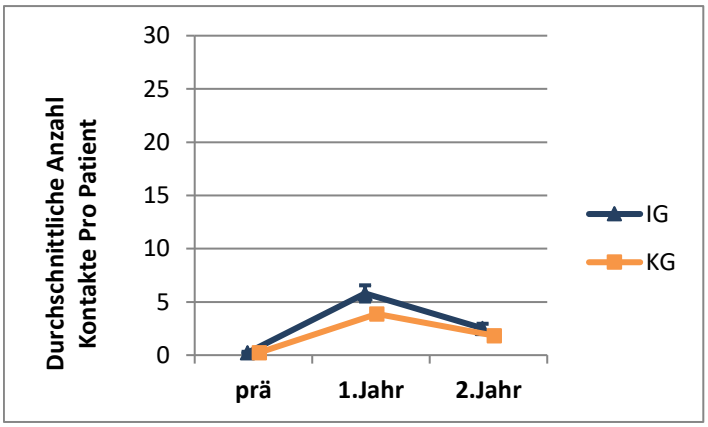
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

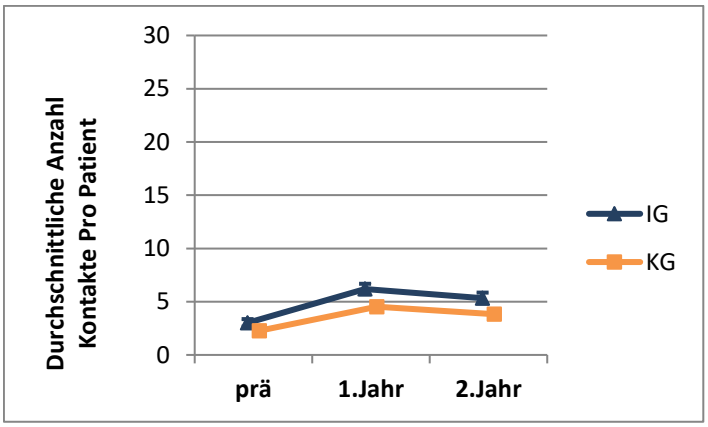
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

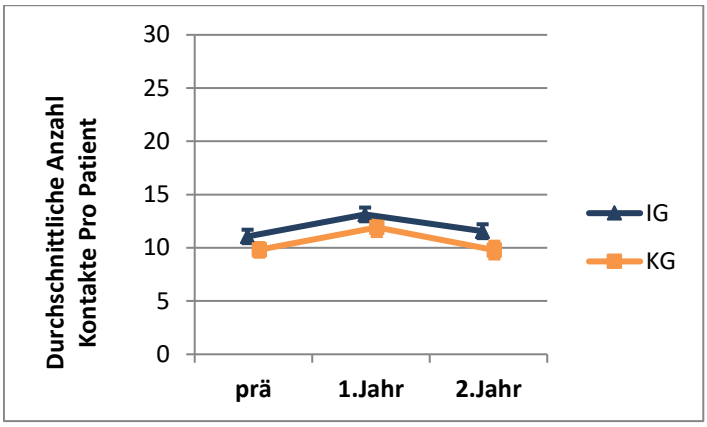
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

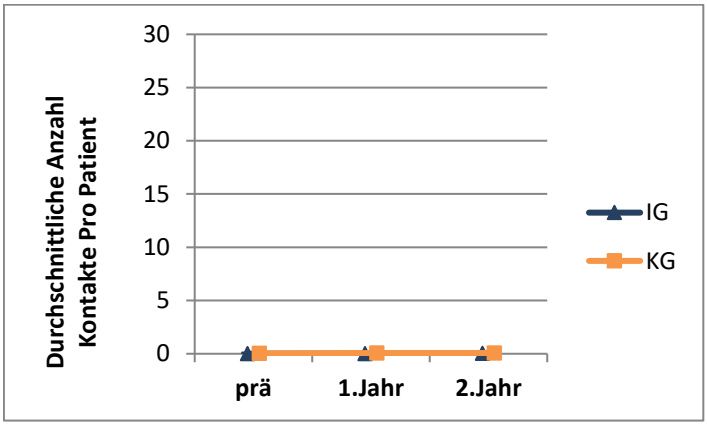


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

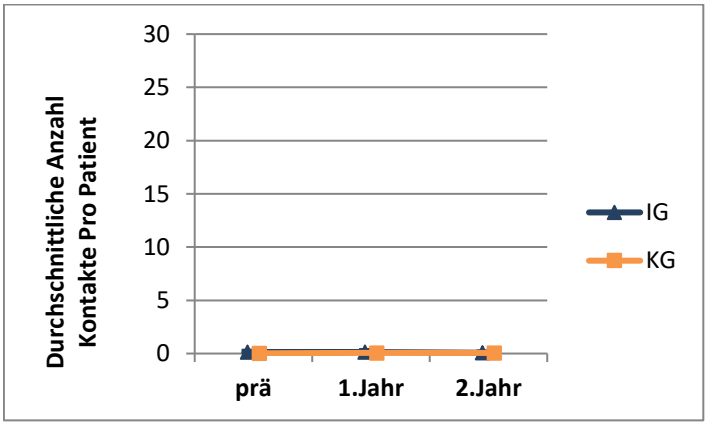


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

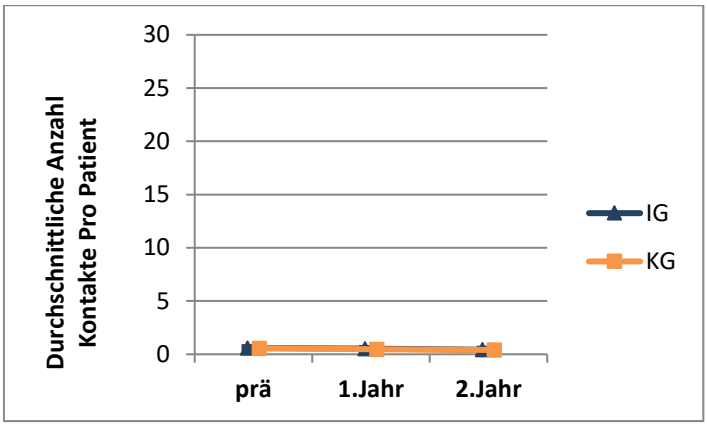
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

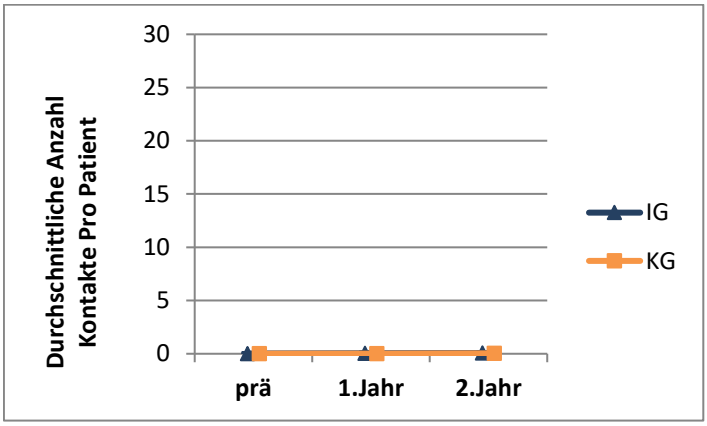


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)**



- **Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)**

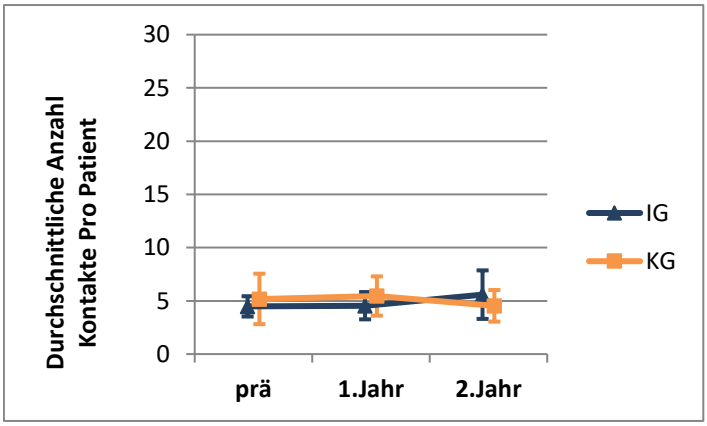


Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	**Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie**	**Anderer Vertrags-arzt**
DID Jahr 1	1,94*** 1,18…2,69	0,92* 0,12…1,72	-0,04 -1,30…1,23
DID Jahr 2	0,65 -0,10…1,40	0,67 -0,13…1,47	0,30 -0,97…1,56

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	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	**1.169**	**1.169**	**1.115**	**1.087**	**1.163**	**1.163**	**1.134**	**1.102**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**1.157**	**1.157**	**1.103**	**1.075**	**1.149**	**1.149**	**1.120**	**1.088**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**1.146**	**1.151**	**1.084**	**1.046**	**1.122**	**1.142**	**1.099**	**1.041**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,3	6,2	2,7	2,2	0,3	3,9	1,9	1,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	3,1	5,9	5,1	3,9	2,0	4,4	3,8	3,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	11,1	13,4	11,7	11,2	9,7	12,3	10,4	9,1
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	0,1	0,1	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,5	0,6	0,5	0,3	0,6	0,5	0,4	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	5,5	5,9	6,6	6,3	6,5	6,7	4,0	4,5

[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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**				**KG**			
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle Patienten (n)	**625**	**625**	**614**	**599**	**623**	**623**	**603**	**585**
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	**622**	**622**	**611**	**596**	**619**	**619**	**599**	**581**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**618**	**621**	**606**	**581**	**614**	**618**	**590**	**567**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	6,8	11,6	10,9	9,0	6,1	9,4	7,1	6,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,5	3,0	2,7	2,3	1,9	2,0	2,0	1,8
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	14,7	15,3	13,5	13,3	13,1	13,8	13,1	12,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1

• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,9	0,8	1,1	1,1	0,7	0,8	0,5	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	3,8	4,2	6,0	5,3	11,3	13,5	14,9	12,3

[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

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

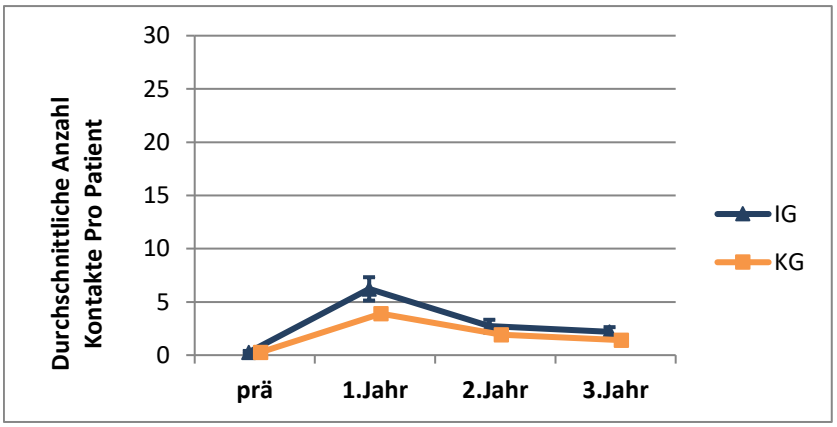
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

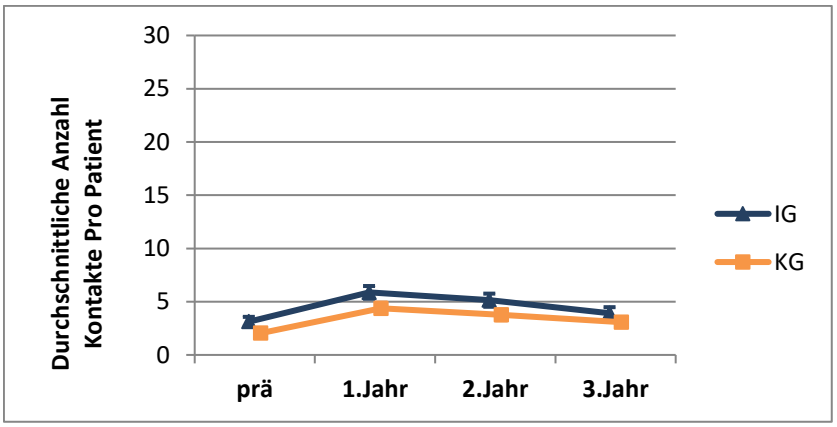
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

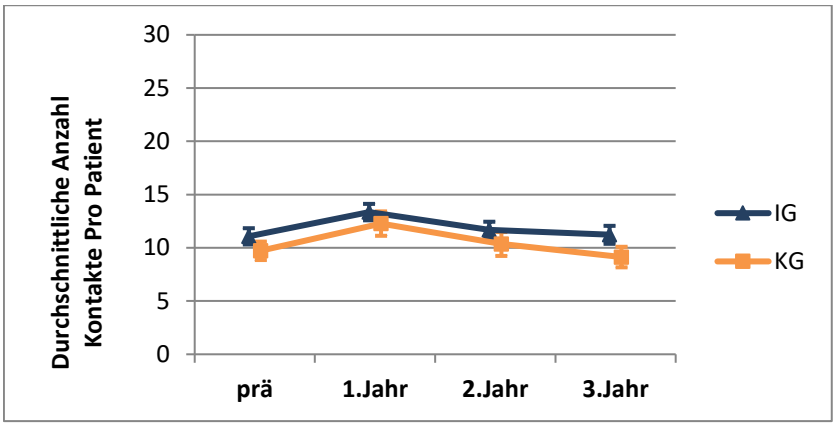
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

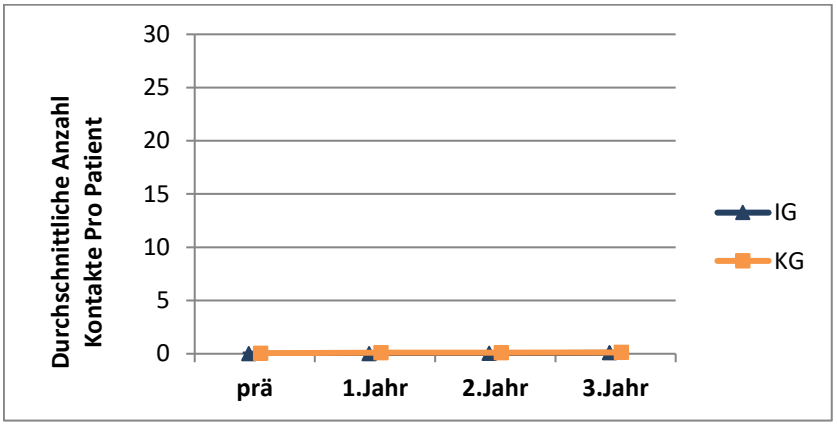


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

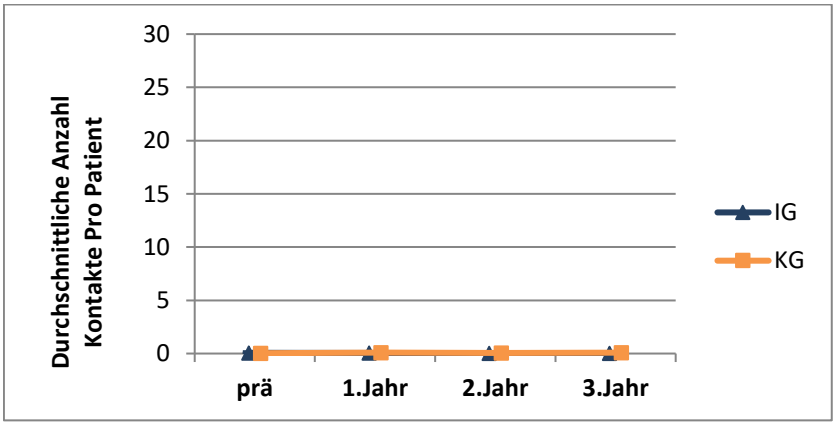


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

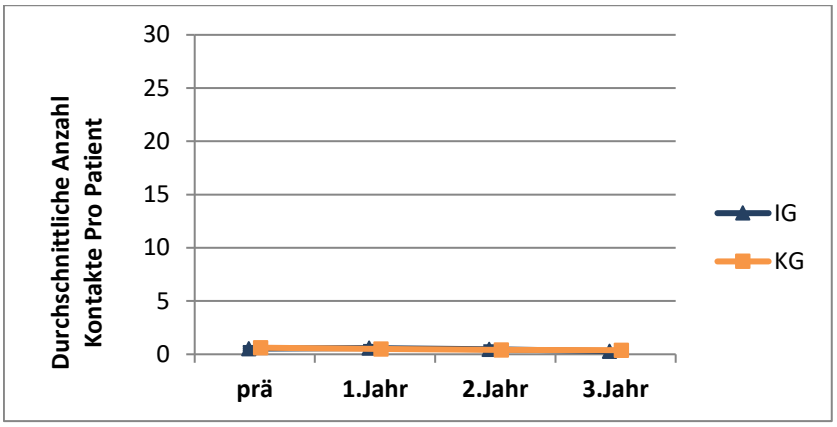
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

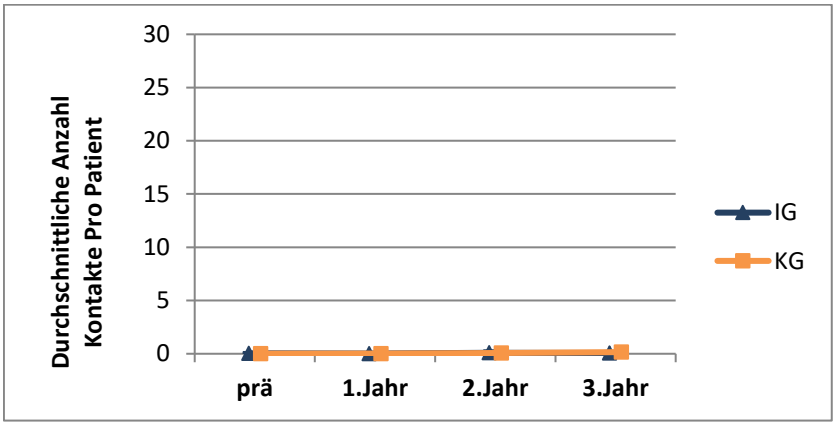


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

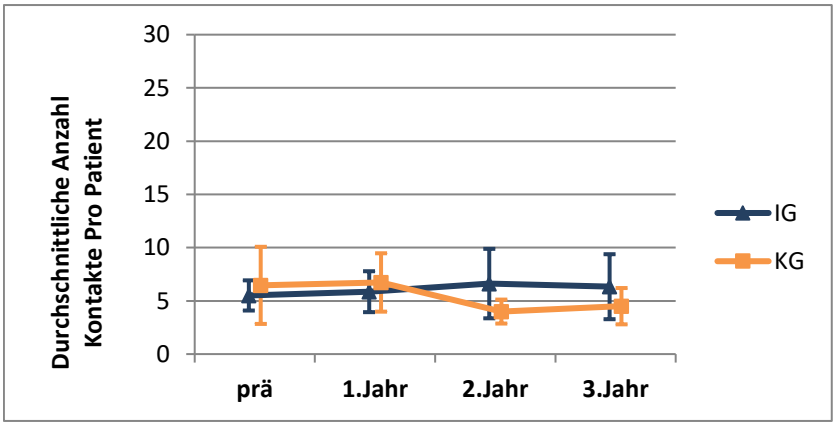


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)**



- **Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)**



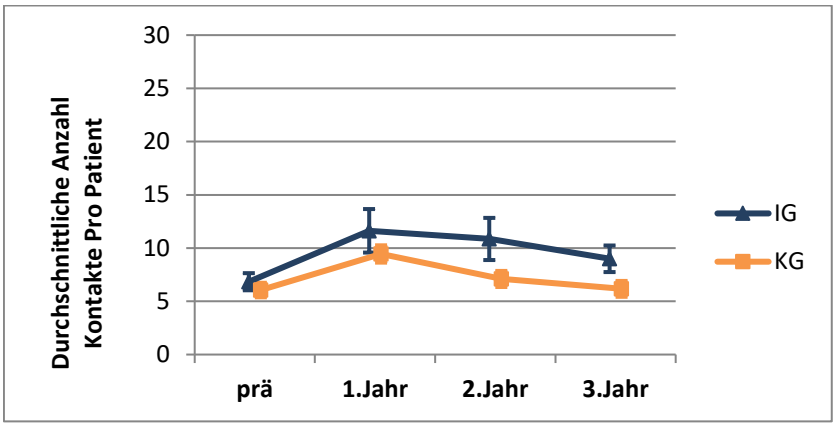
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

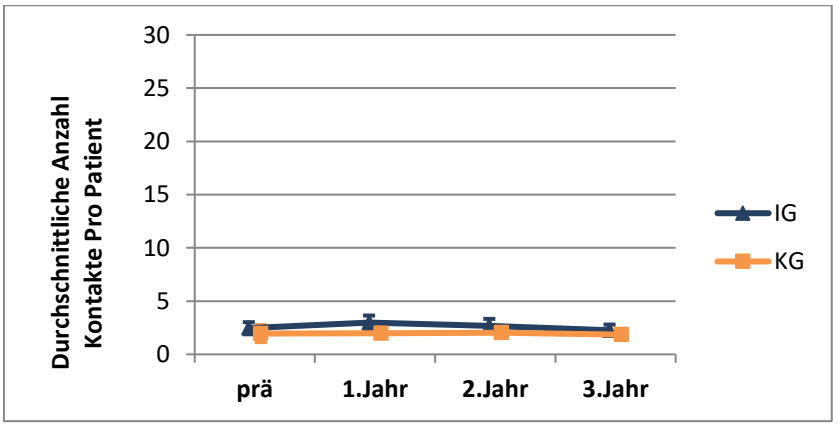
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

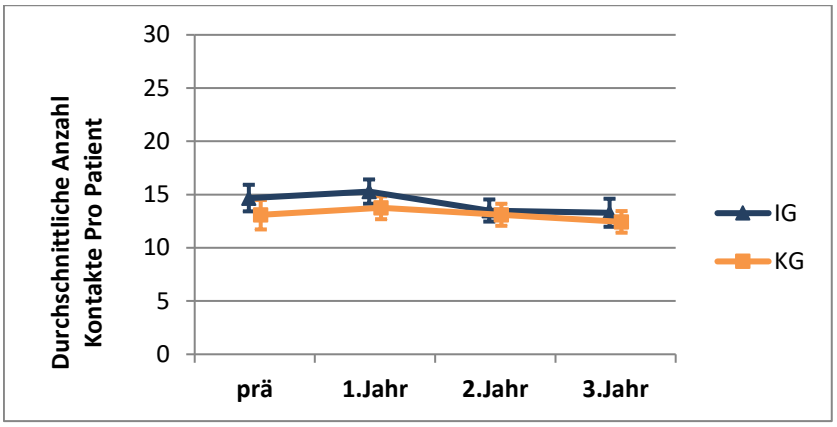
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

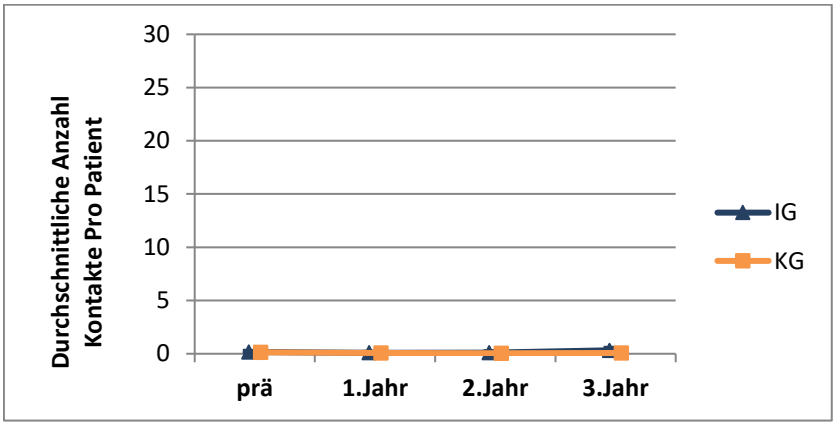


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

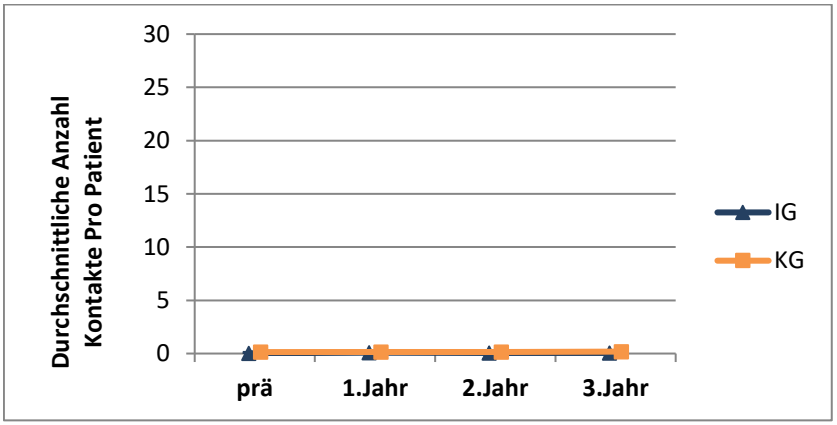


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

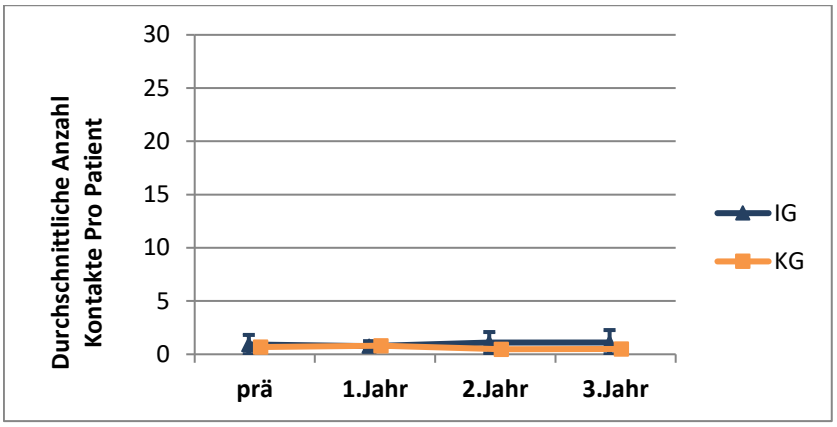
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

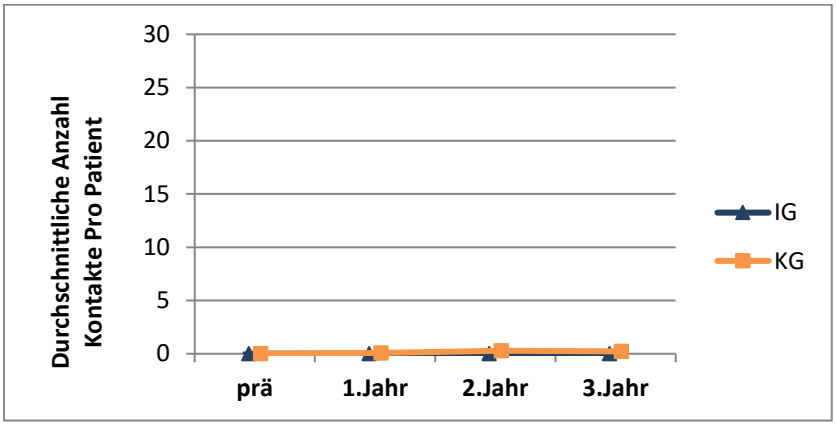


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

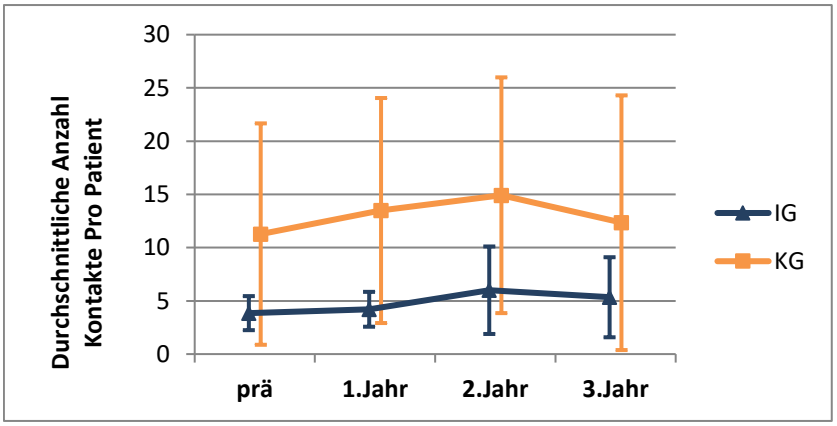


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)**



- **Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)**



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.

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 klinikneue Patienten bei der Betrachtung von 7, 30 und 90 Tagen eine statistisch signifikant geringere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** im ersten Jahr nach Referenzfall der IG verglichen mit der KG. Bei den klinikbekannten Patienten war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor bei der Betrachtung von 90 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant geringer in der IG als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich für die Betrachtung von 7 und 90 Tagen jeweils ein vergleichbarer und bei der Betrachtung von 30 Tagen ein etwas größerer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: +0,8 %-Punkte; 30 Tage: +1,5 %-Punkte; 90 Tage: +0,1 %-Punkte).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor in allen Jahren und Nachbeobachtungsperioden 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 7, 30 oder 90 Tagen zum psychiatrischen Sektor für klinikneue Patienten in der IG für das zweite Jahr nach Referenzfall stets geringer als in der KG. Für die anderen Jahre waren die Anteile soweit vergleichbar (Ausnahme: 7 Tage, 1 Jahr mit etwas geringerer Kontinuität in der IG vs. KG). Bei den klinikbekannten Patienten wies die IG im ersten Jahr nach Referenzfall eine stets niedrigere (7 Tage: -4,5 %-Punkte; 30 Tage: -5,7 %-Punkte;

90 Tage: -10,5 %-Punkte) Behandlungskontinuität im Vergleich zur KG auf. Im zweiten Jahr nach Referenzfall war in der IG bei 7 Tagen Nachbeobachtung eine erhöhte und für 30 und 90 Tage eine geringere Behandlungskontinuität im Vergleich zur KG ersichtlich (7 Tage: +2,1 %-Punkte; 30 Tage: -4,2 %-Punkte; 90 Tage: -7,8 %-Punkte). Im dritten Jahr nach Referenzfall war die Behandlungskontinuität für 7 Tage Nachbeobachtung in der IG größer als in der KG, und für die beiden anderen Nachbeobachtungszeiten zwischen beiden Gruppen 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	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 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 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**483**	**119**	**91**	**66**	**462**	**113**	**94**	**78**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,6 %	19,3 %	20,9 %	21,2 %	15,2 %	10,6 %	11,7 %	9,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	2,9 %	2,5 %	3,3 %	3,0 %	9,7 %	13,3 %	6,4 %	9,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	51,1 %	45,4 %	41,8 %	39,4 %	48,7 %	42,5 %	41,5 %	51,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	11,6 %	8,4 %	15,4 %	12,1 %	7,1 %	11,5 %	7,4 %	6,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,3 %	4,2 %	3,3 %	4,5 %	4,3 %	5,3 %	6,4 %	7,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	1,7 %	5,5 %	4,5 %	2,4 %	5,3 %	1,1 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,3 %	26,1 %	27,5 %	28,8 %	27,3 %	27,4 %	20,2 %	20,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,6 %	37,8 %	38,5 %	40,9 %	33,8 %	37,2 %	43,6 %	39,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**274**	**74**	**54**	**34**	**233**	**69**	**51**	**44**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								

• PIA (A)	13,5 %	20,3 %	25,9 %	32,4 %	15,5 %	8,7 %	13,7 %	15,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	4,7 %	4,1 %	1,9 %	2,9 %	14,2 %	14,5 %	7,8 %	9,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	50,7 %	48,6 %	50,0 %	47,1 %	49,4 %	43,5 %	41,2 %	52,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	13,5 %	6,8 %	20,4 %	11,8 %	9,9 %	17,4 %	9,8 %	6,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,3 %	4,1 %	5,6 %	0,0 %	5,6 %	5,8 %	2,0 %	11,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,3 %	2,7 %	5,6 %	8,8 %	2,6 %	5,8 %	2,0 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,3 %	28,4 %	33,3 %	35,3 %	33,0 %	26,1 %	21,6 %	27,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,2 %	36,5 %	25,9 %	32,4 %	32,2 %	36,2 %	41,2 %	40,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**130**	**36**	**24**	**12**	**101**	**36**	**30**	**24**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,0 %	25,0 %	25,0 %	50,0 %	10,9 %	8,3 %	16,7 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	6,2 %	5,6 %	4,2 %	0,0 %	18,8 %	16,7 %	13,3 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	51,5 %	38,9 %	54,2 %	75,0 %	37,6 %	47,2 %	33,3 %	45,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	17,7 %	5,6 %	25,0 %	8,3 %	7,9 %	19,4 %	6,7 %	8,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,5 %	2,8 %	8,3 %	0,0 %	6,9 %	8,3 %	0,0 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	2,8 %	4,2 %	16,7 %	3,0 %	2,8 %	0,0 %	4,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,0 %	33,3 %	37,5 %	50,0 %	33,7 %	27,8 %	26,7 %	41,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	28,5 %	36,1 %	29,2 %	8,3 %	42,6 %	30,6 %	43,3 %	41,7 %

[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

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**	**4. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**459**	**103**	**84**	**56**	**414**	**96**	**81**	**63**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	19,2 %	31,1 %	31,0 %	26,8 %	26,1 %	22,9 %	25,9 %	20,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,2 %	7,8 %	15,5 %	8,9 %	16,2 %	20,8 %	14,8 %	19,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	74,9 %	74,8 %	66,7 %	57,1 %	73,2 %	65,6 %	60,5 %	73,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	27,2 %	21,4 %	29,8 %	25,0 %	22,9 %	26,0 %	22,2 %	22,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	18,3 %	13,6 %	9,5 %	12,5 %	10,4 %	8,3 %	12,3 %	14,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,4 %	2,9 %	19,0 %	14,3 %	5,8 %	10,4 %	3,7 %	9,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,8 %	46,6 %	51,2 %	42,9 %	45,7 %	43,8 %	42,0 %	42,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	15,0 %	16,5 %	10,7 %	21,4 %	11,6 %	14,6 %	23,5 %	14,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**263**	**62**	**51**	**31**	**207**	**59**	**46**	**39**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	21,3 %	33,9 %	33,3 %	38,7 %	24,6 %	27,1 %	28,3 %	30,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	13,3 %	9,7 %	11,8 %	9,7 %	23,2 %	25,4 %	15,2 %	15,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,4 %	72,6 %	70,6 %	58,1 %	72,9 %	69,5 %	56,5 %	71,8 %

• anderen Vertragsärzten (D)[3]	30,4 %	24,2 %	37,3 %	25,8 %	25,6 %	32,2 %	19,6 %	20,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	22,1 %	12,9 %	9,8 %	6,5 %	12,6 %	10,2 %	6,5 %	17,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,0 %	3,2 %	21,6 %	16,1 %	7,2 %	11,9 %	4,3 %	10,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,6 %	53,2 %	52,9 %	48,4 %	53,1 %	50,8 %	43,5 %	48,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,6 %	16,1 %	11,8 %	22,6 %	10,6 %	8,5 %	23,9 %	12,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**125**	**32**	**24**	**10**	**89**	**30**	**27**	**23**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	26,4 %	37,5 %	37,5 %	60,0 %	18,0 %	36,7 %	29,6 %	47,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	16,0 %	9,4 %	16,7 %	20,0 %	33,7 %	33,3 %	25,9 %	21,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	80,8 %	75,0 %	87,5 %	90,0 %	65,2 %	73,3 %	51,9 %	69,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	39,2 %	21,9 %	45,8 %	20,0 %	22,5 %	36,7 %	14,8 %	21,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	20,0 %	9,4 %	12,5 %	0,0 %	14,6 %	10,0 %	7,4 %	21,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,6 %	3,1 %	37,5 %	20,0 %	6,7 %	6,7 %	0,0 %	17,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	49,6 %	53,1 %	62,5 %	80,0 %	57,3 %	66,7 %	51,9 %	69,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,2 %	12,5 %	8,3 %	0,0 %	15,7 %	3,3 %	22,2 %	4,3 %

[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

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**	**4. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**396**	**84**	**73**	**48**	**370**	**81**	**62**	**50**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	24,5 %	39,3 %	38,4 %	35,4 %	30,8 %	34,6 %	33,9 %	28,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,9 %	11,9 %	20,5 %	14,6 %	24,3 %	27,2 %	24,2 %	30,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,6 %	88,1 %	79,5 %	79,2 %	88,1 %	80,2 %	85,5 %	82,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	46,2 %	46,4 %	53,4 %	41,7 %	44,9 %	44,4 %	38,7 %	46,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	23,5 %	17,9 %	15,1 %	18,8 %	16,8 %	12,3 %	21,0 %	14,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,2 %	17,9 %	30,1 %	16,7 %	13,0 %	19,8 %	16,1 %	18,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,3 %	56,0 %	61,6 %	58,3 %	58,1 %	58,0 %	59,7 %	56,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,8 %	2,4 %	8,2 %	8,3 %	5,4 %	4,9 %	8,1 %	10,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**222**	**51**	**44**	**25**	**188**	**51**	**33**	**34**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,9 %	43,1 %	38,6 %	52,0 %	28,2 %	37,3 %	33,3 %	35,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	24,3 %	17,6 %	15,9 %	16,0 %	34,0 %	33,3 %	27,3 %	32,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,7 %	86,3 %	84,1 %	80,0 %	89,4 %	80,4 %	81,8 %	82,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	50,9 %	51,0 %	61,4 %	40,0 %	52,7 %	52,9 %	39,4 %	35,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	27,5 %	15,7 %	15,9 %	16,0 %	19,1 %	13,7 %	18,2 %	14,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,4 %	25,5 %	38,6 %	20,0 %	16,0 %	19,6 %	18,2 %	17,6 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,4 %	64,7 %	61,4 %	68,0 %	66,5 %	66,7 %	63,6 %	61,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,6 %	3,9 %	6,8 %	16,0 %	3,2 %	2,0 %	6,1 %	8,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**106**	**27**	**21**	**<10**	**81**	**26**	**21**	**19**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	32,1 %	48,1 %	42,9 %	62,5 %	19,8 %	46,2 %	33,3 %	42,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	26,4 %	22,2 %	23,8 %	25,0 %	48,1 %	42,3 %	38,1 %	42,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	92,5 %	85,2 %	90,5 %	100,0 %	90,1 %	84,6 %	81,0 %	84,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	59,4 %	48,1 %	76,2 %	25,0 %	54,3 %	53,8 %	42,9 %	31,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	24,5 %	11,1 %	19,0 %	0,0 %	17,3 %	11,5 %	23,8 %	15,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	17,0 %	22,2 %	57,1 %	25,0 %	18,5 %	19,2 %	19,0 %	31,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,4 %	70,4 %	71,4 %	87,5 %	71,6 %	80,8 %	71,4 %	73,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,8 %	0,0 %	4,8 %	0,0 %	3,7 %	3,8 %	4,8 %	5,3 %

[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

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**				**KG**			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 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 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**358**	**197**	**207**	**177**	**357**	**200**	**177**	**148**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	17,3 %	23,9 %	26,1 %	27,7 %	22,4 %	20,5 %	24,3 %	23,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	4,7 %	3,0 %	3,4 %	0,6 %	5,6 %	4,0 %	5,6 %	1,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	45,8 %	42,1 %	30,9 %	29,9 %	39,2 %	37,5 %	36,7 %	31,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	10,6 %	9,6 %	7,2 %	8,5 %	8,1 %	7,0 %	6,2 %	6,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,6 %	1,0 %	2,4 %	2,8 %	1,7 %	1,0 %	1,1 %	2,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,4 %	7,1 %	6,3 %	4,5 %	2,0 %	1,0 %	2,8 %	3,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,0 %	27,9 %	30,9 %	29,9 %	28,9 %	25,0 %	27,7 %	26,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,7 %	35,5 %	45,4 %	43,5 %	40,6 %	44,5 %	42,9 %	49,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**311**	**170**	**185**	**155**	**287**	**168**	**149**	**125**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	19,3 %	25,9 %	27,0 %	27,1 %	24,0 %	20,8 %	27,5 %	24,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	5,5 %	2,9 %	3,8 %	0,6 %	7,0 %	4,2 %	6,0 %	1,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	46,6 %	41,8 %	30,3 %	31,6 %	37,3 %	36,3 %	39,6 %	29,6 %

• anderen Vertragsärzten (D)[3]	10,9 %	11,2 %	7,6 %	9,0 %	9,1 %	7,7 %	6,7 %	7,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,9 %	1,2 %	2,7 %	2,6 %	1,7 %	0,6 %	1,3 %	2,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,6 %	5,9 %	5,9 %	1,9 %	2,1 %	1,2 %	2,7 %	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,7 %	30,0 %	32,4 %	29,7 %	32,1 %	25,0 %	30,9 %	27,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,4 %	35,3 %	44,3 %	43,9 %	39,4 %	45,2 %	38,3 %	49,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**189**	**118**	**131**	**116**	**168**	**115**	**95**	**84**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	21,7 %	28,0 %	26,7 %	28,4 %	20,8 %	22,6 %	27,4 %	26,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	5,8 %	3,4 %	3,8 %	0,0 %	8,3 %	5,2 %	7,4 %	1,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	47,6 %	43,2 %	31,3 %	35,3 %	35,1 %	33,0 %	40,0 %	27,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	13,2 %	13,6 %	9,2 %	10,3 %	9,5 %	6,1 %	6,3 %	8,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,2 %	0,8 %	3,8 %	3,4 %	0,6 %	0,9 %	1,1 %	2,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	6,8 %	8,4 %	2,6 %	1,8 %	0,9 %	3,2 %	3,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,6 %	32,2 %	32,8 %	31,0 %	29,2 %	27,8 %	31,6 %	28,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,7 %	34,7 %	42,0 %	40,5 %	40,5 %	45,2 %	41,1 %	50,0 %

[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	IG				KG			
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	**311**	**166**	**158**	**138**	**307**	**163**	**151**	**129**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	32,8 %	35,5 %	43,7 %	49,3 %	37,8 %	39,3 %	43,7 %	42,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,6 %	7,2 %	9,5 %	7,2 %	12,7 %	8,0 %	11,9 %	6,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	73,6 %	69,9 %	62,0 %	59,4 %	63,8 %	62,0 %	64,9 %	55,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	24,8 %	33,1 %	25,3 %	29,7 %	22,8 %	23,9 %	21,9 %	18,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,1 %	9,0 %	5,1 %	7,2 %	4,9 %	3,7 %	2,6 %	3,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	12,0 %	9,5 %	12,3 %	6,8 %	6,1 %	11,3 %	8,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,0 %	46,4 %	51,9 %	55,8 %	50,5 %	46,6 %	53,0 %	51,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,5 %	8,4 %	15,2 %	10,9 %	17,9 %	18,4 %	14,6 %	20,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**267**	**141**	**137**	**116**	**246**	**139**	**126**	**110**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	36,0 %	39,0 %	46,0 %	51,7 %	41,9 %	42,4 %	48,4 %	42,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	11,6 %	7,1 %	10,9 %	8,6 %	14,2 %	7,2 %	11,9 %	7,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	74,2 %	68,1 %	62,0 %	63,8 %	64,2 %	59,7 %	68,3 %	54,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	25,5 %	35,5 %	27,7 %	32,8 %	25,6 %	26,6 %	23,0 %	19,1 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	7,9 %	9,2 %	5,8 %	7,8 %	4,5 %	3,6 %	3,2 %	4,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,2 %	11,3 %	8,8 %	9,5 %	6,9 %	7,2 %	11,9 %	9,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,6 %	50,4 %	55,5 %	59,5 %	55,7 %	48,2 %	57,1 %	52,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,4 %	8,5 %	13,1 %	7,8 %	14,6 %	18,0 %	11,1 %	20,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**159**	**96**	**96**	**82**	**139**	**92**	**83**	**74**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	37,7 %	40,6 %	47,9 %	52,4 %	38,8 %	45,7 %	45,8 %	45,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	14,5 %	8,3 %	13,5 %	9,8 %	18,7 %	9,8 %	14,5 %	9,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	74,8 %	69,8 %	66,7 %	73,2 %	61,2 %	58,7 %	71,1 %	51,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	28,9 %	41,7 %	32,3 %	35,4 %	27,3 %	22,8 %	15,7 %	23,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,9 %	9,4 %	5,2 %	8,5 %	2,2 %	4,3 %	2,4 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,5 %	14,6 %	12,5 %	9,8 %	6,5 %	4,3 %	13,3 %	10,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,1 %	53,1 %	57,3 %	62,2 %	56,1 %	54,3 %	56,6 %	58,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,1 %	7,3 %	9,4 %	4,9 %	12,9 %	15,2 %	13,3 %	17,6 %

[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

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**	**4. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**231**	**108**	**94**	**96**	**239**	**110**	**97**	**90**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	39,4 %	49,1 %	58,5 %	59,4 %	51,5 %	58,2 %	55,7 %	58,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,3 %	12,0 %	12,8 %	10,4 %	15,5 %	13,6 %	17,5 %	11,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,3 %	86,1 %	90,4 %	80,2 %	85,8 %	88,2 %	83,5 %	80,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	45,5 %	48,1 %	53,2 %	54,2 %	42,7 %	47,3 %	44,3 %	35,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,4 %	14,8 %	11,7 %	14,6 %	7,5 %	7,3 %	6,2 %	7,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,7 %	13,9 %	21,3 %	15,6 %	13,8 %	17,3 %	17,5 %	21,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,3 %	62,0 %	68,1 %	66,7 %	65,7 %	68,2 %	69,1 %	68,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,9 %	3,7 %	0,0 %	3,1 %	2,5 %	0,0 %	2,1 %	6,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**201**	**92**	**81**	**83**	**189**	**95**	**83**	**80**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	43,3 %	54,3 %	61,7 %	59,0 %	56,1 %	61,1 %	57,8 %	60,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,4 %	12,0 %	14,8 %	9,6 %	17,5 %	13,7 %	18,1 %	12,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,6 %	83,7 %	88,9 %	80,7 %	87,8 %	87,4 %	85,5 %	80,0 %

• anderen Vertragsärzten (D)[3]	46,8 %	50,0 %	53,1 %	59,0 %	45,5 %	50,5 %	44,6 %	35,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,4 %	15,2 %	13,6 %	15,7 %	7,4 %	8,4 %	6,0 %	8,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,5 %	13,0 %	18,5 %	14,5 %	13,8 %	18,9 %	16,9 %	21,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,2 %	67,4 %	72,8 %	67,5 %	71,4 %	70,5 %	71,1 %	71,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,0 %	4,3 %	0,0 %	3,6 %	1,1 %	0,0 %	2,4 %	6,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**117**	**63**	**61**	**63**	**103**	**58**	**55**	**57**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	50,4 %	61,9 %	62,3 %	61,9 %	53,4 %	67,2 %	54,5 %	63,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	23,1 %	14,3 %	18,0 %	9,5 %	21,4 %	12,1 %	18,2 %	14,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,9 %	84,1 %	86,9 %	82,5 %	90,3 %	86,2 %	89,1 %	77,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	51,3 %	60,3 %	57,4 %	61,9 %	49,5 %	53,4 %	38,2 %	38,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,3 %	15,9 %	13,1 %	17,5 %	5,8 %	10,3 %	5,5 %	8,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,7 %	17,5 %	23,0 %	14,3 %	15,5 %	13,8 %	20,0 %	22,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,4 %	74,6 %	73,8 %	71,4 %	72,8 %	77,6 %	69,1 %	75,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,7 %	3,2 %	0,0 %	3,2 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %	5,3 %

[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

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

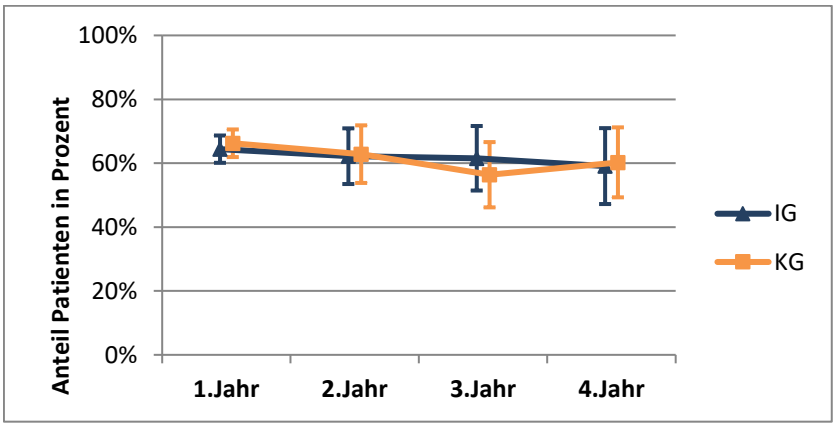
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

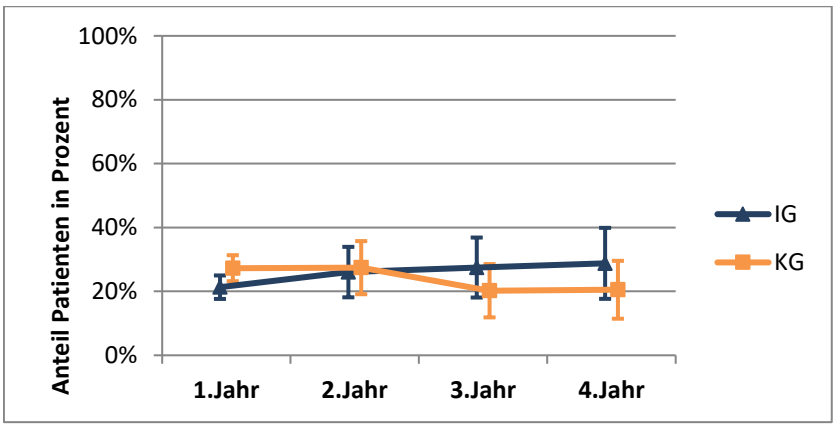
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



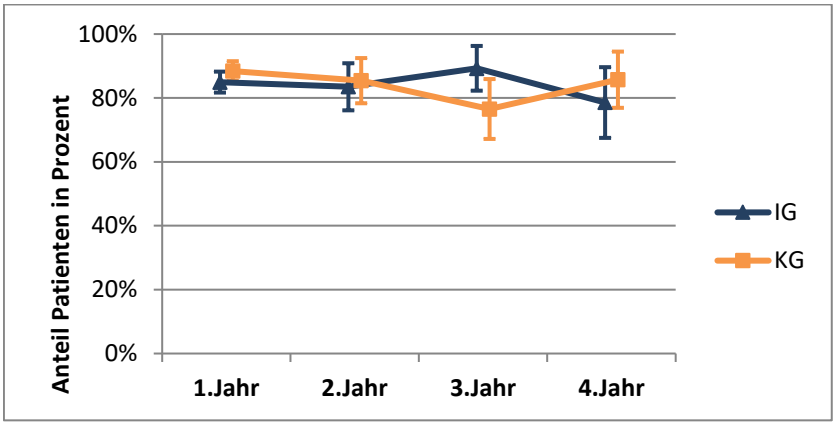
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



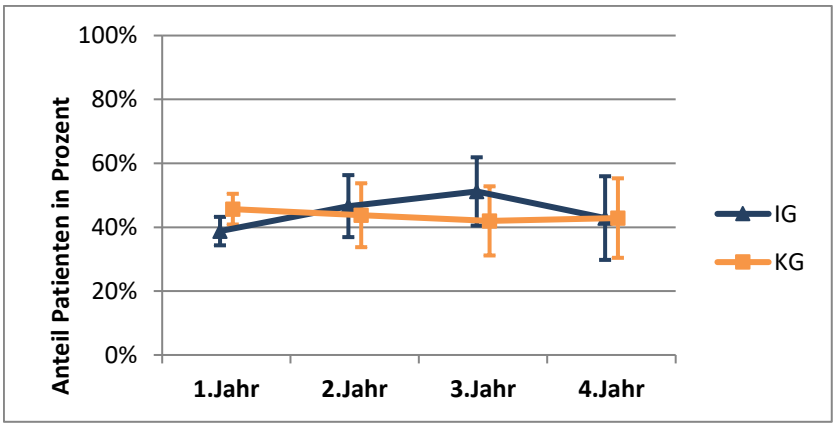
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



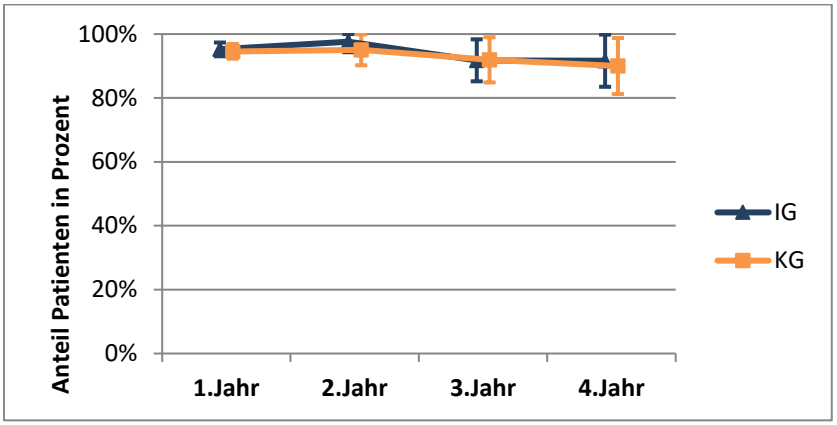
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



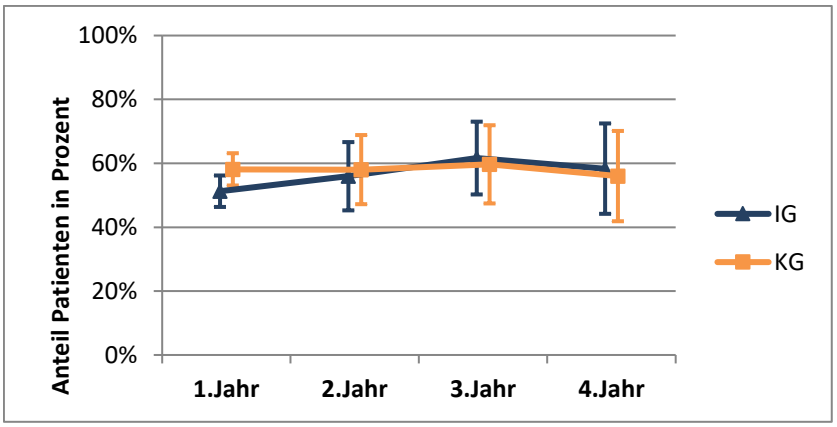
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



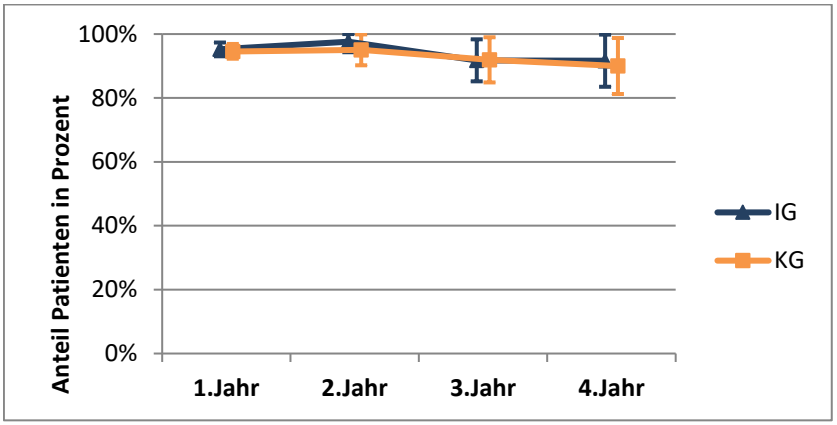
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



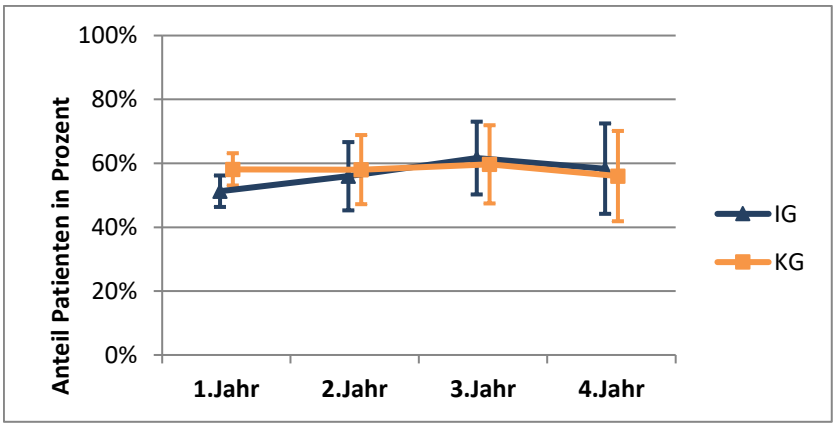
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



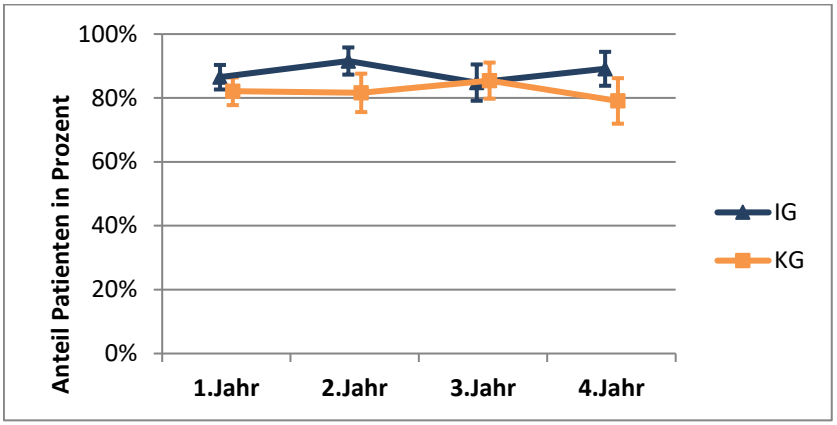
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



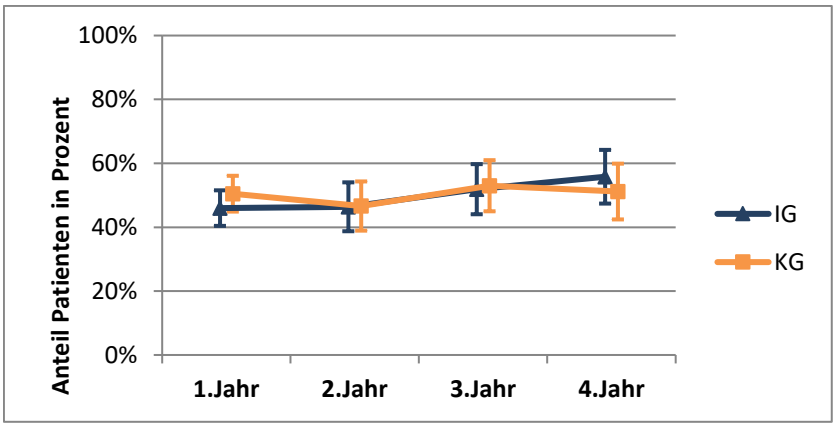
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



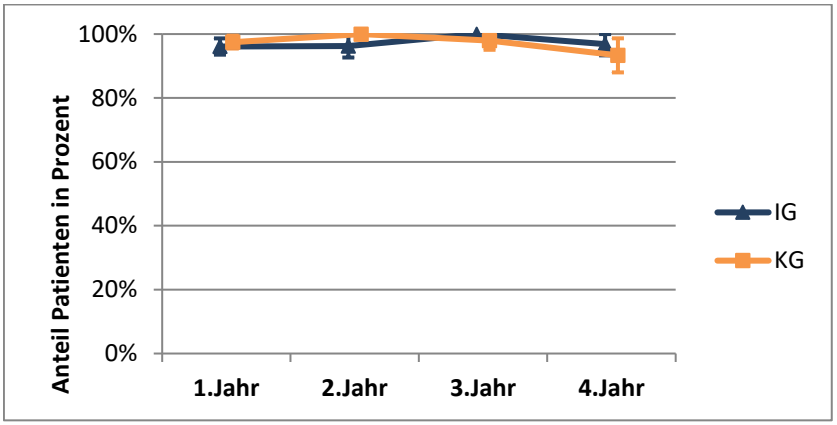
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

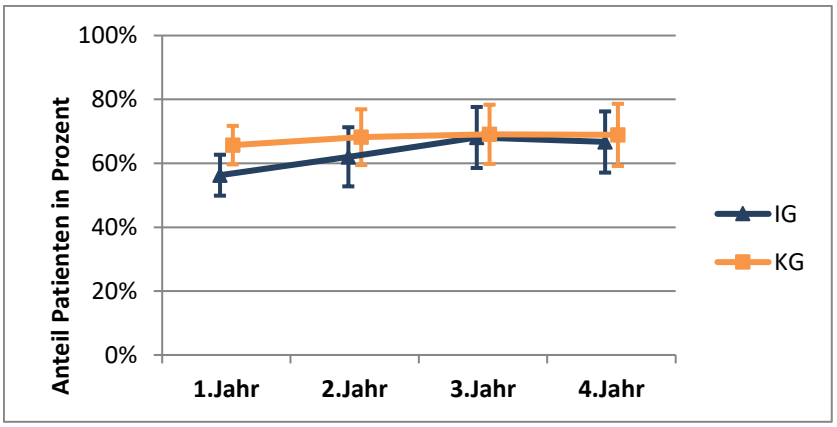


Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	0,70* 0,50…0,97	0,72* 0,53…0,97	0,71* 0,51…0,98
Gruppe Jahr 2	0,93 0,47…1,83	0,96 0,47…1,96	0,76 0,33…1,77
Gruppe Jahr 3	1,46 0,65…3,30	1,48 0,74…2,94	1,20 0,54…2,65
Gruppe Jahr 4	2,37 0,90…6,24	2,75 0,87…8,70	2,35 0,71…7,79

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

Klinikbekannte Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	0,75 0,53…1,08	0,76 0,53…1,08	0,49** 0,32…0,76
Gruppe Jahr 2	1,41 0,86…2,30	1,10 0,68…1,80	0,70 0,36…1,36
Gruppe Jahr 3	1,40 0,86…2,29	1,11 0,66…1,87	1,06 0,49…2,27
Gruppe Jahr 4	1,27 0,74…2,21	1,20 0,68…2,10	0,67 0,33…1,38

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 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.890**	**1.800**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	16,9 %	13,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	4,8 %	8,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	42,6 %	48,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	10,3 %	11,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,3 %	6,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	2,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,1 %	26,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,6 %	33,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.112**	**970**
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	18,7 %	14,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	6,7 %	13,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	43,3 %	50,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,1 %	12,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,7 %	7,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	3,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,2 %	32,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,2 %	29,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**535**	**454**
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	20,2 %	14,1 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	8,0 %	16,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	44,5 %	48,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,8 %	11,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,9 %	9,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,1 %	3,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,1 %	35,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,6 %	30,0 %

[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	**IG**	**KG**
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.740**	**1.653**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	26,7 %	22,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	11,3 %	15,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	70,7 %	71,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	26,9 %	26,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	17,9 %	13,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,9 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,3 %	43,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,6 %	13,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.019**	**887**
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	29,0 %	23,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	14,6 %	21,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	73,0 %	73,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	30,1 %	29,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	20,1 %	17,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,0 %	8,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,9 %	51,9 %

- kein Kontakt in 30 Tagen	10,2 %	9,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**488**	**405**
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	29,1 %	21,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	16,8 %	27,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	75,6 %	73,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	34,6 %	30,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	17,6 %	19,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,6 %	7,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,8 %	54,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,2 %	9,1 %

[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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**	**KG**
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.524**	**1.501**
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	31,2 %	27,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,3 %	23,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	85,9 %	86,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	48,6 %	47,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	24,5 %	20,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,7 %	14,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,5 %	55,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,2 %	5,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**866**	**816**
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		

• PIA (A)	34,2 %	28,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	23,4 %	31,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	87,5 %	89,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	55,7 %	52,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	28,4 %	26,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	17,4 %	16,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,7 %	65,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,7 %	2,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**407**	**373**
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	34,2 %	25,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	26,0 %	39,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	89,4 %	89,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	59,0 %	55,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	22,9 %	26,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	17,7 %	19,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,4 %	69,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,9 %	2,4 %

[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

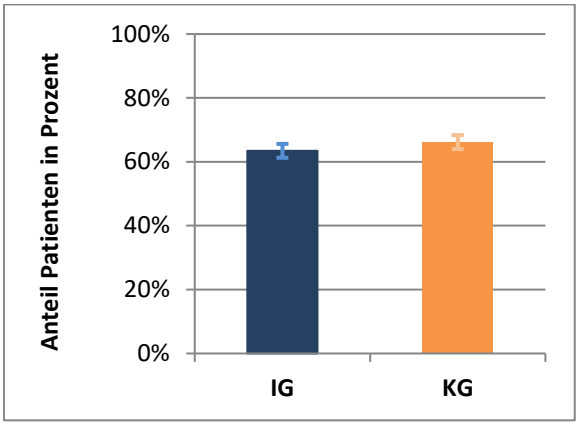
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

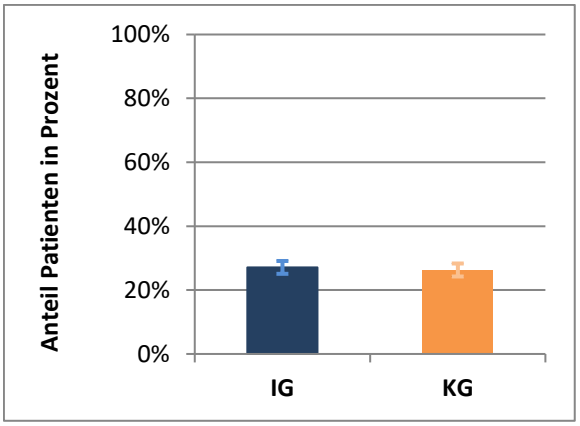
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



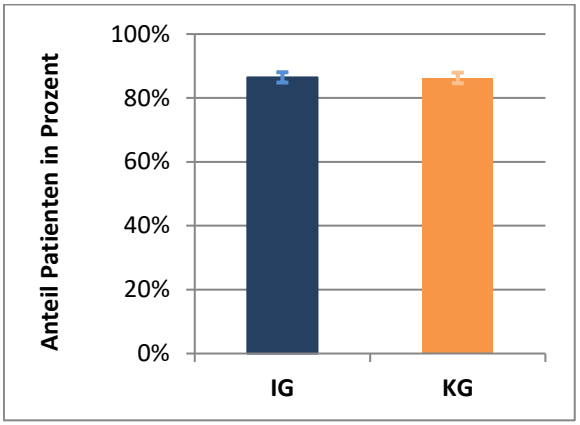
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



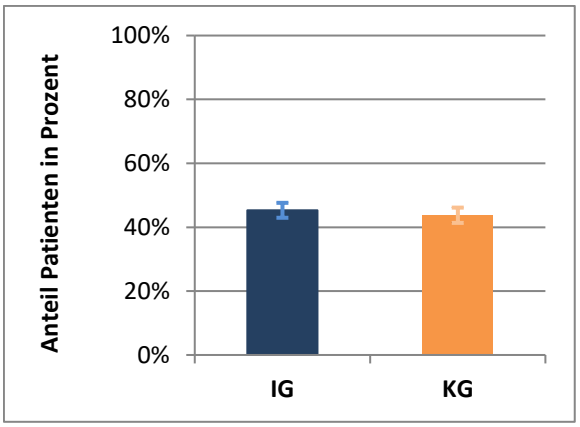
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



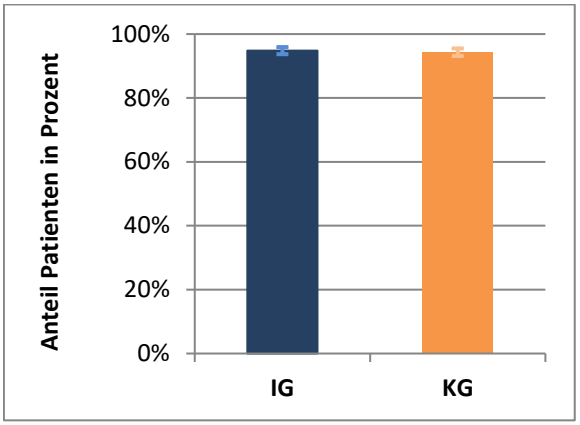
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



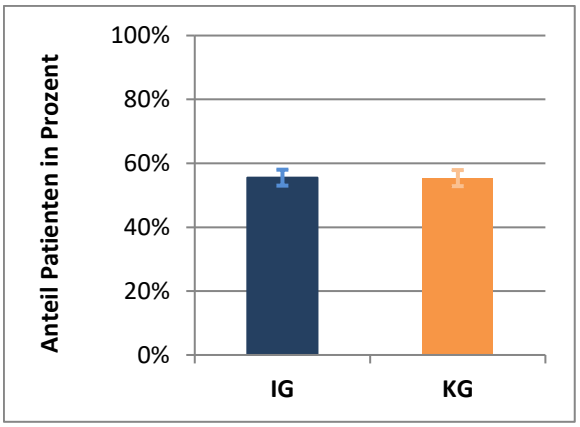
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



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 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	**2. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.412**	**353**	**1.356**	**288**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,1 %	20,7 %	13,8 %	15,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	4,4 %	4,5 %	8,9 %	12,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	43,5 %	42,5 %	49,2 %	41,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	11,0 %	7,1 %	10,3 %	10,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,6 %	7,4 %	5,8 %	4,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	3,1 %	2,8 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,3 %	30,3 %	26,0 %	30,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,3 %	36,0 %	33,7 %	36,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**840**	**240**	**722**	**173**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	17,4 %	22,5 %	14,7 %	17,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	6,3 %	6,3 %	13,4 %	15,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	44,2 %	45,0 %	50,8 %	43,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,9 %	6,3 %	12,2 %	12,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,9 %	6,7 %	7,5 %	5,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	2,9 %	3,0 %	4,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,9 %	32,9 %	32,5 %	34,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,3 %	35,0 %	28,8 %	31,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**416**	**131**	**351**	**100**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,8 %	25,2 %	13,7 %	17,0 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	7,9 %	6,1 %	17,1 %	16,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	44,5 %	42,7 %	47,0 %	45,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,7 %	5,3 %	12,8 %	12,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,7 %	3,8 %	9,4 %	5,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,8 %	3,8 %	2,8 %	2,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,0 %	34,4 %	35,9 %	33,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,2 %	33,6 %	29,3 %	31,0 %

[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	**IG**		**KG**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	**2. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.302**	**316**	**1.240**	**258**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	25,4 %	31,6 %	23,1 %	27,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	11,0 %	12,0 %	14,3 %	19,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	70,8 %	70,6 %	70,5 %	62,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	27,3 %	28,5 %	25,6 %	23,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	17,6 %	14,9 %	12,8 %	12,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,6 %	7,3 %	7,3 %	8,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,9 %	50,0 %	42,3 %	50,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,7 %	15,2 %	13,7 %	15,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**774**	**211**	**654**	**156**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,4 %	34,6 %	23,5 %	32,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	14,3 %	15,2 %	20,5 %	23,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	73,1 %	69,7 %	71,6 %	66,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	30,6 %	32,7 %	29,5 %	25,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	19,3 %	13,3 %	16,8 %	12,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,8 %	7,6 %	8,6 %	9,0 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	49,0 %	54,5 %	50,9 %	57,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,5 %	15,6 %	9,9 %	9,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**382**	**116**	**309**	**88**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,0 %	37,1 %	21,0 %	36,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,5 %	15,5 %	26,5 %	26,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	73,8 %	74,1 %	70,6 %	68,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	34,8 %	34,5 %	30,4 %	27,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	16,8 %	10,3 %	19,7 %	11,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,4 %	8,6 %	8,7 %	6,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	49,5 %	56,9 %	54,4 %	60,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,6 %	12,1 %	9,1 %	9,1 %

[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

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**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**1.148**	**248**	**1.122**	**222**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	29,8 %	38,3 %	28,2 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,8 %	16,9 %	22,3 %	23,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	86,1 %	86,7 %	86,5 %	77,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	49,0 %	51,6 %	46,8 %	40,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	24,7 %	19,0 %	19,8 %	19,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,7 %	15,7 %	13,7 %	14,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,3 %	58,1 %	54,5 %	59,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,7 %	3,6 %	5,9 %	7,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**665**	**166**	**599**	**132**

Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	32,6 %	44,0 %	28,4 %	37,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	23,9 %	22,3 %	30,7 %	30,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	87,2 %	87,3 %	89,5 %	77,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	55,2 %	56,0 %	54,1 %	44,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	27,2 %	18,1 %	25,9 %	19,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	17,0 %	15,7 %	16,4 %	15,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,4 %	66,3 %	64,6 %	68,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,8 %	3,6 %	2,5 %	4,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**326**	**87**	**282**	**73**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	32,8 %	47,1 %	24,8 %	38,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	27,3 %	26,4 %	39,7 %	37,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,3 %	89,7 %	90,4 %	82,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	57,7 %	52,9 %	56,0 %	42,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	22,1 %	14,9 %	26,6 %	21,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	17,5 %	12,6 %	19,5 %	13,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,3 %	72,4 %	68,8 %	72,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,4 %	2,3 %	2,1 %	6,8 %

[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

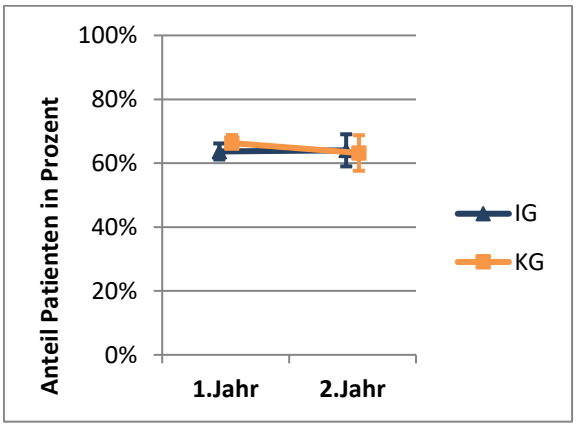
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

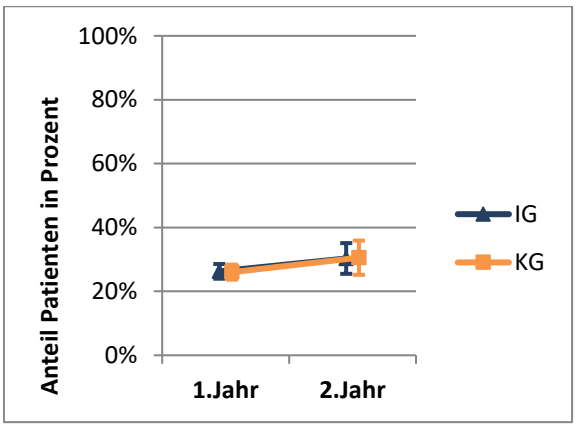
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



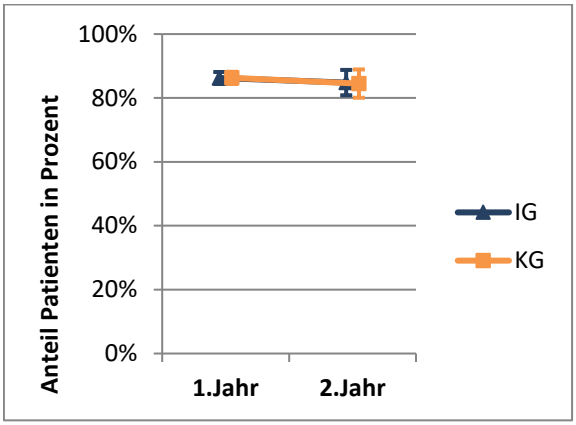
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



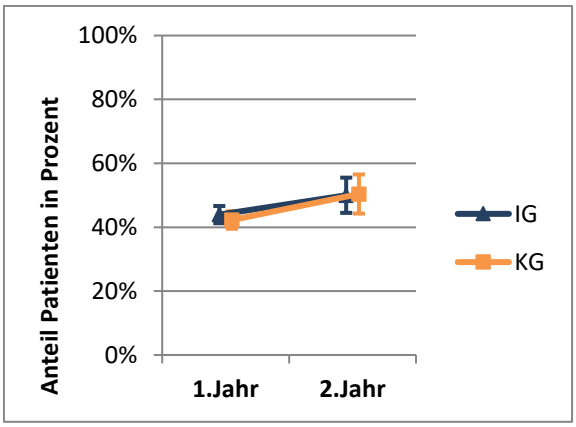
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



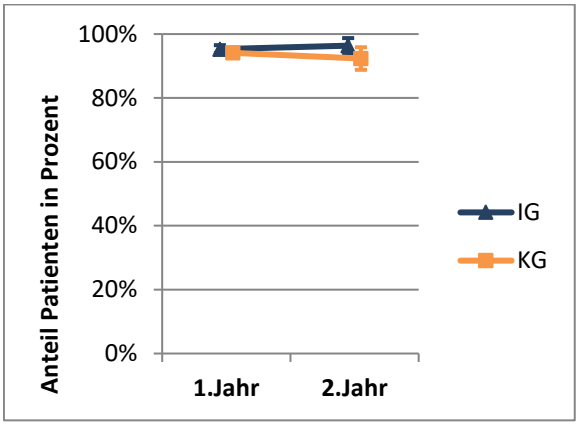
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

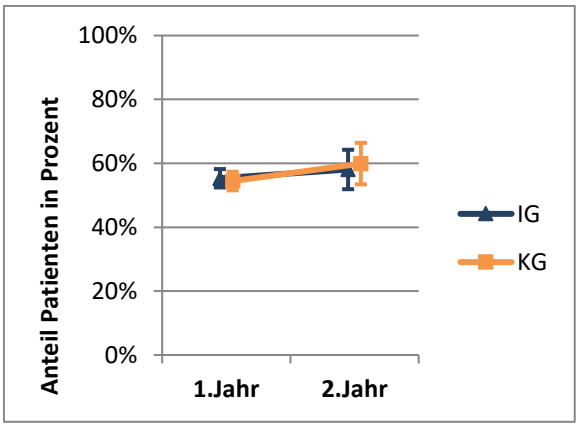


Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	0,99 0,82…1,19	0,99 0,83…1,18	0,96 0,80…1,16
Gruppe Jahr 2	0,92 0,63…1,33	0,90 0,61…1,33	0,82 0,53…1,27

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 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**946**	**249**	**180**	**887**	**209**	**161**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	14,6 %	20,1 %	16,7 %	13,9 %	14,8 %	15,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	3,7 %	2,4 %	5,6 %	9,2 %	12,4 %	8,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	47,1 %	42,2 %	37,2 %	49,0 %	40,7 %	39,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	10,8 %	7,6 %	14,4 %	8,6 %	7,7 %	9,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,4 %	6,8 %	5,0 %	4,3 %	4,8 %	6,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,0 %	3,6 %	6,1 %	2,6 %	4,3 %	1,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,2 %	27,7 %	26,1 %	25,8 %	30,1 %	26,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,0 %	38,2 %	39,4 %	34,7 %	37,8 %	41,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**559**	**159**	**117**	**462**	**128**	**85**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	16,1 %	22,6 %	18,8 %	14,3 %	17,2 %	17,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	5,7 %	3,1 %	6,0 %	13,9 %	14,8 %	10,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	48,5 %	45,3 %	41,9 %	49,6 %	42,2 %	41,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,5 %	6,3 %	16,2 %	11,3 %	11,7 %	12,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,8 %	5,0 %	5,1 %	5,6 %	5,5 %	2,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	3,8 %	5,1 %	3,0 %	3,9 %	1,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,3 %	29,6 %	29,1 %	31,6 %	34,4 %	29,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,4 %	37,1 %	32,5 %	31,4 %	32,8 %	35,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**274**	**90**	**59**	**214**	**75**	**49**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	20,1 %	25,6 %	15,3 %	13,1 %	17,3 %	18,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	7,3 %	4,4 %	6,8 %	18,2 %	17,3 %	16,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	48,2 %	40,0 %	45,8 %	41,6 %	44,0 %	38,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	15,0 %	6,7 %	18,6 %	10,3 %	12,0 %	12,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,0 %	4,4 %	8,5 %	6,1 %	5,3 %	2,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,0 %	5,6 %	6,8 %	2,8 %	1,3 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,0 %	33,3 %	28,8 %	34,6 %	34,7 %	34,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	28,1 %	34,4 %	32,2 %	35,5 %	29,3 %	34,7 %

[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

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	**875**	**219**	**159**	**809**	**184**	**142**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	23,8 %	31,5 %	27,7 %	23,4 %	27,7 %	27,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	9,5 %	9,1 %	15,1 %	14,7 %	19,6 %	16,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	71,3 %	70,3 %	66,0 %	72,2 %	63,6 %	64,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	27,3 %	25,1 %	30,8 %	23,0 %	22,8 %	28,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	16,7 %	16,0 %	11,3 %	11,2 %	11,4 %	14,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,3 %	5,9 %	14,5 %	6,6 %	7,6 %	4,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,8 %	48,4 %	47,8 %	42,2 %	50,0 %	47,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,6 %	17,4 %	13,8 %	14,2 %	15,2 %	16,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**516**	**136**	**102**	**415**	**113**	**78**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	26,6 %	36,0 %	30,4 %	22,9 %	34,5 %	32,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	13,2 %	11,0 %	14,7 %	21,9 %	23,9 %	20,5 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	74,0 %	69,1 %	70,6 %	73,0 %	67,3 %	62,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	30,2 %	29,4 %	32,4 %	27,2 %	26,5 %	29,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	18,8 %	12,5 %	11,8 %	15,2 %	11,5 %	10,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,3 %	5,9 %	14,7 %	8,2 %	8,0 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,9 %	52,2 %	51,0 %	50,1 %	59,3 %	53,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,3 %	17,6 %	13,7 %	11,3 %	8,0 %	14,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**250**	**78**	**49**	**187**	**64**	**44**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,0 %	38,5 %	32,7 %	20,9 %	39,1 %	31,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	16,4 %	11,5 %	18,4 %	30,5 %	29,7 %	31,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	74,8 %	70,5 %	81,6 %	68,4 %	68,8 %	61,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	34,8 %	30,8 %	38,8 %	28,3 %	29,7 %	29,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	16,0 %	11,5 %	14,3 %	17,6 %	9,4 %	11,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,8 %	5,1 %	22,4 %	8,0 %	4,7 %	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,4 %	56,4 %	59,2 %	55,1 %	65,6 %	61,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,2 %	12,8 %	10,2 %	12,3 %	6,3 %	13,6 %

[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

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 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**771**	**176**	**129**	**742**	**155**	**111**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	27,4 %	37,5 %	32,6 %	28,7 %	34,8 %	35,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,5 %	12,5 %	24,8 %	21,6 %	24,5 %	23,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	87,4 %	88,1 %	77,5 %	88,0 %	78,1 %	83,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	48,5 %	48,9 %	57,4 %	45,6 %	40,0 %	45,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	24,1 %	19,9 %	15,5 %	17,0 %	18,1 %	21,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,4 %	17,0 %	26,4 %	13,3 %	15,5 %	13,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,9 %	56,3 %	59,7 %	53,5 %	61,9 %	61,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,4 %	2,8 %	7,8 %	6,1 %	5,8 %	7,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**444**	**108**	**81**	**385**	**93**	**56**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,9 %	44,4 %	34,6 %	28,3 %	40,9 %	33,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	23,2 %	16,7 %	23,5 %	31,7 %	31,2 %	32,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,3 %	88,0 %	82,7 %	91,2 %	79,6 %	83,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	54,5 %	52,8 %	59,3 %	54,0 %	47,3 %	48,2 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	27,3 %	17,6 %	17,3 %	22,3 %	18,3 %	23,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,4 %	18,5 %	32,1 %	16,6 %	16,1 %	16,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,8 %	64,8 %	61,7 %	63,6 %	73,1 %	69,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,4 %	2,8 %	4,9 %	2,9 %	1,1 %	3,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**213**	**60**	**41**	**170**	**52**	**34**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	33,3 %	48,3 %	31,7 %	25,9 %	42,3 %	32,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	25,8 %	20,0 %	29,3 %	42,9 %	42,3 %	41,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	90,1 %	88,3 %	85,4 %	90,6 %	84,6 %	82,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	57,7 %	48,3 %	70,7 %	56,5 %	48,1 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	23,0 %	16,7 %	19,5 %	20,0 %	17,3 %	29,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,4 %	13,3 %	41,5 %	20,6 %	13,5 %	17,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,5 %	71,7 %	63,4 %	68,8 %	80,8 %	76,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,8 %	1,7 %	2,4 %	2,9 %	1,9 %	2,9 %

[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

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**410**	**221**	**225**	**415**	**216**	**189**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	16,3 %	22,2 %	25,3 %	21,0 %	19,9 %	23,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	4,6 %	2,7 %	3,6 %	5,5 %	4,6 %	5,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	44,9 %	41,2 %	31,1 %	39,5 %	35,2 %	36,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	10,7 %	9,5 %	6,7 %	9,6 %	6,9 %	5,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,9 %	2,3 %	3,1 %	1,9 %	0,9 %	1,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,0 %	6,3 %	6,2 %	1,7 %	0,9 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,9 %	27,1 %	31,1 %	27,5 %	25,0 %	27,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,0 %	37,6 %	44,4 %	41,4 %	46,8 %	43,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**347**	**186**	**198**	**337**	**181**	**160**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	18,7 %	24,2 %	26,8 %	22,0 %	20,4 %	26,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	5,5 %	2,7 %	3,5 %	6,5 %	4,4 %	5,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	45,5 %	40,9 %	30,3 %	38,3 %	34,3 %	39,4 %

• anderen Vertragsärzten (D)[3]	11,5 %	10,2 %	7,1 %	10,7 %	7,7 %	6,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,3 %	2,7 %	3,5 %	2,1 %	0,6 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	5,4 %	6,1 %	1,8 %	1,1 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,2 %	29,6 %	32,8 %	29,7 %	24,9 %	30,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,2 %	37,1 %	42,9 %	40,4 %	47,5 %	38,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**208**	**128**	**139**	**192**	**127**	**102**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	21,6 %	26,6 %	25,9 %	20,3 %	22,0 %	26,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	6,3 %	3,1 %	3,6 %	7,3 %	5,5 %	6,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	47,1 %	43,8 %	30,2 %	37,5 %	30,7 %	39,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	13,5 %	12,5 %	8,6 %	10,9 %	6,3 %	5,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	5,3 %	3,1 %	5,0 %	1,0 %	0,8 %	2,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,4 %	6,3 %	8,6 %	1,6 %	0,8 %	2,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,3 %	32,8 %	33,1 %	28,1 %	27,6 %	31,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,7 %	34,4 %	41,7 %	40,1 %	48,0 %	41,2 %

[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	**357**	**186**	**175**	**354**	**174**	**161**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	31,4 %	33,3 %	44,0 %	37,6 %	39,7 %	42,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,6 %	6,5 %	9,1 %	12,7 %	8,6 %	11,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	72,5 %	68,3 %	61,7 %	65,5 %	60,9 %	65,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	24,4 %	31,2 %	26,3 %	23,7 %	23,6 %	22,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,4 %	9,7 %	5,7 %	5,6 %	4,0 %	3,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	11,3 %	10,3 %	6,8 %	5,7 %	11,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	44,5 %	44,1 %	52,0 %	50,3 %	48,3 %	51,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,6 %	10,8 %	14,9 %	17,2 %	19,0 %	14,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**300**	**154**	**149**	**285**	**148**	**135**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	35,0 %	37,0 %	47,7 %	40,4 %	43,2 %	46,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	12,0 %	6,5 %	10,1 %	14,0 %	7,4 %	11,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	73,0 %	65,6 %	61,7 %	66,3 %	59,5 %	68,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	26,0 %	33,1 %	28,9 %	26,7 %	26,4 %	23,7 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	9,3 %	10,4 %	6,7 %	5,6 %	4,1 %	4,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,3 %	10,4 %	9,4 %	7,0 %	6,8 %	11,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	49,7 %	48,7 %	56,4 %	54,4 %	50,0 %	55,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,0 %	11,0 %	12,1 %	14,0 %	18,2 %	11,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**177**	**104**	**103**	**156**	**101**	**88**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	37,3 %	39,4 %	49,5 %	39,7 %	46,5 %	45,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	15,3 %	7,7 %	12,6 %	17,3 %	9,9 %	13,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	72,9 %	69,2 %	65,0 %	64,1 %	58,4 %	70,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	28,8 %	38,5 %	33,0 %	27,6 %	22,8 %	14,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,6 %	11,5 %	6,8 %	4,5 %	5,0 %	4,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,8 %	13,5 %	13,6 %	6,4 %	4,0 %	13,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,2 %	52,9 %	58,3 %	56,4 %	56,4 %	56,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,3 %	7,7 %	8,7 %	11,5 %	15,8 %	13,6 %

[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

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 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**270**	**119**	**105**	**277**	**120**	**104**
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	37,4 %	47,1 %	57,1 %	50,9 %	57,5 %	53,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	16,7 %	12,6 %	12,4 %	15,5 %	14,2 %	16,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	87,4 %	85,7 %	88,6 %	86,6 %	86,7 %	84,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	45,2 %	47,1 %	52,4 %	41,9 %	46,7 %	46,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	13,0 %	16,0 %	11,4 %	8,3 %	9,2 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,3 %	15,1 %	22,9 %	14,4 %	18,3 %	17,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,8 %	61,3 %	66,7 %	65,3 %	69,2 %	67,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,8 %	3,4 %	1,0 %	2,5 %	0,8 %	1,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**230**	**97**	**89**	**220**	**103**	**89**
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	41,7 %	53,6 %	61,8 %	53,6 %	61,2 %	56,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,3 %	11,3 %	13,5 %	17,3 %	13,6 %	16,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	87,8 %	82,5 %	87,6 %	88,6 %	87,4 %	86,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	47,4 %	49,5 %	52,8 %	45,0 %	50,5 %	47,2 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	13,5 %	16,5 %	13,5 %	8,6 %	9,7 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,0 %	13,4 %	19,1 %	15,0 %	19,4 %	16,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,4 %	67,0 %	71,9 %	69,5 %	71,8 %	69,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,5 %	4,1 %	0,0 %	1,4 %	1,0 %	2,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**133**	**67**	**66**	**114**	**66**	**57**
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	48,9 %	61,2 %	63,6 %	52,6 %	66,7 %	52,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	22,6 %	13,4 %	16,7 %	20,2 %	12,1 %	17,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,0 %	83,6 %	84,8 %	91,2 %	86,4 %	89,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	51,9 %	59,7 %	57,6 %	48,2 %	53,0 %	38,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	15,0 %	17,9 %	13,6 %	7,9 %	12,1 %	7,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,5 %	16,4 %	24,2 %	15,8 %	15,2 %	21,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,4 %	74,6 %	74,2 %	71,1 %	78,8 %	68,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,3 %	3,0 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %	1,8 %

[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

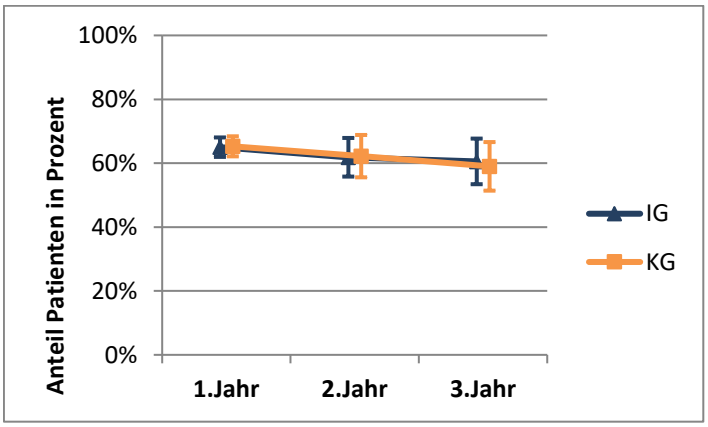
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

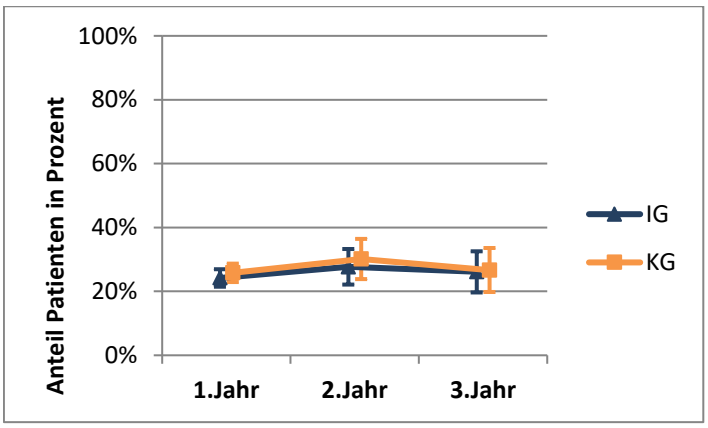
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



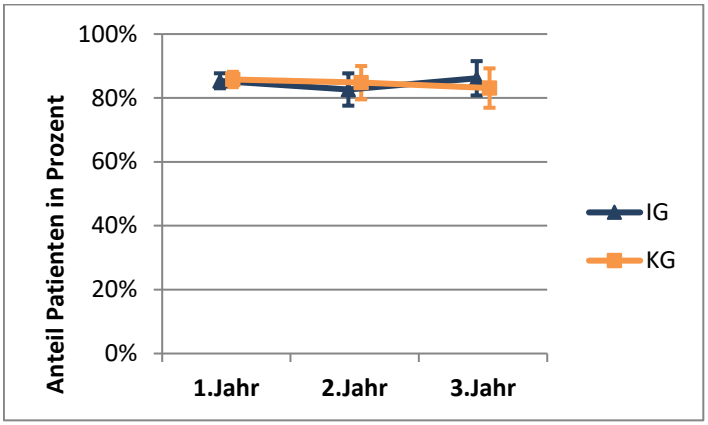
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



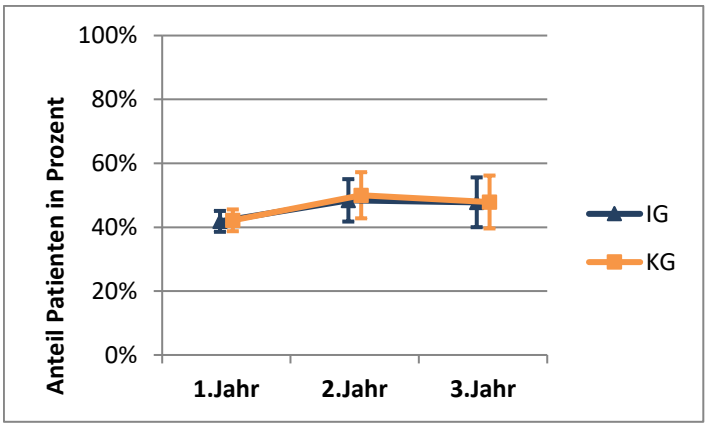
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



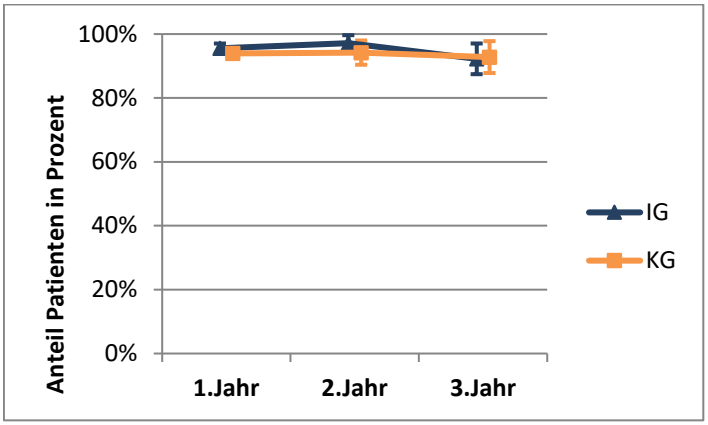
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



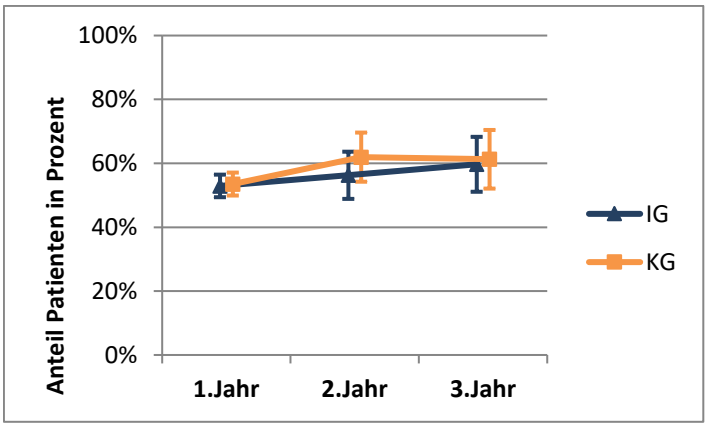
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



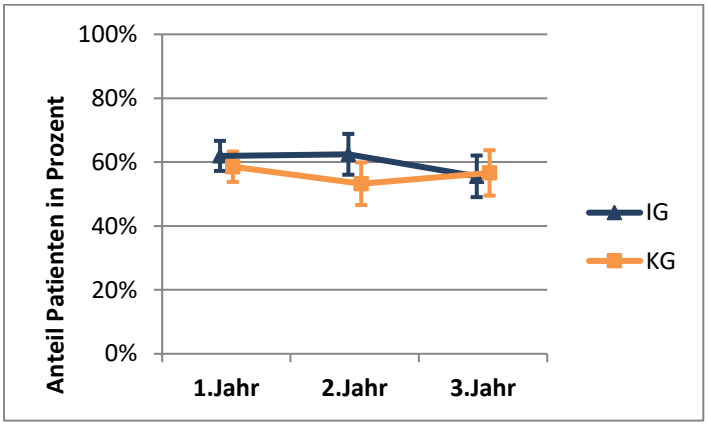
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

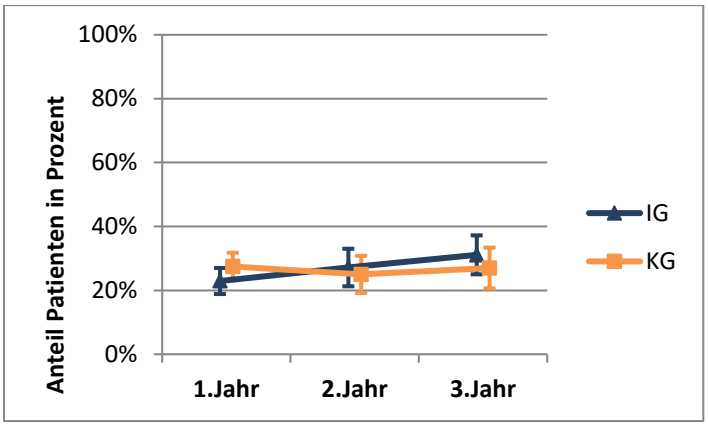
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



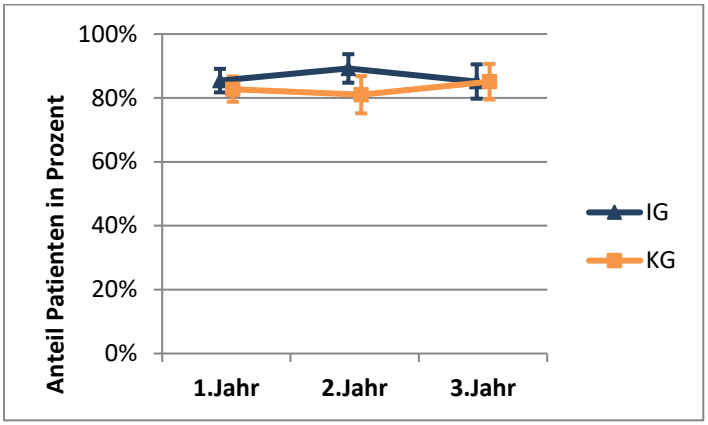
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



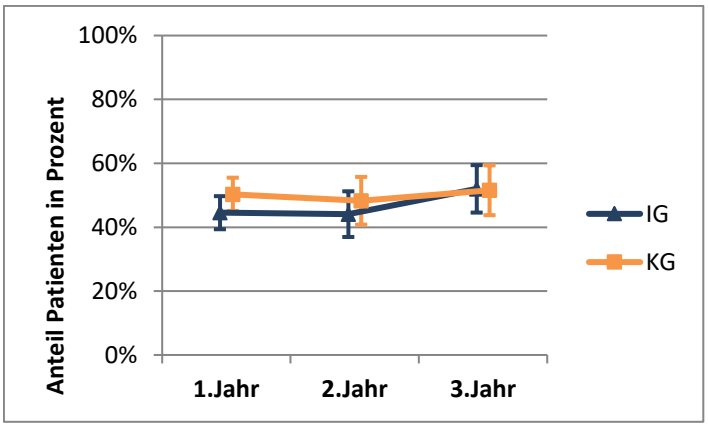
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



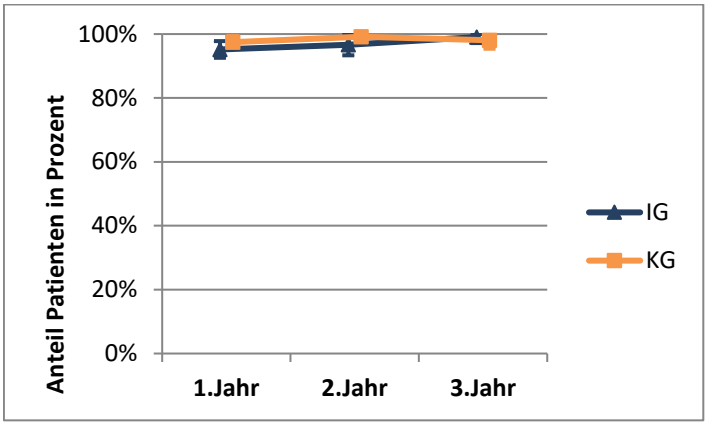
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



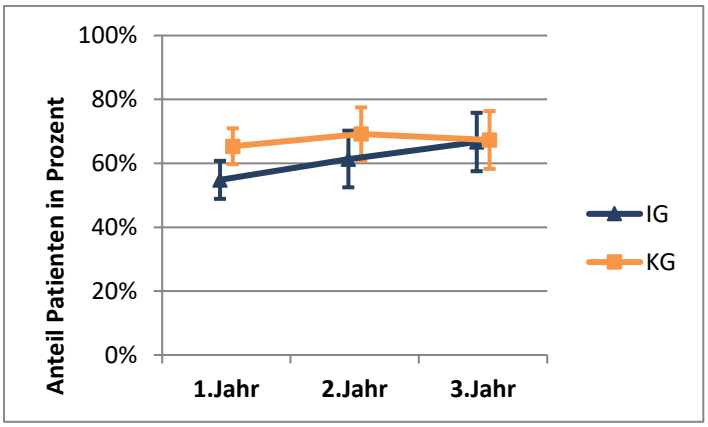
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



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.

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 an Kontaktabbrüchen 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 klinikneuen Patienten mit schweren psychischen Störungen A, Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, war der **Anteil an Patienten** nach Modellstart mit **keinem Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem** (ambulant oder stationär) zwischen IG und KG vergleichbar. Die **Dauer der Kontaktabbrüche** war in der IG für 90 und 180 Tage in der IG jeweils geringer (90 Tage = -6,9 Tage; 180 Tage = -8,0 Tage). Diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant.

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	**1.688**	**1.688**	**1.698**	**1.698**	**1.688**	**1.688**	**1.698**	**1.698**
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	146	619	100	558	146	619	100	557
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	45	230	35	203	45	229	35	203
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	24	107	21	83	24	107	21	83
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	82	299	54	264	82	299	54	264
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	28	120	22	102	28	119	22	102
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	17	58	13	49	17	58	13	49

* 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**		**IG**		**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)	**1.684**	**1.688**	**1.694**	**1.698**	**1.684**	**1.688**	**1.694**	**1.698**
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)	34,9 %	33,3 %	20,0 %	31,0 %	29,5 %	26,5 %	19,0 %	28,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB1)	23,2 %	31,8 %	24,1 %	26,5 %	22,0 %	23,4 %	22,2 %	24,2 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA2)	20,0 %	14,3 %	20,0 %	13,8 %	8,9 %	10,5 %	5,7 %	8,9 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB2)	21,4 %	15,0 %	13,6 %	13,7 %	3,6 %	11,8 %	4,5 %	8,8 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA3)	0,0 %	4,7 %	4,8 %	6,0 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB3)	0,0 %	5,2 %	7,7 %	4,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **einem Kontaktabbruch** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA1)	267,4	293,0	249,7	305,5	302,8	346,5	307,9	339,2
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB1)	270,7	279,9	246,5	297,8	307,0	341,4	310,8	335,9

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **zwei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA2)	226,7	285,0	222,3	276,9	255,8	320,5	244,8	323,7
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB2)	215,8	270,5	240,2	284,9	278,0	316,2	210,5	322,3
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **mindestens drei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA3)	0,0	211,3	175,3	200,5	0,0	243,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB3)	0,0	196,4	175,3	220,5	0,0	0,0	0,0	0,0

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum[1]	**> 90 Tage**				**> 180 Tage**			
	IG		**KG**		**IG**		**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]	**949**	**950**	**835**	**837**	**949**	**950**	**835**	**837**
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,1	0,3	0,0	0,3	0,1	0,2	0,0	0,2
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	18,7	86,7	10,3	85,3	15,9	76,8	8,2	77,1
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung B [4]	**459**	**459**	**369**	**369**	**459**	**459**	**369**	**369**

• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,1	0,3	0,1	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	16,8	83,0	14,0	81,7	13,3	71,4	11,2	74,0

[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.

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

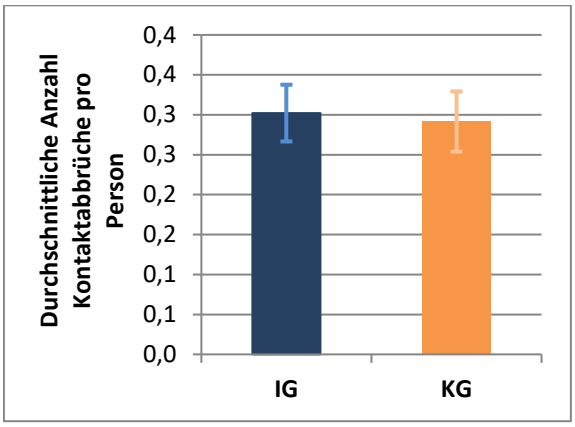
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

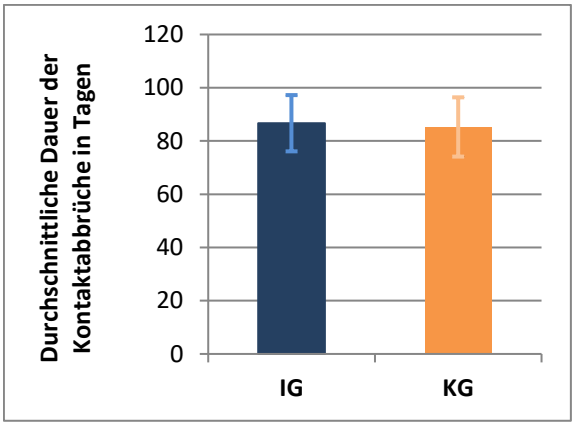
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Dauer

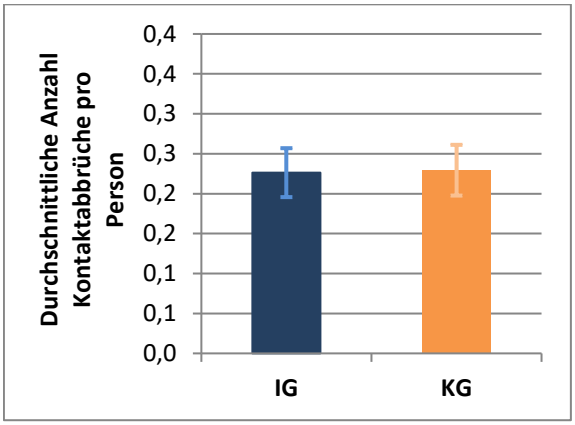
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

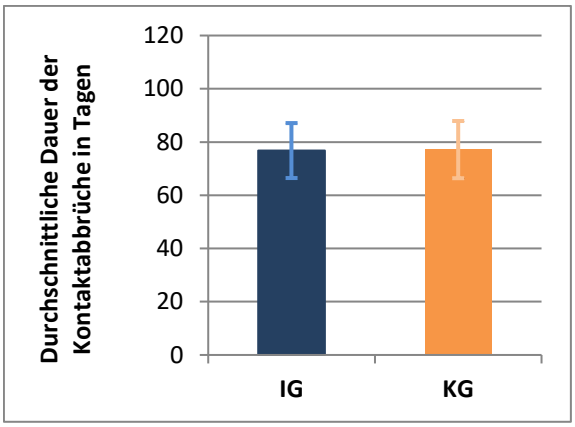


Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	**>90 Tage**		**> 180 Tage**	
	Anzahl Kontaktabbrüche	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**	**Anzahl Kontaktabbrüche**	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**
Gruppe	0,01 -0,05…0,06	0,27 -15,04…15,58	-0,01 -0,05…0,04	-1,50 -16,38…13,38

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 bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten der Fall. Auch gab es kaum Veränderungen über die Zeit. Daher ergaben sich sehr vergleichbare Muster mit wenig Veränderungen über den Beobachtungszeitraum, unabhängig von der untersuchten Kohorte (U1 bis U4). Die Fallzahlen waren stets 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

Klinikneue 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)	**579**	**579**	**579**	**579**	**579**	**560**	**560**	**560**	**560**	**560**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**564**	**569**	**540**	**519**	**507**	**544**	**552**	**536**	**518**	**482**
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)	0,3%	2,2%	1,7%	0,7%	0,5%	0,2%	2,5%	0,9%	0,4%	0,4%
• Vier (B)	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,4%	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)	**560**	**560**	**560**	**560**	**560**	**559**	**559**	**559**	**559**	**559**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**553**	**557**	**543**	**523**	**516**	**551**	**555**	**531**	**508**	**496**
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%	1,4%	0,9%	0,2%	0,4%	0,0%	1,6%	0,9%	0,2%	0,4%
• Vier (B)	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%

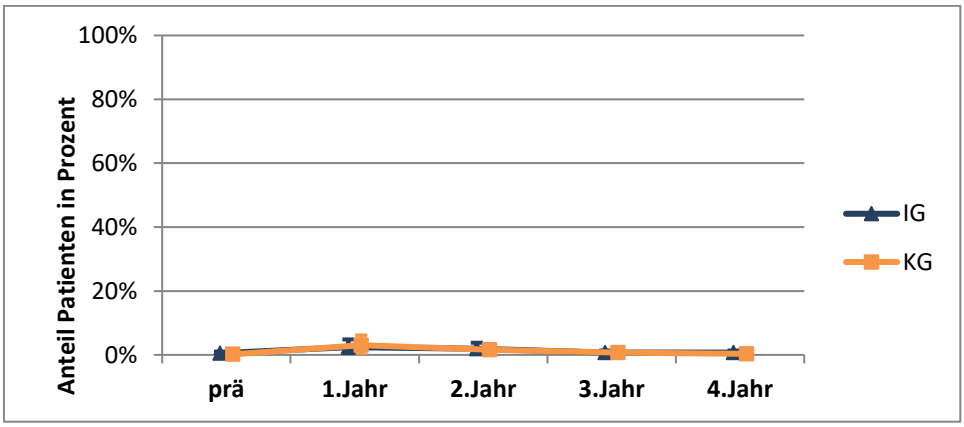
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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.

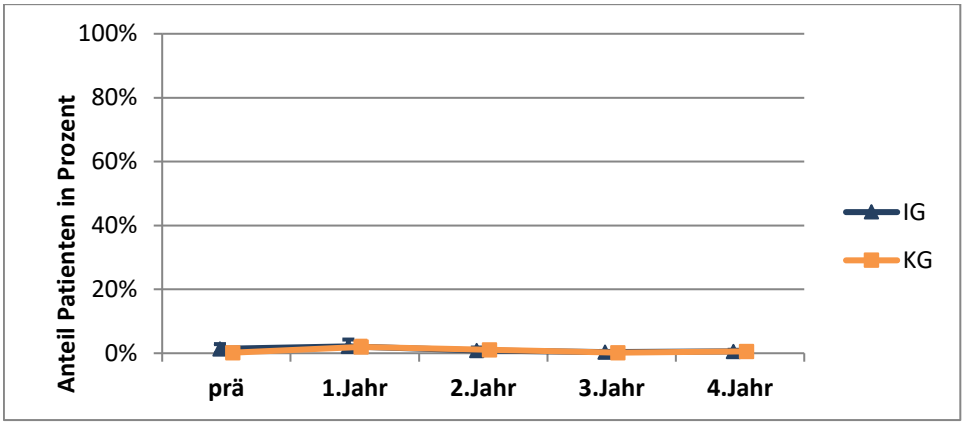


Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

Klinikbekannte Patienten

[kf]

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**2.414**	**2.414**	**2.414**	**2.414**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**2.361**	**2.372**	**2.344**	**2.372**
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)	0,7%	2,3%	0,7%	2,2%
• Vier (B)	0,1%	0,5%	0,2%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,2%	0,3%

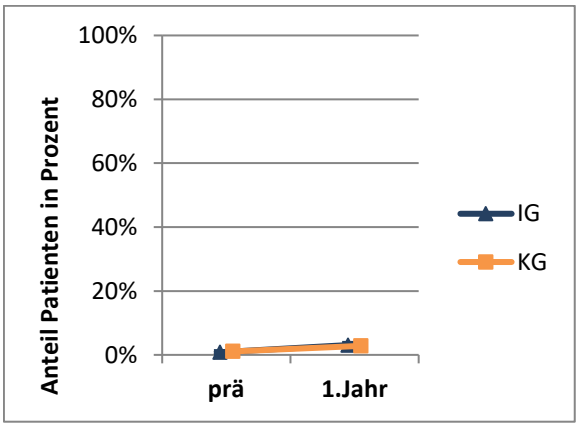
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**1.799**	**1.799**	**1.799**	**1.789**	**1.789**	**1.789**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**1.765**	**1.768**	**1.675**	**1.730**	**1.758**	**1.658**
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)	0,8%	2,5%	1,1%	0,7%	2,2%	0,9%
• Vier (B)	0,1%	0,6%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%

[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

[kf]

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**1.169**	**1.169**	**1.169**	**1.169**	**1.163**	**1.163**	**1.163**	**1.163**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**1.146**	**1.151**	**1.084**	**1.046**	**1.122**	**1.142**	**1.099**	**1.041**
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)	0,5%	2,3%	1,4%	0,6%	0,7%	2,3%	1,3%	0,4%
• Vier (B)	0,2%	0,5%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%	0,3%	0,3%	0,2%

[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	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**625**	**625**	**625**	**625**	**623**	**623**	**623**	**623**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**618**	**621**	**606**	**581**	**614**	**618**	**590**	**567**
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)	1,0%	1,3%	1,0%	0,5%	0,2%	1,6%	0,8%	0,2%
• Vier (B)	0,0%	0,3%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,3%	0,3%	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%

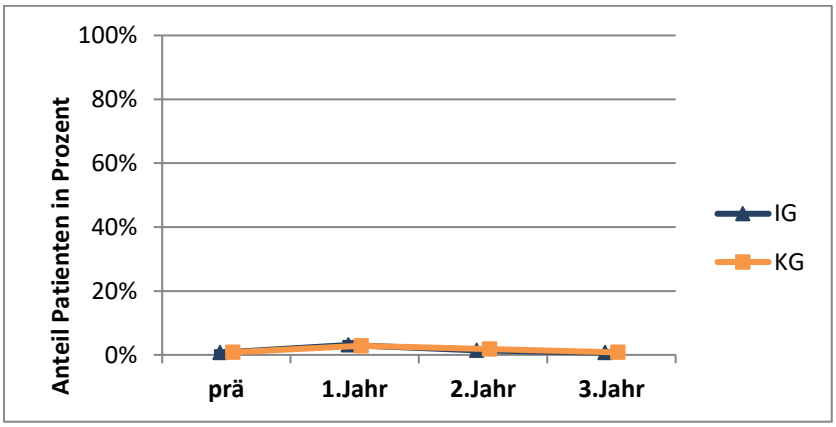
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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:

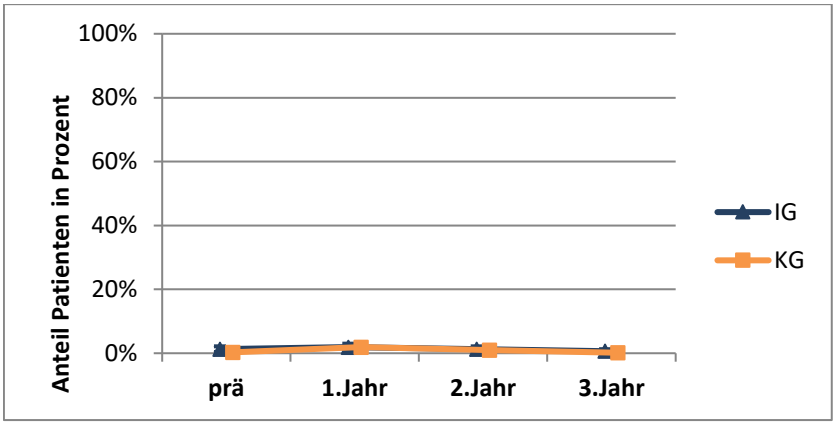
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 an Episoden der 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 bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten eine zwischen IG und KG vergleichbare Anzahl an **AU-Episoden**. Die durchschnittliche Anzahl an AU-Episoden verzeichnete einen Peak an AU-Episoden im ersten Jahr nach Referenzfall, der zwischen IG und KG vergleichbar war, und sank dann in beiden Gruppen auf 0,5 bzw. 0,4 AU-Episoden bei den klinikneuen und auf 0,5 bis 0,8 AU-Episoden bei den klinikbekannten Patienten ab.

Die durchschnittliche Anzahl an **AU-Tagen** verzeichnete bei den klinikneuen 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 größer im Vergleich zur KG (IG: +70,8; KG: +61,8 AU-Tage). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall sank die Anzahl AU-Tage in beiden Gruppen, blieb aber in der IG stets größer als in der KG (prä: +5,2; 1. Jahr: +14,2; 2. Jahr: +9,6; 3. Jahr: +2,4; 4. Jahr: +4,1 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall nicht. Bereits im Jahr vor Referenzfall wiesen Patienten der IG mehr AU-Tage als Patienten der KG auf.

In der IG verzeichneten die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) stets weniger AU-Tage als die älteren Patienten (mit Ausnahme des zweiten Jahres nach Referenzfall) (siehe Kapitel 14.2). Das gleiche Verhältnis mit weniger AU-Tagen bei den jüngeren Patienten war in der KG

ersichtlich. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F30-39 (affektive Störungen) und F45 (somatoforme Störungen) auf (wobei letztgenannte 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), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) und F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) aufwiesen (wobei letztgenannte 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 160 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein höheres Niveau an AU-Tagen in der IG im Vergleich zur KG zu erkennen (IG: 46,1 AU-Tage; KG: 41,2 AU-Tage). Während die Patienten der IG auf einem größerem AU-Tage-Niveau starteten als die KG, kehrte sich dieser Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall um, da die Patienten der IG weniger an AU-Tagen zunahmen als Patienten der KG (IG: +3,1 AU-Tage; KG: +14,9 Tage). In den folgenden Jahren nahm die Anzahl an AU-Tagen der Patienten der IG wieder stärker zu als bei den Patienten der KG (prä: +5,0; 1. Jahr: -6,9; 2. Jahr: +4,8; 3. Jahr: +9,8; 4. Jahr: +18,4 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

Die jüngeren klinikbekannten Patienten in der IG verzeichneten etwas mehr und die der KG etwas weniger AU-Tage als die älteren Patienten (außer im Jahr vor Referenzfall) (siehe Kapitel 14.2). Für das Jahr nach Referenzfall wiesen jüngere Patienten der IG und KG mehr AU-Tage als ältere auf. Im zweiten bis dritten Jahr nach Referenzfall wiesen jüngere Patienten der IG stets weniger und jüngere Patienten der KG stets mehr AU-Tage als deren ältere Patienten auf. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F50 (Essstörungen), F10 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und F30-39 (affektive Störungen) auf (wobei erstgenannte sehr wenige Fälle betraf), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F90-98 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend), F30-39 (affektive Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) aufwiesen (wobei erstgenannte 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 160 im Anhang).

U2: Bei den klinikneuen 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 (+0,4 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg jedoch in der IG stärker als in der KG an (IG: +69,7 AU-Tage; KG: +58,0 AU-Tage).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war der Verlauf der Anzahl an **AU-Episoden** zwischen IG und KG parallel mit Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Bei der durchschnittlichen Anzahl an **AU-Tagen** war auch ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich, wobei Patienten der IG stets mehr AU-Tage aufwiesen als Patienten der KG (prä: +8,0; 1. Jahr: +17,2; 2. Jahr: +7,5 AU-Tage). Auch der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG größere als in der KG (IG: +68,1 AU-Tage; KG: +58,9 Tage). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

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 parallele Verläufe und Niveaus erkennbar. Auch bei der Anzahl an **AU-Tagen** spiegelten sich die oben beschriebenen Muster wieder. Bei den klinikneuen Patienten war ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Dieser war in der IG höher, wobei auch die weiteren Jahre für die IG höhere AU-Tage im Vergleich zur KG aufwiesen (prä: +9,7; 1. Jahr: +21,9; +8,8; +2,3 AU-Tage). Bei den klinikbekannten Patienten war in der IG ein höheres Ausgangsniveau der AU-Tage erkennbar (+4,3 AU-Tage). Im ersten Jahr nach Referenzfall war die Anzahl an AU-Tagen in der IG jedoch geringer als in der KG (-8,1 AU-Tage); in den folgenden beiden patientenindividuellen Jahren war die Anzahl an AU-Tagen von Patienten der IG wieder größer als die der Patienten der KG (2. Jahr: +2,9 AU-Tage; 3. Jahr: +8,1 AU-Tage).

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

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)	**335**	**335**	**329**	**326**	**321**	**352**	**352**	**351**	**348**	**344**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,2	0,5	0,5	0,4	0,6	1,2	0,5	0,5	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	30,8	101,6	38,5	22,6	17,7	25,6	87,4	28,8	20,2	13,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	29,9%	20,3%	9,4%	8,0%	5,3%	25,6%	15,6%	8,0%	7,2%	3,2%
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	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	0,6	0,6	1,1	0,1	0,5	0,5	0,3	0,4	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,6%	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					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)	**254**	**254**	**252**	**248**	**246**	**254**	**254**	**251**	**249**	**243**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,8	1,0	0,7	0,8	0,6	0,9	1,1	0,8	0,7	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	46,1	49,2	31,0	29,4	33,6	41,2	56,1	26,2	19,6	15,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	15,4%	11,4%	9,1%	8,5%	6,9%	19,7%	11,0%	4,0%	4,8%	2,9%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,2	2,2	1,2	0,5	0,6	1,2	0,8	2,0	0,8	0,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	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

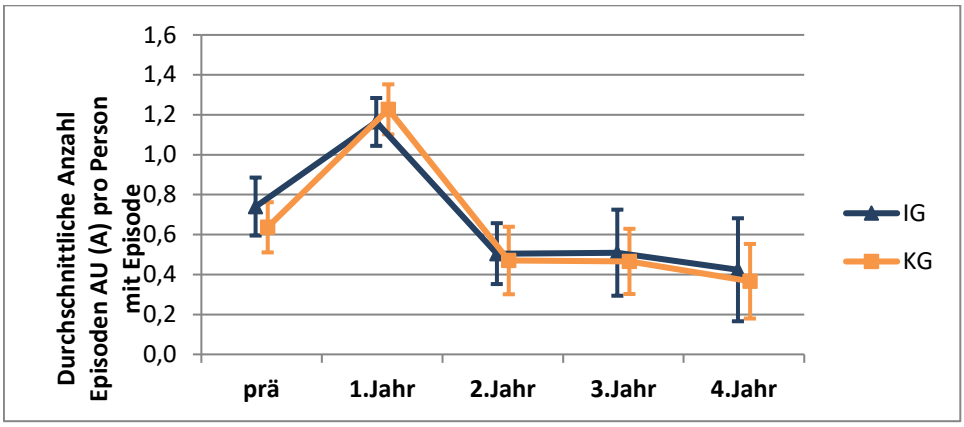
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

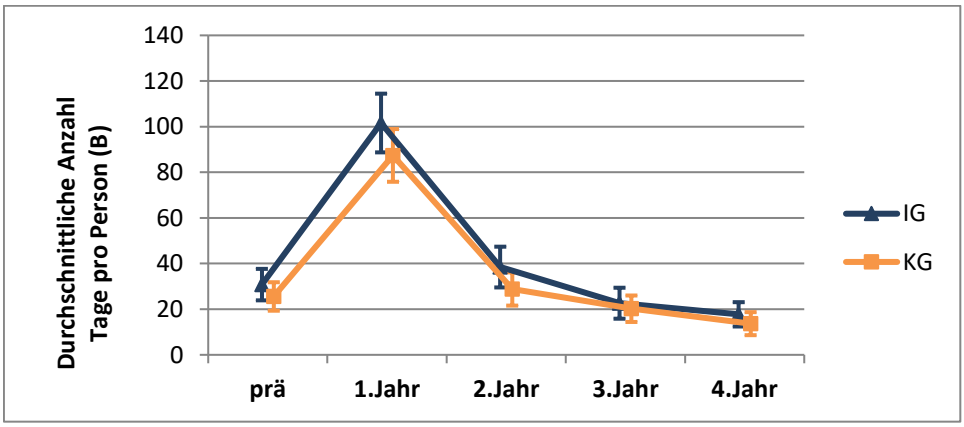
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

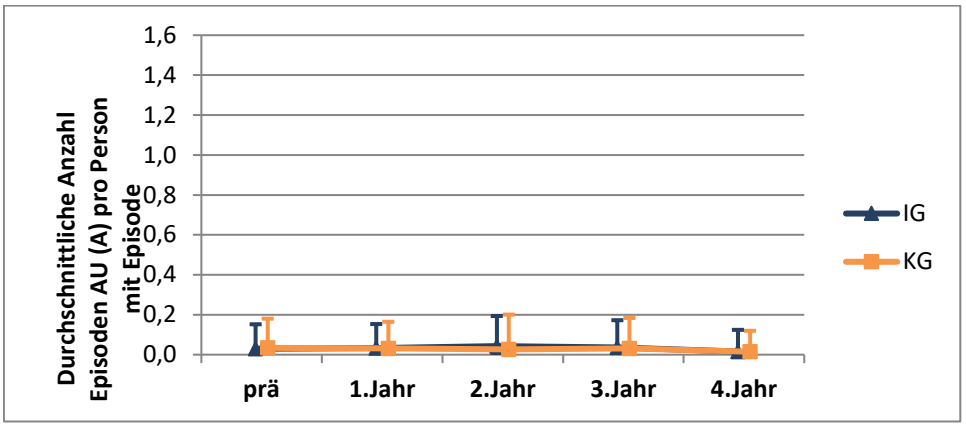


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

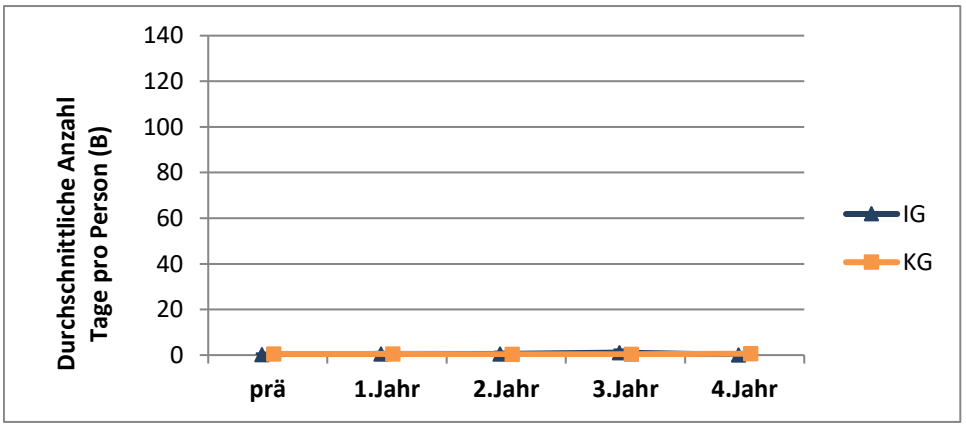


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)**



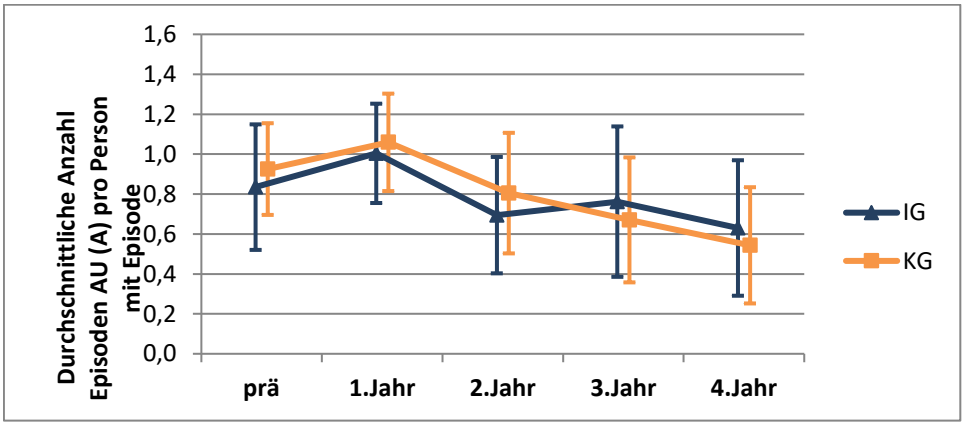
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

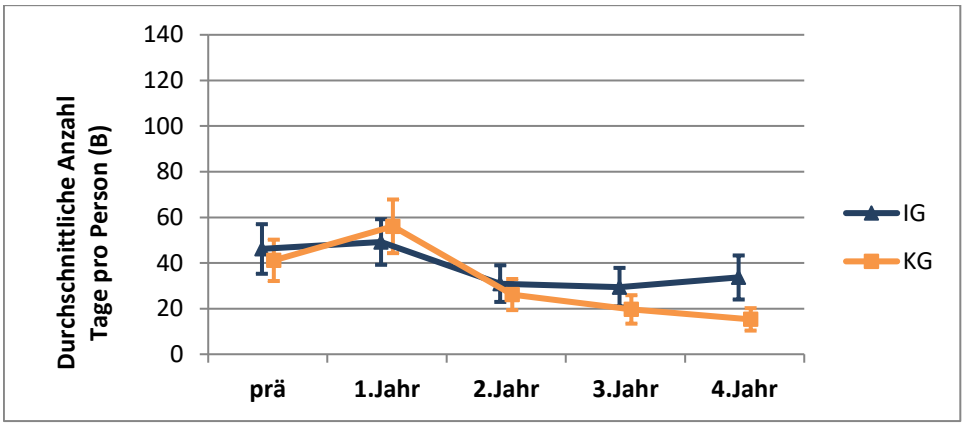
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

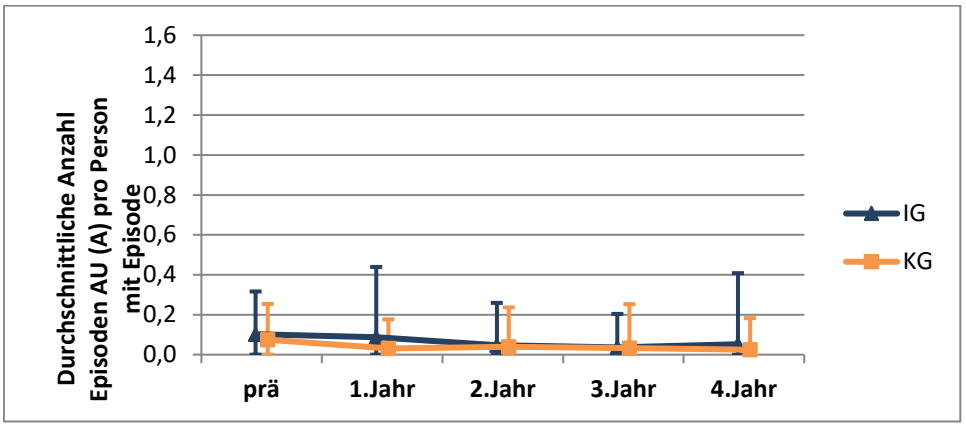


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)**

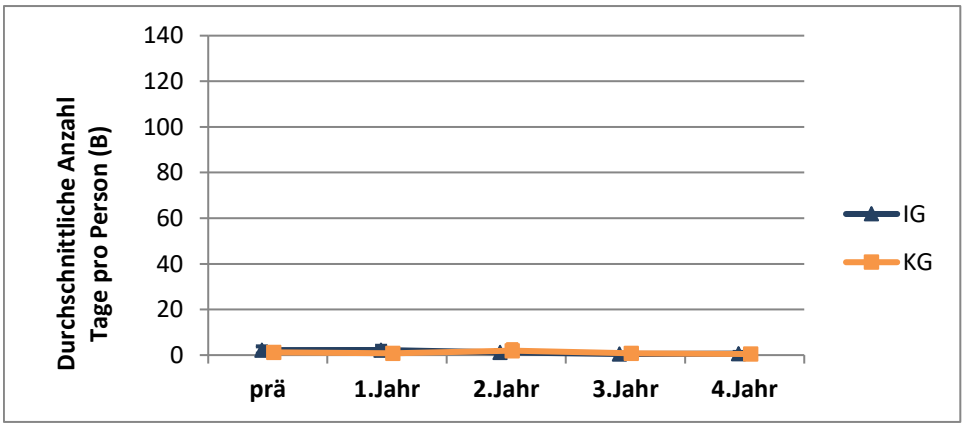


Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,17 -0,36…0,03	9,00 -6,30…24,30
DID Jahr 2	-0,08 -0,27…0,12	3,81 -11,50…19,11
DID Jahr 3	-0,07 -0,26…0,13	-3,16 -18,46…12,14
DID Jahr 4	-0,06 -0,25…0,14	-1,54 -16,84…13,76
DID Jahr 1-4	—	2,03 -10,96…15,01

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

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,04 -0,30…0,37	-11,85 -28,40…4,70
DID Jahr 2	-0,02 -0,36…0,32	-0,12 -16,67…16,43
DID Jahr 3	0,18 -0,16…0,52	4,48 -12,07…21,03
DID Jahr 4	0,18 -0,16…0,52	12,99 -3,56…29,54
DID Jahr 1-4	—	1,37 -11,88…14,63

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)[1] (n)	**1.492**	**1.492**	**1.552**	**1.552**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,1	0,7	1,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)[2]	34,6	104,3	28,2	86,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	28,8%	16,7%	25,5%	15,4%
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)	0,3	0,9	0,4	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,1%	0,0%	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 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

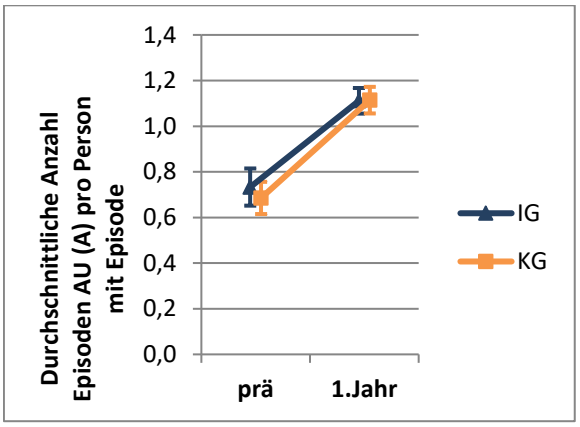
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

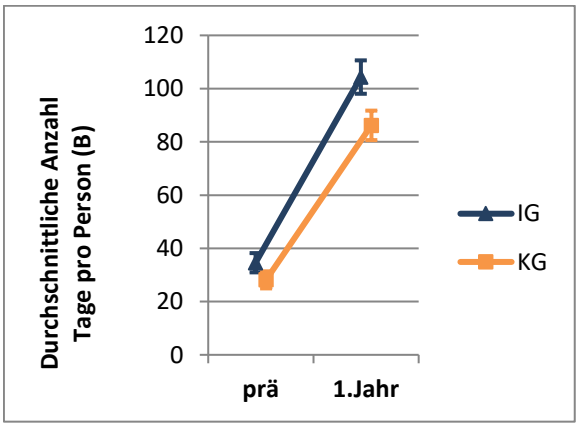
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

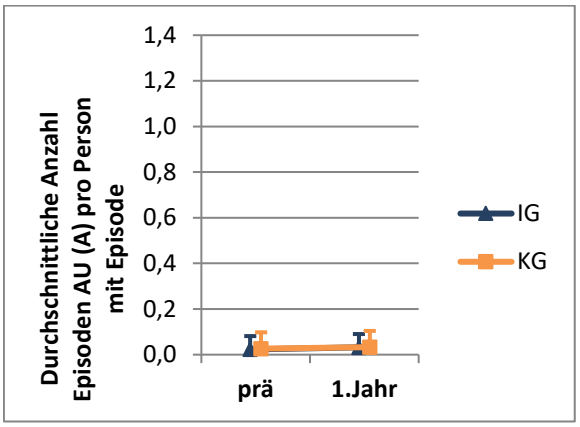


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

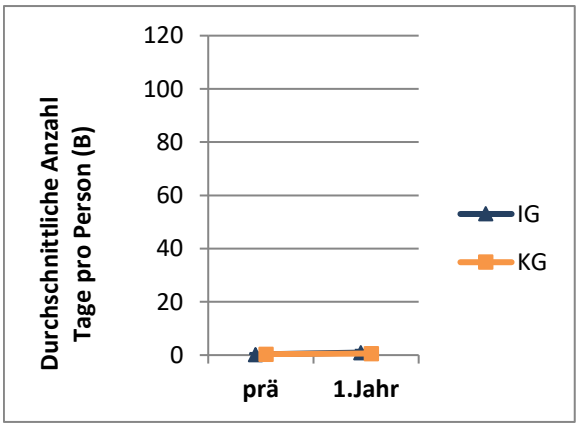


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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

Klinikneue Patienten

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)	**1.085**	**1.085**	**1.072**	**1.147**	**1.147**	**1.142**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,1	0,5	0,7	1,1	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	33,2	101,3	35,4	25,2	84,1	28,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	27,8%	17,3%	8,3%	24,8%	15,7%	6,7%
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	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,9	0,5	0,4	0,6	0,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	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.

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

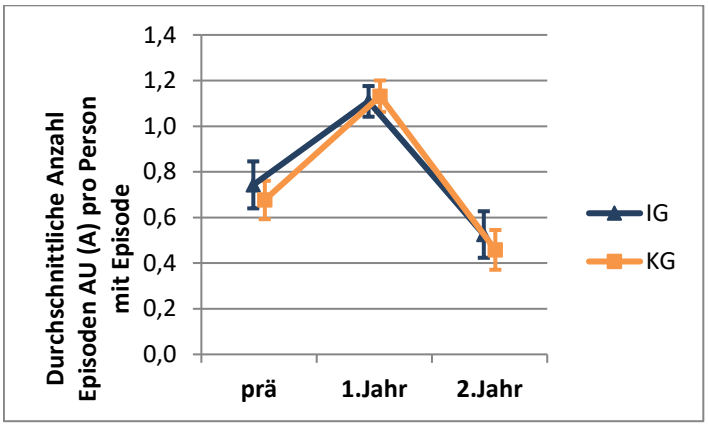
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

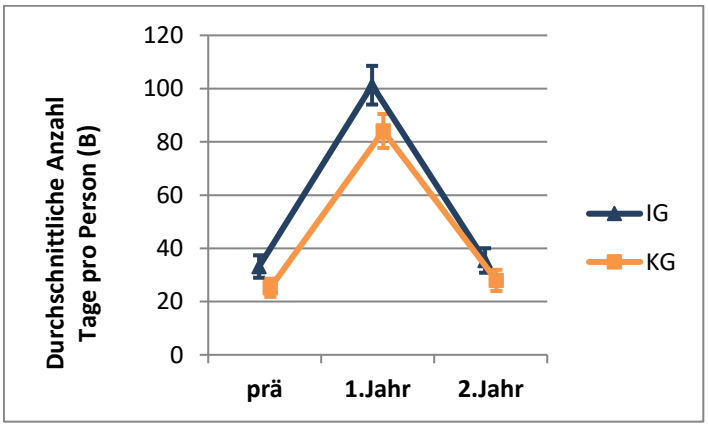
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

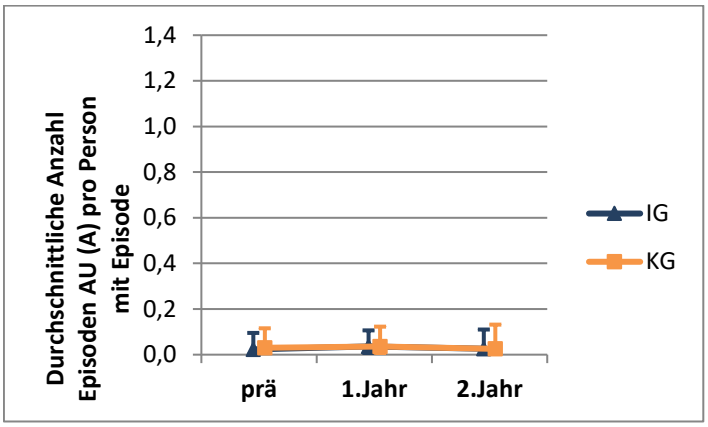


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)**

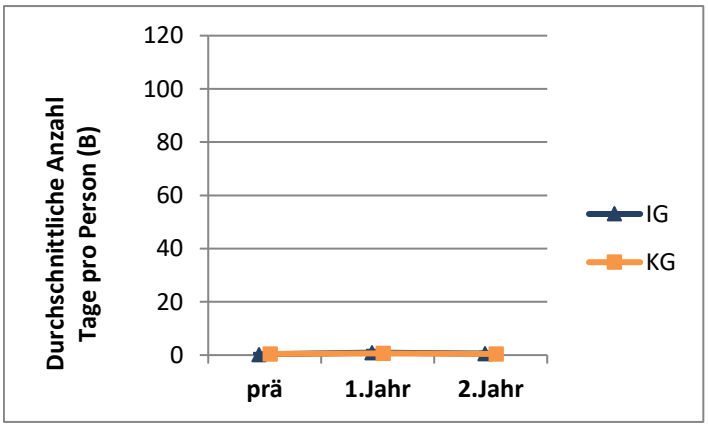


Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,09 -0,20…0,02	9,21 -0,27…18,70
DID Jahr 2	0,00 -0,11…0,11	-0,81 -10,29…8,68

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	IG				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)	**672**	**672**	**662**	**658**	**730**	**730**	**729**	**724**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,8	1,1	0,6	0,5	0,7	1,2	0,5	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	32,7	103,5	37,8	21,6	23,0	81,7	29,0	19,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	28,9%	18,2%	8,8%	7,3%	23,7%	15,6%	7,8%	6,4%
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	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	0,7	0,4	0,7	0,4	0,7	0,5	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%	0,0%	0,1%	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 sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				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)	**289**	**289**	**287**	**283**	**287**	**287**	**284**	**282**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,8	1,0	0,7	0,7	0,9	1,1	0,8	0,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	44,1	50,5	30,3	27,5	39,8	58,5	27,4	19,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	14,5%	12,1%	9,1%	8,1%	19,9%	11,1%	4,2%	5,0%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,3	2,4	1,3	0,5	1,9	0,8	1,7	1,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,7%	0,3%	0,0%	0,0%	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 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

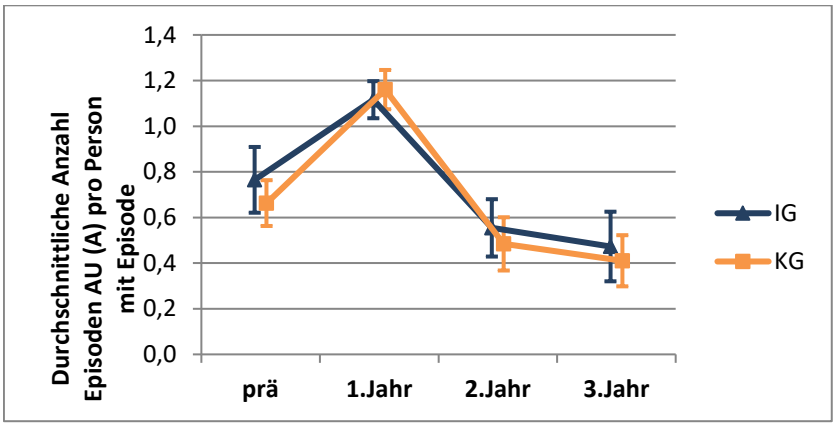
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

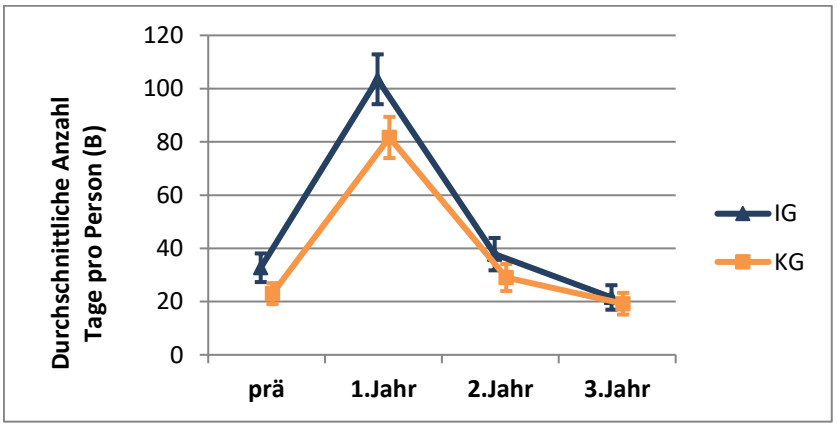
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

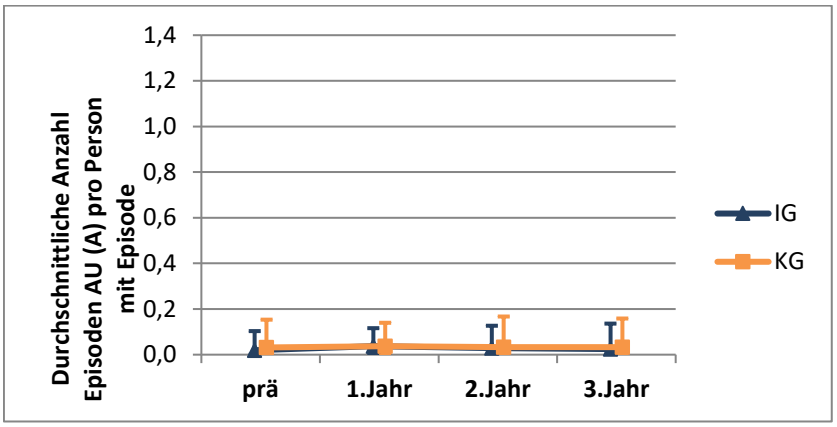


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

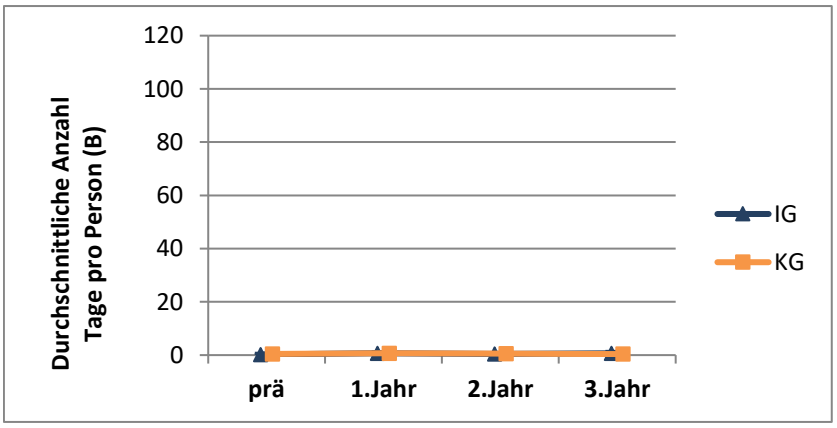


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)**



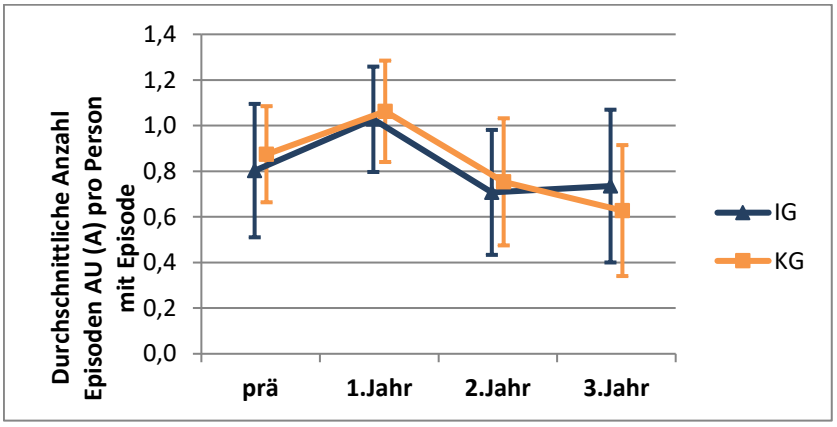
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

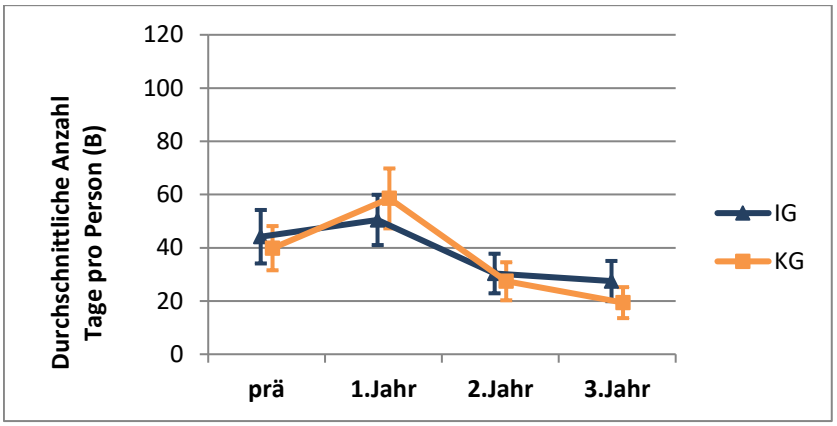
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

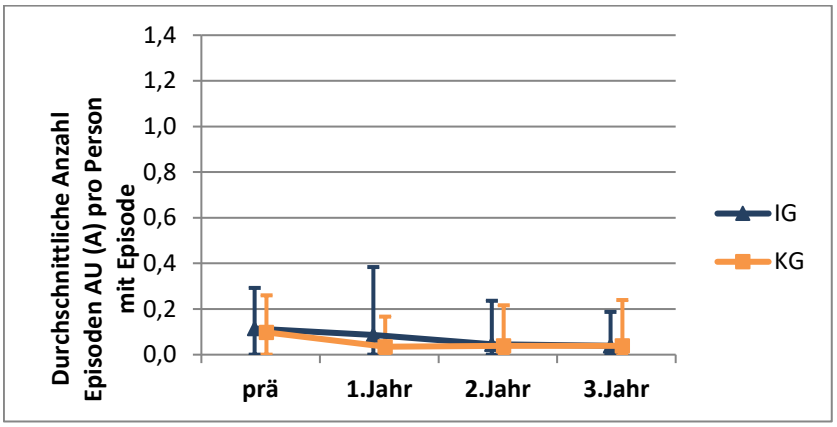


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

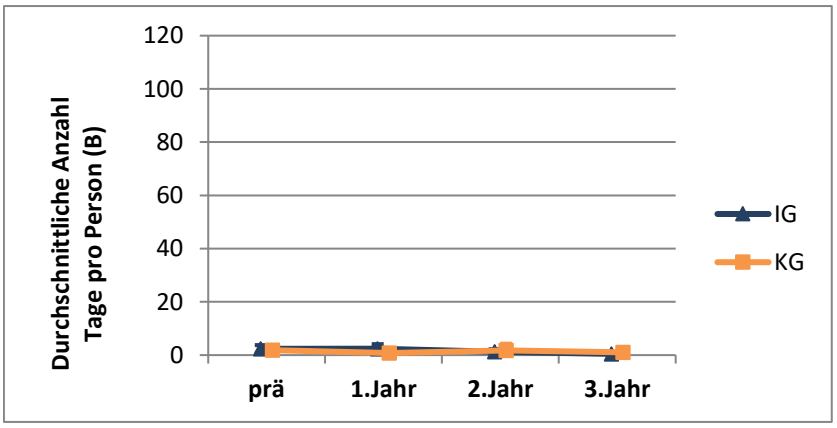


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil Personen mit stationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG etwas größer als in der KG (IG: 30,3 %; KG: 27,5 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 112,5 Tage; KG: 110,6 Tage).

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 aufweisen[1] (alle)	**1.080**	**1.133**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	30,3%	27,5%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)	112,5	110,6
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**595**	**580**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	19,0%	16,2%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)	116,7	110,7
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**298**	**276**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	11,1%	8,7%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)	120,6	110,9

[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)

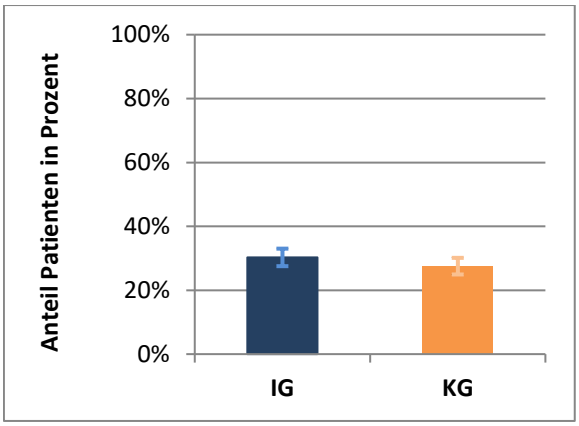
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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)

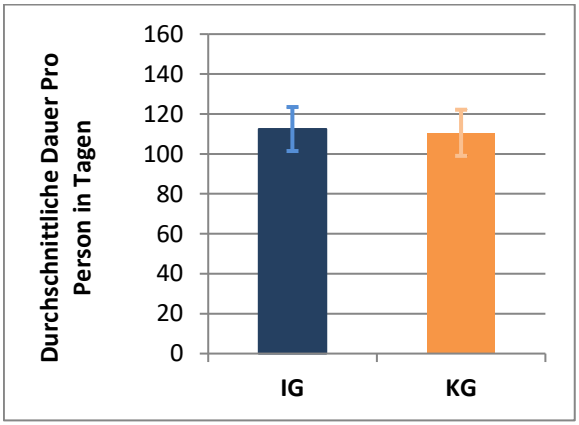


Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	**Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme**
Gruppe	1,13 0,94…1,37	2,72 -13,64…19,08

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 klinikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach etwas an (IG: +0,6; KG: +0,6). Danach sank der Score erneut. Im vierten Jahr nach Referenzfall erreichte der Komorbiditäts-Score in beiden Gruppen den Wert von vor Referenzfall. Dabei waren zwischen IG und KG keine relevanten oder statistisch signifikanten Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen etwas höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,7-3,9), jedoch kaum Unterschiede zwischen IG und KG und wenig relevante Veränderungen über die Zeit.

U2: Bei den klinikneuen 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 klinikneuen 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 und 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 klinikneuen 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 klinikbekannten 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)	**579**	**579**	**556**	**540**	**527**	**560**	**560**	**546**	**531**	**521**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,1	3,7	3,2	3,2	3,1	3,0	3,6	3,1	3,1	3,0

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)	**560**	**560**	**551**	**538**	**528**	**559**	**559**	**541**	**525**	**508**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,7	3,9	3,9	3,8	3,8	3,8	3,9	3,7	3,7	3,8

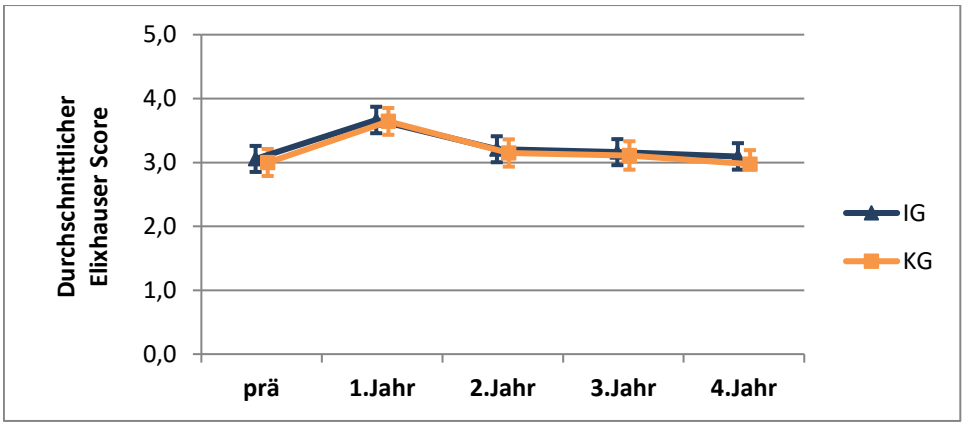
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

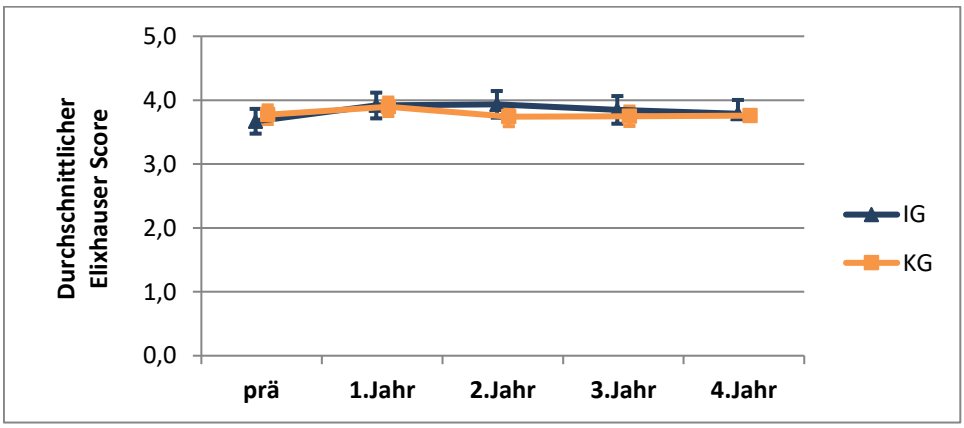


Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,03 -0,41…0,35
DID Jahr 2	-0,05 -0,43…0,33
DID Jahr 3	-0,06 -0,44…0,33
DID Jahr 4	-0,01 -0,39…0,37

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

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,12 -0,28…0,52
DID Jahr 2	0,35 -0,04…0,75
DID Jahr 3	0,28 -0,12…0,68
DID Jahr 4	0,26 -0,14…0,66

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	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Personen (n)	**2.414**	**2.414**	**2.414**	**2.414**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,6	3,0	3,6

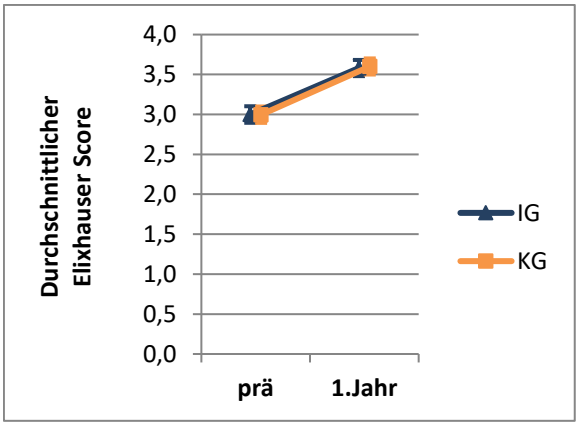
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. 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)	**1.799**	**1.799**	**1.723**	**1.789**	**1.789**	**1.739**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,6	3,1	3,0	3,6	3,1

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

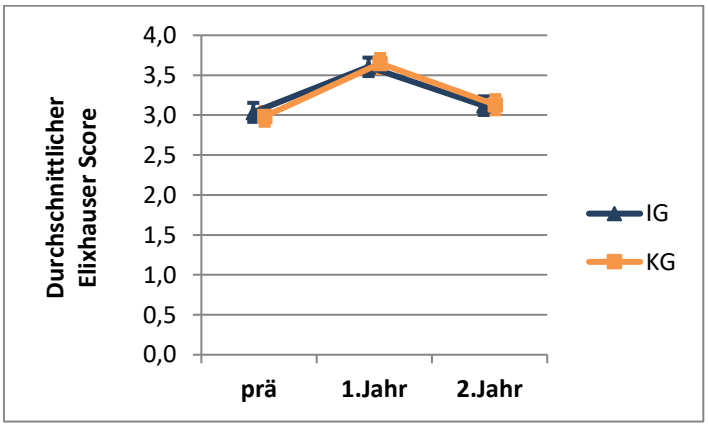


Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,09 -0,30…0,11
DID Jahr 2	-0,11 -0,31…0,10

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	**1.169**	**1.169**	**1.115**	**1.087**	**1.163**	**1.163**	**1.134**	**1.102**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,1	3,7	3,2	3,1	3,0	3,6	3,2	3,0

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	**625**	**625**	**614**	**599**	**623**	**623**	**603**	**585**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,7	3,9	3,9	3,9	3,8	4,0	3,8	3,8

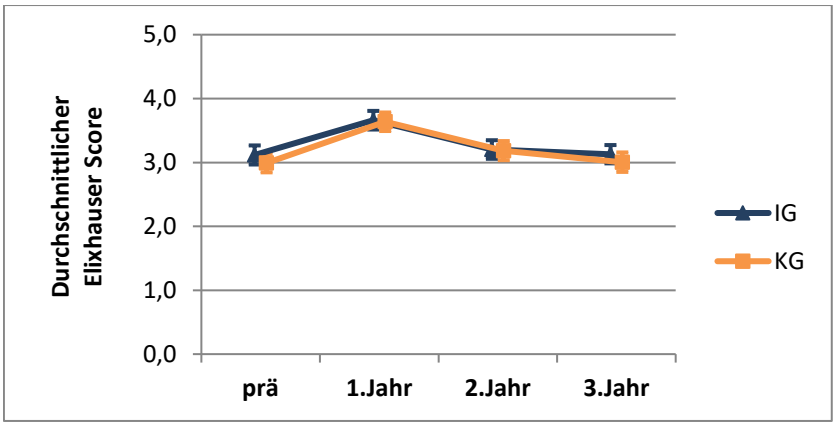
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

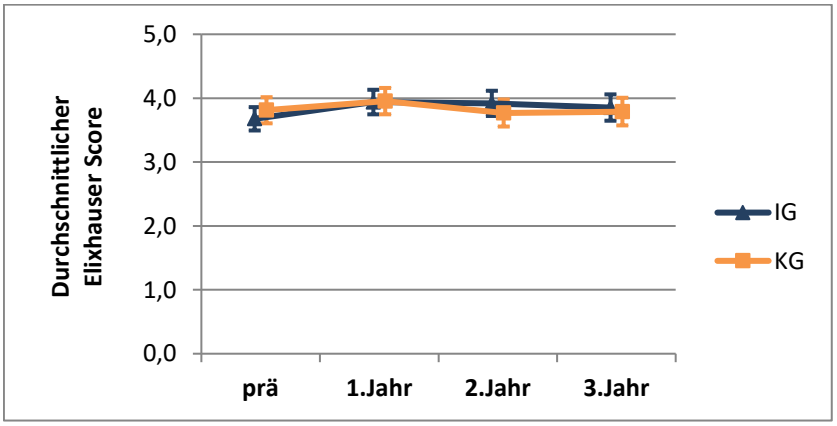


Klinikbekannte Patienten

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 untersucht, die innerhalb des ersten Jahres nach Aufnahme in die Evaluation verstorben ist.

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 klinikneuen Patienten etwas höher (+2,6 %-Punkte) und bei den klinikbekannten Patienten niedriger (-4,5 %-Punkte). Der niedrigere Anteil an Verstorbenen war bei den klinikbekannten Patienten statistisch signifikant (DiD = 0,6).

U2: Bei den klinikneuen 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 geringfügig größer (+1,2 %-Punkte).

U3: Auch bei den klinikneuen 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, in der IG geringfügig größer (+1,1 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiederholte sich das Muster der leicht erhöhten Mortalität klinikneuer Patienten in der IG im Vergleich zur KG für die 2-Jahres-Mortalität (+1,2 %-Punkte) und der geringeren 2-Jahres-Mortalität klinikbekannter Patienten (-3,2 %-Punkte).

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)	**579**	**560**
• Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)	11,4 %	8,8 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**560**	**559**
• Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)	6,6 %	11,1 %

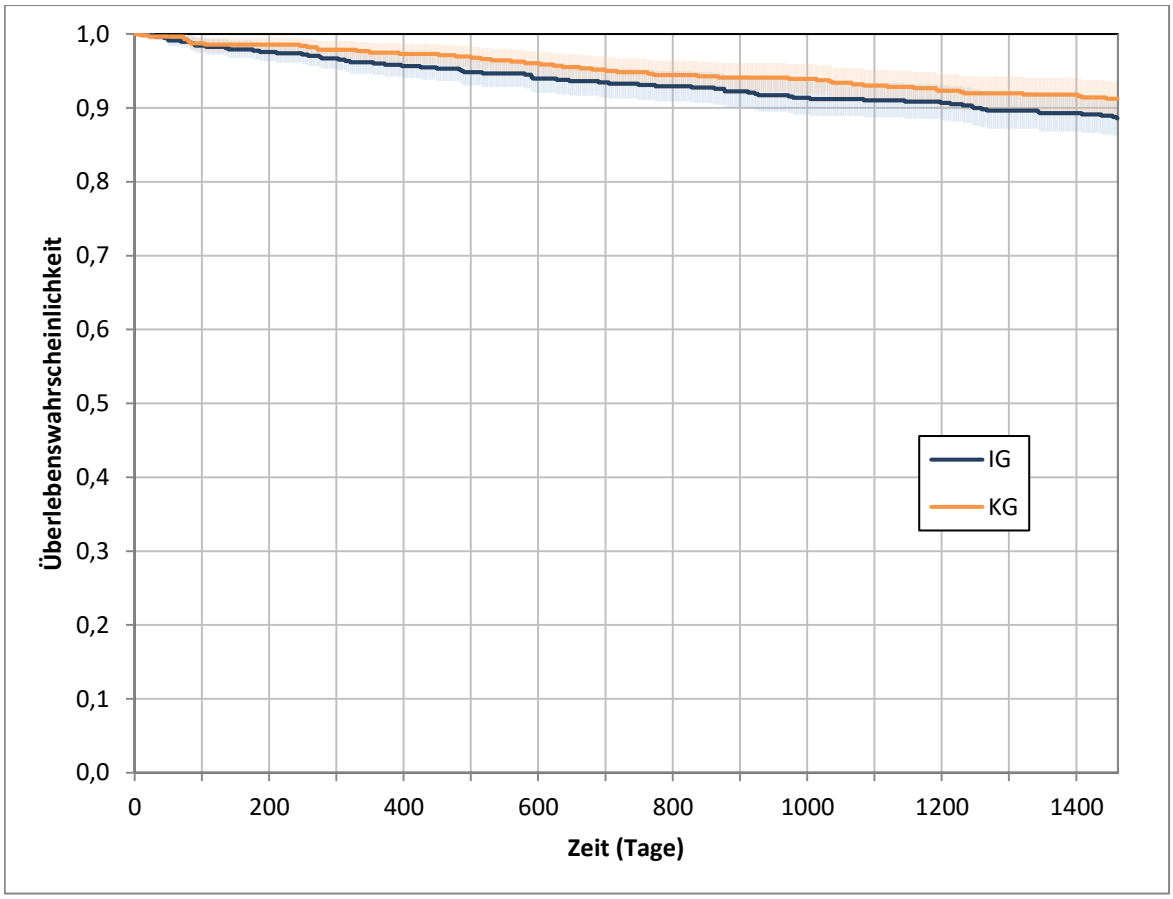
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

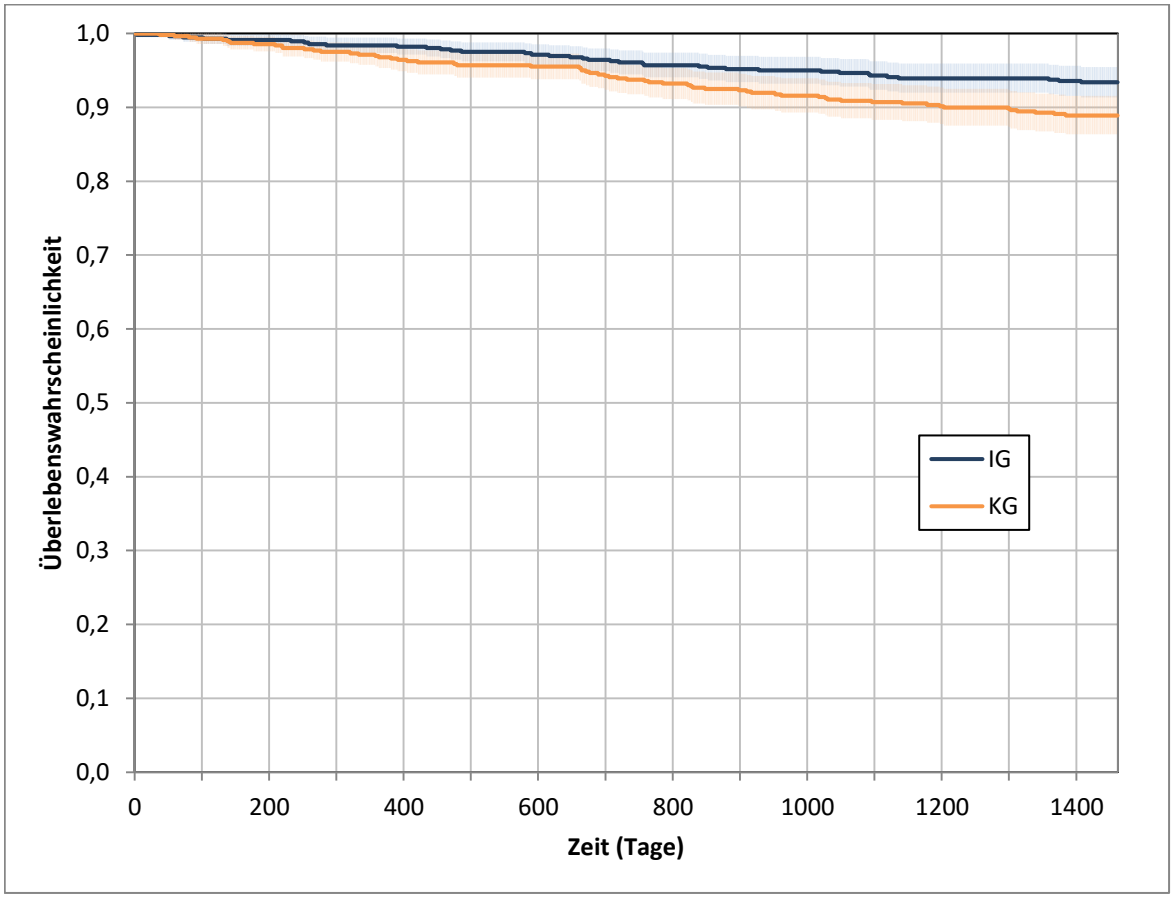


Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,17 0,80…1,72

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,63* 0,42…0,95

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)	**2.414**	**2.414**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	4,2 %	2,9 %

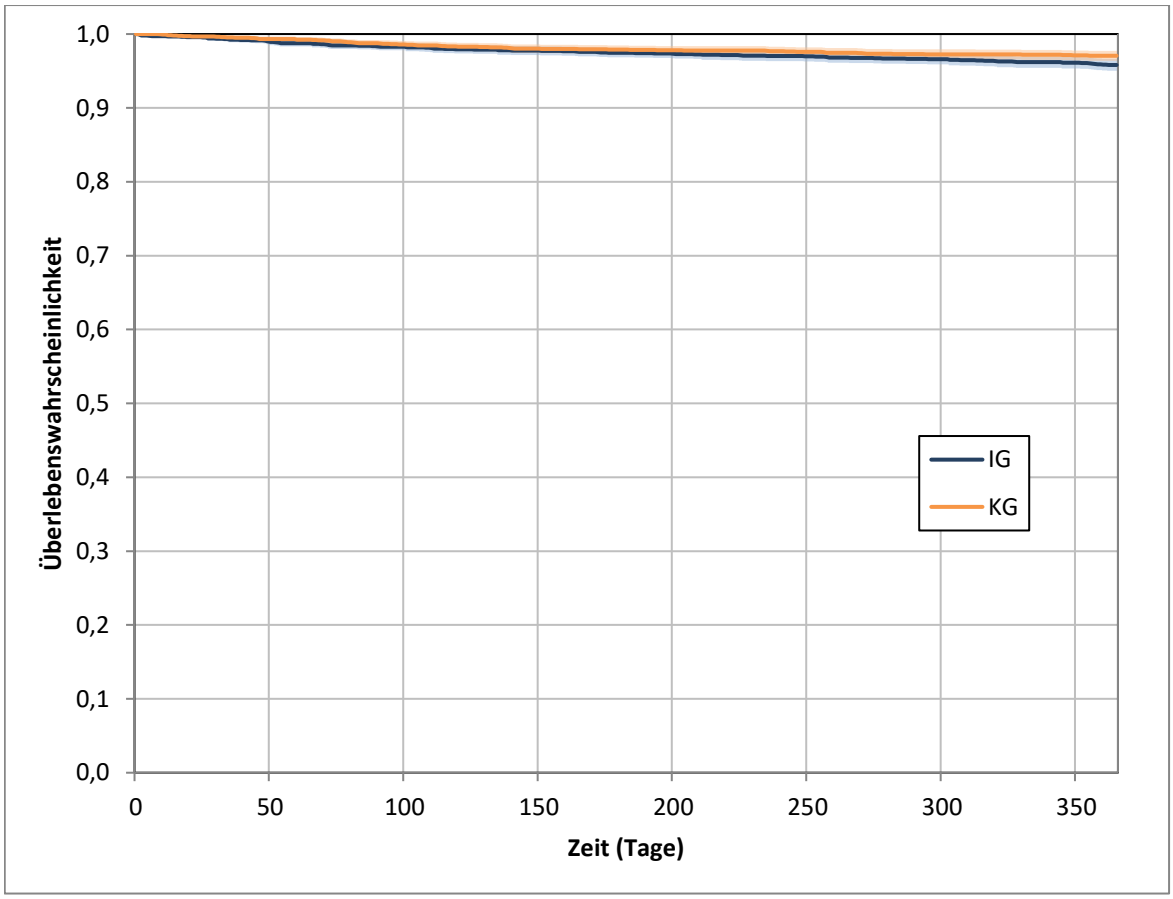
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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)	**1.799**	**1.789**
• Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)	6,2 %	5,1 %

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

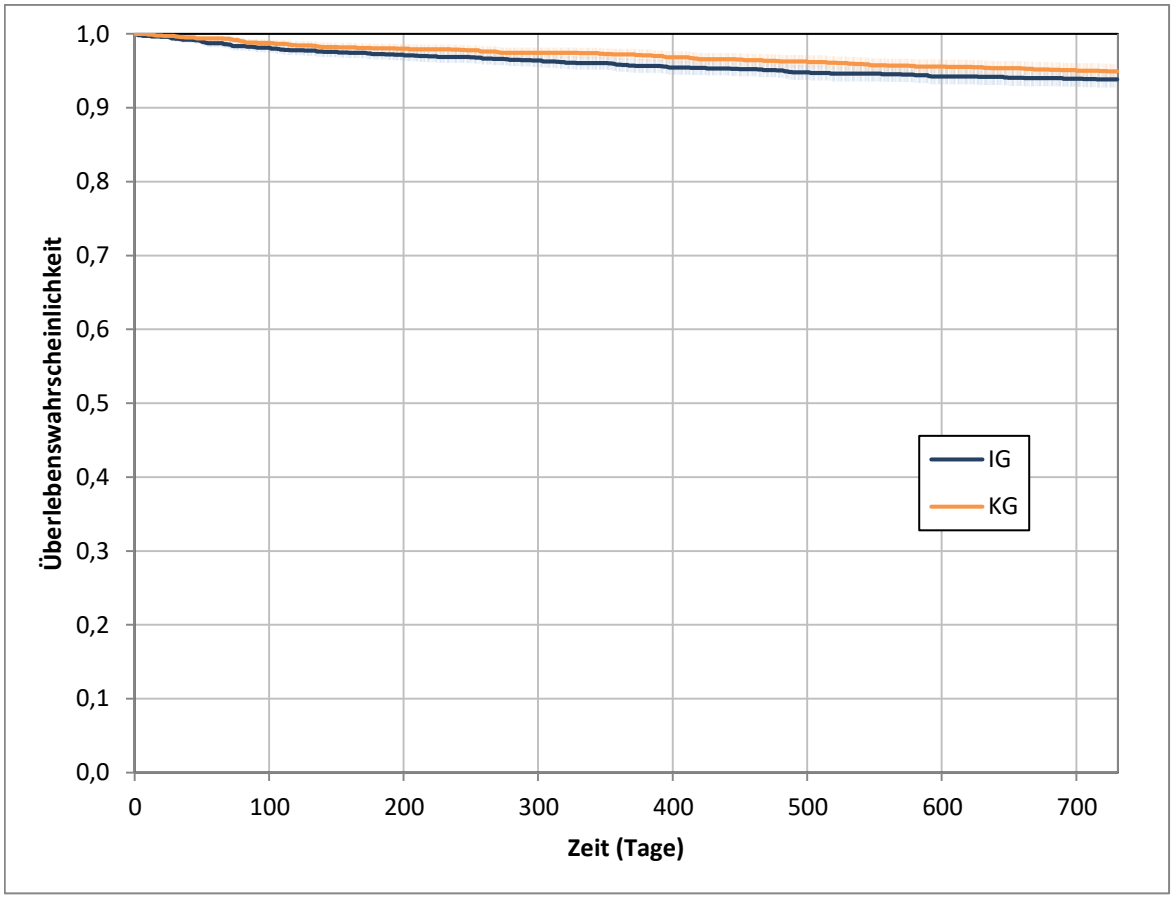


Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,30 0,99…1,73

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)	**1.169**	**1.163**
• Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)	8,7 %	7,5 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	**625**	**623**
• Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)	6,2 %	9,5 %

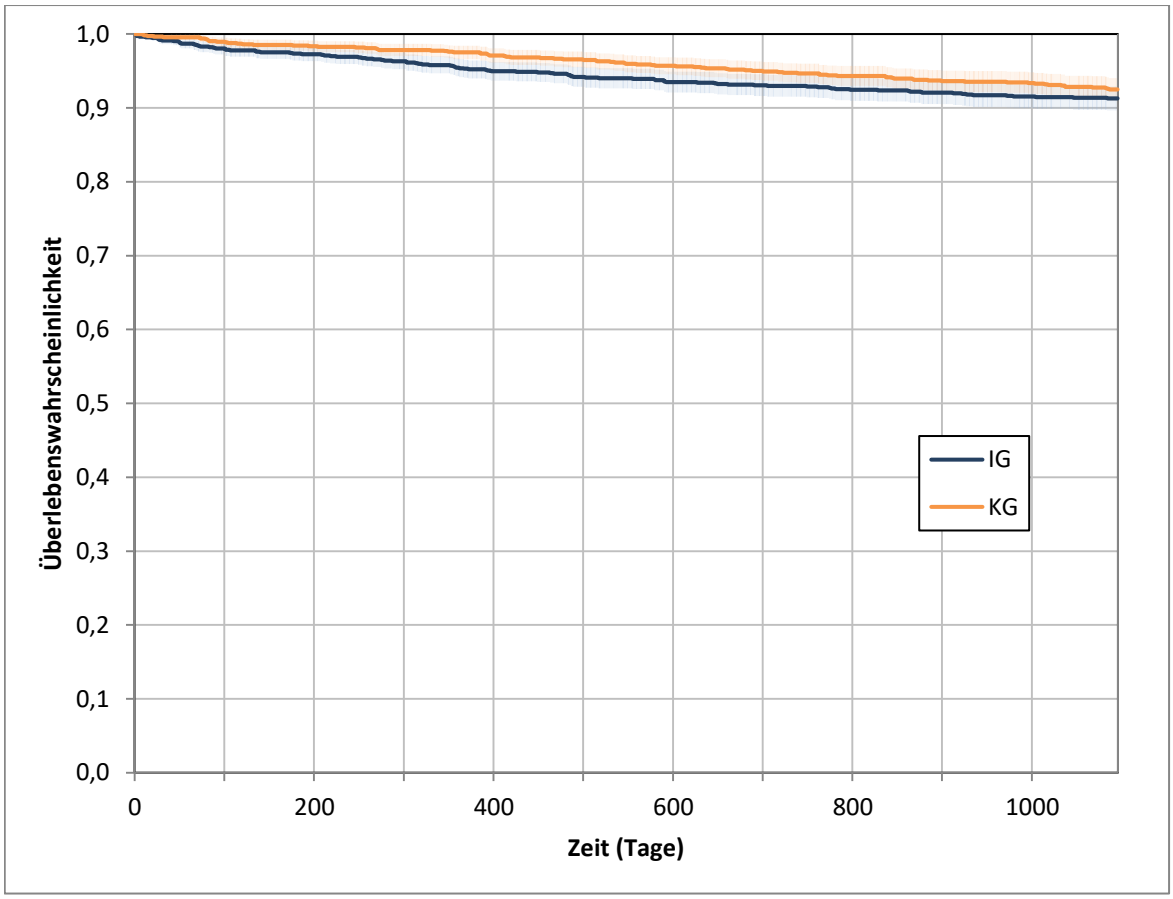
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Überlebenswahrscheinlichkeit

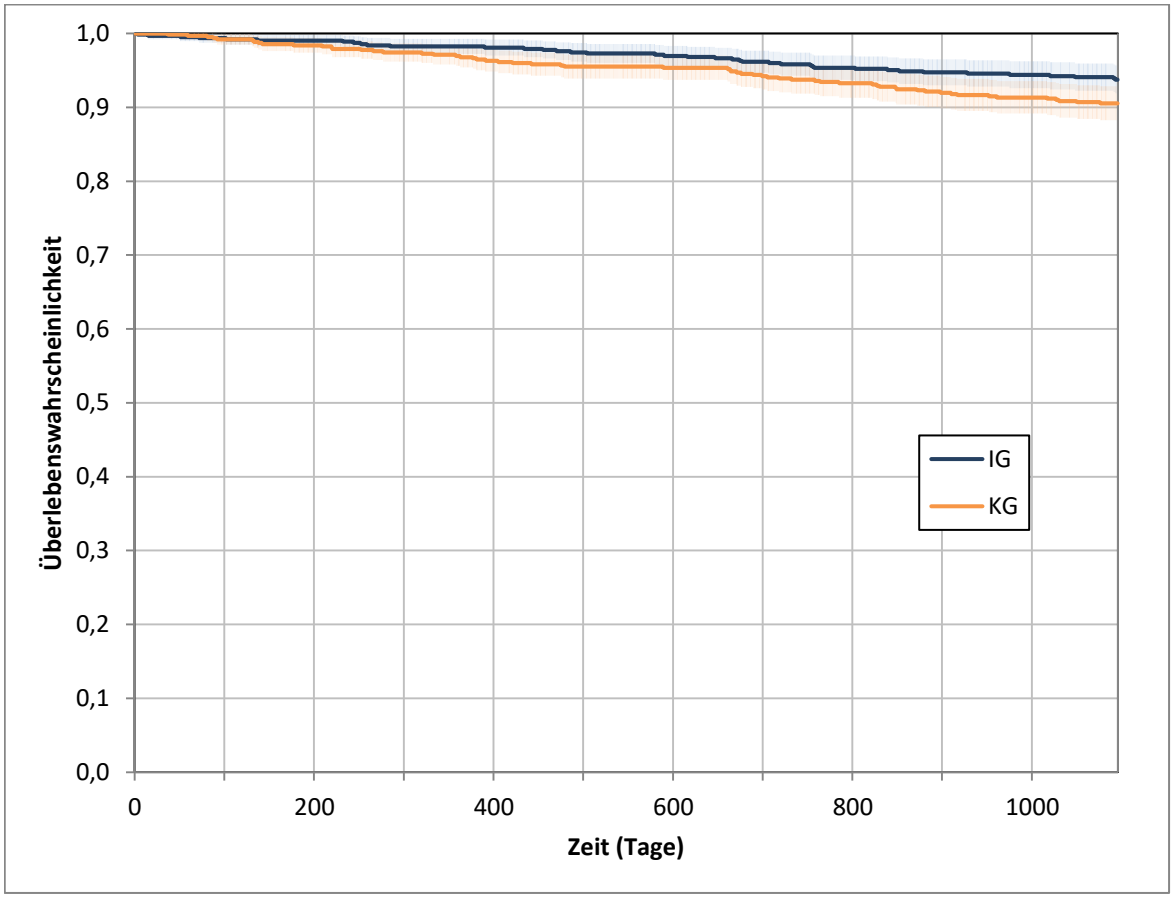


Klinikbekannte Patienten

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 klinikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar (+1,0 %-Punkte). Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer als in der KG (-3,8 %-Punkte). Beide Unterschiede waren statistisch nicht signifikant. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten klinikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu vergleichbaren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+0,4 %-Punkte). Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG größer (+6,1 %-Punkte). Dieser Unterschied bei den klinikbekannten Patienten war statistisch signifikant (DiD = 2,9). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten klinikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu leicht höheren Anteilen als Patienten der KG (+1,5 %-Punkte). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG etwas größer als in der KG (+1,6 %-Punkte). Beide Unterschiede waren statistisch nicht signifikant.

U2: Bei den klinikneuen 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 1,1 %-Punkte geringer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen beiden Gruppen vergleichbar (-0,2 %-Punkte). Auch die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen beiden Gruppen vergleichbar (-0,2 %-Punkte).

U3: Bei den klinikneuen 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 weitgehend vergleichbar (-1,0 %-Punkte). Auch das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war zwischen beiden Gruppen vergleichbar (+0,9 %-Punkte). Und auch das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war zwischen IG und KG vergleichbar (-0,9 %-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 klinikneuen Patienten der IG marginal größer als in der KG (+1,6 %-Punkte). Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG, analog zu U1, erneut geringer im Vergleich zur KG (-3,6 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten klinikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu geringfügig größeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+1,1 %-Punkte). Auch bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG, analog zu U1, größer (+5,4 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten klinikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu etwas geringeren Anteilen als die Patienten der KG (-1,3 %-Punkte). Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil zwischen beiden Gruppen vergleichbar (+0,0 %-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 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**513**	**511**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	219	203
• Jegliche depr. Episode[3]	336	330
• ohne Suchterkrankung [5]	368	356
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	30,6 %	29,6 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	11,6 %	11,2 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	31,5 %	30,1 %

[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)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**523**	**497**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	132	111
• Jegliche depr. Episode[3]	245	246
• ohne Suchterkrankung [5]	286	266
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	10,6 %	14,4 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	10,2 %	4,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	18,2 %	16,5 %

[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)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

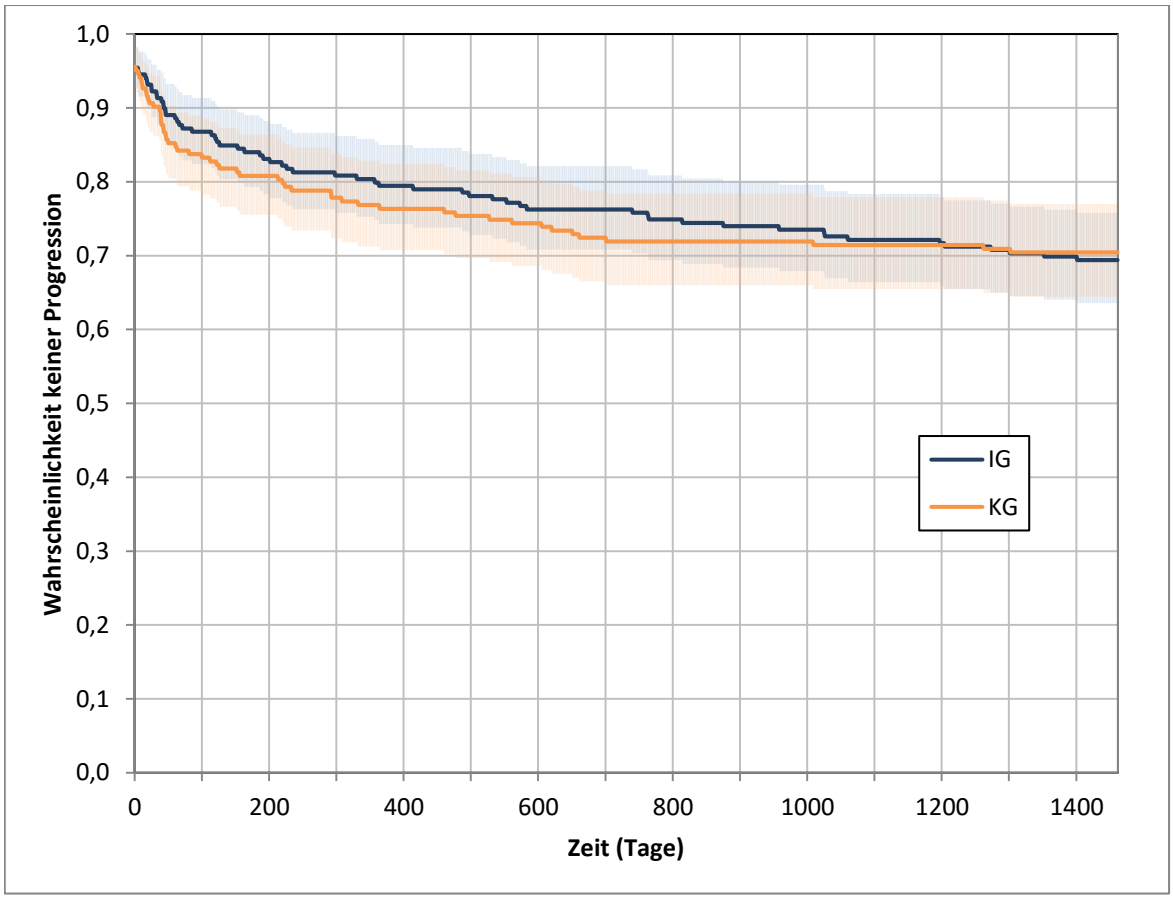
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjährige Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

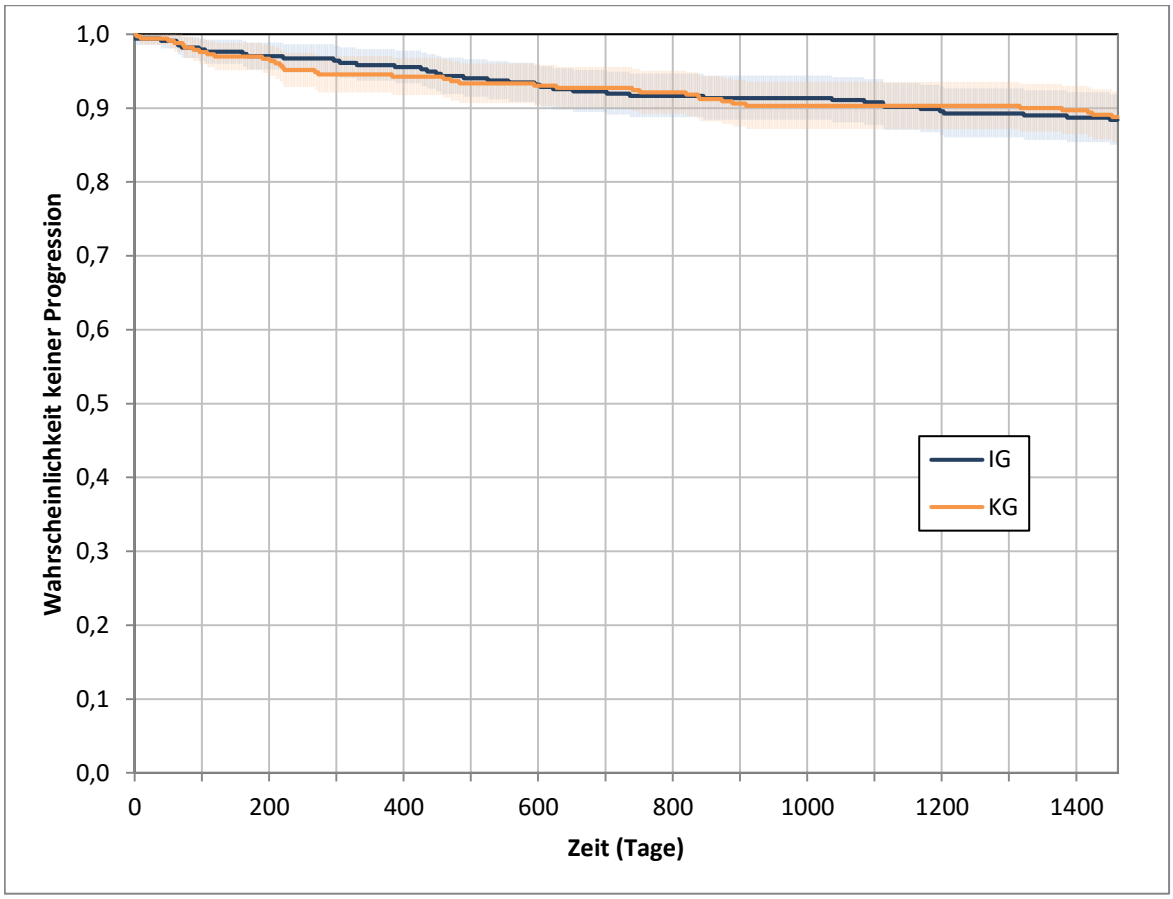
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

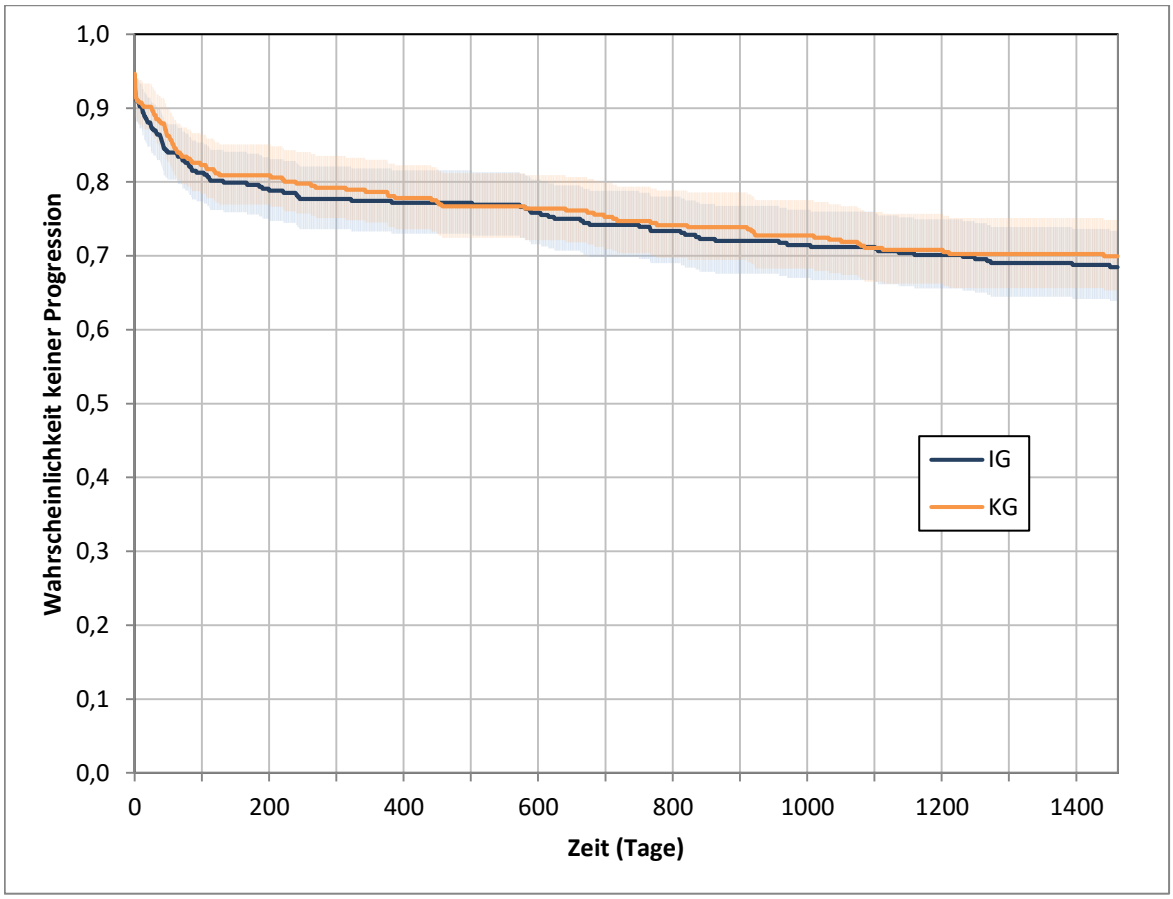
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

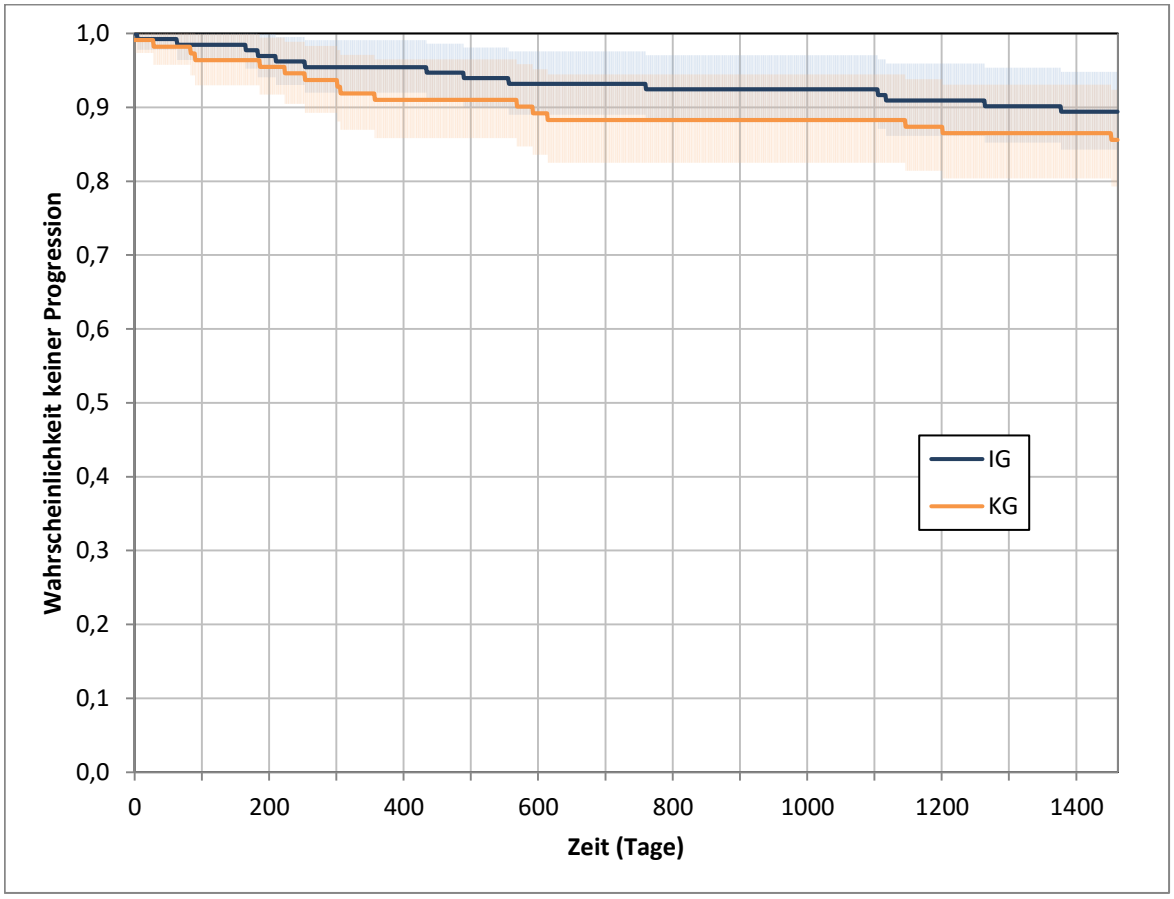


Klinikbekannte Patienten

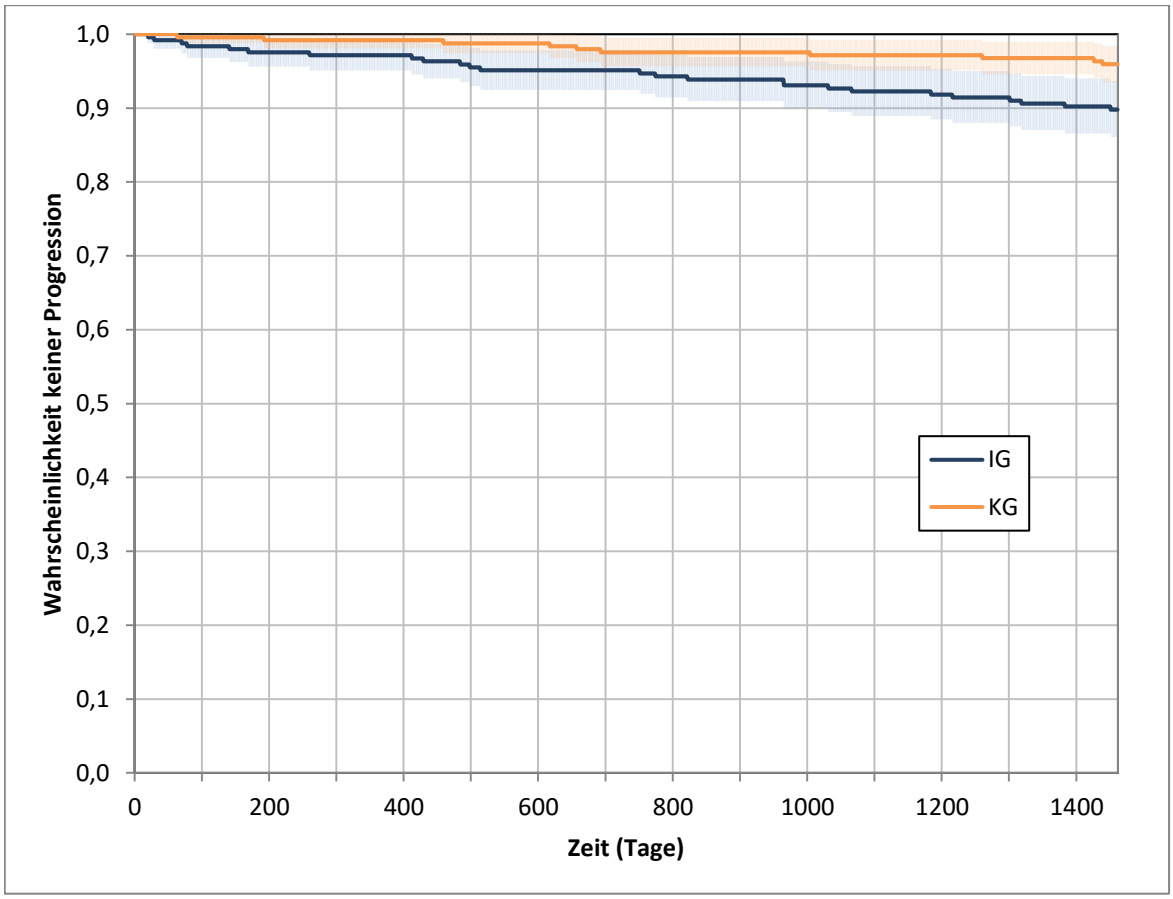
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

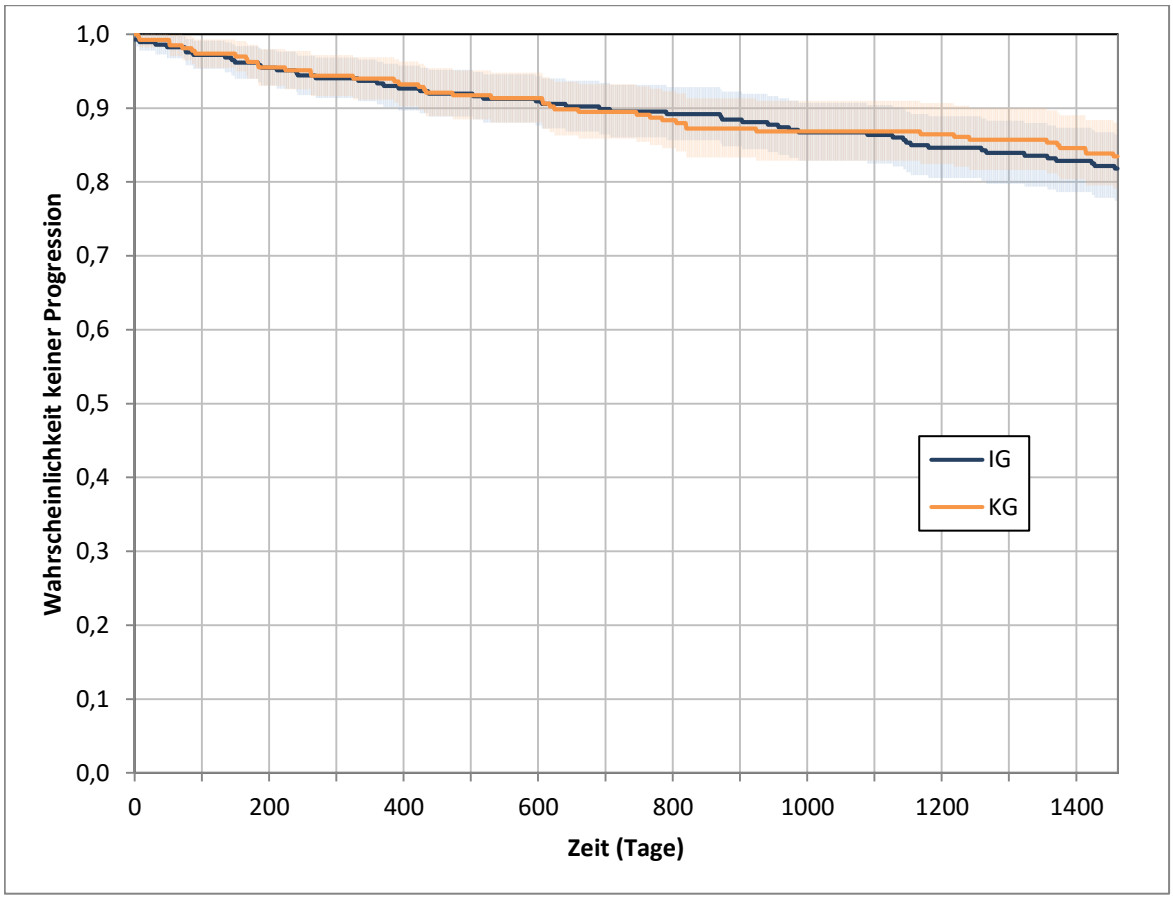


Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,00 0,70…1,43	0,98 0,62…1,56	1,20 0,91…1,57

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

Klinikbekannte Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,70 0,33…1,46	2,85** 1,35…6,02	1,06 0,70…1,59

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 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	**2.313**	**2.343**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	892	819
• Jegliche depr. Episode[3]	1.441	1.482
• ohne Suchterkrankung [5]	1.632	1.727
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	21,7 %	22,8 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	4,2 %	4,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	19,3 %	19,5 %

[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)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

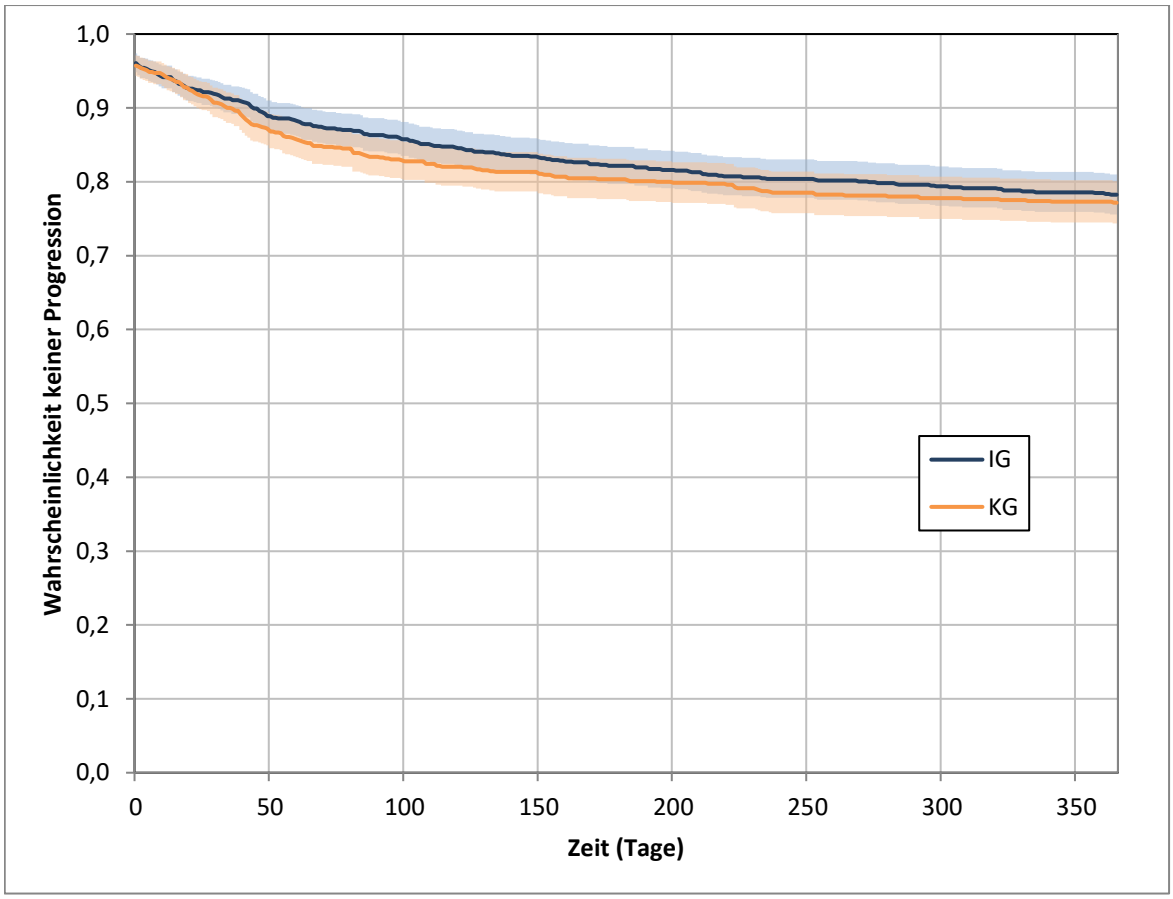
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

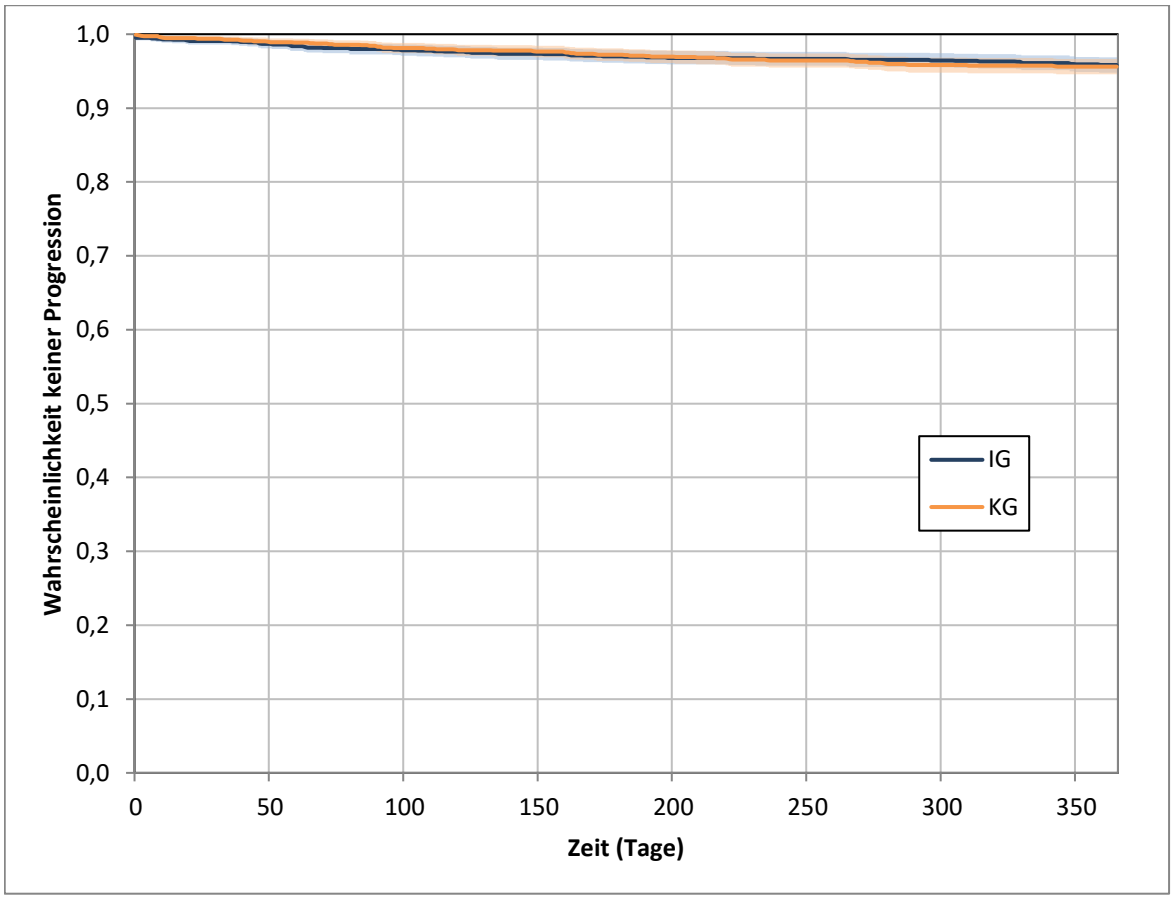
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

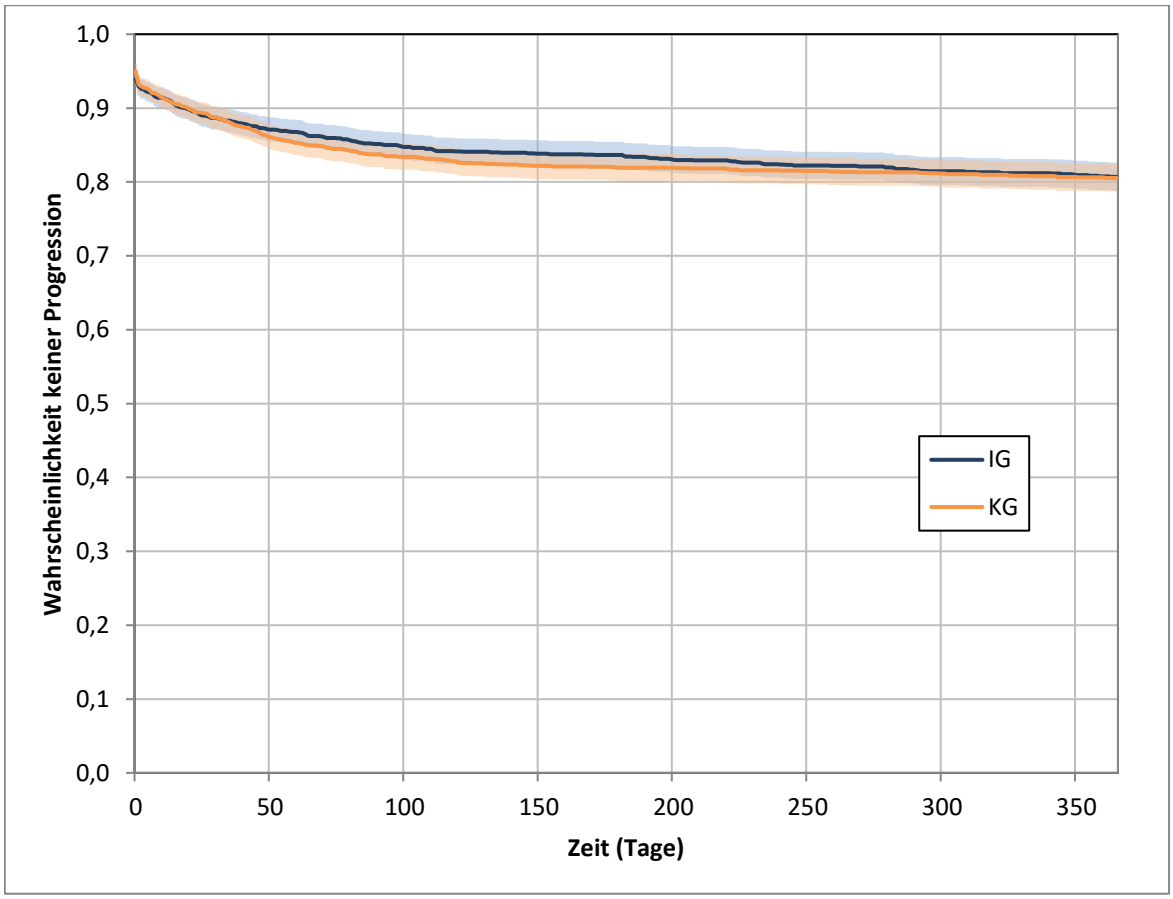
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ 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	**1.688**	**1.698**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	689	643
• Jegliche depr. Episode[3]	1.071	1.100
• ohne Suchterkrankung [5]	1.202	1.246
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	24,2 %	25,2 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	6,7 %	5,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	23,5 %	24,3 %

[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)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

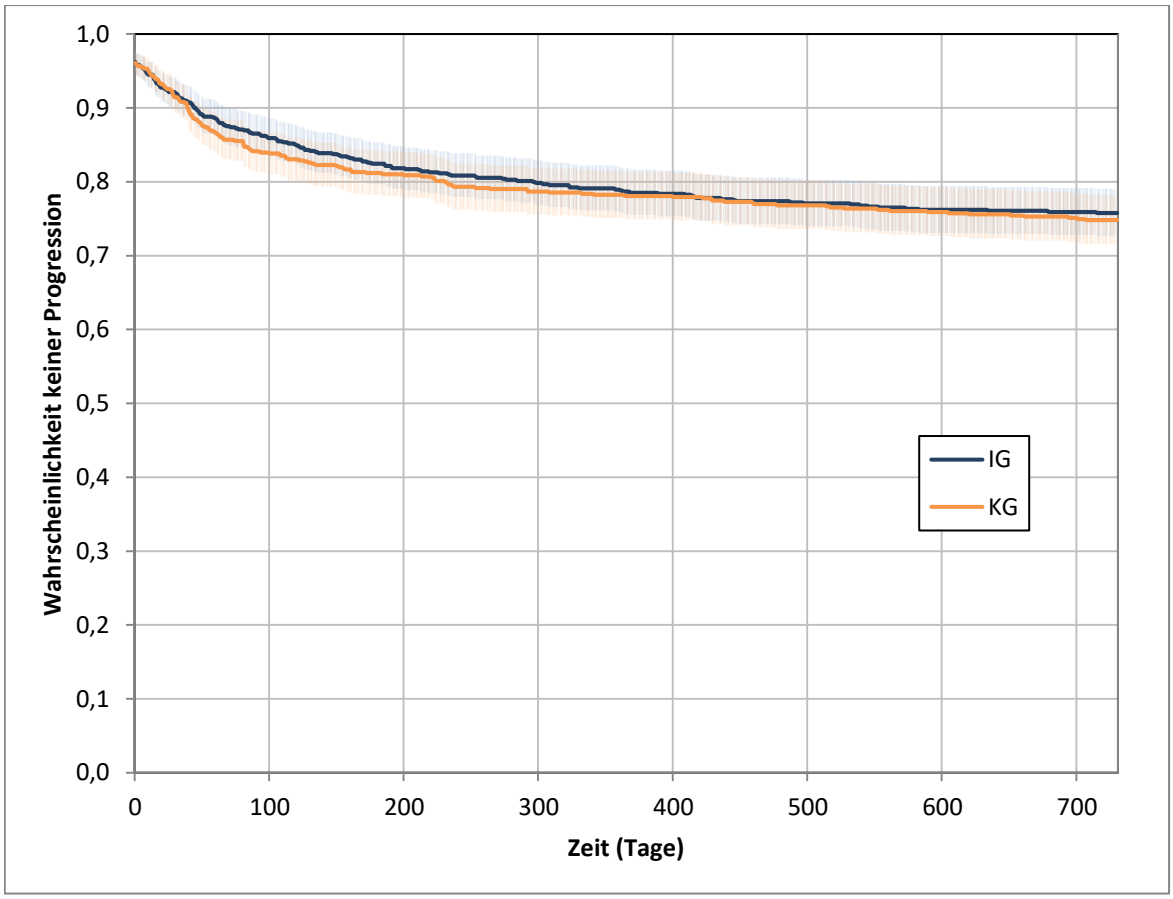
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

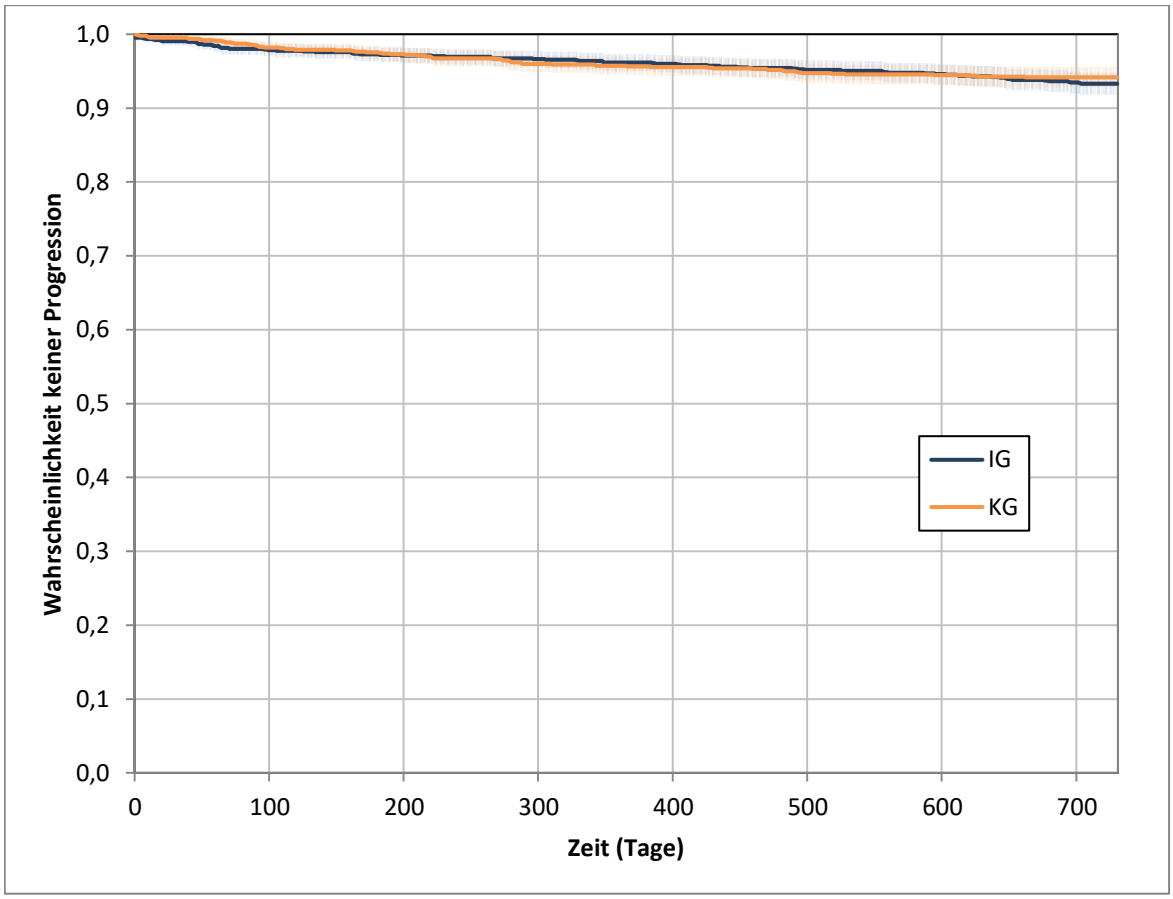
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

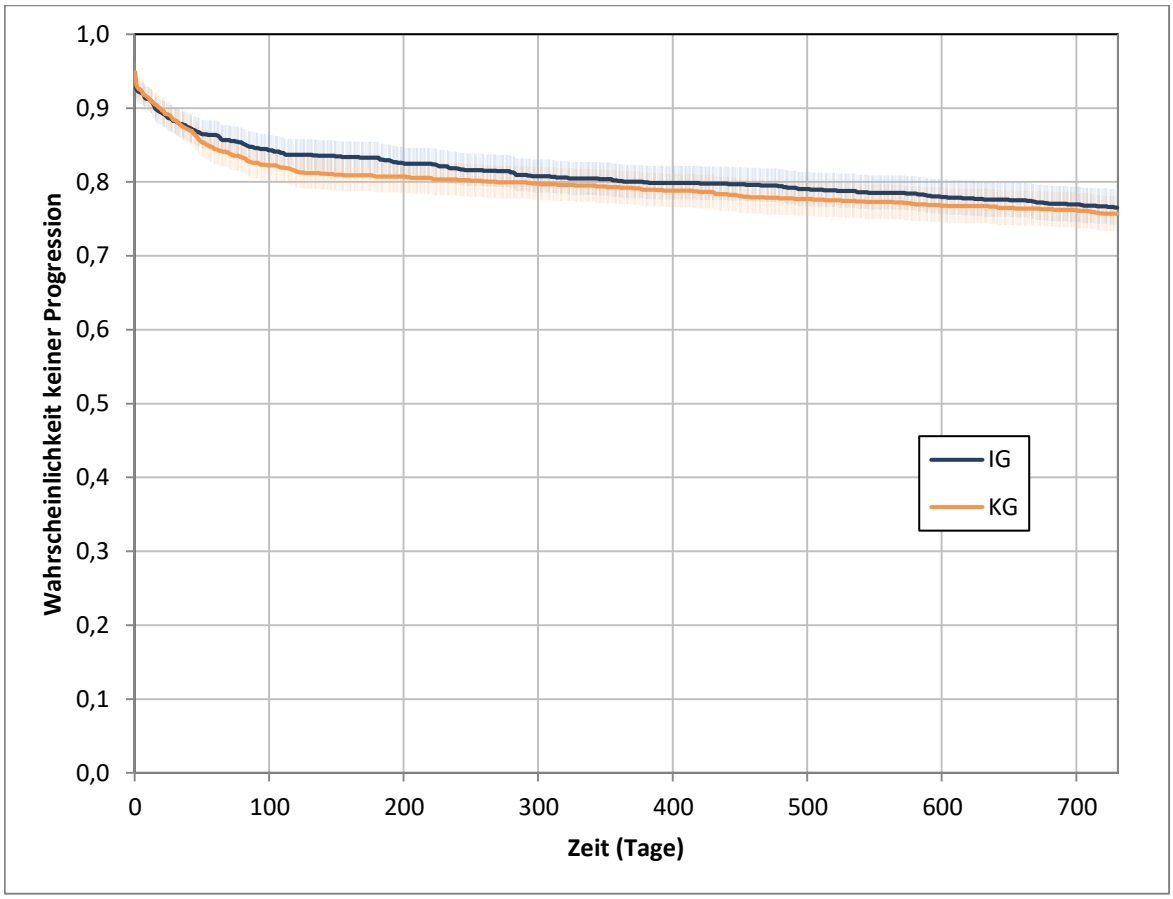


Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	**Progression B (Depression zu rezidivierend)**	**Progression C (keine Sucht zu Sucht)**
Gruppe	0,96 0,77…1,20	1,12 0,80…1,58	0,98 0,83…1,16

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**
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**1.067**	**1.076**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	451	408
• Jegliche depr. Episode[3]	675	700
• ohne Suchterkrankung [5]	764	770
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	28,6 %	27,0 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	8,0 %	6,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	27,7 %	29,1 %

[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)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**586**	**564**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	155	135
• Jegliche depr. Episode[3]	282	288
• ohne Suchterkrankung [5]	315	301
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	9,0 %	12,6 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	8,5 %	3,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	14,0 %	14,0 %

[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)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

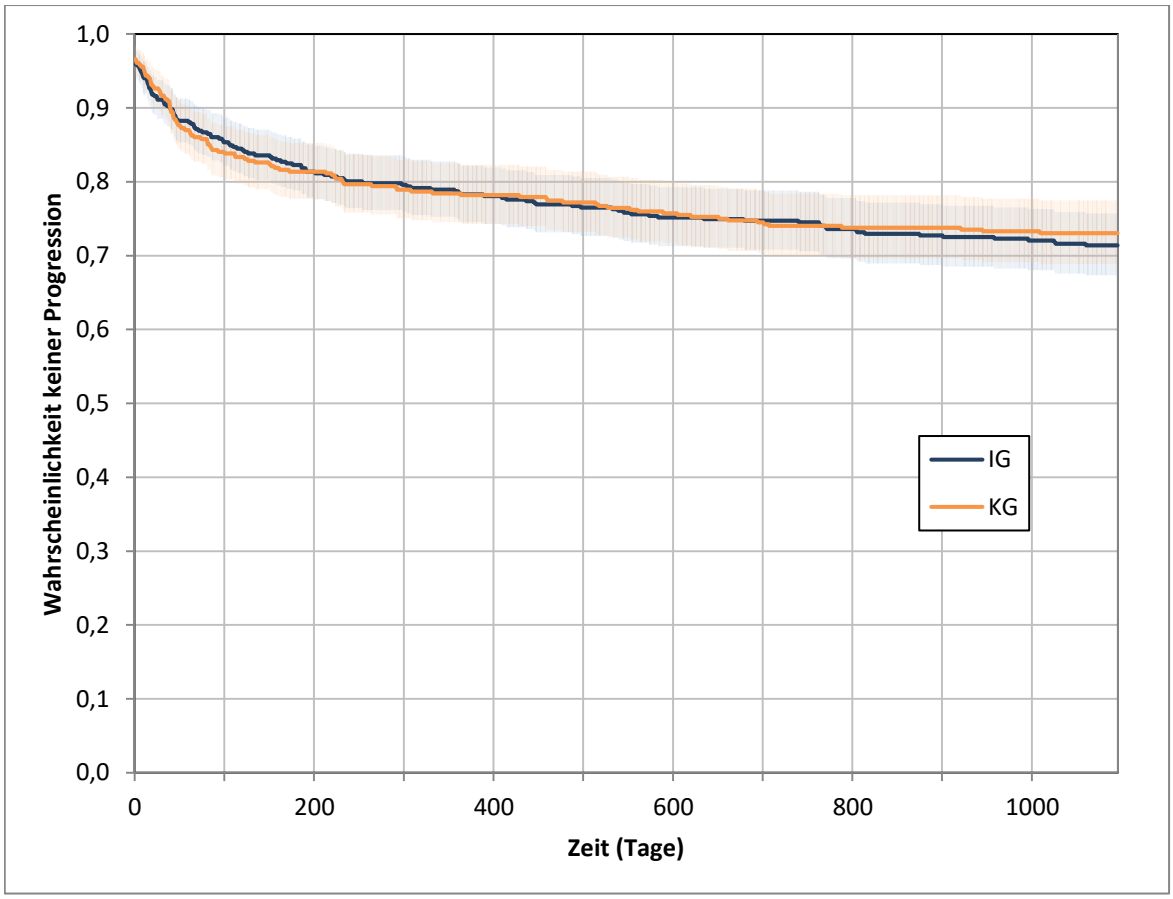
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijährige Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

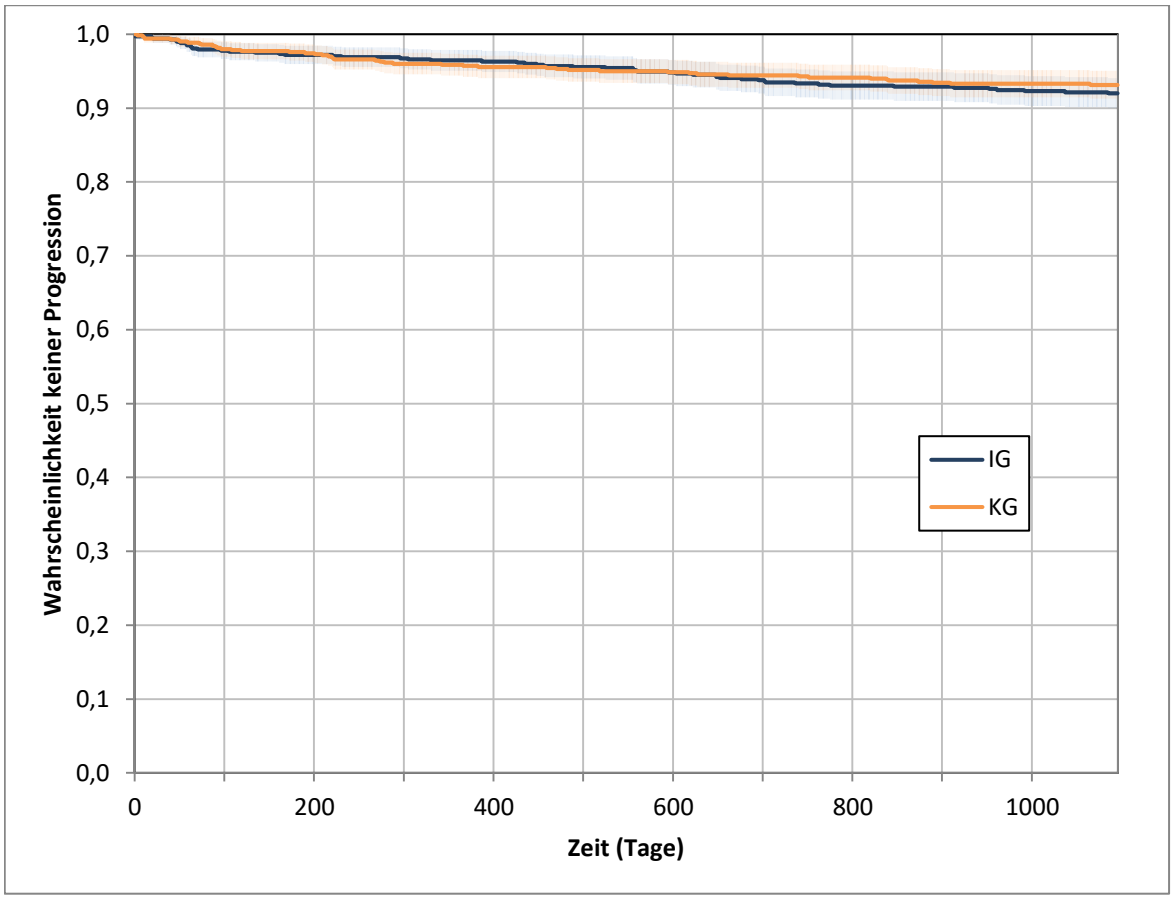
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

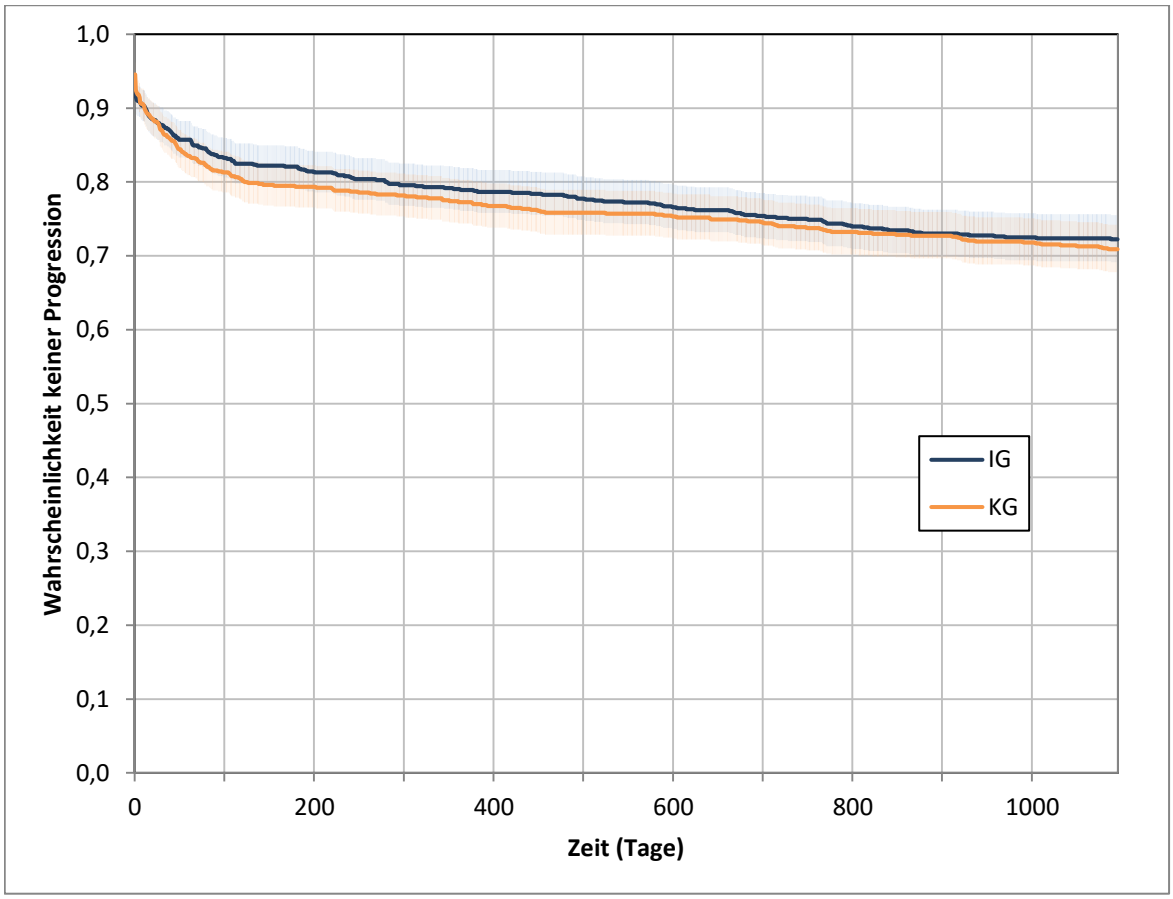
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

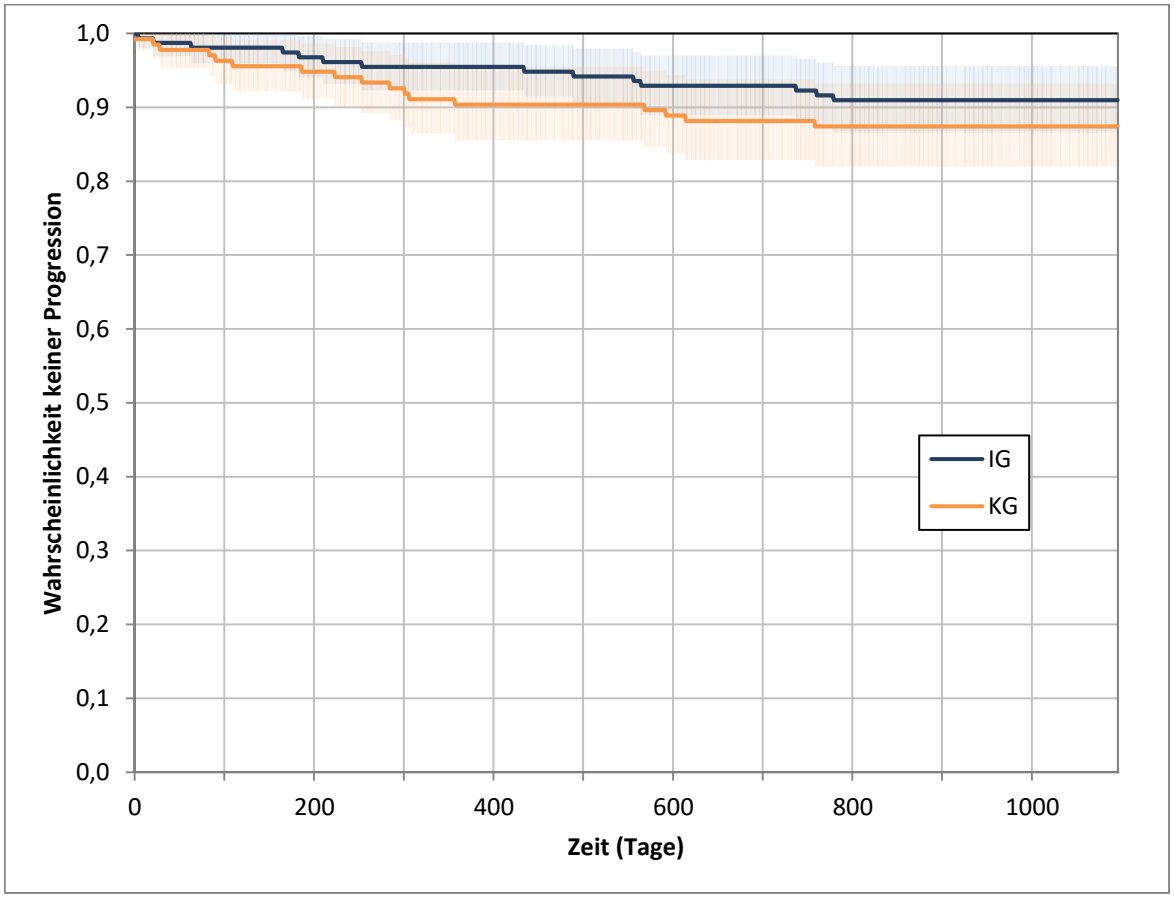


Klinikbekannte Patienten

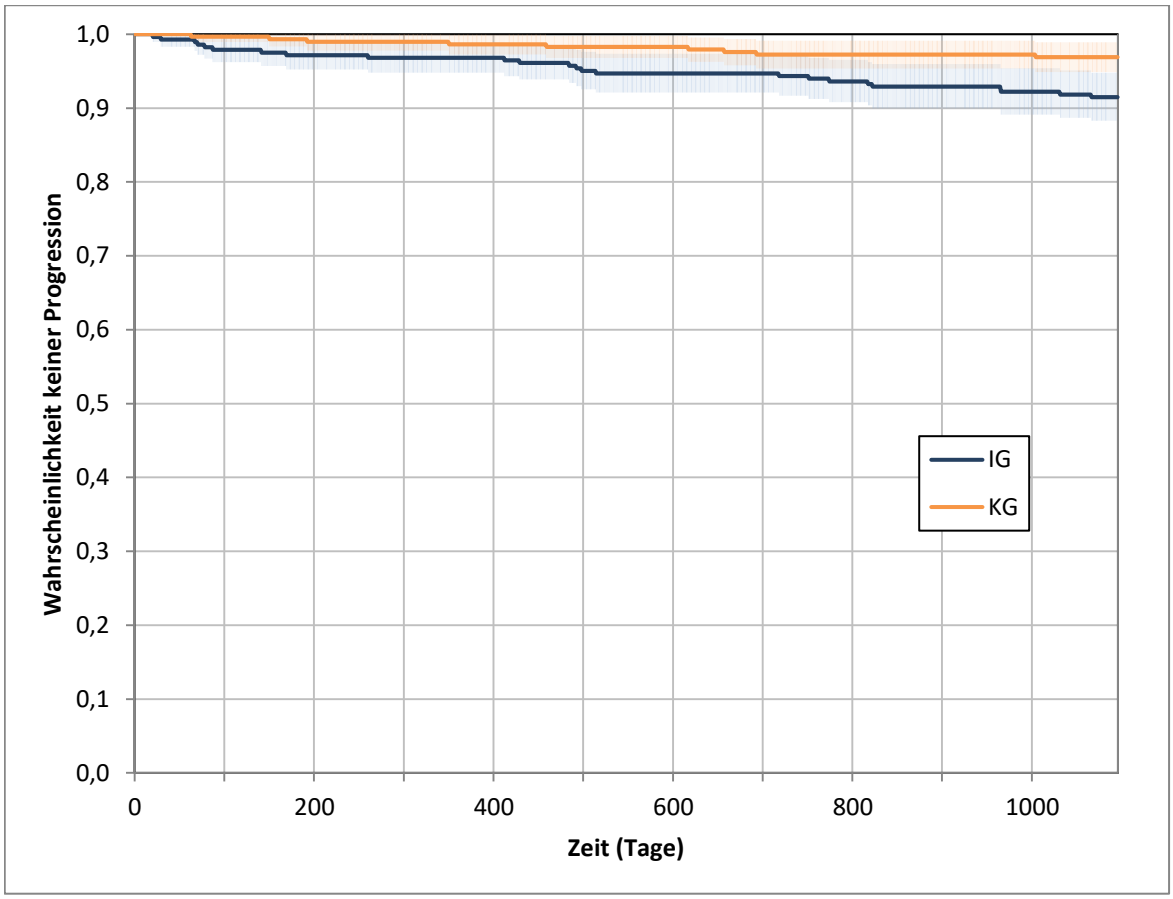
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

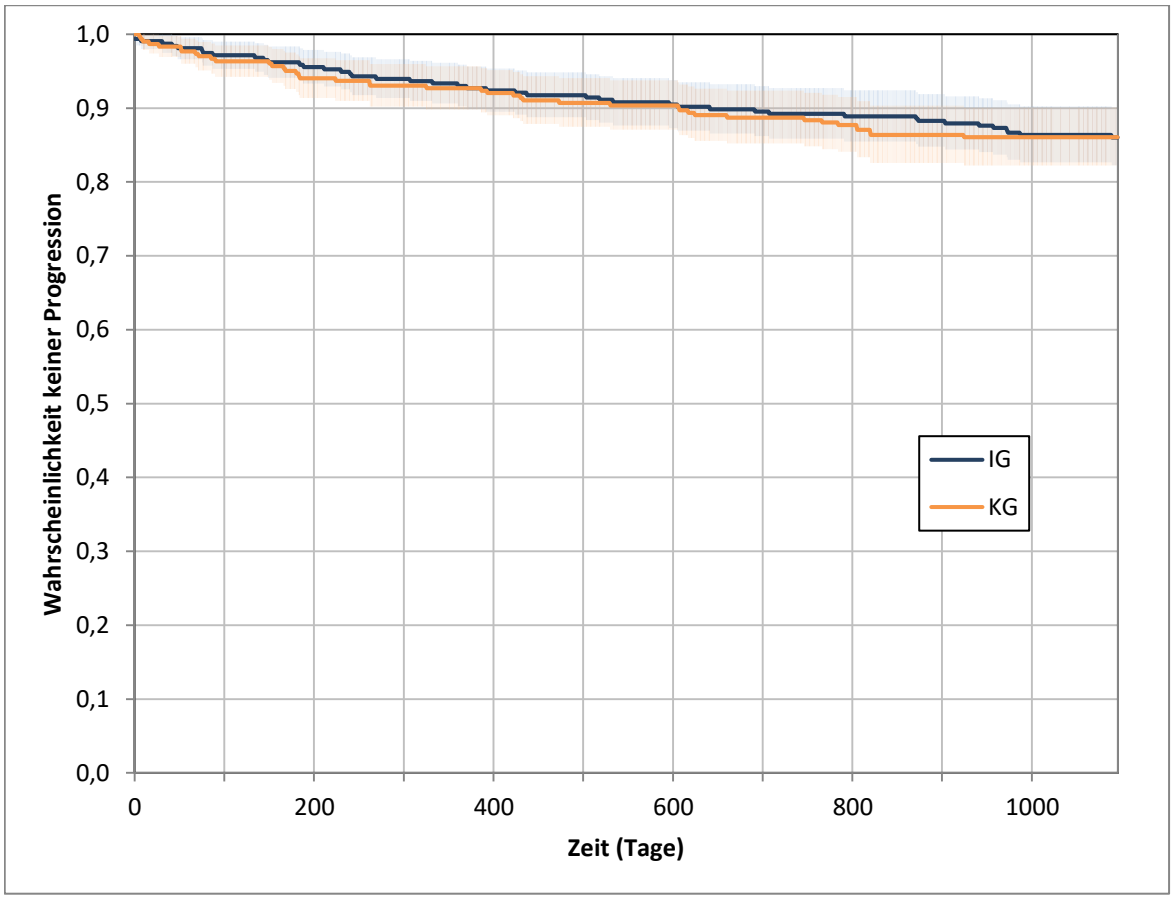
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ 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, inwieweit die Einhaltung der Empfehlungen für die Behandlung der entsprechenden Erkrankungsgruppen in den vorhandenen Daten dokumentiert sind. Dabei wurden in der Publikation von Großimlinghaus et al. (4) 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 diese 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 klinikneuen 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: 2,5 %; KG: 2,0 %) 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: 1,0 %).

Für die **Demenz** ergaben sich niedrige Anteile der Personen mit neu diagnostizierter Demenz und zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose, welche in der IG etwas größer als in der KG waren (IG: 6,4 %; KG: 3,5 %). Die Fallzahlen waren für inferenzstatistische Tests jedoch zu gering. Bei den Personen mit Demenz war der Anteil derer ohne Antipsychotikaverordnung in der IG etwas geringer als in der KG (IG: 29,4 %; KG: 36,1 %). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Bei der anderen Untersuchung 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 zwischen IG und KG weitgehend vergleichbar (IG: 47,4 %; KG: 49,0 %). Der Anteil der Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war in der IG größer als in der KG (IG: 7,8 %; KG: 5,1 %). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Gruppenschätzer = 1,6).

Der Anteil der Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 83,5 %; KG: 84,2 %). Der Anteil der Personen mit Schizophrenie und einer ersten Episode, die eine antipsychotische Medikation aufwiesen, war in der IG geringer als in der KG (IG:

84,8 %; KG: 89,8 %). Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. 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 Alkoholabhängigkeit[3]	**162**	**150**
• Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin[4] für mindestens sechs Monate	2,5 %	2,0 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
• Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit [5]	**208**	**209**
• Anteil Personen mit Acamprosat[6] oder Naltrexon[7] oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram[8]	0,0 %	1,0 %

[3] ICD-10: F10.2
[4] Kontakt zu folgenden Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69
[5] ambulant, PIA oder stationär, ICD-10: F10.2,
[6] ATC-Code: N07BB03
[7] ATC-Code: N07BB04
[8] ATC-Code: N07BB01

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 Demenz[1]	**157**	**142**
• Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose[2]	6,4 %	3,5 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
• Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz[3]	**24**	**19**
• Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern[4] oder Memantine[5]	45,8 %	52,6 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
• Anzahl Personen mit Demenz[6]	**85**	**72**
• Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung[7]	29,4 %	36,1 %

[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 im 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 Episode[1]	**835**	**1052**
• Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum[2] innerhalb von 90 Tagen	47,4 %	49,0 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
• Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode[7]	**989**	**837**
• Anteil Personen mit Psychotherapie[8] innerhalb von 90 Tagen	7,8 %	5,1 %

[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 Erwachsene[1] mit Schizophrenie[2]	**176**	**171**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	83,5 %	84,2 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie und einer ersten Episode[4]	**99**	**108**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	84,8 %	89,8 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[5] und Langzeitmedikation[6]	**37**	**36**
• Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen[7] und antipsychotischer Medikation[3] innerhalb von sechs Monaten	27,0 %	13,9 %

[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

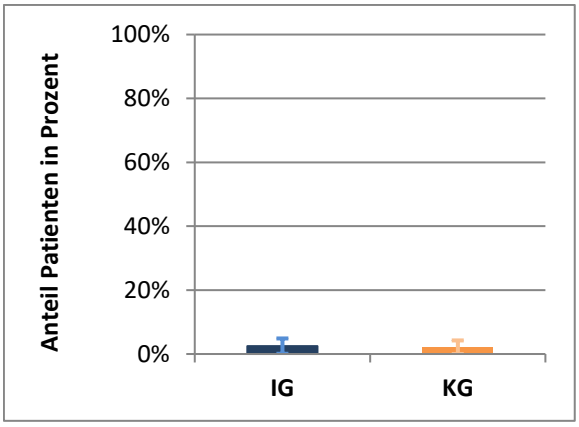
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Klinikneue Patienten

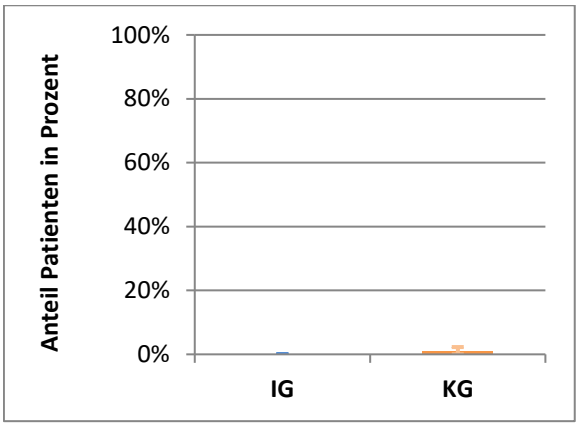
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

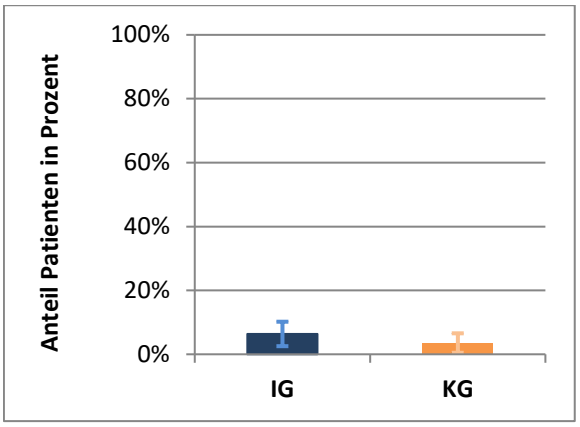
Alkoholabhängigkeit B



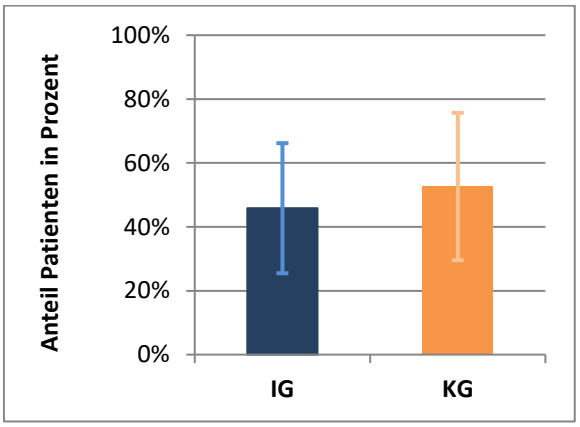
Alkoholabhängigkeit C



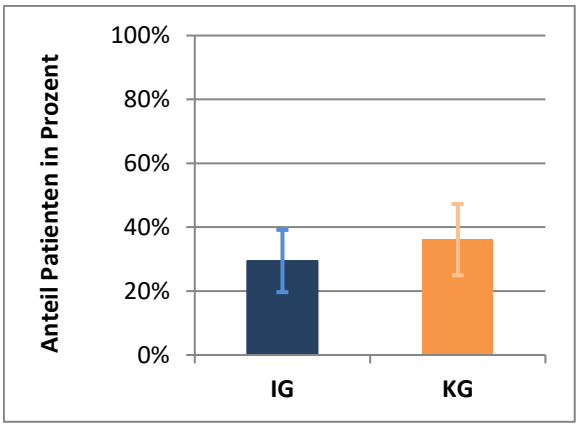
Demenz D



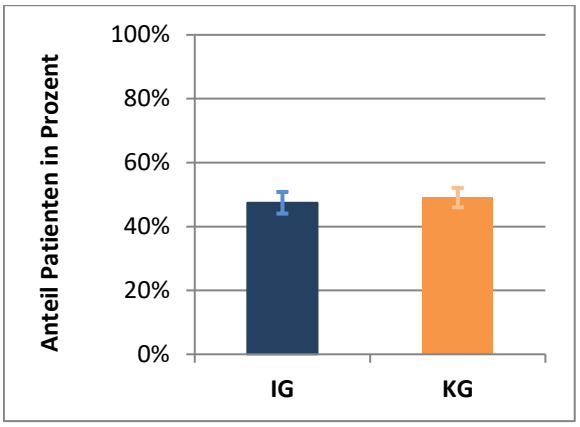
Demenz E



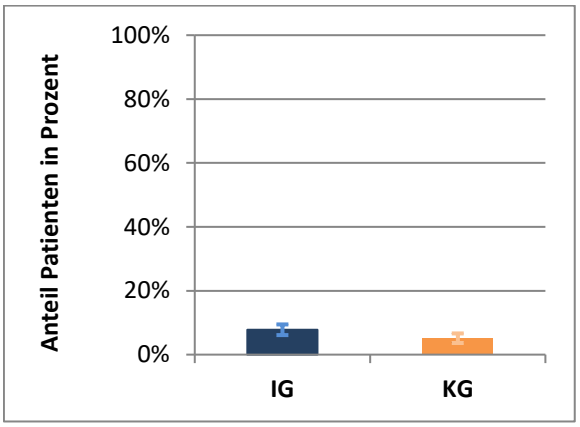
Demenz F



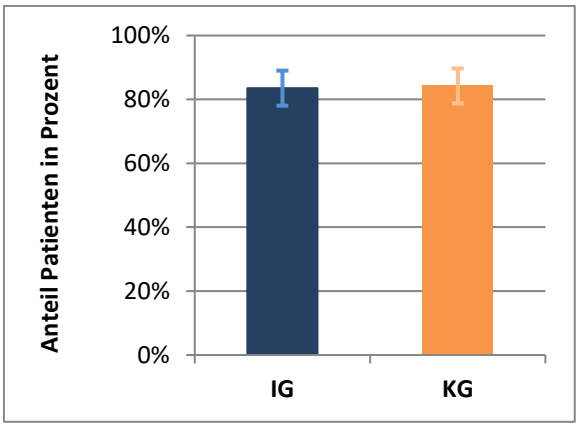
Depression G



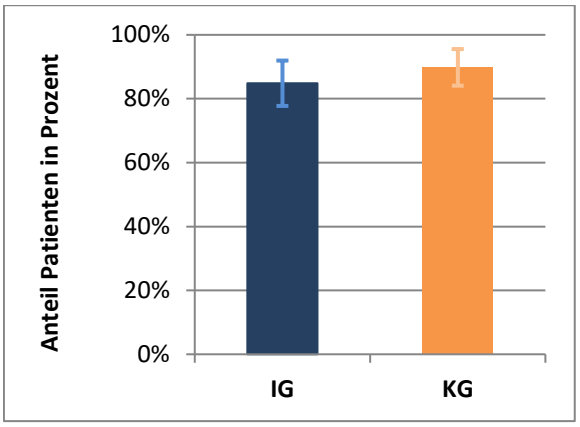
Depression I



Schizophrenie J



Schizophrenie K



Schizophrenie L

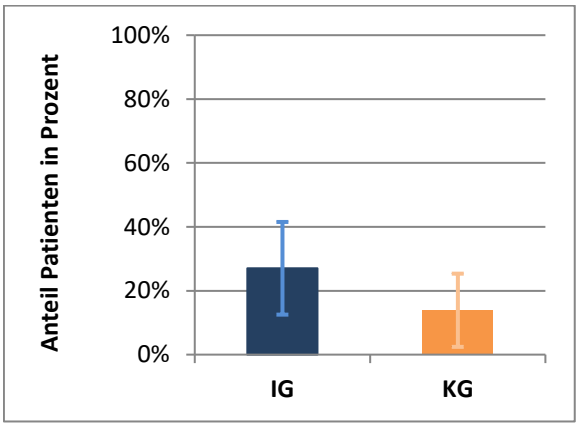


Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**I**	**J**	**K**	**L**
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,99 0,46…2,11	0,97 0,80…1,17	1,55* 1,03…2,32	0,82 0,45…1,50	0,52 0,22…1,26	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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war im Präzeitraum für beide Gruppen eine Strukturgleichheit in dem Sinne gegeben, dass sich keine Unterschiede in der Zahl der in den einzelnen Settings bzw. ihrer Kombinationen behandelten Patienten ergab. Im Referenzfall wurden signifikant weniger Patienten der IG im voll- oder teilstationären Setting, jedoch signifikant mehr Patienten in der PIA behandelt. In dem sich an den Referenzfall anschließenden einjährigen Nachbeobachtungszeitraum kehrte sich das Verhältnis der PIA-Patienten zwischen IG und KG jedoch herum; so waren es nun signifikant weniger Patienten in der IG, die in der PIA behandelt wurden. In den übrigen Settings ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Dieses Muster setzte sich auch im zweiten Nachbeobachtungsjahr fort. Im dritten und vierten Jahr ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 63 und Abbildung 36).

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich zwischen IG und KG in keinem der untersuchten Zeiträume signifikante Unterschiede in der Anzahl der in den jeweiligen Settings behandelten Patienten (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 37).

U2: Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich im Präzeitraum ein geringerer Anteil von Patienten ohne Behandlung bzw. ein höherer Anteil von Patienten mit einer Behandlung. Im Referenzfall lag der Anteil voll- oder teilstationär behandelter Patienten in der IG signifikant unter dem der KG. Der Anteil der PIA-Patienten lag in der IG über dem der KG. Der Anteil derjenigen, die im Anschluss an den Referenzfall keiner weiteren Krankenhausbehandlung bedurften war in IG und KG gleich groß. In der IG größer hingegen war der Anteil derjenigen, die ausschließlich voll- oder ausschließlich teilstationär behandelt wurden. Der Anteil der PIA war in der IG kleiner. Höher in der IG war hingegen der Anteil der Patienten, die in der Tagesklinik und in der PIA behandelt wurden (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 38).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war im Präzeitraum für beide Gruppen eine Strukturgleichheit in dem Sinne gegeben, dass sich keine Unterschiede in der Zahl der in den einzelnen Settings bzw. ihrer Kombinationen behandelten Patienten ergab. Im Referenzfall wurden signifikant weniger Patienten der IG im voll- oder teilstationären Setting, jedoch signifikant mehr Patienten in der PIA behandelt. In dem sich an den Referenzfall anschließenden einjährigen Nachbeobachtungszeitraum kehrte sich das Verhältnis der PIA-Patienten zwischen IG und KG jedoch herum; so waren es nun signifikant weniger

Patienten in der IG, die in der PIA behandelt wurden. Größer war hingegen der Anteil von tagesklinisch und in der PIA behandelter Personen in der IG. Auch im zweiten Jahr war der PIA-Anteil in der IG geringer als in der KG (vgl. Tabelle 66 und Abbildung 39).

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich im Präzeitraum für beide Gruppen eine Strukturgleichheit in dem Sinne gegeben, dass sich keine Unterschiede in der Zahl der in den einzelnen Settings bzw. ihrer Kombinationen behandelten Patienten ergab. Im Referenzfall wurden signifikant weniger Patienten der IG im voll- oder teilstationären Setting, jedoch signifikant mehr Patienten in der PIA behandelt. In dem sich an den Referenzfall anschließenden einjährigen Nachbeobachtungszeitraum kehrte sich das Verhältnis der PIA-Patienten zwischen IG und KG jedoch herum; so waren es nun signifikant weniger Patienten in der IG, die in der PIA behandelt wurden. Größer war hingegen der Anteil von ausschließlich tagesklinisch sowie tagesklinisch und in der PIA behandelter Personen in der IG. Der geringere PIA-Anteil setzte sich im zweiten Jahr in der IG fort. Weiterhin ergaben sich jedoch keine Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 67 und Abbildung 40).

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich zwischen IG und KG in keinem der untersuchten Zeiträume signifikante Unterschiede in der Anzahl der in den jeweiligen Settings behandelten Patienten (vgl. Tabelle 68 und Abbildung 41).

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*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für die gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten Modelljahr im Zeitverlauf erhoben.

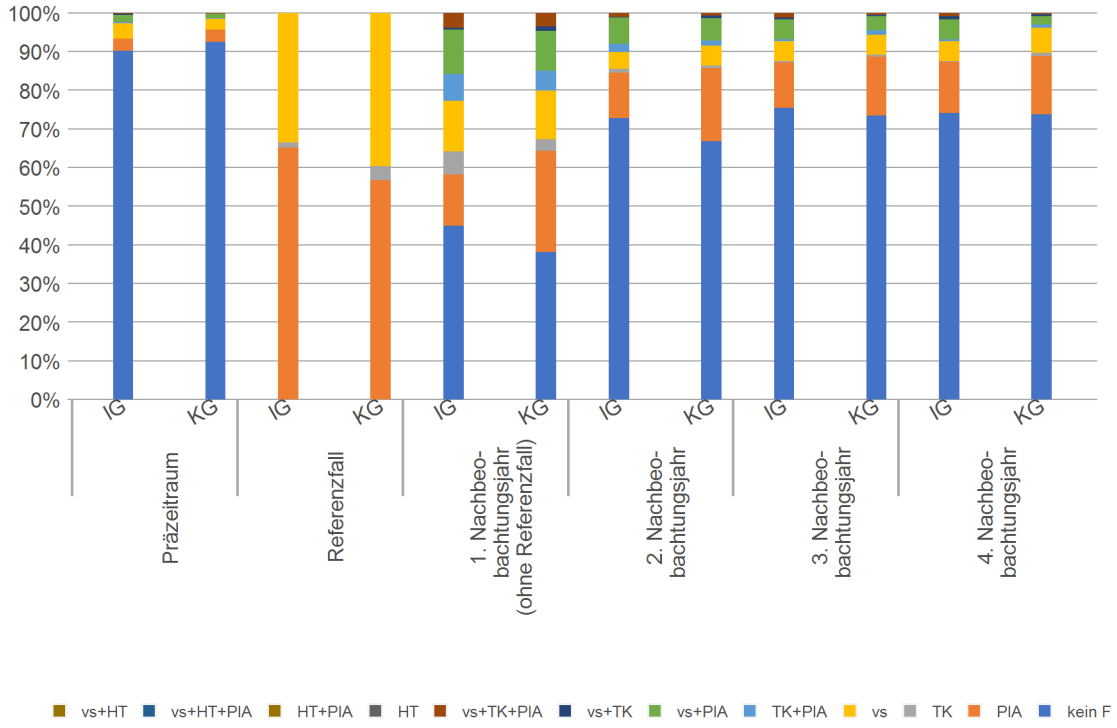
Klinikneue Patienten

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

	Prä			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
Setting	**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																		
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999				23	20	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA														<10	>0,999		<10	>0,999
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10		>0,999				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	11	<10	>0,999				67	58	>0,999	38	31	>0,999	28	19	>0,999	27	11	0,146
vs+HT																		
TK+PIA	<10	<10	>0,999				40	29	>0,999	12	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	23	16	>0,999	194	222	0,038	76	70	>0,999	24	28	>0,999	28	28	>0,999	27	34	>0,999
TK				<10	21	0,038	34	17	0,180	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	18	17	>0,999	377	317	0,012	77	147	<0,001	66	103	0,015	64	81	>0,999	70	79	>0,999
HT																		
kein Fall	522	518	>0,999				260	213	0,153	404	365	0,335	407	390	>0,999	390	384	>0,999
Gesamt-ergebnis	**579**	**560**	**>0,999**	**579**	**560**	**0,007**	**579**	**560**	**<0,001**	**556**	**546**	**0,335**	**540**	**531**	**>0,999**	**527**	**521**	**>0,999**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

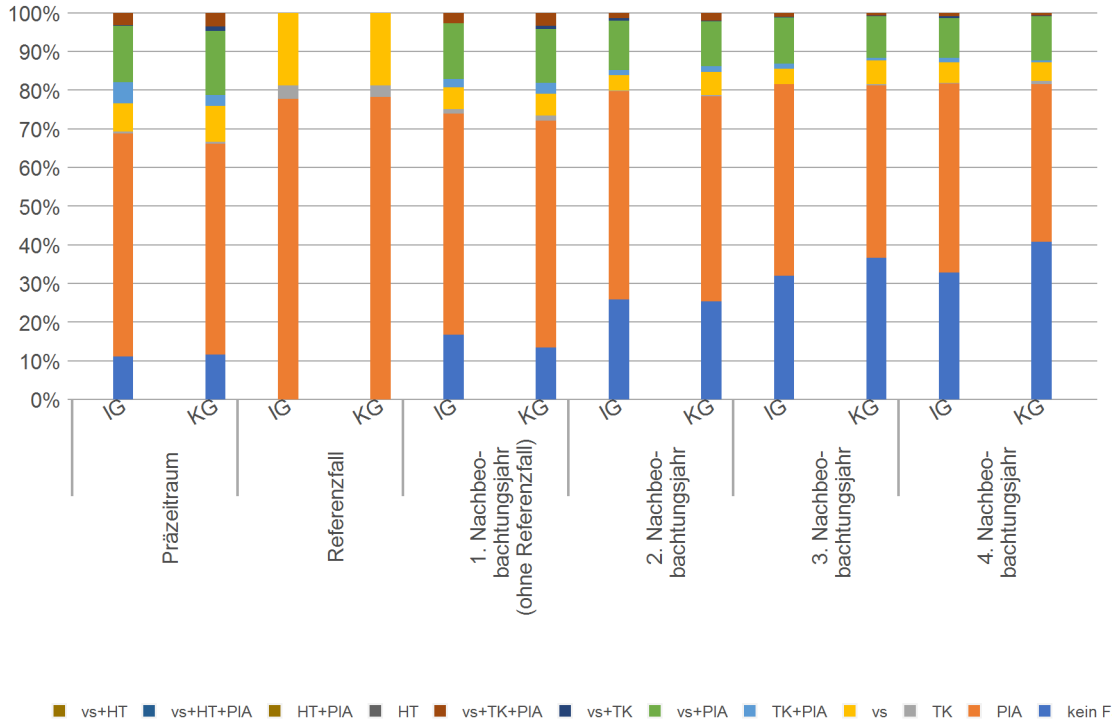
Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
Setting	**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																		
vs+TK+PIA	18	20	>0,999				15	19	>0,999	<10	11	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	<10	>0,999					<10	0,654	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	82	93	>0,999				81	77	>0,999	71	63	>0,999	64	56	>0,999	55	58	>0,999
vs+HT																		
TK+PIA	30	16	0,459				12	16	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	41	52	>0,999	105	105	>0,999	32	32	>0,999	22	32	>0,999	21	32	>0,999	28	25	>0,999
TK	<10	<10	>0,999	20	17	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999		<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	323	305	>0,999	435	437	>0,999	320	328	>0,999	297	287	>0,999	267	234	>0,999	258	207	0,084
HT																		
kein Fall	62	65	>0,999				94	75	>0,999	142	137	>0,999	172	192	>0,999	173	207	0,084
Gesamt-ergebnis	**560**	**559**	**>0,999**	**560**	**559**	**>0,999**	**560**	**559**	**>0,999**	**551**	**541**	**>0,999**	**538**	**525**	**>0,999**	**528**	**508**	**0,549**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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

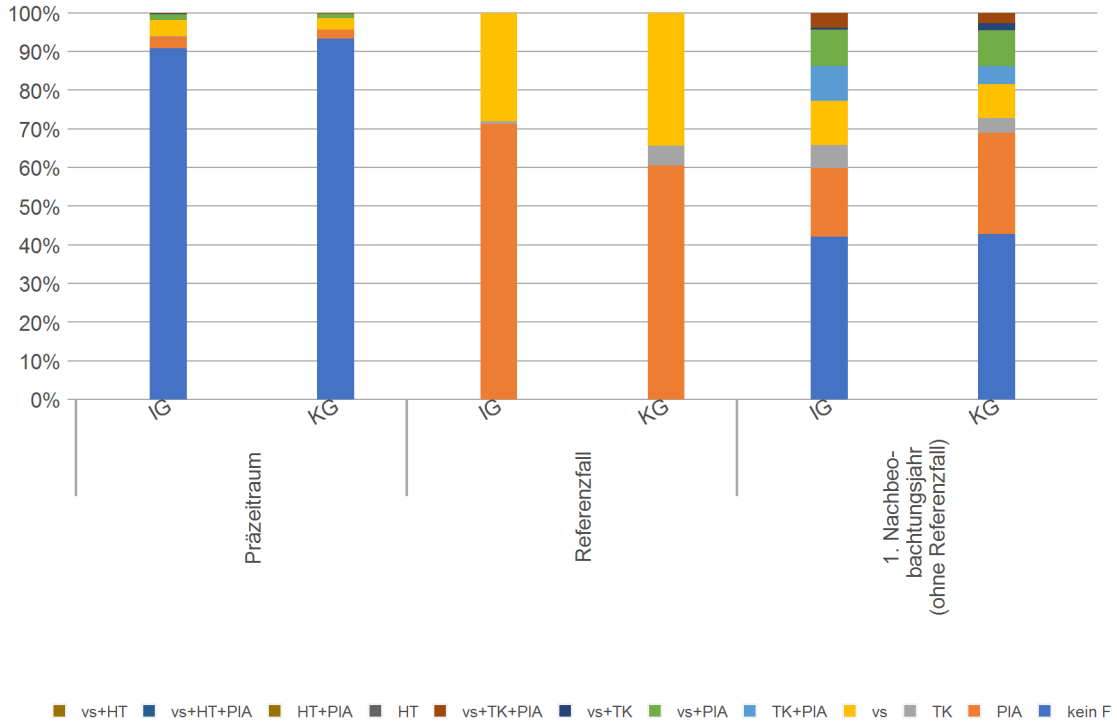
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr erhoben.

Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999				95	65	0,059
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK	<10	<10	>0,999				10	44	<0,001
vs+PIA	37	27	>0,999				230	224	>0,999
vs+HT									
TK+PIA	<10	<10	>0,999				217	112	<0,001
TK+HT									
HT+PIA									
vs	101	71	0,195	678	830	<0,001	276	214	0,015
TK	<10		>0,999	18	124	<0,001	143	92	0,004
PIA	71	55	>0,999	1.718	1.460	<0,001	429	631	<0,001
HT									
kein Fall	2.193	2.253	0,015				1.014	1.032	>0,999
Gesamtergebnis	**2.414**	**2.414**	**0,550**	**2.414**	**2.414**	**<0,001**	**2.414**	**2.414**	**<0,001**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

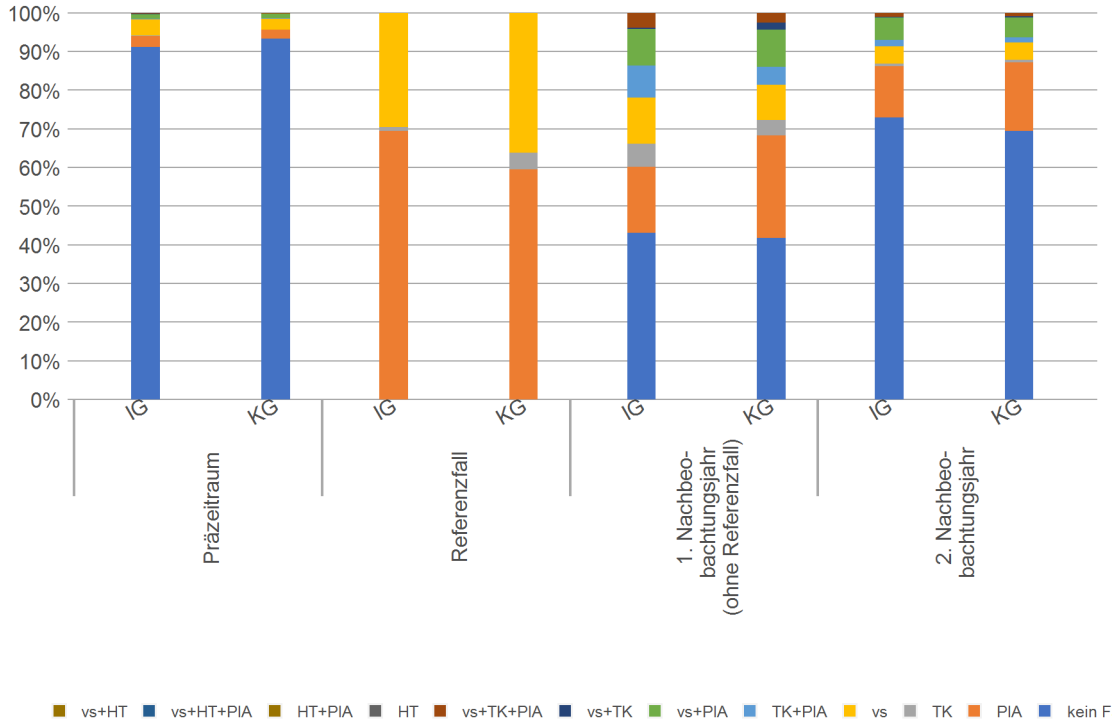
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr		
Setting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999				71	47	0,101	19	15	>0,999
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	<10	<10	>0,999				<10	33	<0,001	<10	<10	>0,999
vs+PIA	21	21	>0,999				169	171	0,966	100	89	>0,999
vs+HT												
TK+PIA	<10	<10	>0,999				148	83	<0,001	29	24	>0,999
TK+HT												
HT+PIA												
vs	76	51	0,261	533	648	<0,001	217	164	0,024	76	76	>0,999
TK	<10		>0,999	17	76	<0,001	107	69	0,024	11	11	>0,999
PIA	52	41	>0,999	1.249	1.065	<0,001	307	474	<0,001	228	309	0,002
HT												
kein Fall	1.639	1.670	0,130				774	748	0,966	1.257	1.208	0,181
Gesamt-ergebnis	**1.799**	**1.789**	**>0,999**	**1.799**	**1.789**	**<0,001**	**1.799**	**1.789**	**<0,001**	**1.723**	**1.739**	**0,180**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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

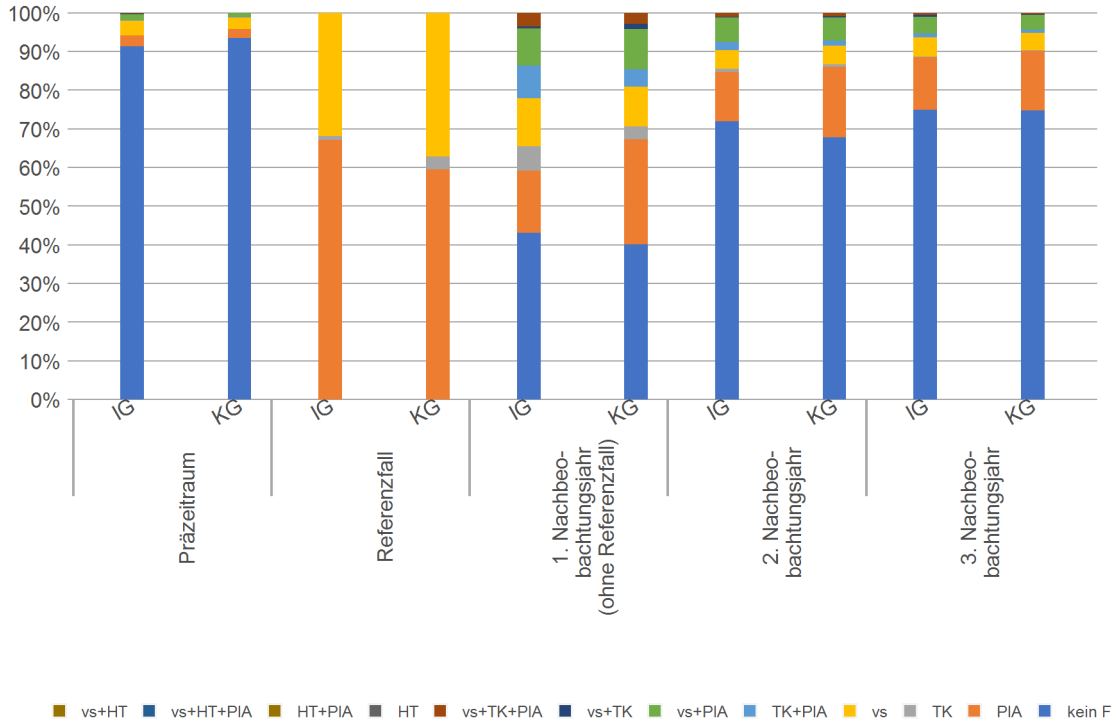
Klinikneue Patienten

Tabelle 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
Setting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999				42	34	0,855	12	10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA														<10	>0,999
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10		>0,999				<10	16	0,262	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	17	12	>0,999				112	120	0,855	70	66	>0,999	48	41	>0,999
vs+HT															
TK+PIA	<10	<10	>0,999				98	52	0,001	24	15	>0,999	10	10	>0,999
TK+HT															
HT+PIA															
vs	44	35	>0,999	373	432	0,009	146	120	0,453	53	56	>0,999	54	49	>0,999
TK	<10		>0,999	11	40	<0,001	73	38	0,006	10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	33	28	>0,999	785	691	<0,001	188	316	<0,001	142	208	0,003	147	170	>0,999
HT															
kein Fall	1.067	1.086	0,604				504	467	0,478	802	768	0,235	814	823	>0,999
Gesamt-ergebnis	**1.169**	**1.163**	**>0,999**	**1.169**	**1.163**	**<0,001**	**1.169**	**1.163**	**<0,001**	**1.115**	**1.134**	**0,105**	**1.087**	**1.102**	**>0,999**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

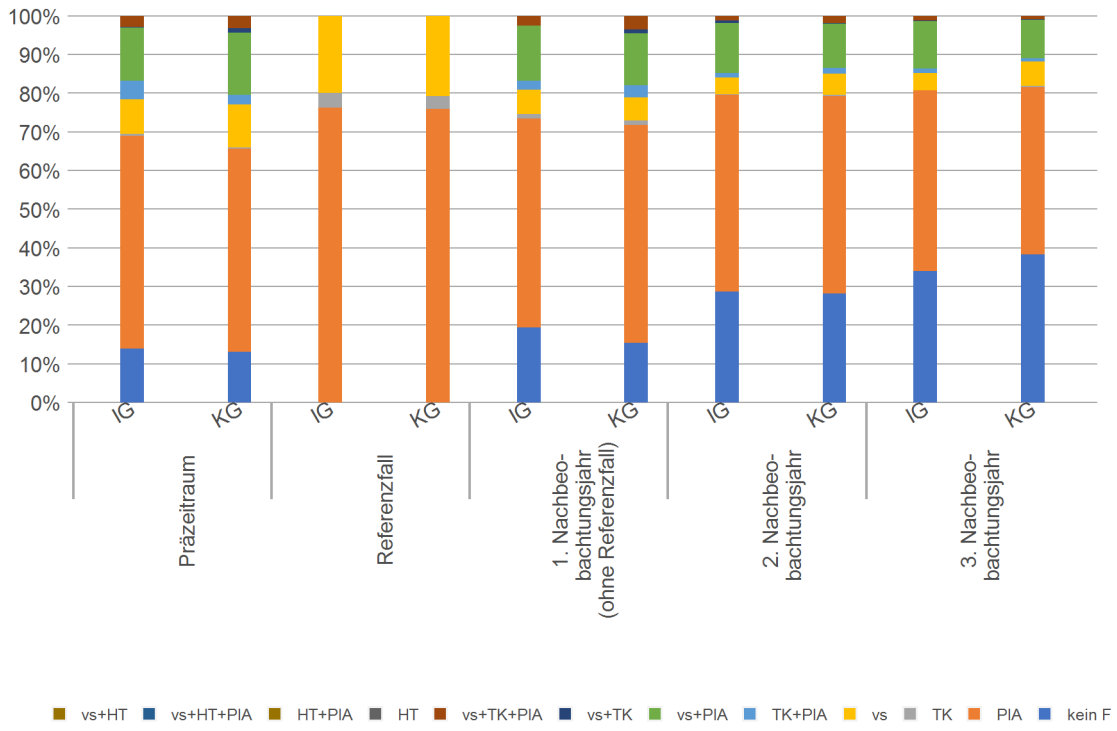
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
Setting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	18	20	>0,999				16	22	>0,999	<10	11	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10	<10	0,603					<10	0,363	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	86	100	>0,999				89	84	>0,999	79	69	>0,999	74	58	>0,999
vs+HT															
TK+PIA	30	16	0,469				15	20	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT															
HT+PIA															
vs	56	69	>0,999	125	130	>0,999	39	37	>0,999	27	33	>0,999	27	37	>0,999
TK	<10	<10	>0,999	24	20	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999		<10	>0,999
PIA	344	328	>0,999	476	473	>0,999	338	351	>0,999	312	308	>0,999	280	253	>0,999
HT															
kein Fall	87	81	>0,999				121	96	0,618	176	170	>0,999	203	224	>0,999
Gesamt-ergebnis	**625**	**623**	**0,689**	**625**	**623**	**>0,999**	**625**	**623**	**0,976**	**614**	**603**	**>0,999**	**599**	**585**	**>0,999**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

9.2 Leistungserbringung

Beschreibung Ergebnisse (U1)

U1: Die unterschiedliche Intensität der Behandlung klinikneuer Patienten hinsichtlich Therapieeinheiten im vollstationären bzw. tagesklinischen Setting, sowie die durchschnittliche Anzahl an PIA Kontakten werden in Tabelle 69 bis Tabelle 72 dargestellt. Die entsprechenden Darstellungen für die klinikbekannten Patienten finden sich in 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. Zusätzlich wurden die Kontakthäufigkeit und die Behandlungsintensität in der PIA über die Schlüssel der PIA-Doku-Vereinbarung ermittelt.

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 dreijähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	579	560	579	560	579	560	579	560	579	560	579	560	556	546	556	546	540	531	540	531
N mit Fall	37	24	5	2	194	222	8	21	168	154	99	72	69	67	24	19	65	52	13	12
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,3	0,0	0,1	0,4	1,2	0,1	0,3	1,6	1,4	1,0	1,2	0,8	0,8	0,4	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,9	0,5	0,2	0,1	1,8	3,2	0,2	1,0	4,5	2,6	3,6	2,4	2,1	2,0	1,3	0,6	0,9	0,8	0,3	0,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,0			0,2	0,5			0,2	0,5	0,0		0,2	0,2		0,0	0,2	0,1		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1			0,5	1,1			0,5	1,7	0,0		0,4	0,8		0,0	0,5	0,1		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0							0,1	0,2			0,2	0,0						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,1							0,1	0,3			0,1	0,0						
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,0	0,0																	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,0	0,0																	
Gesamt	**1,7**	**1,0**	**0,3**	**0,2**	**2,9**	**6,1**	**0,3**	**1,3**	**7,0**	**6,7**	**4,7**	**3,6**	**3,8**	**3,8**	**1,7**	**0,9**	**1,9**	**1,3**	**0,4**	**0,4**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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 dreijähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	579	560	579	560	579	560	579	560	579	560	579	560	556	546	556	546	540	531	540	531
N mit Fall	37	24	5	2	194	222	8	21	168	154	99	72	69	67	24	19	65	52	13	12
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	5,4	6,0	5,1	28,2	1,3	3,1	3,9	8,4	5,5	4,9	5,9	9,2	6,5	6,5	8,9	8,6	2,8	3,6	3,6	6,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	13,8	12,4	25,4	31,3	5,4	8,2	17,6	25,5	15,3	9,5	21,3	18,5	17,2	16,0	31,0	17,3	7,3	8,3	11,2	12,6
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,9	0,8			0,6	1,4			0,8	1,9	0,0		1,9	1,9		0,1	1,5	0,7		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,4	1,8			1,5	2,8			1,9	6,1	0,2		2,9	6,5		0,4	4,0	1,1		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,7	1,1							0,4	0,9			1,3	0,1						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	1,2							0,2	1,0			0,7	0,1						
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,6	0,2	0,6																	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,5	0,2	0,4																	
Gesamt	**26,6**	**23,6**	**31,5**	**59,4**	**8,8**	**15,4**	**21,5**	**33,8**	**24,1**	**24,2**	**27,4**	**27,7**	**30,4**	**31,2**	**39,9**	**26,4**	**15,6**	**13,6**	**14,8**	**18,7**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	579	560	579	560	579	560	556	546	540	531	527	521
N mit Fall	28	25	377	317	207	254	122	146	102	110	105	97
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,2	0,0	0,1	0,3	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,2	0,3	0,9	1,0	3,0	2,4	2,3	1,5	1,6	1,1	1,5	1,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0		0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0		0,0	0,0	0,1		0,0		0,0		0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0		0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,3	0,5	0,9	1,1	3,3	3,1	2,8	1,9	2,0	1,5	1,9	1,5
Gesamt	**0,3**	**0,5**	**0,9**	**1,2**	**3,4**	**3,3**	**3,0**	**2,1**	**2,2**	**1,6**	**2,0**	**1,5**

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	579	560	579	560	579	560	556	546	540	531	527	521
N mit Fall	28	25	377	317	207	254	122	146	102	110	105	97
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,9	4,0	0,1	0,2	0,8	1,4	2,4	1,6	2,0	2,0	1,9	2,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,8	6,4	1,3	1,8	8,4	5,4	10,5	5,6	8,7	5,4	7,4	5,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,6		0,1	0,3	0,3	0,9	0,5	0,7	0,2	0,8	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,4	0,2		0,0	0,0	0,2		0,1		0,0		0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,6	0,8		0,1	0,3	0,5	0,9	0,6	0,7	0,3	0,8	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	5,8	10,4	1,4	2,0	9,3	6,8	12,9	7,2	10,7	7,5	9,3	7,8
Gesamt	**6,3**	**11,2**	**1,4**	**2,1**	**9,6**	**7,2**	**13,7**	**7,8**	**11,4**	**7,7**	**10,1**	**8,0**

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	560	559	560	559	560	559	560	559	560	559	560	559	551	541	551	541	538	525	538	525
N mit Fall	142	171	52	44	105	105	20	17	128	133	33	47	104	107	19	22	92	93	14	11
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,3	1,5	0,9	1,0	0,3	0,4	0,1	0,3	1,2	1,0	0,3	0,6	0,9	1,1	0,4	0,3	0,5	0,6	0,1	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	4,6	5,5	2,0	2,4	1,0	1,6	0,4	0,6	3,9	3,2	0,8	1,7	3,9	2,4	0,6	0,8	2,5	1,5	0,5	0,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,4			0,1	0,2	0,0		0,3	0,4			0,3	0,4			0,2	0,2		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	1,3			0,3	1,4	0,0		1,1	2,5			1,0	1,4			0,8	0,6		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,0							0,1	0,0			0,2				0,0	0,0		0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,0							0,0	0,0			0,1				0,0	0,0		0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,1	0,0	0,0																
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,1	0,0	0,0																
Gesamt	**7,3**	**9,0**	**3,0**	**3,4**	**1,6**	**3,6**	**0,6**	**0,9**	**6,6**	**7,1**	**1,1**	**2,3**	**6,4**	**5,3**	**1,0**	**1,1**	**4,1**	**2,9**	**0,7**	**0,6**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	560	559	560	559	560	559	560	559	560	559	560	559	551	541	551	541	538	525	538	525
N mit Fall	142	171	52	44	105	105	20	17	128	133	33	47	104	107	19	22	92	93	14	11
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	4,9	4,9	9,7	12,2	1,5	2,2	3,1	10,1	5,1	4,2	4,6	7,1	4,9	5,5	11,1	7,7	3,0	3,3	5,3	6,9
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	18,1	17,9	21,3	30,2	5,4	8,4	12,4	19,7	16,9	13,3	14,1	20,2	20,4	12,0	18,0	19,3	14,8	8,4	19,8	18,5
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,5	1,4			0,4	1,0	0,1		1,4	1,5			1,4	1,9			1,3	1,1		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,8	4,2			1,5	7,6	0,1		5,0	10,4			5,1	7,2			4,9	3,2		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,5	0,1							0,3	0,2			1,2				0,2	0,2		0,8
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,1							0,2	0,2			0,6				0,1	0,1		0,7
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,4	0,4	0,5																
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,4	0,4	0,6																
Gesamt	**28,7**	**29,4**	**31,9**	**43,5**	**8,8**	**19,1**	**15,5**	**29,8**	**28,7**	**29,9**	**18,7**	**27,3**	**33,7**	**26,6**	**29,1**	**27,0**	**24,2**	**16,3**	**25,1**	**26,9**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	560	559	560	559	560	559	551	541	538	525	528	508
N mit Fall	451	427	435	437	428	440	383	369	344	298	324	271
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,8	2,7	0,1	0,8	0,6	2,5	1,5	1,8	2,0	1,8	2,2	2,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,7	3,7	1,8	1,5	8,9	5,1	9,3	5,7	7,8	4,5	7,4	3,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,3	0,0	0,1	0,3	0,3	0,6	0,3	0,7	0,2	0,7	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,3		0,1	0,0	0,4	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,6	0,0	0,2	0,3	0,7	0,6	0,7	0,8	0,4	0,7	0,2
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	7,5	6,4	1,9	2,3	9,5	7,6	10,9	7,5	9,8	6,3	9,6	5,4
Gesamt	**7,6**	**7,0**	**1,9**	**2,5**	**9,8**	**8,3**	**11,5**	**8,2**	**10,6**	**6,6**	**10,3**	**5,6**

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	560	559	560	559	560	559	551	541	538	525	528	508
N mit Fall	451	427	435	437	428	440	383	369	344	298	324	271
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,5	3,5	0,1	1,0	0,8	3,1	2,2	2,7	3,1	3,1	3,6	3,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,8	4,8	2,3	1,9	11,6	6,5	13,4	8,4	12,2	7,9	12,0	6,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,4	0,0	0,1	0,4	0,4	0,8	0,4	1,2	0,4	1,2	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,4		0,1	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0	0,3
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,8	0,0	0,3	0,4	0,9	0,9	1,0	1,2	0,7	1,2	0,4
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	9,3	8,4	2,4	2,9	12,4	9,6	15,6	11,1	15,3	11,0	15,6	10,1
Gesamt	**9,4**	**9,1**	**2,5**	**3,2**	**12,8**	**10,5**	**16,5**	**12,0**	**16,5**	**11,7**	**16,8**	**10,5**

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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 77, Tabelle 79 und Abbildung 42) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.374,73 € mehr Kosten als die KG mit 902,19 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9.379,68 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.045,14 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 862,00 € nicht signifikant (p=0,203) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2.246,19 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.403,88 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 690,41 € nicht signifikant (p=0,080) stärker als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 78, Tabelle 80 und Abbildung 43) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.713,81 € mehr Kosten als die KG mit 5.184,78 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 9.130,41 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.388,21 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.213,17 € signifikant (p=0,011) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 5.526,65 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 3.389,56 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 1.656,56 € signifikant (p=0,015) stärker als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 81 und Abbildung 44) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.279,21 € höhere Kosten als die KG mit 856,64 €. Im ersten

Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 10.415,66 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.893,64 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 82, Tabelle 83 und Abbildung 45) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.355,49 € höhere Kosten als die KG mit 897,96 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 10.070,98 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.123,49 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.489,96 € signifikant ($p<0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2.988,25 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.232,53 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 1.435,83 € signifikant ($p<0,001$) stärker als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 84 und Abbildung 46) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.348,49 € größere Kosten als die KG mit 878,46 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 10.344,21 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.185,21 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2.945,40 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.844,40 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 85 und Abbildung 47) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.538,30 € mehr Kosten als die KG mit 5.291,70 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 9.284,76 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.636,11 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 5.485,14 €. In der KG sanken die Kosten auf 3.425,15 €.

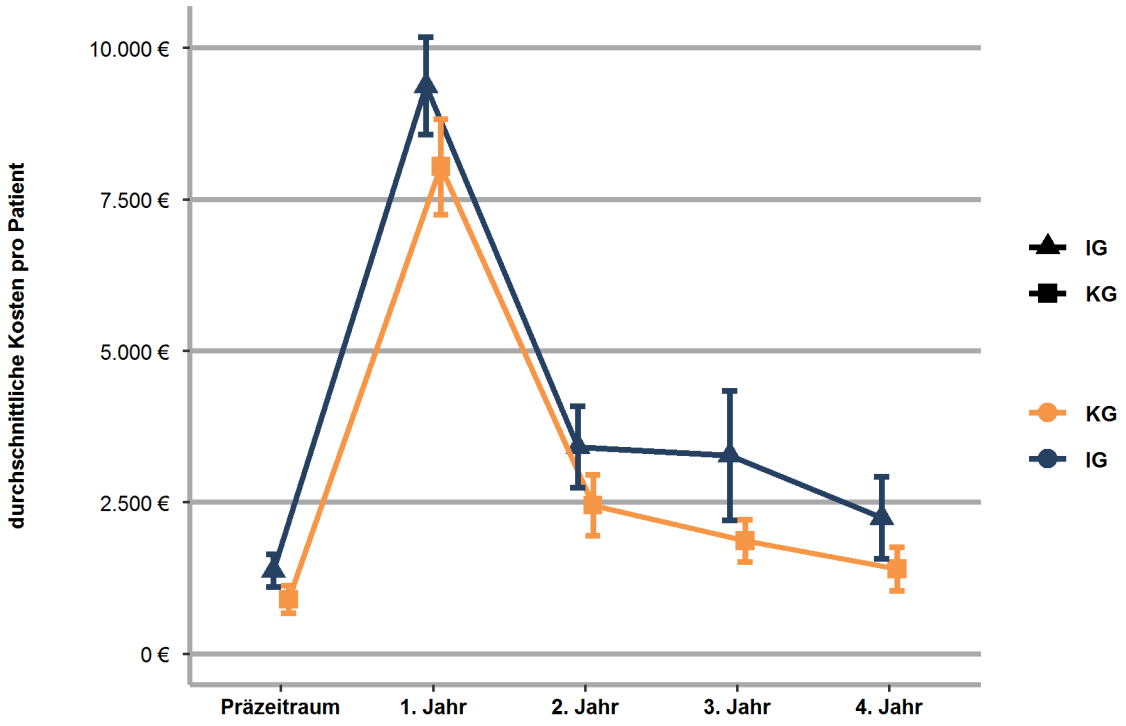
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	528	579	495	458	445	493	560	478	454	420
Mittelwert	**1.374,73 €**	**9.379,68 €**	**3.415,97 €**	**3.279,59 €**	**2.246,19 €**	**902,19 €**	**8.045,14 €**	**2.455,27 €**	**1.868,95 €**	**1.403,88 €**
Standardabweichung	3.926 €	11.707 €	9.668 €	15.096 €	9.479 €	3.276 €	11.320 €	7.163 €	4.882 €	5.032 €
Minimum	0,00 €	38,47 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	44,88 €	904,57 €	57,87 €	38,66 €	31,01 €	31,00 €	901,48 €	52,21 €	30,00 €	17,15 €
Median	184,80 €	5.697,57 €	336,39 €	214,27 €	216,82 €	112,38 €	3.635,37 €	373,28 €	233,23 €	151,70 €
75%-Perzentil	976 €	12.722 €	1.385 €	880 €	795 €	538 €	11.019 €	1.195 €	921 €	696 €
Maximum	43.838 €	83.695 €	92.482 €	256.064 €	161.247 €	37.716 €	87.838 €	73.620 €	37.772 €	82.615 €

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

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	556	560	539	522	508	550	559	517	492	472
Mittelwert	**5.713,81 €**	**9.130,41 €**	**6.066,22 €**	**5.508,39 €**	**5.526,65 €**	**5.184,78 €**	**6.388,21 €**	**4.114,46 €**	**3.555,52 €**	**3.389,56 €**
Standardabweichung	10.626 €	17.514 €	15.320 €	13.779 €	14.043 €	9.788 €	9.800 €	7.841 €	7.775 €	7.810 €
Minimum	0,00 €	61,06 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	794,66 €	939,23 €	482,56 €	366,16 €	279,03 €	597,60 €	1.044,37 €	527,71 €	223,16 €	158,08 €
Median	1.375,36 €	2.441,99 €	1.196,08 €	1.030,06 €	1.084,43 €	1.484,94 €	2.322,28 €	1.289,55 €	1.019,88 €	978,93 €
75%-Perzentil	6.450,36 €	9.833,52 €	4.316,82 €	3.619,35 €	3.275,59 €	6.218,28 €	7.314,17 €	3.912,95 €	2.634,72 €	2.198,79 €
Maximum	108.361 €	208.205 €	215.169 €	147.989 €	130.920 €	150.518 €	71.239 €	79.344 €	82.913 €	96.360 €

Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

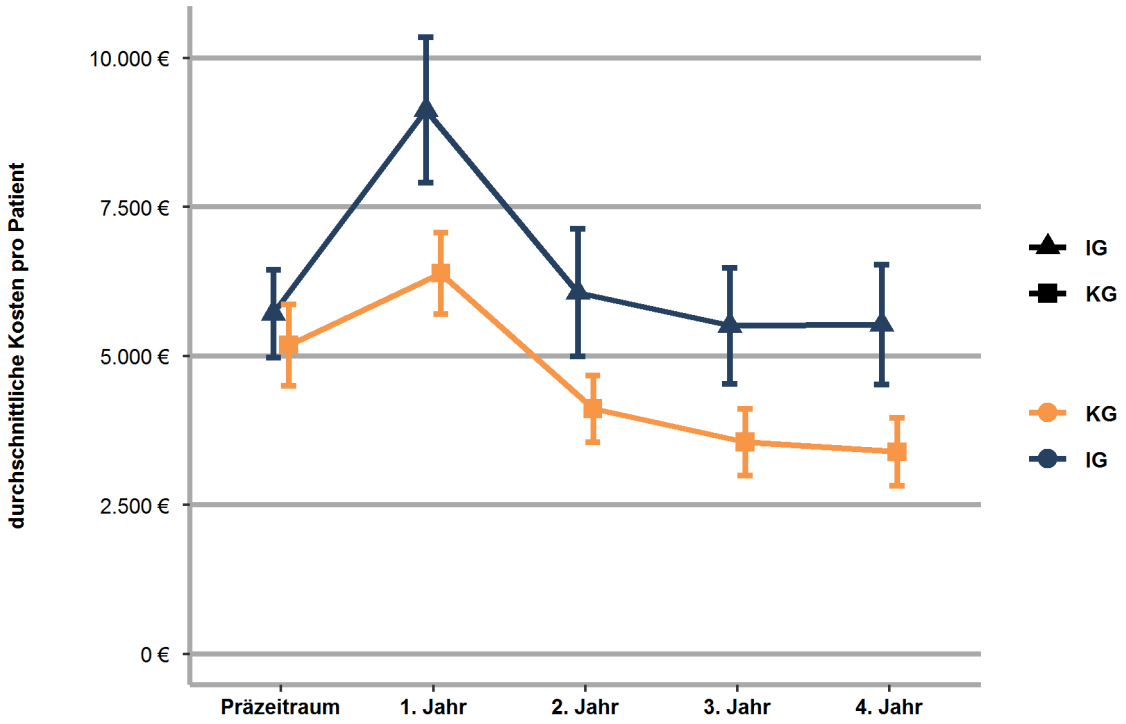


Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	902,19 €	<0,001	902,19 €	<0,001	-568,73 €	0,289
IG (vs. KG)	472,53 €	0,027	472,53 €	0,027	220,27 €	0,244
Post (vs. Prä)	2.605,54 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	690,41 €	0,080				
1. Jahr (vs. Prä)			7.142,95 €	<0,001	8.137,40 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.553,08 €	<0,001	2.545,42 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			966,76 €	<0,001	1.932,78 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			501,69 €	0,046	1.454,75 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			862,00 €	0,203	1.183,29 €	0,083
IG x Jahr 2 (DiD)			488,16 €	0,340	788,98 €	0,121
IG x Jahr 3 (DiD)			938,10 €	0,166	1.264,28 €	0,062
IG x Jahr 4 (DiD)			369,78 €	0,467	699,28 €	0,159
Alter (30-47 J. vs. U30)					-218,92 €	0,609
Alter (48-64 J. vs. U30)					540,62 €	0,252
Alter (Ü64 vs. U30)					-588,56 €	0,222
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					154,57 €	0,605
F 00 (Demenz)					2.255,53 €	0,380
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-415,81 €	0,403
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-5.325,09 €	0,012
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-718,79 €	0,369
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-1.731,33 €	0,017
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-531,08 €	0,174
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					6.055,24 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					355,07 €	0,316
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-70,50 €	0,857
F 45 (Somatoforme Störungen)					-1.095,10 €	0,002
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-296,31 €	0,679
F 50 (Essstörungen)					4.703,30 €	0,397
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					659,18 €	0,403
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-877,93 €	0,517
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.864,04 €	0,155
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.687,07 €	0,189
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.688,49 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					13.289,50 €	0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					658,61 €	0,472
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					461,97 €	0,162
R^2		0,019		0,089		0,142

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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	5.184,78 €	<0,001	5.184,78 €	<0,001	-422,88 €	0,796
IG (vs. KG)	529,03 €	0,386	529,03 €	0,387	1.031,91 €	0,042
Post (vs. Prä)	-784,65 €	0,058				
IG x Post (DiD)	1.656,56 €	0,015				
1. Jahr (vs. Prä)			1.203,43 €	0,011	6.005,72 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-1.070,32 €	0,021	3.703,70 €	0,013
3. Jahr (vs. Prä)			-1.629,26 €	<0,001	3.111,65 €	0,036
4. Jahr (vs. Prä)			-1.795,22 €	<0,001	2.939,48 €	0,049
IG x Jahr 1 (DiD)			2.213,17 €	0,011	1.744,50 €	0,047
IG x Jahr 2 (DiD)			1.422,73 €	0,102	965,15 €	0,257
IG x Jahr 3 (DiD)			1.423,85 €	0,091	993,61 €	0,217
IG x Jahr 4 (DiD)			1.608,07 €	0,059	1.173,27 €	0,153
Alter (30-47 J. vs. U30)					-385,39 €	0,655
Alter (48-64 J. vs. U30)					-977,60 €	0,241
Alter (Ü64 vs. U30)					-1.288,13 €	0,171
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					339,90 €	0,498
F 00 (Demenz)					-1.525,20 €	0,036
F 01 (Vaskuläre Demenz)					618,11 €	0,659
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1.228,16 €	0,239
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					10,00 €	0,996
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					988,08 €	0,086
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.871,61 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					518,91 €	0,444
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-778,48 €	0,163
F 45 (Somatoforme Störungen)					-897,99 €	0,085
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-966,36 €	0,113
F 50 (Essstörungen)					957,74 €	0,682
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					738,71 €	0,389
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.194,41 €	0,426
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-4.239,45 €	0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.423,22 €	0,320
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.713,85 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.426,78 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					739,68 €	0,296
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-270,57 €	0,842
R^2		0,007		0,017		0,100

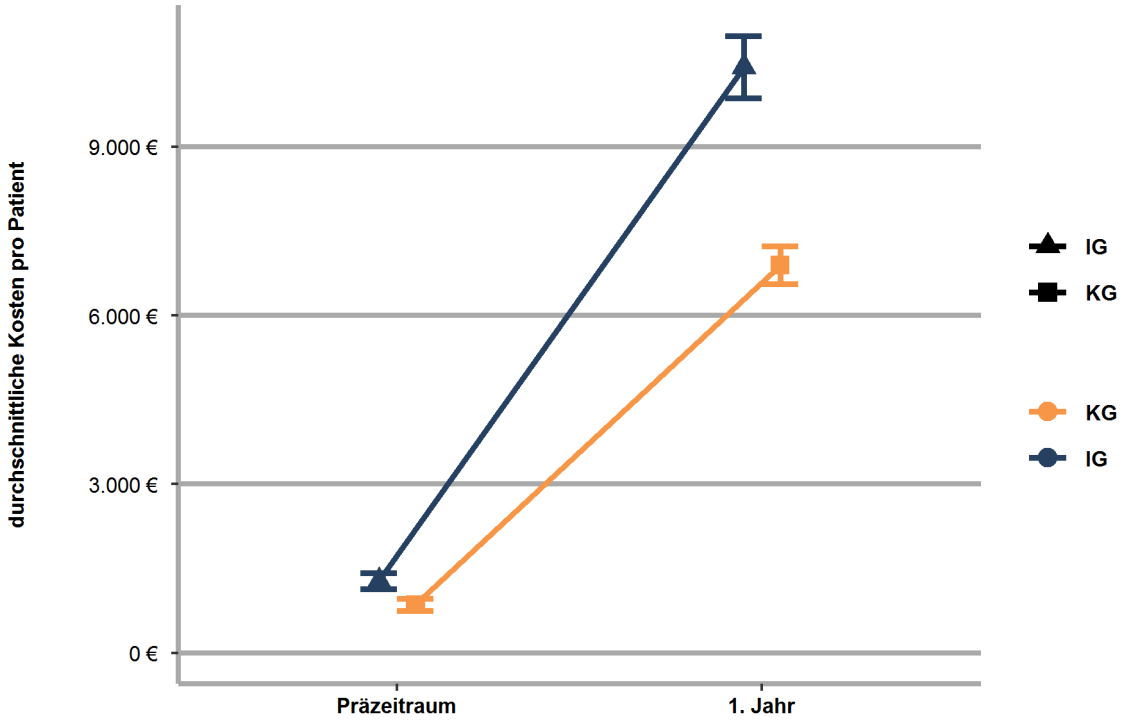
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	2.164	2.414	2.112	2.414
Mittelwert	**1.279 €**	**10.416 €**	**857 €**	**6.894 €**
Standardabweichung	4.316 €	16.365 €	3.150 €	10.030 €
Minimum	0,00 €	38,47 €	0,00 €	73,02 €
25%-Perzentil	41,80 €	760,54 €	30,59 €	632,12 €
Median	171,88 €	4.671,03 €	114,86 €	2.576,91 €
75%-Perzentil	649 €	13.207 €	441 €	9.537 €
Maximum	88.508 €	280.768 €	64.121 €	104.562 €

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

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	1.623	1.799	1.520	1.560	1.789	1.458
Mittelwert	**1.355 €**	**10.071 €**	**2.988 €**	**898 €**	**7.123 €**	**2.233 €**
Standardabweichung	4.629 €	15.031 €	8.530 €	3.371 €	10.522 €	6.839 €
Minimum	0,00 €	38,47 €	0,00 €	0,00 €	73,02 €	0,00 €
25%-Perzentil	43,14 €	759,86 €	52,23 €	30,03 €	655,26 €	31,21 €
Median	182,68 €	4.904,28 €	323,17 €	110,20 €	2.602,50 €	257,85 €
75%-Perzentil	752 €	12.713 €	1.207 €	490 €	9.778 €	1.080 €
Maximum	88.508 €	171.586 €	92.482 €	64.121 €	104.562 €	101.227 €

Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

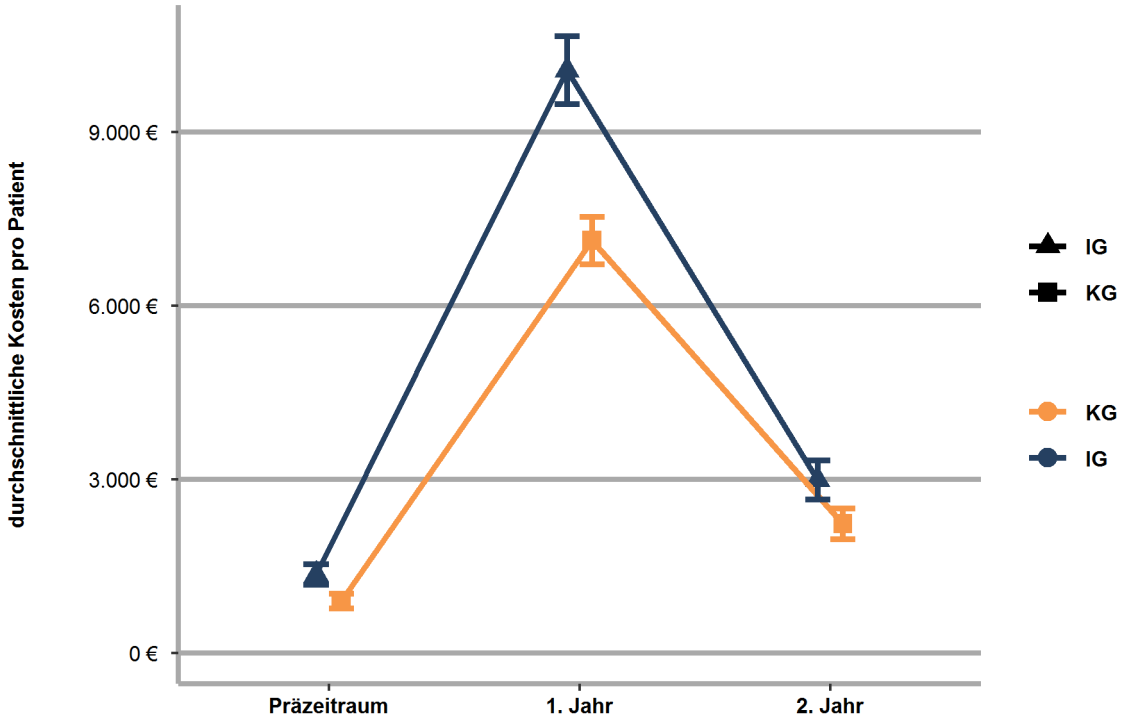


Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	897,96 €	<0,001	897,96 €	<0,001	-1.809,44 €	<0,001
IG (vs. KG)	457,54 €	<0,001	457,54 €	<0,001	177,49 €	0,133
Post (vs. Prä)	3.814,71 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	1.435,83 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			6.225,53 €	<0,001	7.224,57 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.334,57 €	<0,001	2.318,00 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			2.489,96 €	<0,001	2.762,57 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			298,19 €	0,265	560,43 €	0,036
Alter (30-47 J. vs. U30)					-293,31 €	0,360
Alter (48-64 J. vs. U30)					29,19 €	0,929
Alter (Ü64 vs. U30)					-337,68 €	0,357
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					476,77 €	0,013
F 00 (Demenz)					1.446,43 €	0,189
F 01 (Vaskuläre Demenz)					170,71 €	0,645
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-2.962,77 €	0,165
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					239,43 €	0,703
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					462,08 €	0,665
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					837,66 €	0,013
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					6.057,81 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.830,27 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-280,62 €	0,316
F 45 (Somatoforme Störungen)					-544,90 €	0,043
F 40-48 (ohne F43 und F45)					738,32 €	0,163
F 50 (Essstörungen)					7.867,52 €	0,017
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.788,00 €	0,004
F 70-79 (Intelligenzstörung)					231,57 €	0,776
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					915,44 €	0,600
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.310,77 €	0,236
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.297,54 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.920,07 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.109,66 €	0,012
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					445,29 €	0,005
R^2		0,056		0,122		0,184

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

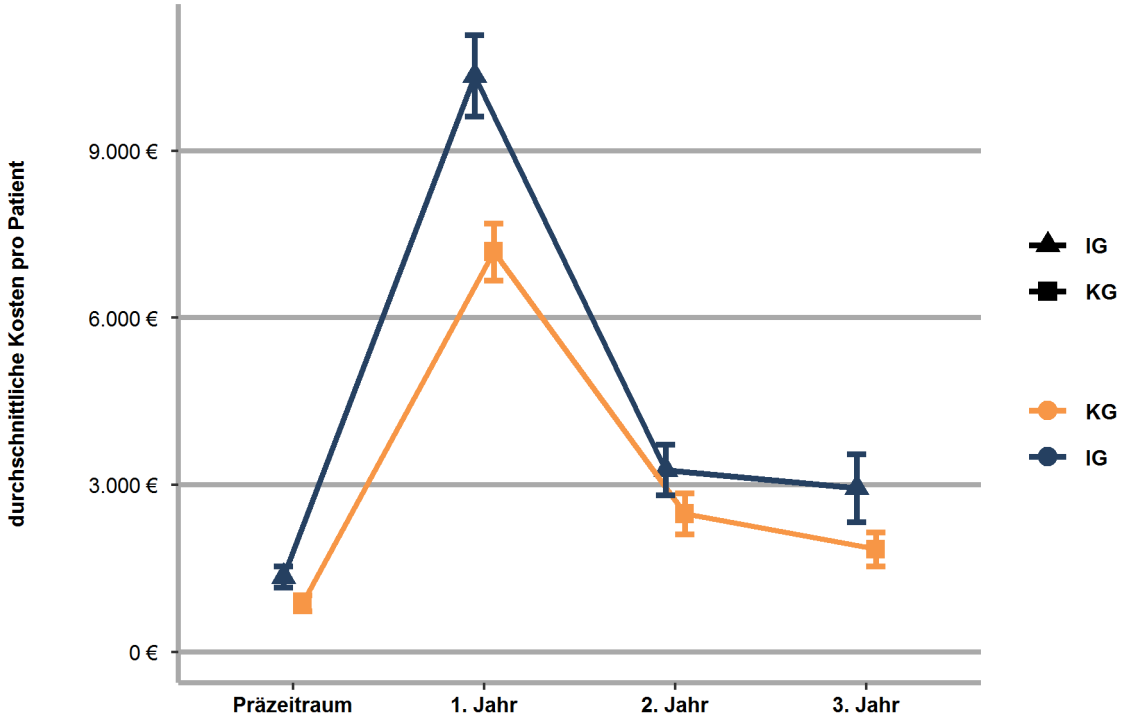
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	1.062	1.169	991	925	1.017	1.163	975	906
Mittelwert	**1.348 €**	**10.344 €**	**3.268 €**	**2.945 €**	**878 €**	**7.185 €**	**2.480 €**	**1.844 €**
Standardabweichung	4.012 €	15.144 €	9.168 €	12.210 €	3.009 €	10.660 €	7.471 €	6.220 €
Minimum	0,00 €	38,47 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,02 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	43,73 €	851,12 €	59,54 €	38,31 €	30,26 €	679,75 €	40,63 €	18,14 €
Median	192,39 €	5.479,52 €	354,61 €	248,56 €	113,13 €	2.635,80 €	283,14 €	171,12 €
75%-Perzentil	844 €	12.868 €	1.321 €	979 €	505 €	9.972 €	1.132 €	780 €
Maximum	43.838 €	171.586 €	92.482 €	256.064 €	37.716 €	87.838 €	101.227 €	109.105 €

Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

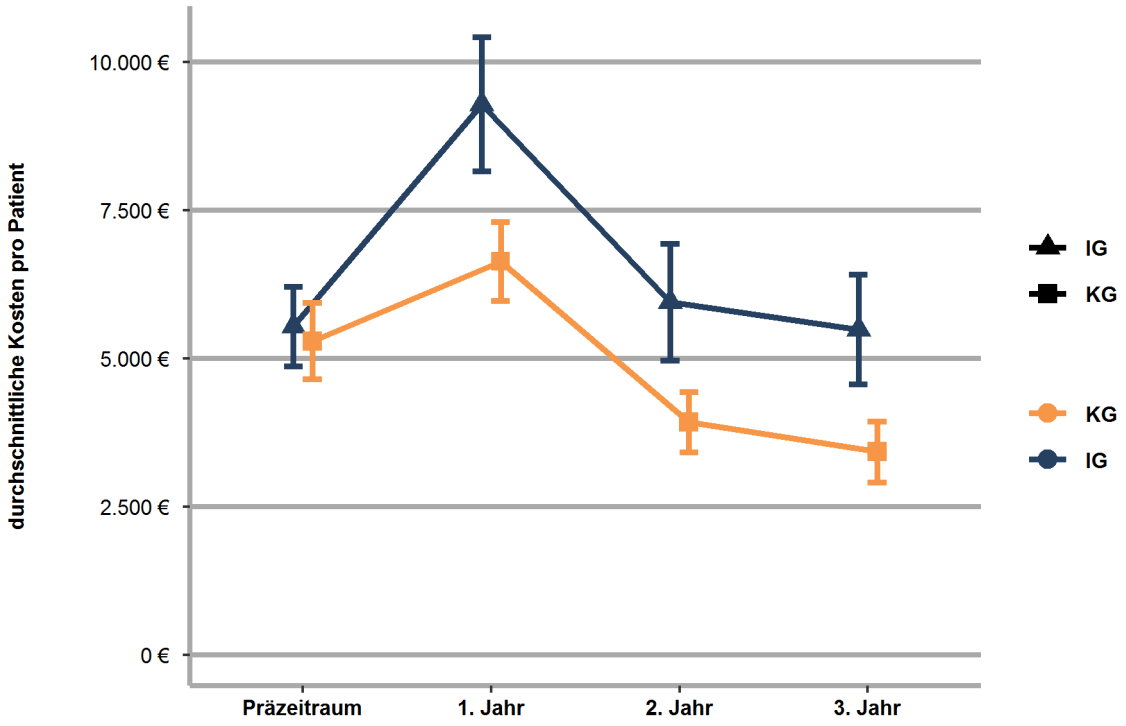


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 85: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	620	625	600	577	614	623	574	544
Mittelwert	**5.538,30 €**	**9.284,76 €**	**5.951,35 €**	**5.485,14 €**	**5.291,70 €**	**6.636,11 €**	**3.926,72 €**	**3.425,15 €**
Standardabweichung	10.229 €	17.172 €	14.883 €	13.774 €	9.814 €	10.142 €	7.605 €	7.570 €
Minimum	0,00 €	46,11 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,02 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	762,41 €	933,23 €	429,39 €	311,81 €	543,88 €	1.037,77 €	390,75 €	160,14 €
Median	1.334,99 €	2.698,30 €	1.138,28 €	1.017,08 €	1.484,94 €	2.363,44 €	1.238,66 €	975,56 €
75%-Perzentil	6.111 €	10.011 €	4.319 €	3.665 €	6.357 €	8.069 €	3.602 €	2.524 €
Maximum	108.361 €	208.205 €	215.169 €	147.989 €	150.518 €	79.619 €	79.344 €	82.913 €

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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 86, Tabelle 88 und Abbildung 48) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 843,00 € höhere Kosten als die KG mit 506,55 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.212,85 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.962,17 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 85,77 € nicht signifikant (p=0,890) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.536,60 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 875,02 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 340,14 € nicht signifikant (p=0,353) stärker als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 87, Tabelle 89 und Abbildung 49) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3.841,02 € höhere Kosten als die KG mit 3.451,55 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 6.160,87 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 4.144,09 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.627,30 € nicht signifikant (p=0,052) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 3.276,73 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.038,68 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 1.084,82 € nicht signifikant (p=0,094) stärker als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 90 und Abbildung 50) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 841,64 € höhere Kosten als die KG mit 480,73 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 5.834,81 €. In der KG stiegen die Kosten auf 4.973,38 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 91, Tabelle 92 und Abbildung 51) hatte die IG im Präzeitraum mit

durchschnittlichen Kosten von 869,59 € größere Kosten als die KG mit 492,45 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 5.940,66 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.226,51 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 337,02 € nicht signifikant (p=0,370) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.716,93 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.451,97 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 131,25 € nicht signifikant (p=0,606) stärker als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 93 und Abbildung 52) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 815,72 € größere Kosten als die KG mit 465,80 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.363,21 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.349,19 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2.077,03 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.226,37 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 94 und Abbildung 53) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3.712,17 € mehr Kosten als die KG mit 3.615,78 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 6.191,35 €. In der KG stiegen die Kosten auf 4.385,60 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 3.620,42 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.107,94 €.

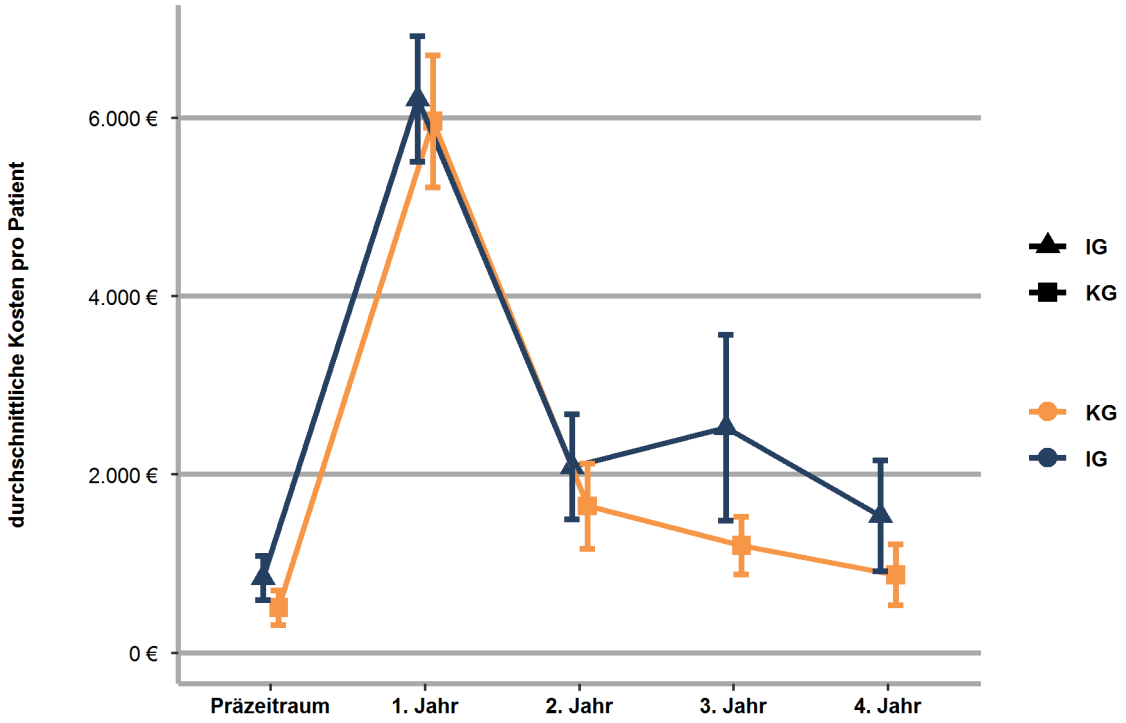
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	78	311	75	71	46	52	306	72	61	45
Mittelwert	**843,00 €**	**6.212,85 €**	**2.086,70 €**	**2.527,19 €**	**1.536,60 €**	**506,55 €**	**5.962,17 €**	**1.646,73 €**	**1.204,36 €**	**875,02 €**
Standardabweichung	3.595 €	10.282 €	8.454 €	14.768 €	8.688 €	2.759 €	10.621 €	6.788 €	4.542 €	4.747 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	750,96 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	851,84 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	9.030,42 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8.514,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	43.838 €	71.932 €	87.442 €	255.756 €	146.696 €	33.871 €	87.127 €	72.839 €	36.531 €	81.343 €

Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	149	189	108	97	88	179	189	111	95	75
Mittelwert	**3.841,02 €**	**6.160,87 €**	**3.755,43 €**	**3.567,89 €**	**3.276,73 €**	**3.451,55 €**	**4.144,09 €**	**2.477,46 €**	**2.183,76 €**	**2.038,68 €**
Standardabweichung	10.320 €	16.450 €	14.048 €	12.750 €	12.089 €	9.081 €	9.241 €	7.306 €	7.435 €	7.328 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	908,45 €	5.128,85 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.227,60 €	4.313,64 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	106.853 €	208.205 €	212.238 €	141.899 €	127.599 €	141.731 €	69.594 €	78.388 €	82.148 €	95.801 €

Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

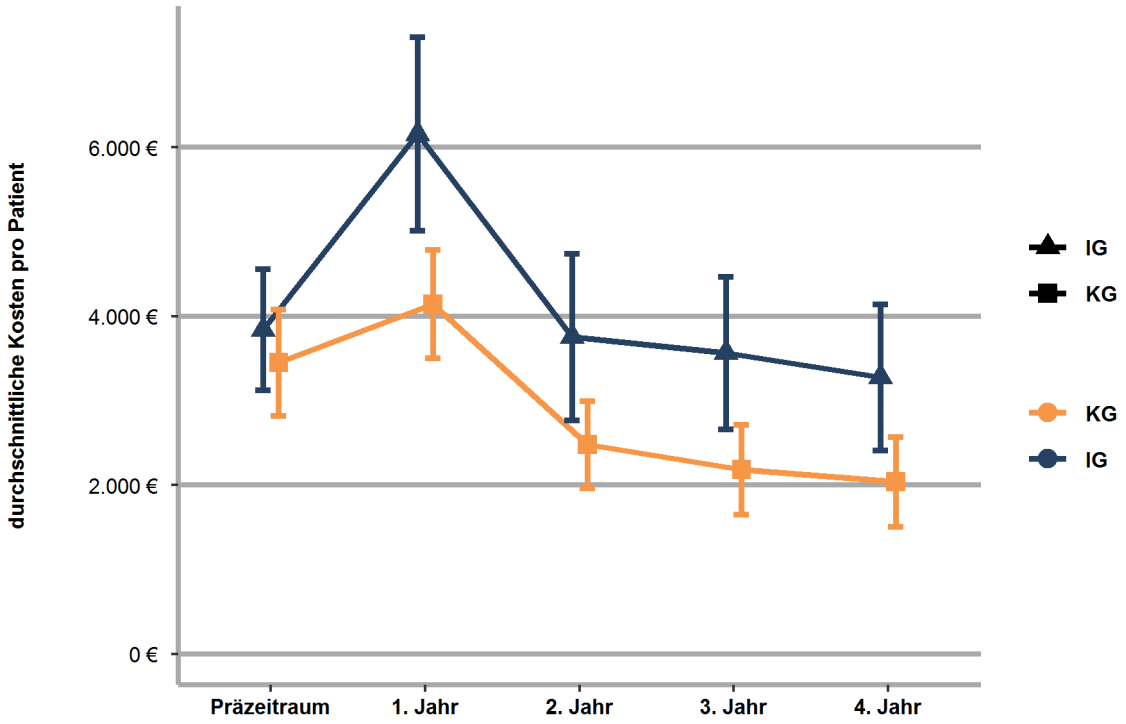


Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	506,55 €	<0,001	506,55 €	<0,001	-469,58 €	0,329
IG (vs. KG)	336,45 €	0,076	336,45 €	0,076	113,11 €	0,509
Post (vs. Prä)	1.964,88 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	340,14 €	0,353				
1. Jahr (vs. Prä)			5.455,62 €	<0,001	6.159,69 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.140,19 €	<0,001	1.851,41 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			697,81 €	0,001	1.399,27 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			368,47 €	0,118	1.063,80 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-85,77 €	0,890	181,77 €	0,772
IG x Jahr 2 (DiD)			103,52 €	0,826	356,36 €	0,448
IG x Jahr 3 (DiD)			986,38 €	0,135	1.260,86 €	0,057
IG x Jahr 4 (DiD)			325,13 €	0,489	605,11 €	0,188
Alter (30-47 J. vs. U30)					-348,13 €	0,354
Alter (48-64 J. vs. U30)					454,71 €	0,297
Alter (Ü64 vs. U30)					-24,64 €	0,955
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					169,08 €	0,534
F 00 (Demenz)					2.194,29 €	0,357
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-514,95 €	0,263
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-4.623,35 €	0,006
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-825,73 €	0,257
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-2.070,32 €	0,065
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-44,23 €	0,901
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.931,58 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					-58,05 €	0,855
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-481,59 €	0,121
F 45 (Somatoforme Störungen)					-903,82 €	0,004
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-590,40 €	0,371
F 50 (Essstörungen)					4.260,58 €	0,425
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					186,90 €	0,796
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-1.589,57 €	0,179
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.797,55 €	0,060
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.819,85 €	0,131
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.544,59 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.220,41 €	0,068
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-142,15 €	0,874
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					205,66 €	0,507
R^2		0,012		0,054		0,098

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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	3.451,55 €	<0,001	3.451,55 €	<0,001	187,63 €	0,909
IG (vs. KG)	389,47 €	0,503	389,47 €	0,503	1.051,23 €	0,037
Post (vs. Prä)	-714,10 €	0,066				
IG x Post (DiD)	1.084,82 €	0,094				
1. Jahr (vs. Prä)			692,55 €	0,125	3.778,70 €	0,016
2. Jahr (vs. Prä)			-974,08 €	0,026	2.107,14 €	0,169
3. Jahr (vs. Prä)			-1.267,78 €	0,006	1.798,90 €	0,238
4. Jahr (vs. Prä)			-1.412,87 €	0,002	1.659,06 €	0,280
IG x Jahr 1 (DiD)			1.627,30 €	0,052	1.041,72 €	0,225
IG x Jahr 2 (DiD)			888,50 €	0,284	295,66 €	0,721
IG x Jahr 3 (DiD)			994,65 €	0,215	417,85 €	0,594
IG x Jahr 4 (DiD)			848,58 €	0,278	261,77 €	0,732
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1.285,53 €	0,086
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.515,46 €	0,041
Alter (Ü64 vs. U30)					-1.412,37 €	0,101
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					552,41 €	0,229
F 00 (Demenz)					-1.096,64 €	0,092
F 01 (Vaskuläre Demenz)					797,61 €	0,561
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-940,30 €	0,331
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					511,62 €	0,785
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.745,77 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					2.784,66 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					289,24 €	0,646
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-696,41 €	0,123
F 45 (Somatoforme Störungen)					-727,94 €	0,100
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-982,34 €	0,060
F 50 (Essstörungen)					1.353,02 €	0,533
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					87,50 €	0,897
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.148,66 €	0,420
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-3.833,43 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.033,34 €	0,391
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.632,73 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.416,28 €	0,057
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					120,53 €	0,865
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1.074,07 €	0,443
R^2		0,004		0,010		0,084

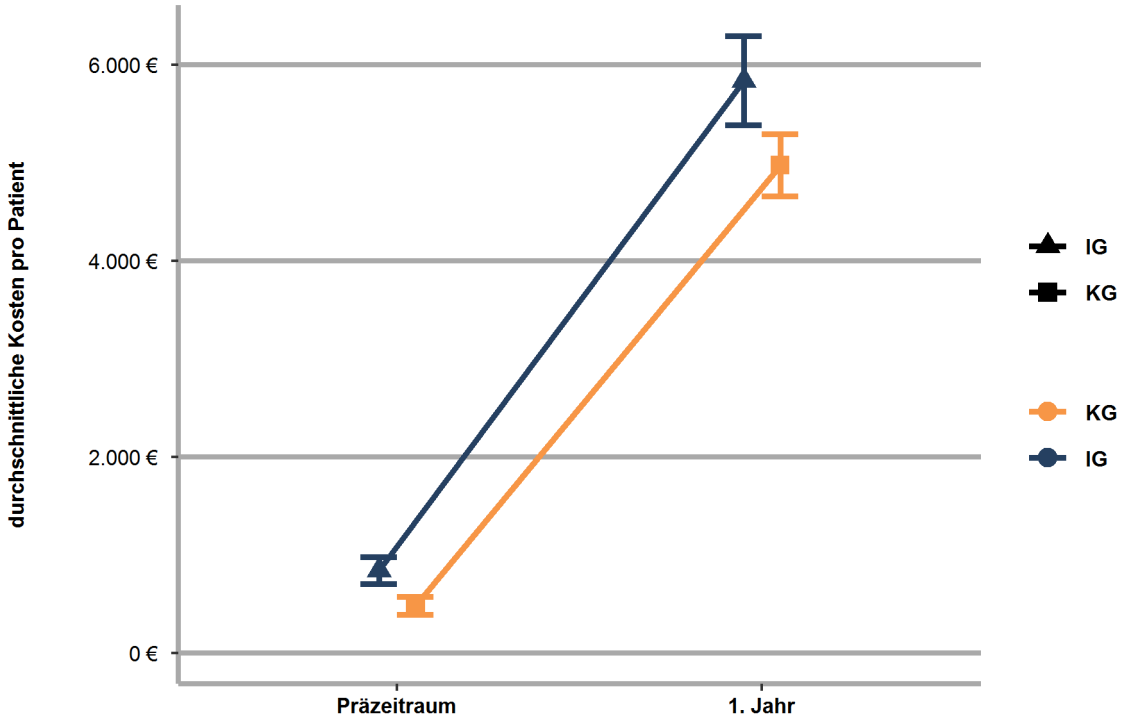
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Gruppe	**IG**		**KG**	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	277	1.136	187	1.173
Mittelwert	**841,64 €**	**5.834,81 €**	**480,73 €**	**4.973,38 €**
Standardabweichung	4.053 €	13.549 €	2.746 €	9.421 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	7.121,49 €	0,00 €	6.661,28 €
Maximum	86.940 €	280.200 €	63.982 €	103.060 €

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

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	208	874	219	143	902	206
Mittelwert	**869,59 €**	**5.940,66 €**	**1.716,93 €**	**492,45 €**	**5.226,51 €**	**1.451,97 €**
Standardabweichung	4.353 €	12.538 €	6.968 €	2.906 €	9.907 €	6.352 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	317,45 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	7.649,76 €	0,00 €	0,00 €	7.215,25 €	0,00 €
Maximum	86.940 €	167.164 €	87.442 €	63.982 €	103.060 €	98.087 €

Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

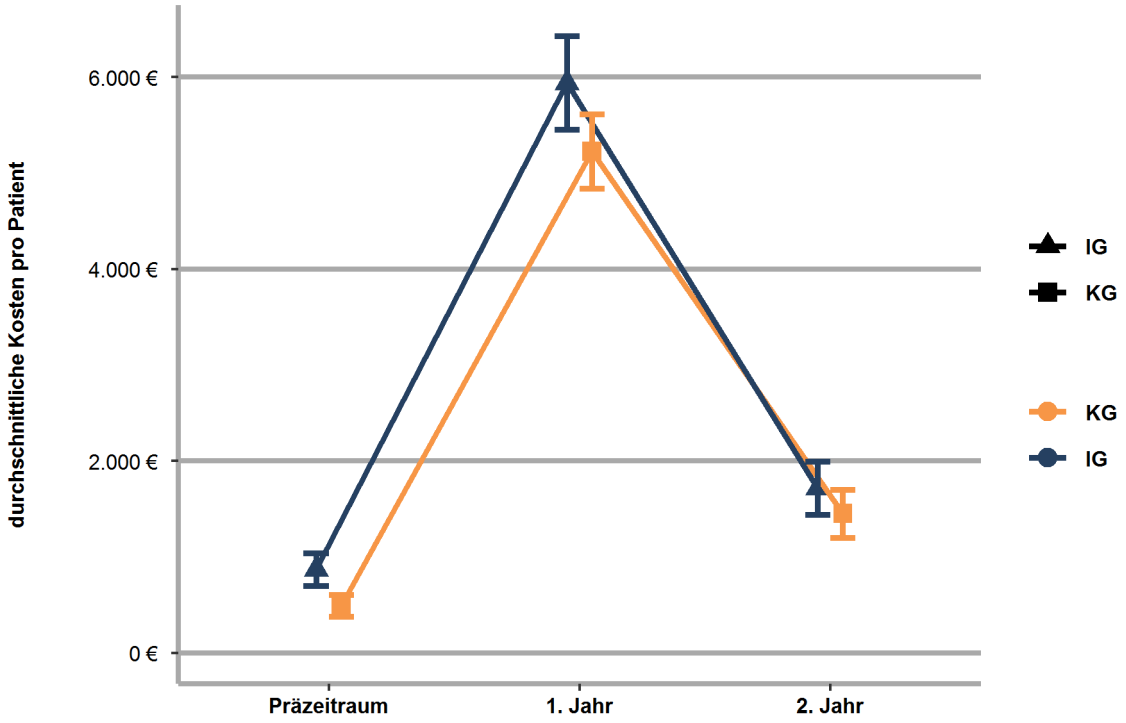


Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	492,45 €	<0,001	492,45 €	<0,001	-1.542,08 €	<0,001
IG (vs. KG)	377,13 €	0,002	377,13 €	0,002	125,00 €	0,253
Post (vs. Prä)	2.873,53 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	131,25 €	0,606				
1. Jahr (vs. Prä)			4.734,06 €	<0,001	5.540,13 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			959,52 €	<0,001	1.768,02 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			337,02 €	0,370	582,21 €	0,126
IG x Jahr 2 (DiD)			-112,17 €	0,640	137,15 €	0,565
Alter (30-47 J. vs. U30)					-411,28 €	0,126
Alter (48-64 J. vs. U30)					-84,27 €	0,766
Alter (Ü64 vs. U30)					457,35 €	0,158
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					267,56 €	0,105
F 00 (Demenz)					1.389,05 €	0,193
F 01 (Vaskuläre Demenz)					19,31 €	0,957
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-2.209,90 €	0,283
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					197,74 €	0,743
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					710,76 €	0,566
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.319,71 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.238,69 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					905,88 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-331,47 €	0,140
F 45 (Somatoforme Störungen)					-241,78 €	0,310
F 40-48 (ohne F43 und F45)					270,77 €	0,525
F 50 (Essstörungen)					5.486,34 €	0,038
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.810,80 €	0,017
F 70-79 (Intelligenzstörung)					148,65 €	0,837
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-277,84 €	0,822
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.229,96 €	0,246
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.137,16 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.301,03 €	0,054
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.374,88 €	0,099
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					289,72 €	0,039
R^2		0,030		0,070		0,129

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

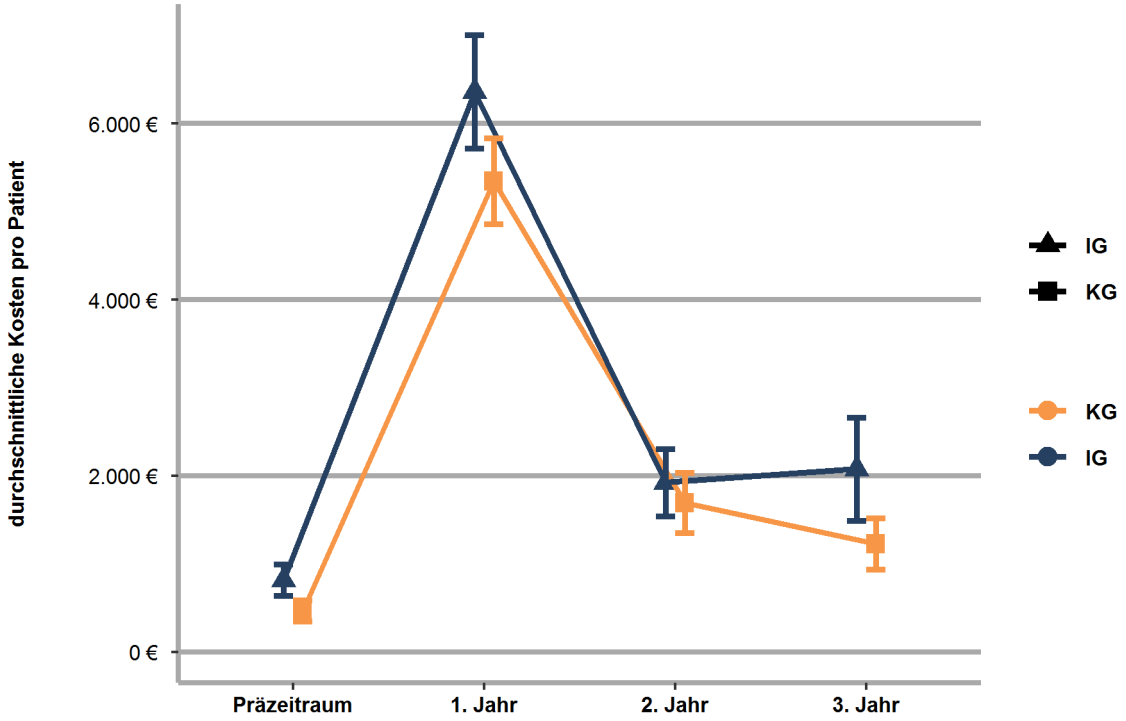
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	141	600	153	130	99	606	148	114
Mittelwert	**815,72 €**	**6.363,21 €**	**1.923,02 €**	**2.077,03 €**	**465,80 €**	**5.349,19 €**	**1.691,97 €**	**1.226,37 €**
Standardabweichung	3.717 €	13.326 €	7.777 €	11.726 €	2.490 €	10.083 €	7.012 €	5.853 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	428,19 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	503,96 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	8.494,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.569,56 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	43.838 €	167.164 €	87.442 €	255.756 €	33.871 €	87.127 €	98.087 €	108.793 €

Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

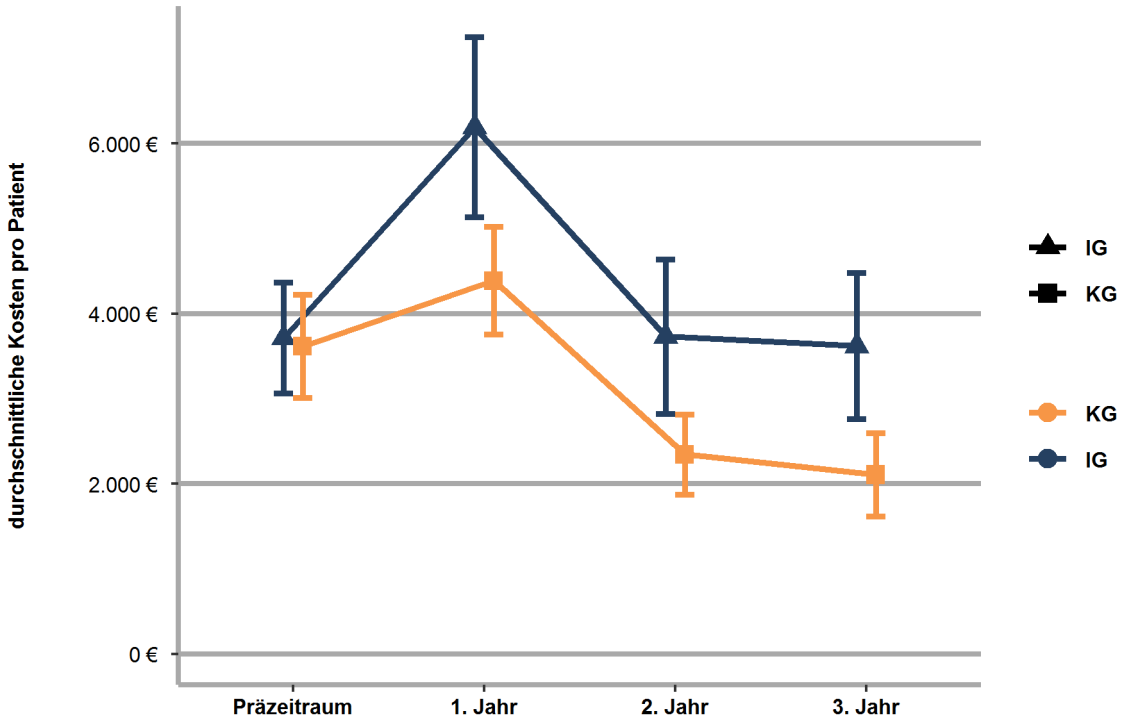


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	169	219	123	114	206	221	120	103
Mittelwert	**3.712,17 €**	**6.191,35 €**	**3.730,59 €**	**3.620,42 €**	**3.615,78 €**	**4.385,60 €**	**2.343,73 €**	**2.107,94 €**
Standardabweichung	9.906 €	16.062 €	13.640 €	12.809 €	9.161 €	9.608 €	7.059 €	7.210 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.090,68 €	5.420,25 €	0,00 €	0,00 €	3.603,73 €	4.768,66 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	106.853 €	208.205 €	212.238 €	141.899 €	141.731 €	77.473 €	78.388 €	82.148 €

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Stationsersetzende Leistungen wurden in allen Untersuchungsperspektiven nicht bzw. nur in sehr geringem Umfang in Anspruch genommen, sodass auf eine Ergebnisbeschreibung, Tabellen sowie Abbildungen verzichtet wird.

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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 95, Tabelle 97 und Abbildung 54) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 46,40 € größere Kosten als die KG mit 39,61 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.752,63 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.010,71 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 735,13 € signifikant (p=0,002) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 143,18 €. In der KG sanken die Kosten auf 43,04 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 316,44 € signifikant (p<0,001) stärker als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 96, Tabelle 98 und Abbildung 55) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 591,45 € höhere Kosten als die KG mit 441,80 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 716,39 €. In der KG stiegen die Kosten auf 544,75 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 22,00 € nicht signifikant (p=0,899) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 376,09 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 111,84 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 28,74 € nicht signifikant (p=0,829) schwächer als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 99 und Abbildung 56) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 26,57 € höhere Kosten als die KG mit 25,49 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 3.151,94 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.074,09 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 100, Tabelle 101 und Abbildung 57) hatte die IG im Präzeitraum mit

durchschnittlichen Kosten von 31,76 € größere Kosten als die KG mit 29,38 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2.647,51 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.001,71 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.643,42 € signifikant (p<0,001) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 437,08 €. In der KG sanken die Kosten auf 182,14 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 966,03 € signifikant (p<0,001) stärker als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 102 und Abbildung 58) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 35,65 € mehr Kosten als die KG mit 19,07 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 2.440,47 €. In der KG stiegen die Kosten auf 890,24 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 204,61 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 83,14 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 103 und Abbildung 59) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 529,94 € mehr Kosten als die KG mit 401,14 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 917,73 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 577,62 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 244,28 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 106,38 €.

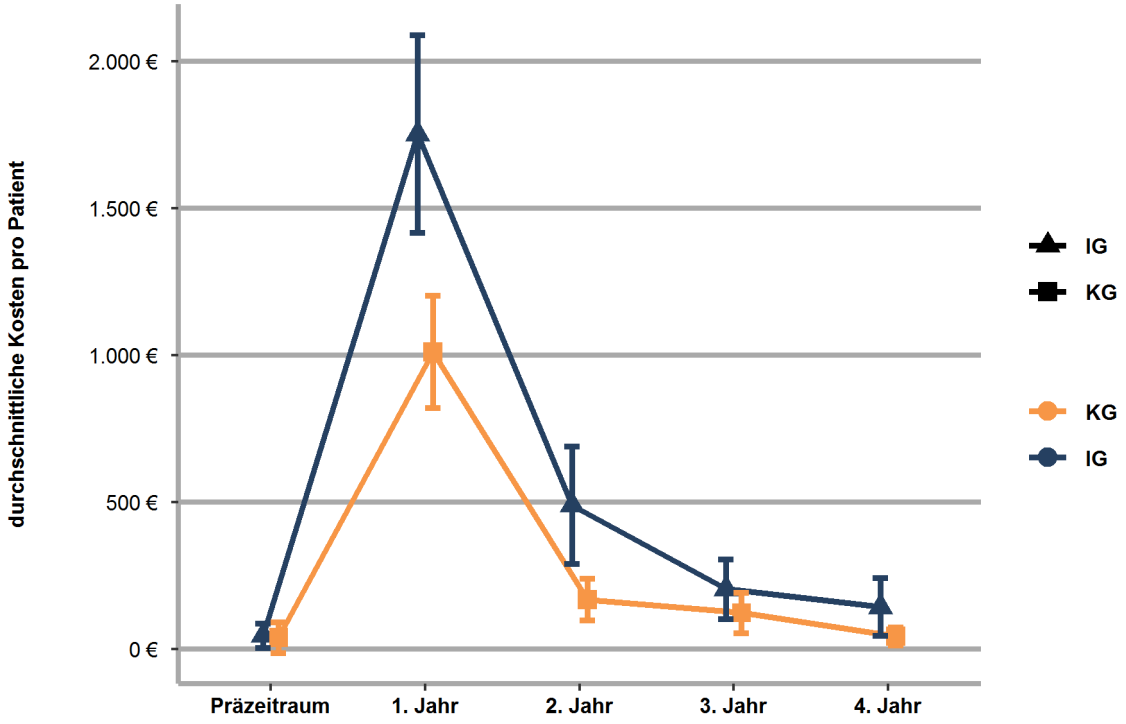
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 95: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	< 10	107	24	14	< 10	< 10	91	19	12	< 10
Mittelwert	**46,40 €**	**1.752,63 €**	**489,50 €**	**204,22 €**	**143,18 €**	**39,61 €**	**1.010,71 €**	**168,11 €**	**123,38 €**	**43,04 €**
Standardabweichung	605,76 €	4.907,66 €	2.869,95 €	1.435,65 €	1.373,45 €	748,48 €	2.748,47 €	1.008,04 €	971,11 €	419,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	10.512 €	53.729 €	29.913 €	15.322 €	16.927 €	16.923 €	21.626 €	11.701 €	11.518 €	5.677 €

Abbildung 54: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 96: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	52	49	20	15	< 10	44	60	22	12	13
Mittelwert	**591,45 €**	**716,39 €**	**295,51 €**	**266,93 €**	**376,09 €**	**441,80 €**	**544,75 €**	**162,49 €**	**110,76 €**	**111,84 €**
Standardabweichung	2.266,61 €	2.883,86 €	2.238,10 €	2.425,07 €	4.073,09 €	1.818,45 €	1.955,58 €	1.063,43 €	895,67 €	875,92 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	16.666 €	30.789 €	36.824 €	37.590 €	77.628 €	15.917 €	16.926 €	17.051 €	11.672 €	13.204 €

Abbildung 55: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

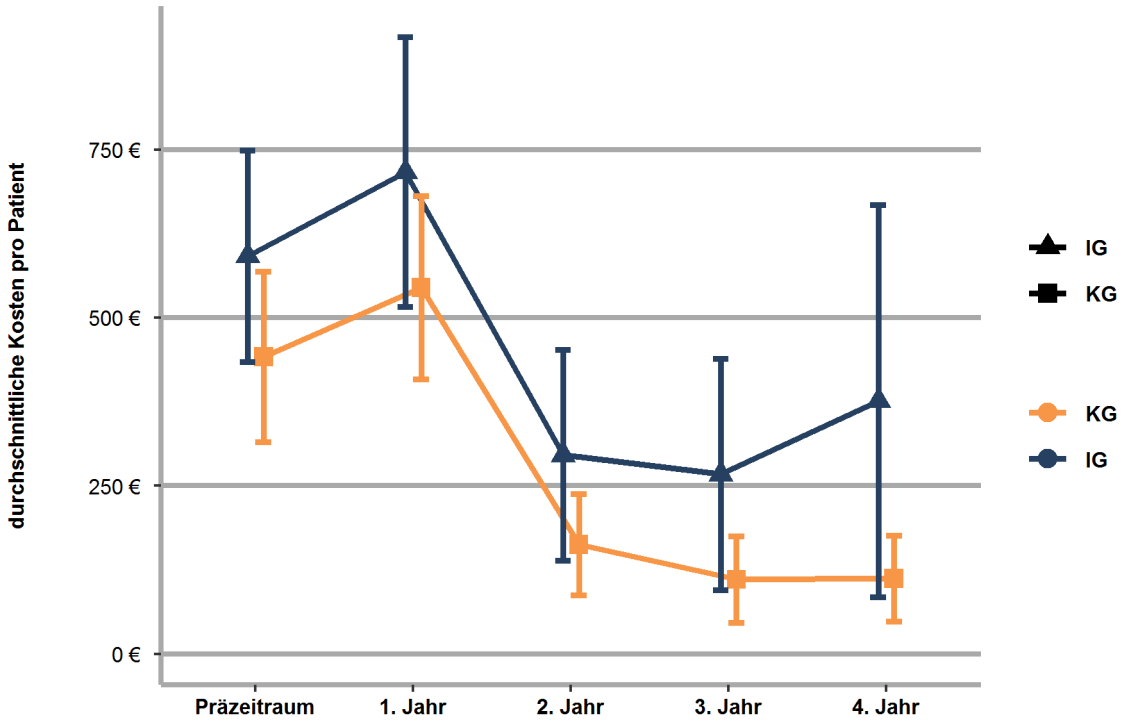


Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	39,61 €	0,210	39,61 €	0,211	230,72 €	0,053
IG (vs. KG)	6,79 €	0,867	6,79 €	0,867	-3,79 €	0,911
Post (vs. Prä)	305,95 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	316,44 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			971,10 €	<0,001	921,66 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			128,50 €	0,017	69,89 €	0,180
3. Jahr (vs. Prä)			83,77 €	0,113	12,85 €	0,803
4. Jahr (vs. Prä)			3,43 €	0,926	-72,26 €	0,037
IG x Jahr 1 (DiD)			735,13 €	0,002	770,00 €	0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			314,60 €	0,020	346,05 €	0,010
IG x Jahr 3 (DiD)			74,05 €	0,385	106,12 €	0,190
IG x Jahr 4 (DiD)			93,36 €	0,212	123,70 €	0,074
Alter (30-47 J. vs. U30)					-52,48 €	0,685
Alter (48-64 J. vs. U30)					-141,10 €	0,238
Alter (Ü64 vs. U30)					-572,55 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					7,24 €	0,916
F 00 (Demenz)					-92,19 €	0,470
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-92,32 €	0,276
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-108,87 €	0,148
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-133,98 €	0,194
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-493,64 €	0,002
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-288,25 €	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					24,91 €	0,869
F 30-39 (Affektive Störungen)					209,68 €	0,028
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					110,47 €	0,320
F 45 (Somatoforme Störungen)					-182,51 €	0,040
F 40-48 (ohne F43 und F45)					105,38 €	0,611
F 50 (Essstörungen)					308,26 €	0,673
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					237,38 €	0,367
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-439,66 €	0,007
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					495,69 €	0,463
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-238,35 €	0,285
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					69,31 €	0,314
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.823,65 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-47,69 €	0,593
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-92,69 €	0,003
R^2		0,011		0,057		0,086

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 98: 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	441,80 €	<0,001	441,80 €	<0,001	128,83 €	0,485
IG (vs. KG)	149,64 €	0,223	149,64 €	0,223	47,02 €	0,485
Post (vs. Prä)	-203,93 €	0,011				
IG x Post (DiD)	28,74 €	0,829				
1. Jahr (vs. Prä)			102,94 €	0,353	560,87 €	0,003
2. Jahr (vs. Prä)			-279,31 €	0,002	170,57 €	0,317
3. Jahr (vs. Prä)			-331,04 €	<0,001	111,66 €	0,507
4. Jahr (vs. Prä)			-329,97 €	<0,001	106,68 €	0,526
IG x Jahr 1 (DiD)			22,00 €	0,899	108,25 €	0,495
IG x Jahr 2 (DiD)			-16,62 €	0,918	78,26 €	0,533
IG x Jahr 3 (DiD)			6,53 €	0,967	104,29 €	0,411
IG x Jahr 4 (DiD)			114,61 €	0,591	215,69 €	0,259
Alter (30-47 J. vs. U30)					143,16 €	0,183
Alter (48-64 J. vs. U30)					-56,56 €	0,544
Alter (Ü64 vs. U30)					-351,37 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-117,57 €	0,119
F 00 (Demenz)					62,29 €	0,331
F 01 (Vaskuläre Demenz)					40,86 €	0,503
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-66,15 €	0,651
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-196,05 €	0,054
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-307,75 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-137,00 €	0,122
F 30-39 (Affektive Störungen)					164,74 €	0,023
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-4,64 €	0,962
F 45 (Somatoforme Störungen)					-73,93 €	0,432
F 40-48 (ohne F43 und F45)					230,08 €	0,224
F 50 (Essstörungen)					-274,43 €	0,028
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					29,14 €	0,857
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-79,19 €	0,420
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-316,96 €	0,011
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-128,81 €	0,542
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-110,81 €	0,214
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.900,69 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-88,63 €	0,342
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					103,40 €	0,442
R^2		0,003		0,008		0,133

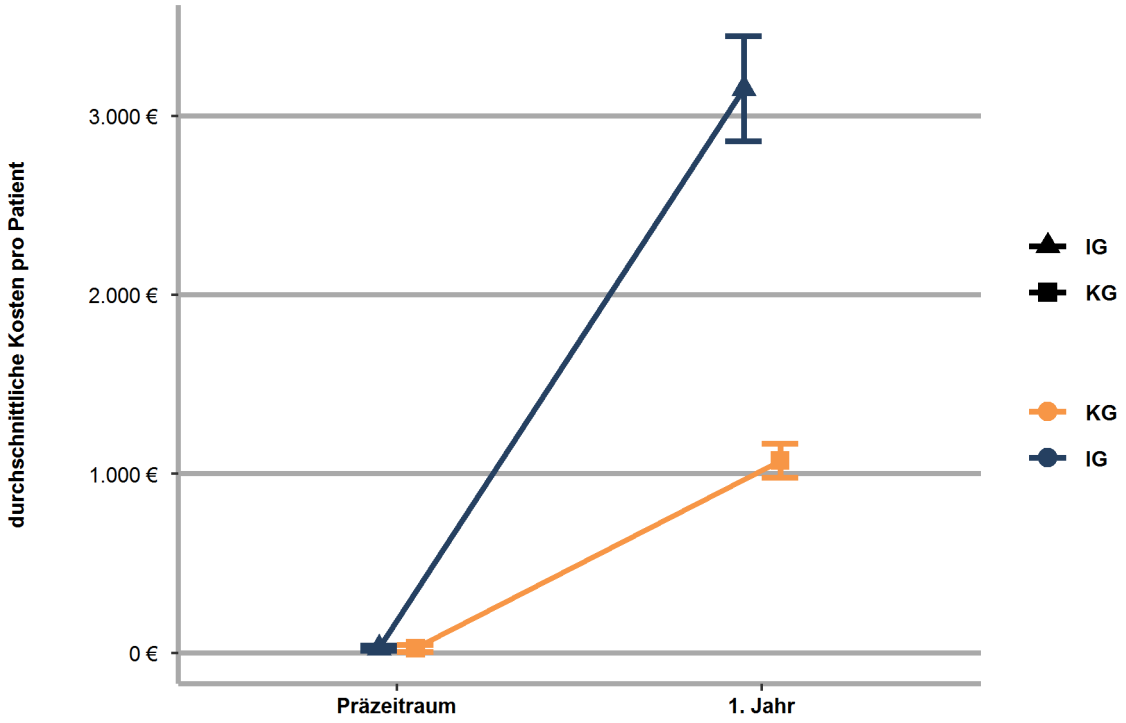
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	**IG**		**KG**	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	13	482	< 10	424
Mittelwert	**26,57 €**	**3.151,94 €**	**25,49 €**	**1.074,09 €**
Standardabweichung	412,18 €	8.748,41 €	626,48 €	2.817,26 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	10.512 €	87.678 €	23.075 €	22.317 €

Abbildung 56: 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 100: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	12	348	62	< 10	297	58
Mittelwert	**31,76 €**	**2.647,51 €**	**437,08 €**	**29,38 €**	**1.001,71 €**	**182,14 €**
Standardabweichung	447,87 €	7.338,84 €	3.278,89 €	700,26 €	2.714,38 €	1.250,24 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	10.512 €	64.351 €	57.900 €	23.075 €	21.626 €	27.667 €

Abbildung 57: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

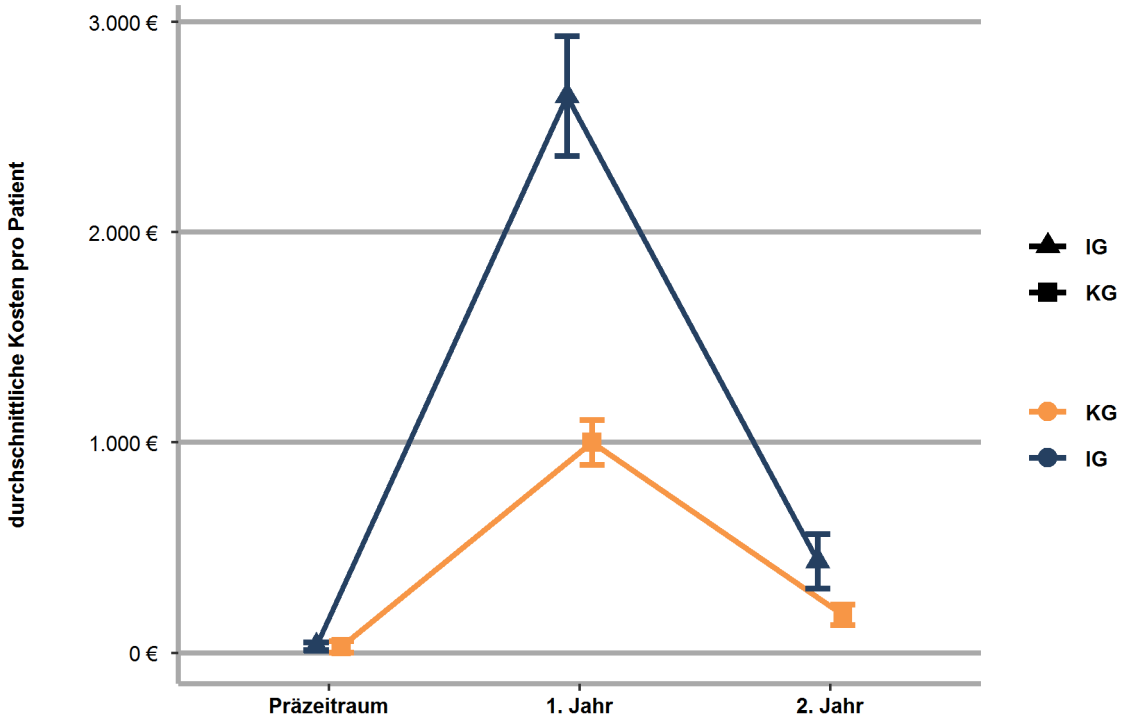


Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	29,38 €	0,076	29,38 €	0,076	148,67 €	0,270
IG (vs. KG)	2,38 €	0,904	2,38 €	0,904	-7,43 €	0,772
Post (vs. Prä)	568,36 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	966,03 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			972,33 €	<0,001	839,49 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			152,77 €	<0,001	5,06 €	0,910
IG x Jahr 1 (DiD)			1.643,42 €	<0,001	1.657,06 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			252,55 €	0,003	254,67 €	0,003
Alter (30-47 J. vs. U30)					-131,82 €	0,273
Alter (48-64 J. vs. U30)					-143,31 €	0,242
Alter (Ü64 vs. U30)					-879,62 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					135,04 €	0,062
F 00 (Demenz)					-13,83 €	0,918
F 01 (Vaskuläre Demenz)					1,36 €	0,989
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-230,64 €	0,290
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-7,99 €	0,937
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-289,64 €	0,129
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-402,68 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-108,35 €	0,400
F 30-39 (Affektive Störungen)					623,59 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-80,80 €	0,495
F 45 (Somatoforme Störungen)					-253,90 €	0,010
F 40-48 (ohne F43 und F45)					403,13 €	0,094
F 50 (Essstörungen)					2.095,01 €	0,167
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					692,08 €	0,116
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-596,03 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					459,69 €	0,480
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-194,30 €	0,662
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					76,22 €	0,117
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.256,62 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					48,46 €	0,629
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-191,47 €	<0,001
R^2		0,030		0,065		0,094

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

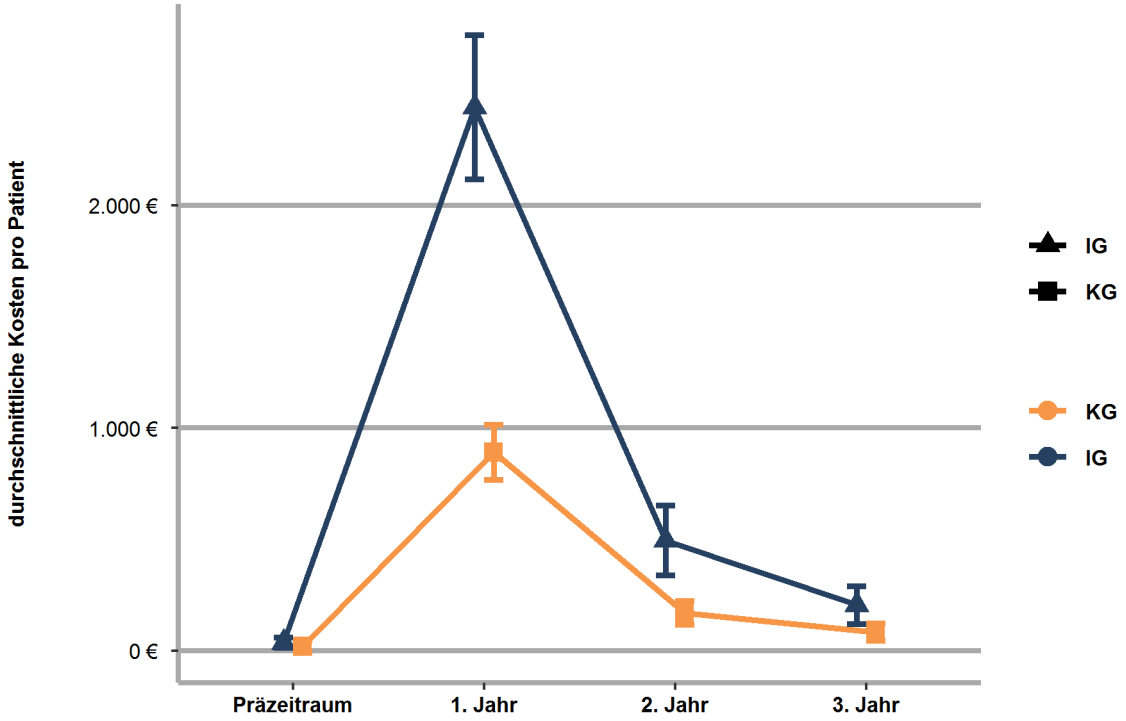
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 102: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	< 10	230	48	25	< 10	173	36	18
Mittelwert	**35,65 €**	**2.440,47 €**	**494,99 €**	**204,61 €**	**19,07 €**	**890,24 €**	**169,20 €**	**83,14 €**
Standardabweichung	486,86 €	6.715,85 €	3.209,70 €	1.683,15 €	519,51 €	2.568,20 €	1.084,93 €	777,31 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	10.512 €	53.729 €	50.767 €	29.919 €	16.923 €	21.626 €	12.465 €	11.518 €

Abbildung 58: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

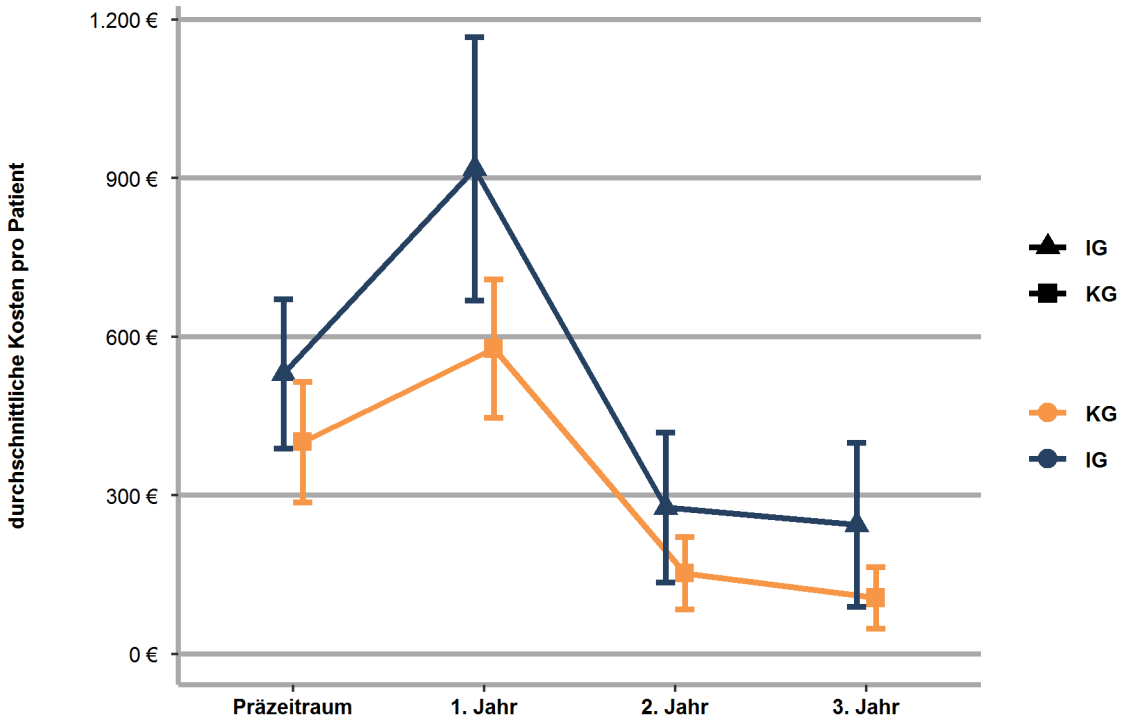


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 103: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	52	58	21	16	45	70	23	14
Mittelwert	**529,94 €**	**917,73 €**	**276,74 €**	**244,28 €**	**401,14 €**	**577,62 €**	**152,68 €**	**106,38 €**
Standardabweichung	2.152,91 €	3.778,55 €	2.139,64 €	2.301,67 €	1.730,51 €	1.993,36 €	1.021,54 €	857,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	16.666 €	33.680 €	36.824 €	37.590 €	15.917 €	16.926 €	17.051 €	11.672 €

Abbildung 59: 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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 104, Tabelle 106 und Abbildung 60) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 24,45 € geringere Kosten als die KG mit 31,25 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 573,39 €. In der KG stiegen die Kosten auf 315,91 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 264,29 € signifikant (p=0,002) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 215,55 €. In der KG sanken die Kosten auf 109,70 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 172,76 € signifikant (p<0,001) stärker als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 105, Tabelle 107 und Abbildung 61) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 479,66 € größere Kosten als die KG mit 397,22 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.312,72 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 612,91 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 617,37 € signifikant (p=0,002) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.158,83 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 412,01 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 621,55 € signifikant (p<0,001) stärker als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 62) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 18,88 € geringere Kosten als die KG mit 20,44 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 854,84 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 306,28 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 109, Tabelle 110 und Abbildung 63) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 17,67 € weniger Kosten als die KG mit 20,96 €. Im ersten

Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 867,00 €. In der KG stiegen die Kosten auf 307,03 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 563,26 € signifikant (p<0,001) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 377,49 €. In der KG sanken die Kosten auf 149,27 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 401,55 € signifikant (p<0,001) stärker als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 64) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 20,49 € niedrigere Kosten als die KG mit 23,83 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 858,47 €. In der KG stiegen die Kosten auf 309,93 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 267,29 €. In der KG sanken die Kosten auf 137,10 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 65) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 472,64 € mehr Kosten als die KG mit 374,99 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.256,07 €. In der KG stiegen die Kosten auf 592,57 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 962,98 €. In der KG sanken die Kosten auf 399,81 €.

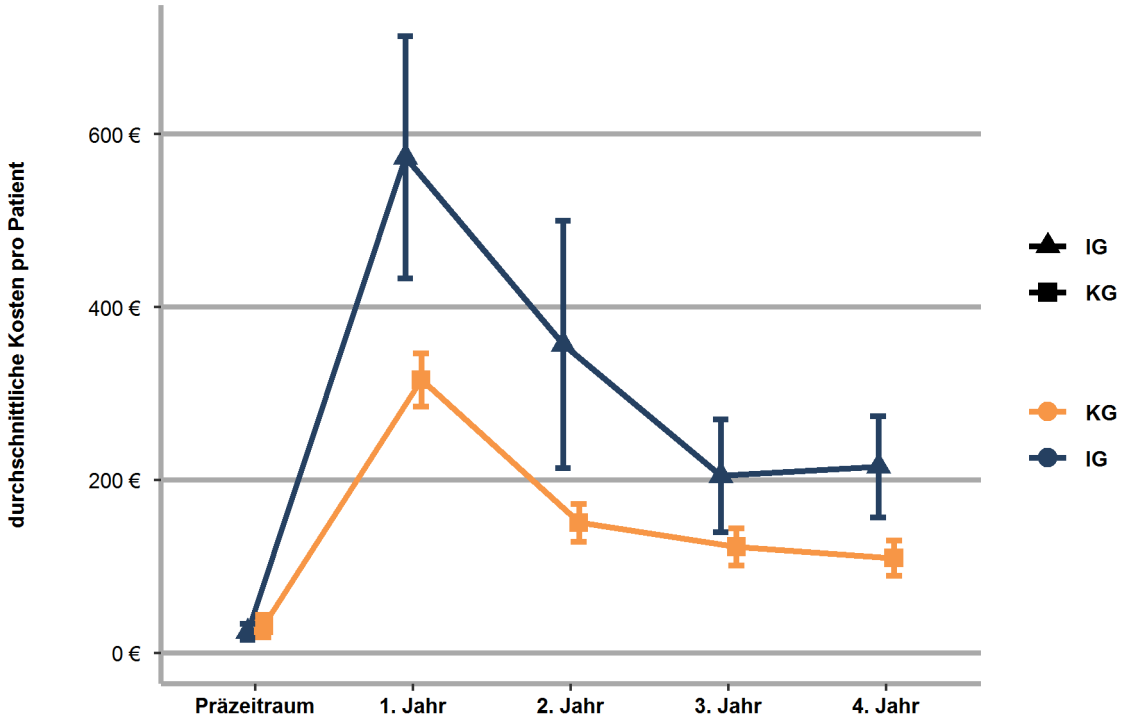
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 104: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	30	444	126	104	105	25	400	147	112	97
Mittelwert	24,45 €	573,39 €	356,83 €	204,93 €	215,55 €	31,25 €	315,91 €	150,62 €	122,67 €	109,70 €
Standardabweichung	139,39 €	2.046,56 €	2.049,36 €	924,00 €	818,04 €	182,08 €	442,39 €	311,87 €	298,20 €	280,08 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	38,47 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	91,98 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	146,98 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	317,17 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	488,07 €	77,35 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.405 €	24.774 €	30.878 €	15.855 €	9.193 €	1.776 €	6.141 €	1.752 €	1.968 €	1.463 €

Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 105: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	451	492	387	346	329	424	501	371	299	271
Mittelwert	479,66 €	1.312,72 €	1.270,98 €	1.013,16 €	1.158,83 €	397,22 €	612,91 €	492,03 €	419,56 €	412,01 €
Standardabweichung	564,73 €	4.636,54 €	3.939,20 €	2.287,60 €	2.841,96 €	345,55 €	434,45 €	458,83 €	449,23 €	467,59 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	201,32 €	183,96 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,02 €	236,77 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	461,92 €	469,64 €	389,07 €	353,24 €	323,00 €	309,79 €	619,58 €	461,92 €	243,87 €	163,42 €
75%-Perzentil	805,28 €	918,57 €	944,08 €	961,18 €	1.042,00 €	710,31 €	947,08 €	915,01 €	848,00 €	859,51 €
Maximum	10.705 €	62.580 €	53.358 €	19.922 €	30.278 €	1.318 €	2.447 €	2.028 €	1.518 €	1.580 €

Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

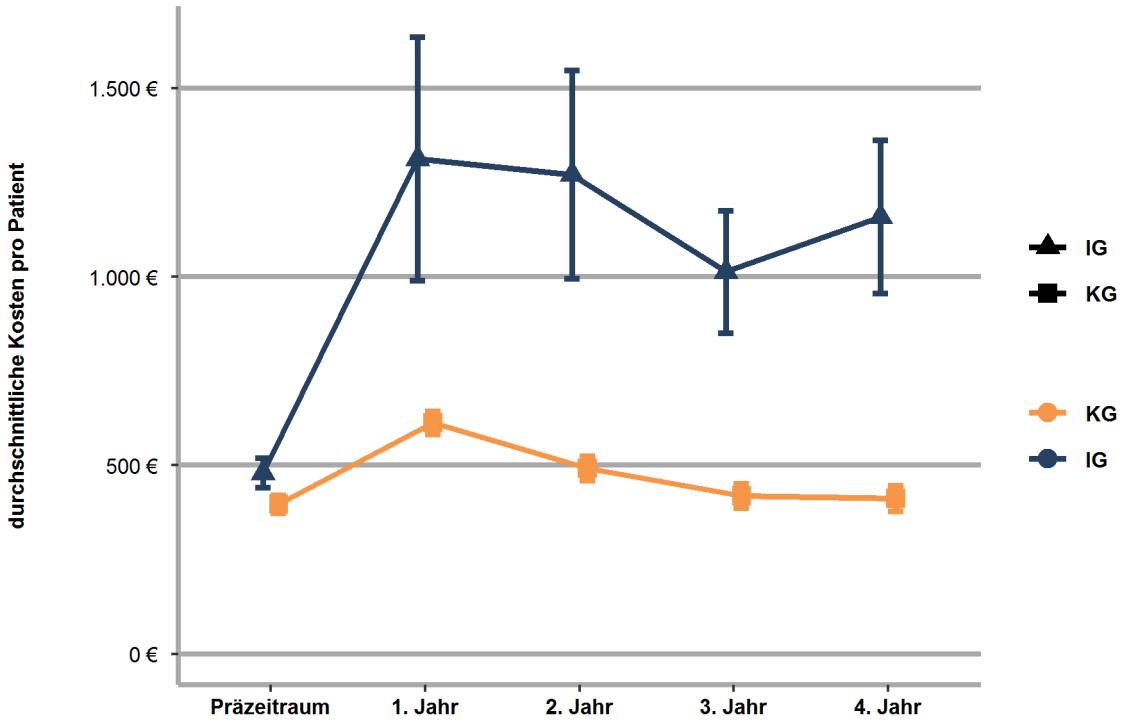


Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	31,25 €	<0,001	31,25 €	<0,001	-89,69 €	0,228
IG (vs. KG)	-6,80 €	0,480	-6,80 €	0,480	-2,35 €	0,804
Post (vs. Prä)	145,51 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	172,76 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			284,66 €	<0,001	295,02 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			119,37 €	<0,001	128,68 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			91,42 €	<0,001	98,46 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			78,45 €	<0,001	84,89 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			264,29 €	0,002	266,76 €	0,002
IG x Jahr 2 (DiD)			213,02 €	0,015	215,12 €	0,015
IG x Jahr 3 (DiD)			89,06 €	0,032	91,90 €	0,027
IG x Jahr 4 (DiD)			112,65 €	0,003	114,68 €	0,002
Alter (30-47 J. vs. U30)					90,54 €	0,070
Alter (48-64 J. vs. U30)					89,93 €	0,031
Alter (Ü64 vs. U30)					-11,69 €	0,789
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-34,26 €	0,360
F 00 (Demenz)					52,87 €	0,594
F 01 (Vaskuläre Demenz)					38,29 €	0,599
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-202,64 €	0,149
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-48,94 €	0,477
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					230,98 €	0,260
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-64,47 €	0,326
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					313,48 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					77,60 €	0,164
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					133,91 €	0,107
F 45 (Somatoforme Störungen)					-8,78 €	0,881
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-59,60 €	0,277
F 50 (Essstörungen)					77,79 €	0,728
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					179,44 €	0,266
F 70-79 (Intelligenzstörung)					15,78 €	0,894
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					45,86 €	0,712
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-58,14 €	0,326
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-9,79 €	0,635
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-94,65 €	0,357
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					514,26 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-13,47 €	0,376
R^2		0,013		0,024		0,039

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 107: 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	397,22 €	<0,001	397,22 €	<0,001	-421,10 €	0,001
IG (vs. KG)	82,44 €	0,003	82,44 €	0,003	36,12 €	0,198
Post (vs. Prä)	89,59 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	621,55 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			215,69 €	<0,001	610,49 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			94,80 €	<0,001	481,24 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			22,34 €	0,239	402,56 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			14,78 €	0,472	391,20 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			617,37 €	0,002	638,12 €	0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			696,52 €	<0,001	723,68 €	<0,001
IG x Jahr 3 (DiD)			511,16 €	<0,001	542,02 €	<0,001
IG x Jahr 4 (DiD)			664,39 €	<0,001	698,31 €	<0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					399,05 €	0,008
Alter (48-64 J. vs. U30)					393,46 €	0,003
Alter (Ü64 vs. U30)					261,06 €	0,048
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-21,97 €	0,802
F 00 (Demenz)					-223,84 €	0,229
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-65,98 €	0,708
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-114,76 €	0,732
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-331,81 €	0,097
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-261,56 €	0,006
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					415,59 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					69,84 €	0,512
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					103,24 €	0,573
F 45 (Somatoforme Störungen)					-77,25 €	0,522
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-195,43 €	0,100
F 50 (Essstörungen)					-100,79 €	0,667
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					557,88 €	0,012
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-44,24 €	0,745
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					232,79 €	0,540
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-142,08 €	0,494
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-23,19 €	0,491
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-73,14 €	0,177
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					419,56 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					96,48 €	0,059
R^2		0,023		0,025		0,041

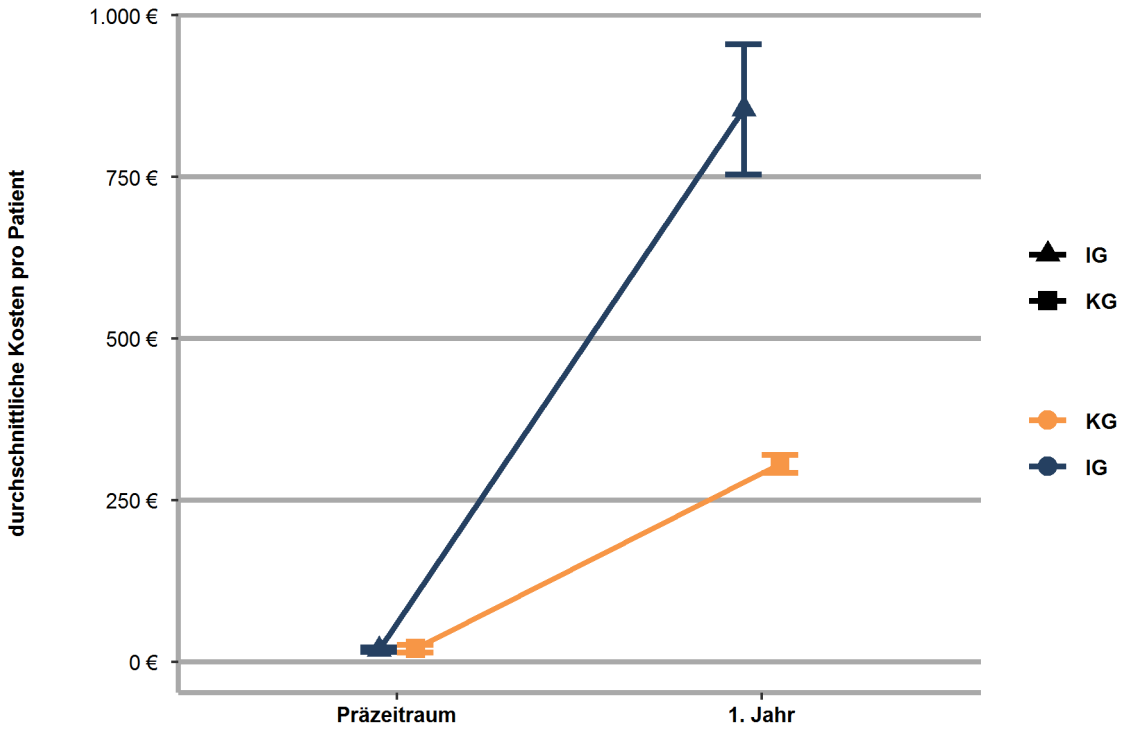
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 108: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	108	1.972	87	1.758
Mittelwert	**18,88 €**	**854,84 €**	**20,44 €**	**306,28 €**
Standardabweichung	114,09 €	2.995,93 €	164,20 €	413,40 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	90,08 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	159,28 €	0,00 €	81,71 €
75%-Perzentil	0,00 €	480,38 €	0,00 €	461,92 €
Maximum	1.405 €	56.258 €	3.689 €	6.141 €

Abbildung 62: 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 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	74	1.449	385	66	1.291	440
Mittelwert	17,67 €	867,00 €	377,49 €	20,96 €	307,03 €	149,27 €
Standardabweichung	110,69 €	3.249,24 €	1.956,88 €	155,30 €	419,41 €	355,04 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	90,08 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	127,09 €	0,00 €	0,00 €	87,39 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	413,68 €	0,00 €	0,00 €	473,54 €	73,02 €
Maximum	1.405 €	56.258 €	39.244 €	3.689 €	6.141 €	6.403 €

Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

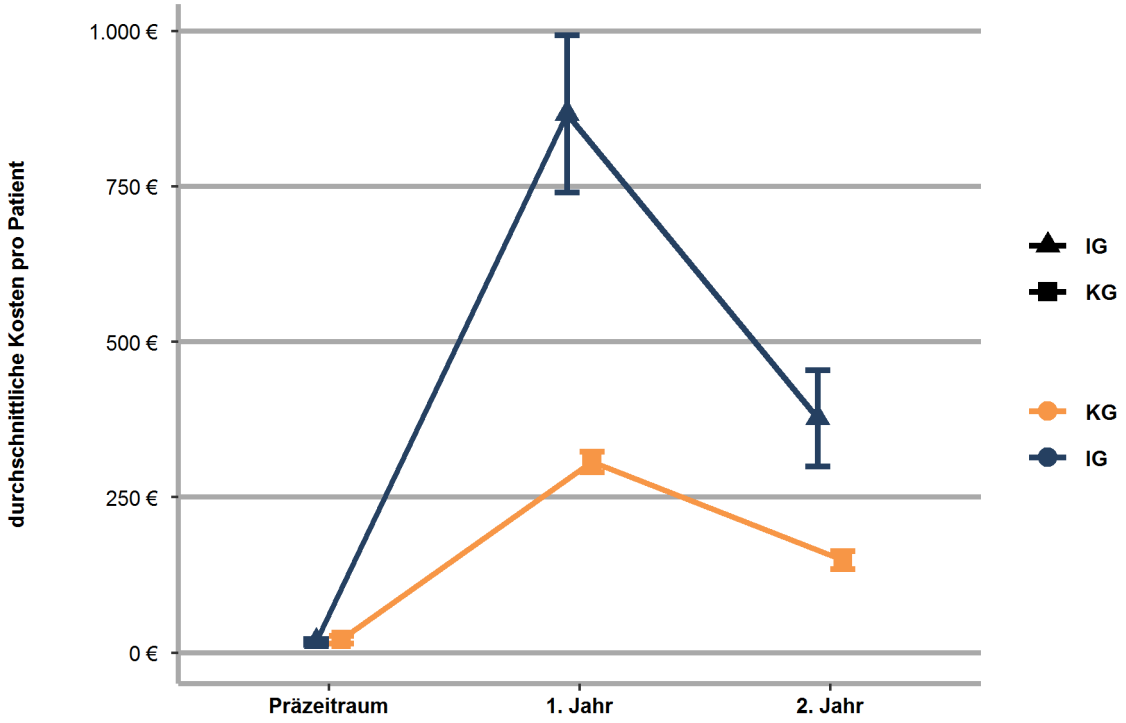


Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	20,96 €	<0,001	20,96 €	<0,001	-137,77 €	0,015
IG (vs. KG)	-3,29 €	0,465	-3,29 €	0,465	-3,46 €	0,470
Post (vs. Prä)	208,31 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	401,55 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			286,07 €	<0,001	274,14 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			128,31 €	<0,001	114,45 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			563,26 €	<0,001	563,63 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			231,51 €	<0,001	230,18 €	<0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					86,13 €	0,054
Alter (48-64 J. vs. U30)					89,48 €	0,010
Alter (Ü64 vs. U30)					9,56 €	0,798
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					24,25 €	0,454
F 00 (Demenz)					-42,85 €	0,512
F 01 (Vaskuläre Demenz)					45,88 €	0,590
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-298,06 €	0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-78,75 €	0,181
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-71,61 €	0,441
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					40,24 €	0,590
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					214,08 €	0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					144,45 €	0,009
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					53,19 €	0,325
F 45 (Somatoforme Störungen)					-40,23 €	0,387
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-58,95 €	0,325
F 50 (Essstörungen)					86,62 €	0,606
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					193,87 €	0,127
F 70-79 (Intelligenzstörung)					155,68 €	0,061
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					23,12 €	0,861
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-102,09 €	0,110
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-21,59 €	0,156
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-60,47 €	0,332
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					454,84 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-31,75 €	0,002
R^2		0,025		0,034		0,039

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

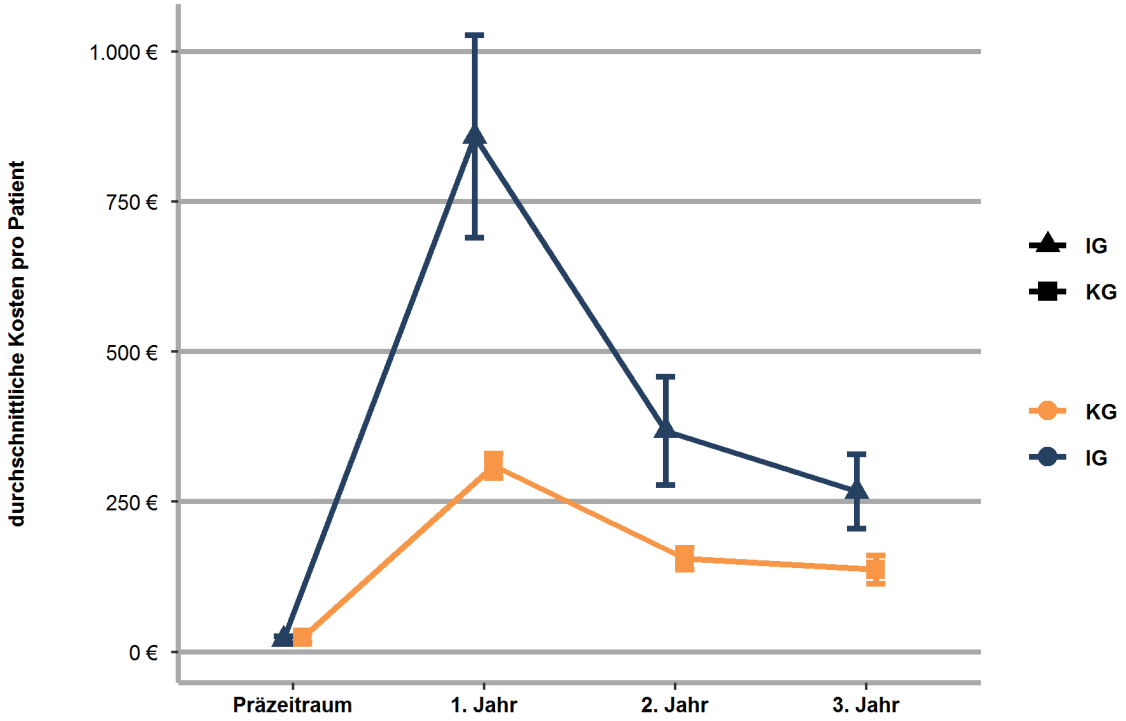
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 111: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	53	918	253	215	41	840	301	228
Mittelwert	**20,49 €**	**858,47 €**	**368,25 €**	**267,29 €**	**23,83 €**	**309,93 €**	**155,08 €**	**137,10 €**
Standardabweichung	123,12 €	3.498,06 €	1.821,35 €	1.238,59 €	178,50 €	413,82 €	367,26 €	478,23 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	79,64 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	103,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	146,98 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	388,88 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	473,54 €	77,36 €	0,00 €
Maximum	1.405 €	56.258 €	30.878 €	15.855 €	3.689 €	6.141 €	6.403 €	10.260 €

Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

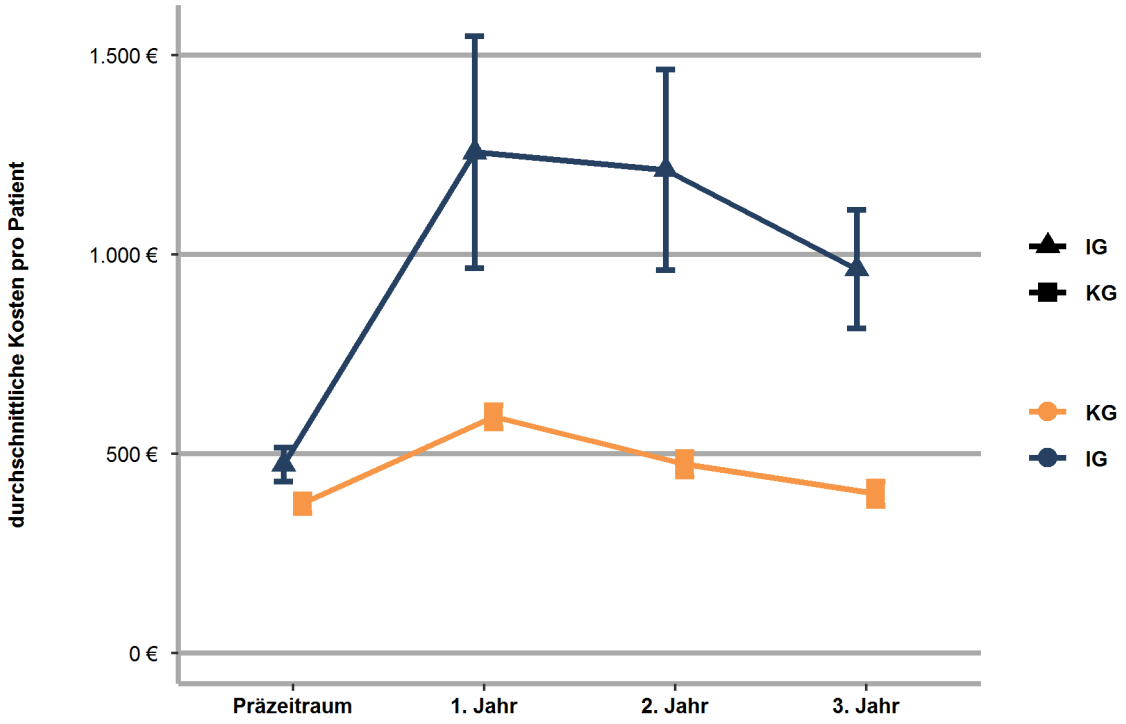


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 112: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	476	541	410	370	452	552	399	322
Mittelwert	**472,64 €**	**1.256,07 €**	**1.211,67 €**	**962,98 €**	**374,99 €**	**592,57 €**	**473,91 €**	**399,81 €**
Standardabweichung	653,67 €	4.419,68 €	3.791,86 €	2.204,10 €	351,65 €	435,83 €	459,78 €	445,80 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	91,98 €	130,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	230,96 €	0,00 €	0,00 €
Median	402,64 €	447,56 €	323,52 €	307,25 €	264,02 €	575,24 €	392,10 €	161,16 €
75%-Perzentil	805,28 €	911,55 €	936,52 €	936,12 €	710,31 €	947,08 €	856,13 €	829,66 €
Maximum	10.705 €	62.580 €	53.358 €	19.922 €	1.866 €	2.447 €	2.028 €	1.518 €

Abbildung 65: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger 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)

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 113, Tabelle 115 und Abbildung 66) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 0,88 € niedrigere Kosten als die KG mit 4,03 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 14,06 €. In der KG stiegen die Kosten auf 11,90 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 5,31 € nicht signifikant (p=0,533) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 0,41 €. In der KG sanken die Kosten auf 0,07 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 6,54 € nicht signifikant (p=0,182) stärker als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 114, Tabelle 116 und Abbildung 67) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 0,53 € weniger Kosten als die KG mit 2,26 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1,16 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 9,24 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 6,36 € nicht signifikant (p=0,297) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 3,07 €. In der KG sanken die Kosten auf 1,50 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 0,81 € nicht signifikant (p=0,775) schwächer als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 117 und Abbildung 68) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3,09 € größere Kosten als die KG mit 1,63 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 7,53 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 4,11 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 118, Tabelle 119 und Abbildung 69) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3,61 € größere Kosten als die KG mit 1,30 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 7,32 €. In der KG stiegen die Kosten auf 4,87 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,15 € nicht signifikant (p=0,969) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 4,99 €. In der KG sanken die Kosten auf 1,52 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 0,66 € nicht signifikant (p=0,848) stärker als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 120 und Abbildung 70) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4,81 € mehr Kosten als die KG mit 1,94 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9,48 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6,53 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2,56 €. In der KG sanken die Kosten auf 0,48 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 121 und Abbildung 71) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2,14 € weniger Kosten als die KG mit 10,56 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2,49 €. In der KG sanken die Kosten auf 9,52 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 0,05 €. In der KG sanken die Kosten auf 0,86 €.

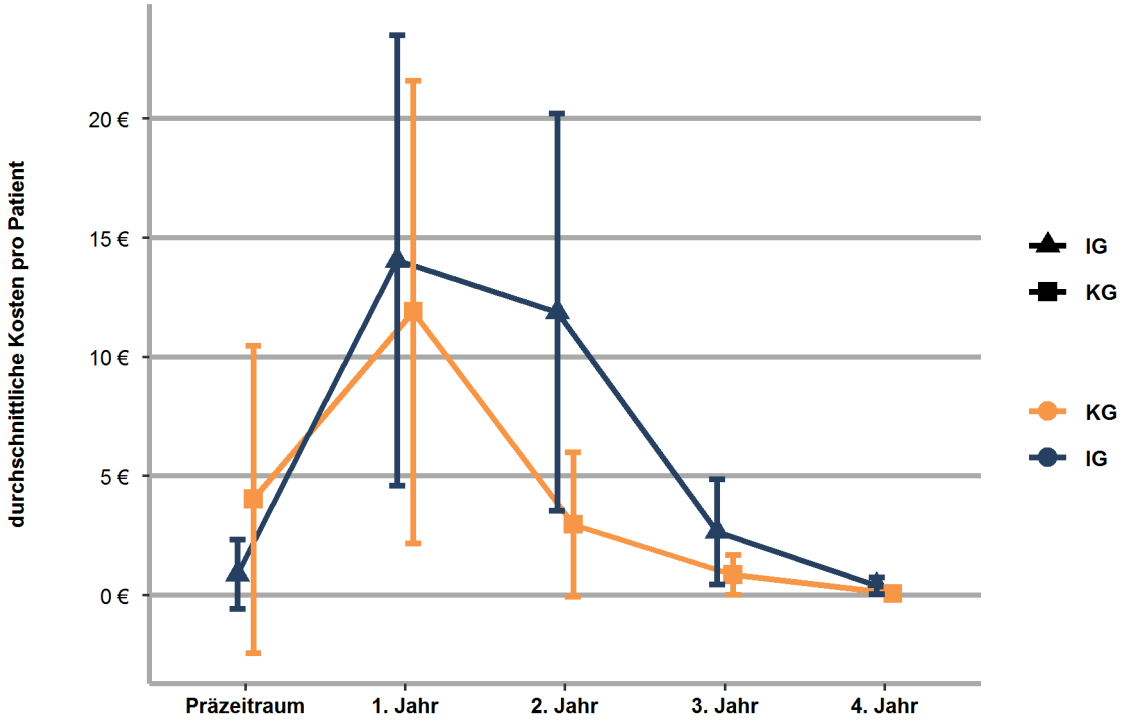
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 113: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	< 10	10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**0,88 €**	**14,06 €**	**11,89 €**	**2,67 €**	**0,41 €**	**4,03 €**	**11,90 €**	**2,97 €**	**0,86 €**	**0,07 €**
Standardabweichung	21,21 €	138,17 €	119,55 €	31,23 €	4,87 €	92,75 €	139,76 €	43,15 €	11,63 €	1,57 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	510,30 €	1.871,70 €	1.793,59 €	544,68 €	84,60 €	2.193,99 €	2.599,54 €	798,57 €	191,71 €	35,80 €

Abbildung 66: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 114: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**0,53 €**	**1,16 €**	**1,98 €**	**0,06 €**	**3,07 €**	**2,26 €**	**9,24 €**	**4,26 €**	**0,96 €**	**1,50 €**
Standardabweichung	9,18 €	17,24 €	26,75 €	0,96 €	31,64 €	34,18 €	138,60 €	79,61 €	15,66 €	24,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	189,18 €	307,43 €	500,83 €	19,18 €	419,69 €	689,56 €	2.847,65 €	1.774,60 €	317,17 €	491,03 €

Abbildung 67: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

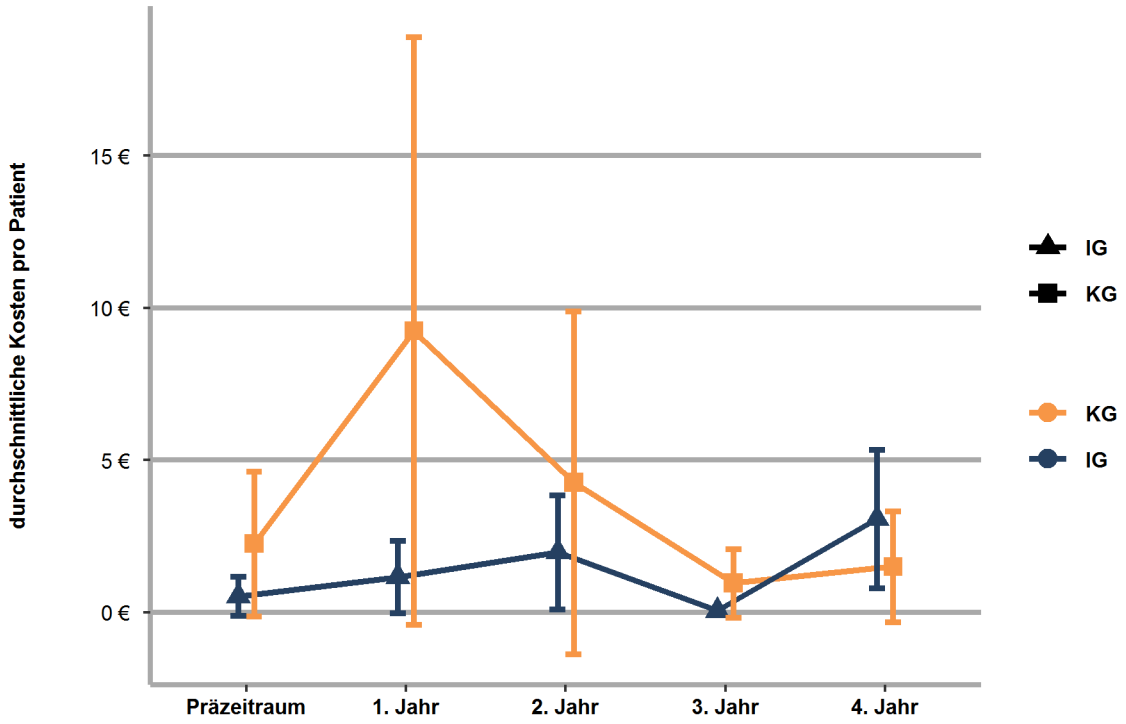


Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	4,03 €	0,303	4,03 €	0,304	6,51 €	0,379
IG (vs. KG)	-3,15 €	0,433	-3,15 €	0,433	-2,97 €	0,435
Post (vs. Prä)	0,03 €	0,993				
IG x Post (DiD)	6,54 €	0,182				
1. Jahr (vs. Prä)			7,87 €	0,210	7,05 €	0,235
2. Jahr (vs. Prä)			-1,06 €	0,806	-1,98 €	0,582
3. Jahr (vs. Prä)			-3,18 €	0,422	-4,20 €	0,202
4. Jahr (vs. Prä)			-3,96 €	0,312	-5,07 €	0,126
IG x Jahr 1 (DiD)			5,31 €	0,533	5,28 €	0,535
IG x Jahr 2 (DiD)			12,07 €	0,073	11,95 €	0,072
IG x Jahr 3 (DiD)			4,97 €	0,245	4,85 €	0,238
IG x Jahr 4 (DiD)			3,49 €	0,385	3,33 €	0,386
Alter (30-47 J. vs. U30)					-4,91 €	0,330
Alter (48-64 J. vs. U30)					-4,54 €	0,385
Alter (Ü64 vs. U30)					-10,34 €	0,037
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					0,56 €	0,860
F 00 (Demenz)					-0,08 €	0,985
F 01 (Vaskuläre Demenz)					2,52 €	0,459
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-0,99 €	0,806
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					1,32 €	0,679
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-3,74 €	0,226
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-0,66 €	0,907
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5,83 €	0,335
F 30-39 (Affektive Störungen)					1,17 €	0,746
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					7,18 €	0,256
F 45 (Somatoforme Störungen)					4,63 €	0,349
F 40-48 (ohne F43 und F45)					15,85 €	0,444
F 50 (Essstörungen)					-7,03 €	0,085
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-5,97 €	0,089
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-7,80 €	0,042
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-3,18 €	0,529
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-5,90 €	0,080
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,02 €	0,733
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-28,21 €	0,325
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					42,84 €	0,322
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2,79 €	0,381
R^2		<0,001		0,004		0,011

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 116: 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	2,26 €	0,119	2,26 €	0,119	-2,96 €	0,599
IG (vs. KG)	-1,73 €	0,249	-1,73 €	0,249	-1,97 €	0,222
Post (vs. Prä)	1,84 €	0,510				
IG x Post (DiD)	-0,81 €	0,775				
1. Jahr (vs. Prä)			6,99 €	0,247	8,13 €	0,114
2. Jahr (vs. Prä)			2,01 €	0,589	3,05 €	0,239
3. Jahr (vs. Prä)			-1,30 €	0,419	-0,31 €	0,850
4. Jahr (vs. Prä)			-0,76 €	0,679	0,20 €	0,915
IG x Jahr 1 (DiD)			-6,36 €	0,297	-6,39 €	0,301
IG x Jahr 2 (DiD)			-0,56 €	0,886	-0,51 €	0,897
IG x Jahr 3 (DiD)			0,82 €	0,618	0,90 €	0,603
IG x Jahr 4 (DiD)			3,29 €	0,134	3,39 €	0,132
Alter (30-47 J. vs. U30)					0,22 €	0,899
Alter (48-64 J. vs. U30)					1,93 €	0,471
Alter (Ü64 vs. U30)					-1,37 €	0,410
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1,97 €	0,287
F 00 (Demenz)					-0,05 €	0,985
F 01 (Vaskuläre Demenz)					0,63 €	0,846
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					0,14 €	0,947
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-0,88 €	0,722
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-0,69 €	0,707
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4,50 €	0,514
F 30-39 (Affektive Störungen)					2,62 €	0,601
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1,08 €	0,620
F 45 (Somatoforme Störungen)					0,12 €	0,951
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-3,55 €	0,054
F 50 (Essstörungen)					6,02 €	0,492
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1,89 €	0,503
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-3,21 €	0,030
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					0,72 €	0,705
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-3,23 €	0,077
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,15 €	0,902
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2,41 €	0,030
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,13 €	0,932
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1,49 €	0,113
R^2		<0,001		0,002		0,004

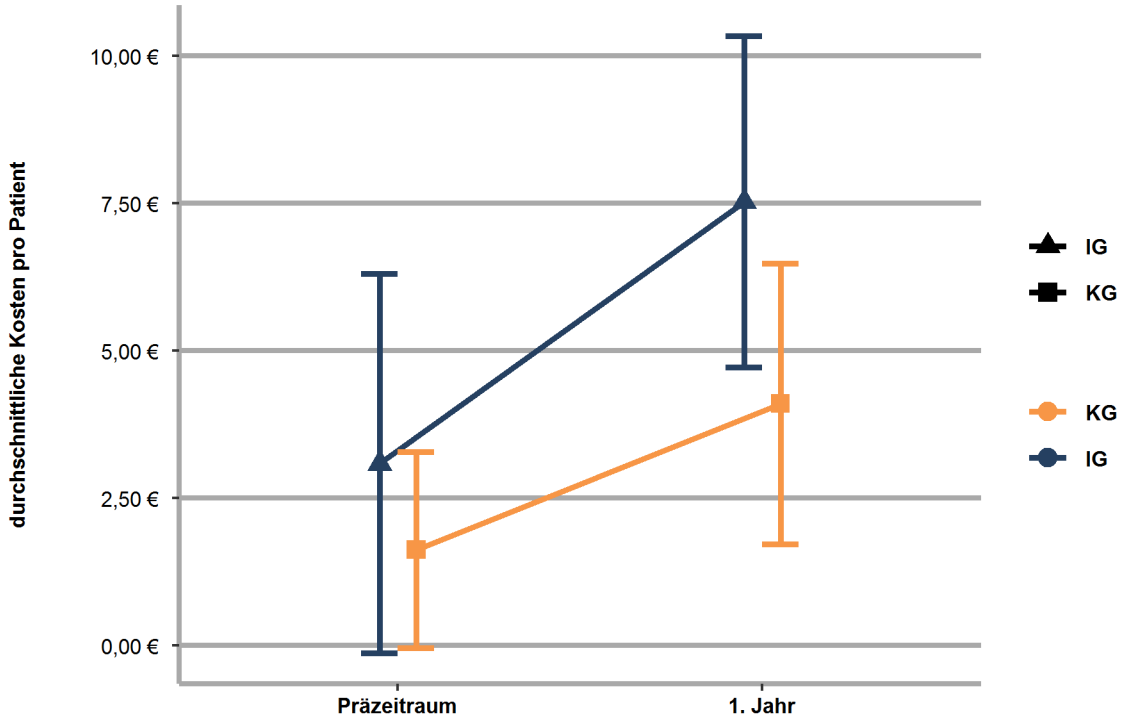
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 117: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	15	52	< 10	23
Mittelwert	**3,09 €**	**7,53 €**	**1,63 €**	**4,11 €**
Standardabweichung	95,99 €	83,96 €	49,66 €	71,14 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.618,63 €	1.871,70 €	2.193,99 €	2.599,54 €

Abbildung 68: 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 118: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	11	38	24	< 10	18	< 10
Mittelwert	**3,61 €**	**7,32 €**	**4,99 €**	**1,30 €**	**4,87 €**	**1,52 €**
Standardabweichung	110,42 €	84,73 €	70,31 €	51,91 €	80,68 €	29,29 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.618,63 €	1.871,70 €	1.793,59 €	2.193,99 €	2.599,54 €	798,57 €

Abbildung 69: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

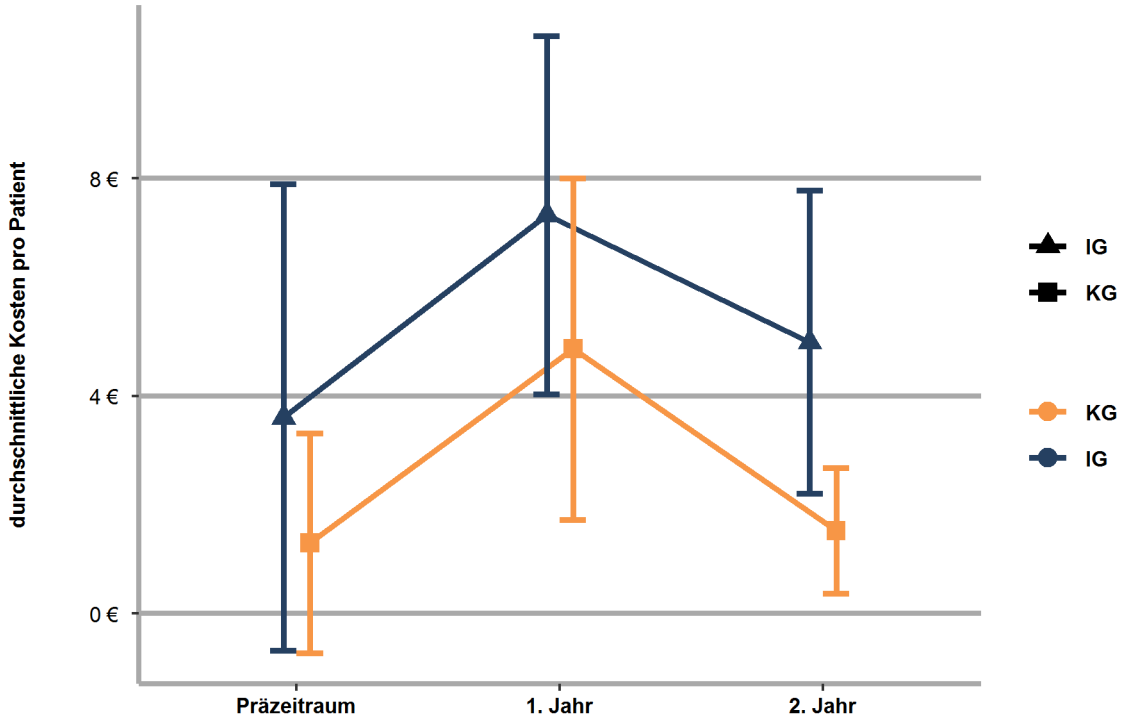


Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1,30 €	0,290	1,30 €	0,290	0,40 €	0,914
IG (vs. KG)	2,31 €	0,422	2,31 €	0,423	2,05 €	0,418
Post (vs. Prä)	1,92 €	0,222				
IG x Post (DiD)	0,66 €	0,848				
1. Jahr (vs. Prä)			3,57 €	0,077	4,23 €	0,034
2. Jahr (vs. Prä)			0,22 €	0,875	0,78 €	0,564
IG x Jahr 1 (DiD)			0,15 €	0,969	0,49 €	0,892
IG x Jahr 2 (DiD)			1,16 €	0,734	1,45 €	0,644
Alter (30-47 J. vs. U30)					-5,43 €	0,079
Alter (48-64 J. vs. U30)					-5,11 €	0,139
Alter (Ü64 vs. U30)					-7,68 €	0,006
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1,79 €	0,297
F 00 (Demenz)					2,59 €	0,276
F 01 (Vaskuläre Demenz)					2,76 €	0,263
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-2,76 €	0,248
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					2,33 €	0,282
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					0,00 €	0,998
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					2,56 €	0,474
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4,64 €	0,212
F 30-39 (Affektive Störungen)					2,61 €	0,289
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					5,78 €	0,194
F 45 (Somatoforme Störungen)					2,83 €	0,320
F 40-48 (ohne F43 und F45)					8,84 €	0,439
F 50 (Essstörungen)					64,26 €	0,256
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-5,36 €	0,094
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-2,65 €	0,200
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1,82 €	0,422
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-2,27 €	0,672
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-9,60 €	0,243
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					243,43 €	0,313
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,67 €	0,977
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,59 €	0,694
R^2		<0,001		<0,001		0,027

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

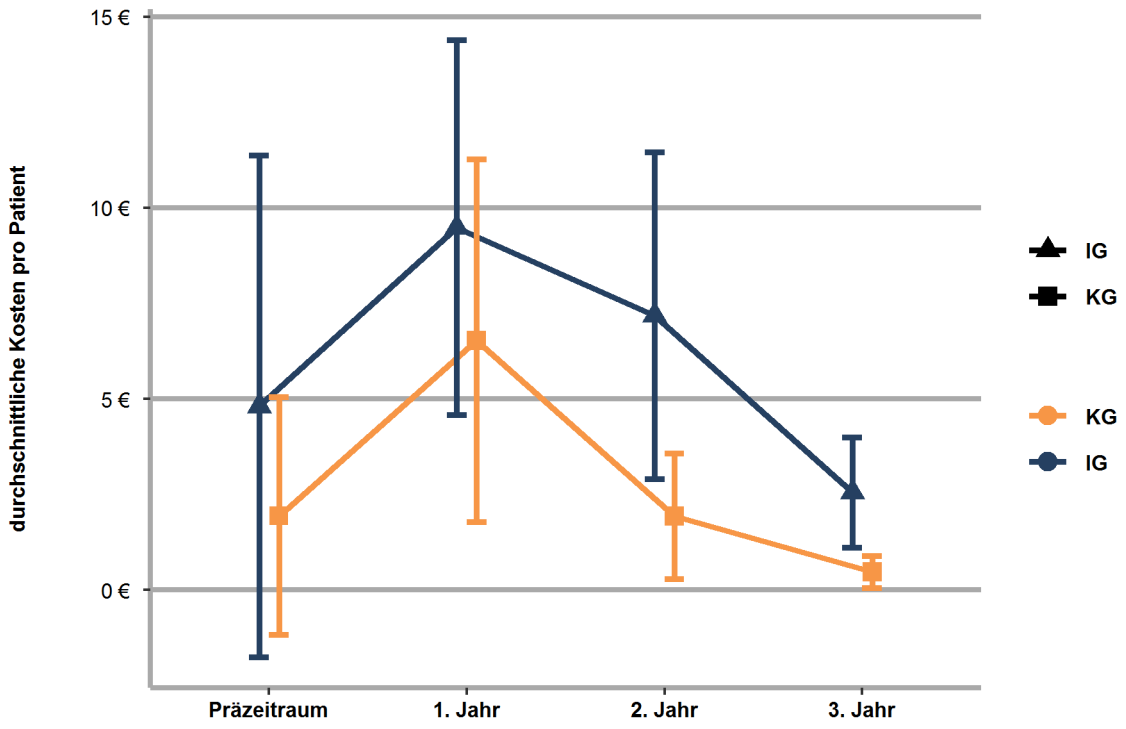
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	< 10	26	18	15	< 10	12	< 10	< 10
Mittelwert	**4,81 €**	**9,48 €**	**7,18 €**	**2,56 €**	**1,94 €**	**6,53 €**	**1,93 €**	**0,48 €**
Standardabweichung	136,32 €	101,95 €	86,67 €	28,79 €	64,36 €	98,47 €	33,64 €	8,36 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.618,63 €	1.871,70 €	1.793,59 €	544,68 €	2.193,99 €	2.599,54 €	798,57 €	191,71 €

Abbildung 70: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

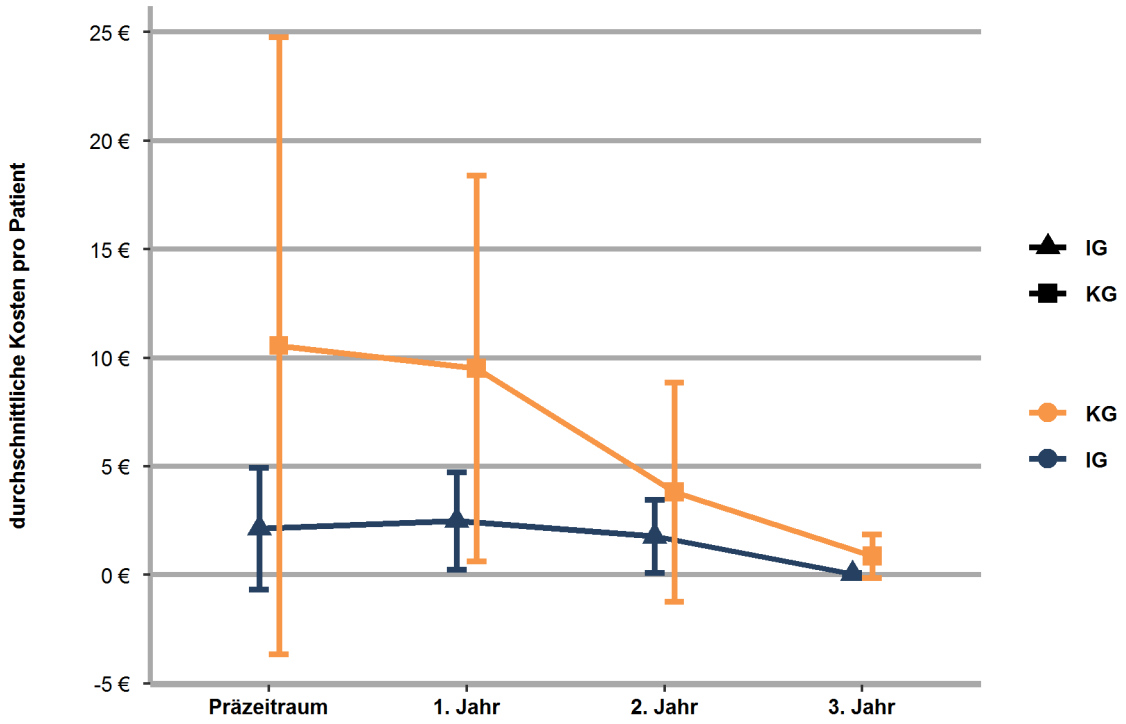


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**2,14 €**	**2,49 €**	**1,77 €**	**0,05 €**	**10,56 €**	**9,52 €**	**3,83 €**	**0,86 €**
Standardabweichung	42,52 €	34,02 €	25,34 €	0,91 €	215,51 €	134,78 €	75,41 €	14,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.041,01 €	725,13 €	500,83 €	19,18 €	5.320,14 €	2.847,65 €	1.774,60 €	317,17 €

Abbildung 71: 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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 122, Tabelle 124 und Abbildung 72) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 302,98 € größere Kosten als die KG mit 195,58 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 551,26 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 397,88 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 45,98 € nicht signifikant (p=0,328) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 114,45 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 105,12 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 62,34 € nicht signifikant (p=0,052) stärker als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 123, Tabelle 125 und Abbildung 73) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 287,28 € höhere Kosten als die KG mit 196,67 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 346,40 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 234,26 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 21,52 € nicht signifikant (p=0,521) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 142,01 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 113,23 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 44,39 € nicht signifikant (p=0,107) stärker als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 126 und Abbildung 74) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 224,58 € mehr Kosten als die KG mit 174,28 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 310,00 €. In der KG stiegen die Kosten auf 240,08 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 127, Tabelle 128 und Abbildung 75) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 258,18 € größere Kosten als die KG mit 183,46 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 345,28 €. In der KG stiegen die Kosten auf 259,37 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 11,20 € nicht signifikant (p=0,575) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 172,72 €. In der KG sanken die Kosten auf 146,67 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 17,67 € nicht signifikant (p=0,299) schwächer als in der KG.U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 129 und Abbildung 76) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 306,91 € mehr Kosten als die KG mit 205,68 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 403,37 €. In der KG stiegen die Kosten auf 295,12 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 130,09 €. In der KG sanken die Kosten auf 114,18 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 130 und Abbildung 77) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 295,01 € mehr Kosten als die KG mit 201,64 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 327,84 €. In der KG stiegen die Kosten auf 224,65 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 131,13 €. In der KG sanken die Kosten auf 113,28 €.

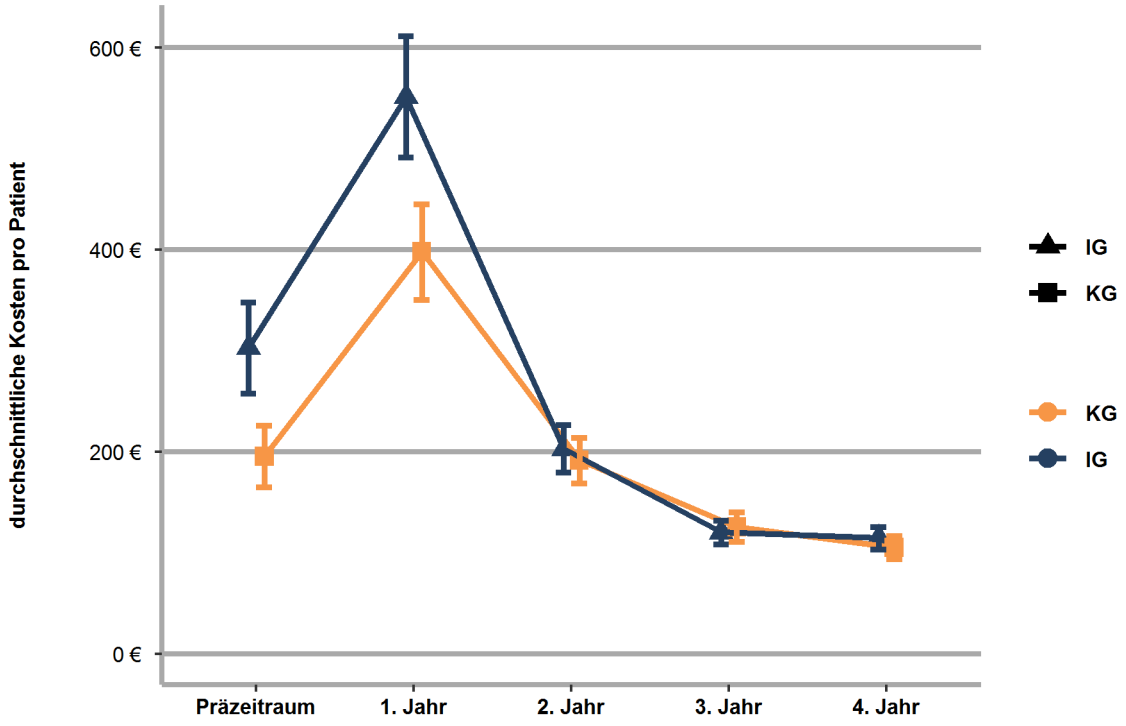
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	502	526	461	429	418	472	513	452	427	397
Mittelwert	**302,98 €**	**551,26 €**	**202,98 €**	**120,16 €**	**114,45 €**	**195,58 €**	**397,88 €**	**191,47 €**	**125,65 €**	**105,12 €**
Standardabweichung	660,50 €	877,52 €	333,95 €	164,45 €	157,89 €	437,20 €	680,38 €	320,89 €	202,60 €	158,20 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	21,26 €	45,20 €	18,65 €	8,42 €	6,23 €	16,17 €	37,84 €	16,29 €	10,94 €	3,90 €
Median	69,47 €	138,59 €	72,06 €	58,35 €	49,40 €	57,26 €	105,25 €	64,67 €	57,10 €	45,22 €
75%-Perzentil	229,04 €	551,43 €	260,14 €	163,36 €	162,14 €	163,49 €	344,24 €	233,14 €	156,33 €	141,31 €
Maximum	7.514,81 €	4.362,32 €	3.079,84 €	1.058,81 €	1.120,72 €	4.089,43 €	3.898,06 €	3.062,52 €	2.096,98 €	1.780,00 €

Abbildung 72: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	526	527	490	470	450	520	523	489	467	441
Mittelwert	**287,28 €**	**346,40 €**	**189,14 €**	**131,82 €**	**142,01 €**	**196,67 €**	**234,26 €**	**162,06 €**	**115,02 €**	**113,23 €**
Standardabweichung	623,44 €	770,39 €	368,63 €	287,69 €	518,62 €	427,59 €	495,85 €	262,15 €	150,51 €	158,94 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	37,43 €	37,06 €	23,32 €	20,30 €	17,83 €	33,26 €	33,05 €	27,75 €	24,16 €	18,53 €
Median	81,25 €	86,37 €	66,87 €	56,78 €	60,07 €	68,34 €	70,21 €	71,57 €	65,86 €	55,28 €
75%-Perzentil	194,01 €	252,07 €	198,53 €	160,17 €	161,02 €	145,41 €	161,31 €	163,86 €	133,12 €	136,50 €
Maximum	7.910 €	7.699 €	3.877 €	5.000 €	11.381 €	3.519 €	3.634 €	2.021 €	949 €	1.517 €

Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

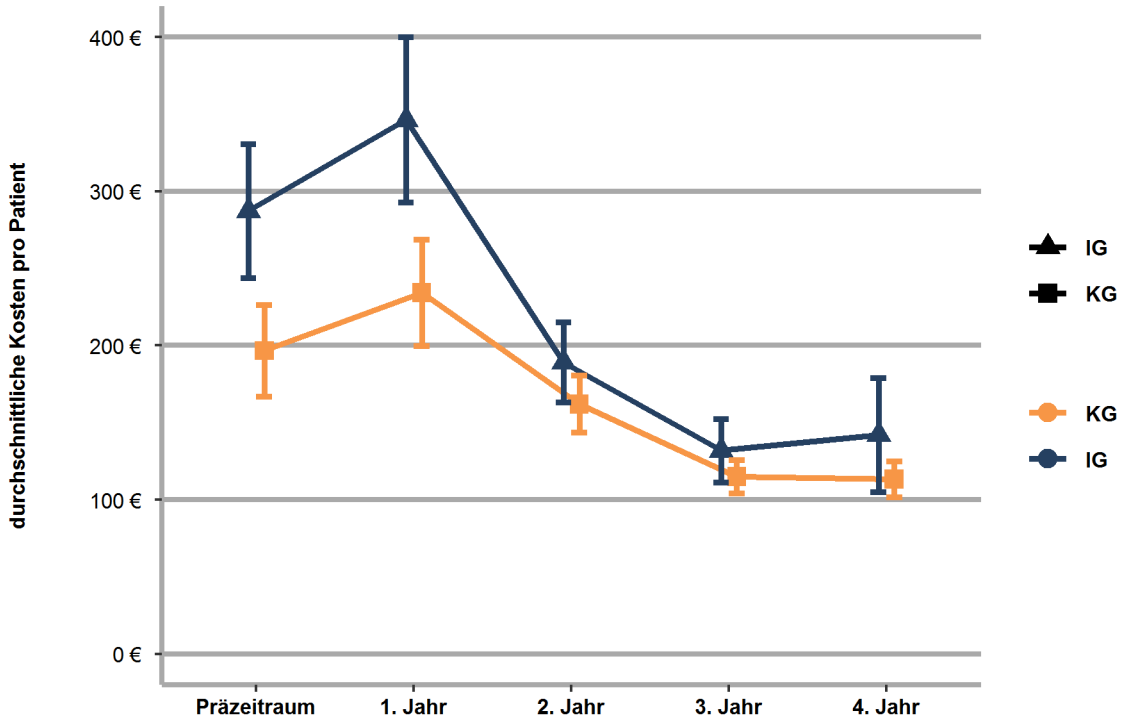


Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	195,58 €	<0,001	195,58 €	<0,001	-81,59 €	0,011
IG (vs. KG)	107,40 €	0,001	107,40 €	0,001	102,69 €	0,001
Post (vs. Prä)	12,41 €	0,499				
IG x Post (DiD)	-62,34 €	0,052				
1. Jahr (vs. Prä)			202,30 €	<0,001	412,62 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-4,11 €	0,839	203,44 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-69,93 €	<0,001	134,13 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-90,46 €	<0,001	111,91 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			45,98 €	0,328	54,89 €	0,247
IG x Jahr 2 (DiD)			-95,90 €	0,007	-87,84 €	0,013
IG x Jahr 3 (DiD)			-112,90 €	<0,001	-104,32 €	0,002
IG x Jahr 4 (DiD)			-98,07 €	0,003	-89,85 €	0,007
Alter (30-47 J. vs. U30)					16,95 €	0,566
Alter (48-64 J. vs. U30)					-13,47 €	0,650
Alter (Ü64 vs. U30)					-120,37 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					46,45 €	0,009
F 00 (Demenz)					136,86 €	0,321
F 01 (Vaskuläre Demenz)					15,09 €	0,638
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-49,83 €	0,104
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-7,70 €	0,853
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-141,17 €	0,031
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-58,92 €	0,012
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					9,87 €	0,723
F 30-39 (Affektive Störungen)					91,93 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					113,58 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					34,68 €	0,153
F 40-48 (ohne F43 und F45)					171,43 €	0,024
F 50 (Essstörungen)					-63,18 €	0,666
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-5,81 €	0,912
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-5,37 €	0,928
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-151,74 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					107,95 €	0,169
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					20,90 €	0,682
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					468,47 €	0,276
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-42,80 €	0,458
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					247,51 €	<0,001
R^2		0,004		0,080		0,127

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher 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	196,67 €	<0,001	196,67 €	<0,001	-74,83 €	0,110
IG (vs. KG)	90,61 €	0,005	90,61 €	0,005	84,09 €	0,006
Post (vs. Prä)	-38,90 €	0,019				
IG x Post (DiD)	-44,39 €	0,107				
1. Jahr (vs. Prä)			37,59 €	0,079	245,79 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-34,61 €	0,059	171,88 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-81,65 €	<0,001	122,82 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-83,45 €	<0,001	119,25 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			21,52 €	0,521	21,26 €	0,540
IG x Jahr 2 (DiD)			-63,53 €	0,031	-62,21 €	0,035
IG x Jahr 3 (DiD)			-73,81 €	0,020	-71,51 €	0,022
IG x Jahr 4 (DiD)			-61,83 €	0,104	-58,46 €	0,119
Alter (30-47 J. vs. U30)					39,99 €	0,135
Alter (48-64 J. vs. U30)					2,66 €	0,909
Alter (Ü64 vs. U30)					-87,45 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					83,71 €	<0,001
F 00 (Demenz)					-29,82 €	0,360
F 01 (Vaskuläre Demenz)					78,85 €	0,084
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					100,76 €	0,176
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-5,00 €	0,893
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					3,80 €	0,900
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-0,34 €	0,991
F 30-39 (Affektive Störungen)					42,03 €	0,060
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-8,60 €	0,747
F 45 (Somatoforme Störungen)					30,48 €	0,400
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-21,64 €	0,522
F 50 (Essstörungen)					-77,05 €	0,224
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					45,57 €	0,291
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-18,55 €	0,708
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-66,34 €	0,187
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-0,67 €	0,991
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					44,49 €	0,193
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					248,96 €	0,003
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-77,83 €	0,041
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					250,89 €	<0,001
R^2		0,007		0,026		0,058

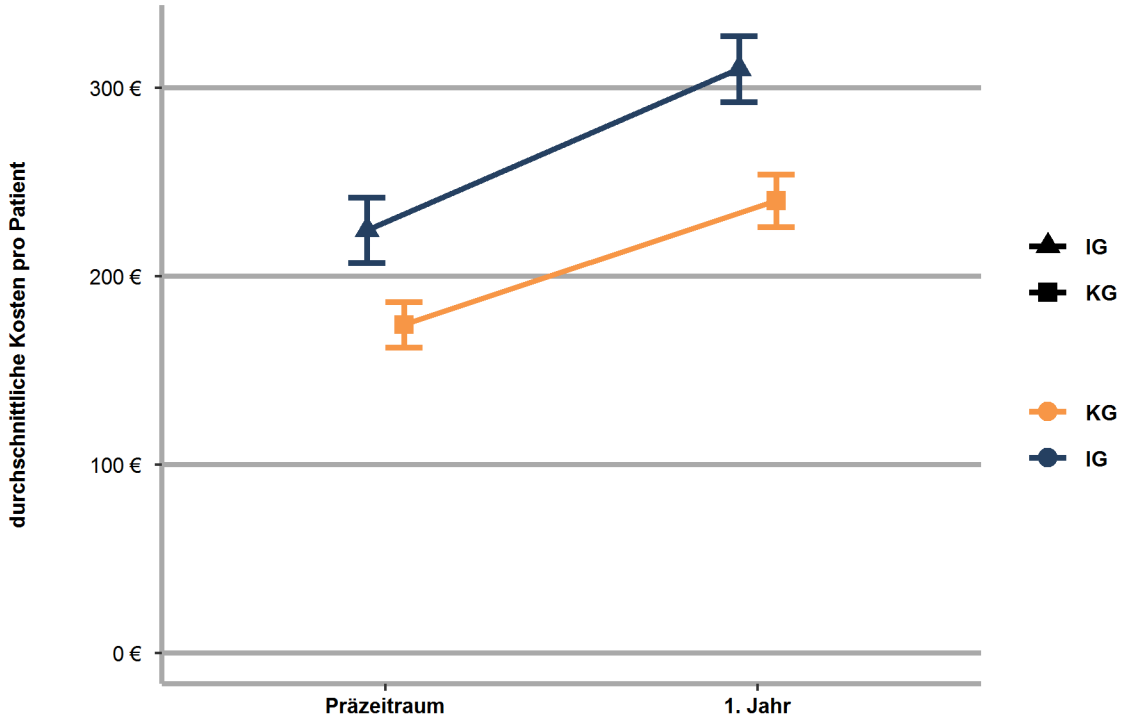
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 126: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	**IG**		**KG**	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	2.068	2.178	2.042	2.172
Mittelwert	**224,58 €**	**310,00 €**	**174,28 €**	**240,08 €**
Standardabweichung	518,12 €	518,73 €	363,40 €	413,21 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	19,89 €	38,39 €	17,03 €	29,82 €
Median	73,08 €	128,29 €	60,52 €	94,24 €
75%-Perzentil	209,78 €	374,35 €	178,21 €	278,10 €
Maximum	9.322,05 €	4.362,32 €	4.204,65 €	3.898,06 €

Abbildung 74: 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 127: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	1.551	1.625	1.429	1.507	1.618	1.381
Mittelwert	**258,18 €**	**345,28 €**	**172,72 €**	**183,46 €**	**259,37 €**	**146,67 €**
Standardabweichung	589,77 €	578,44 €	252,41 €	395,42 €	459,37 €	249,40 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	20,04 €	38,97 €	17,87 €	16,19 €	29,81 €	9,80 €
Median	74,40 €	131,20 €	78,19 €	58,16 €	95,18 €	54,46 €
75%-Perzentil	234,86 €	396,40 €	236,78 €	175,29 €	279,10 €	177,51 €
Maximum	9.322,05 €	4.362,32 €	3.079,84 €	4.204,65 €	3.898,06 €	3.062,52 €

Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

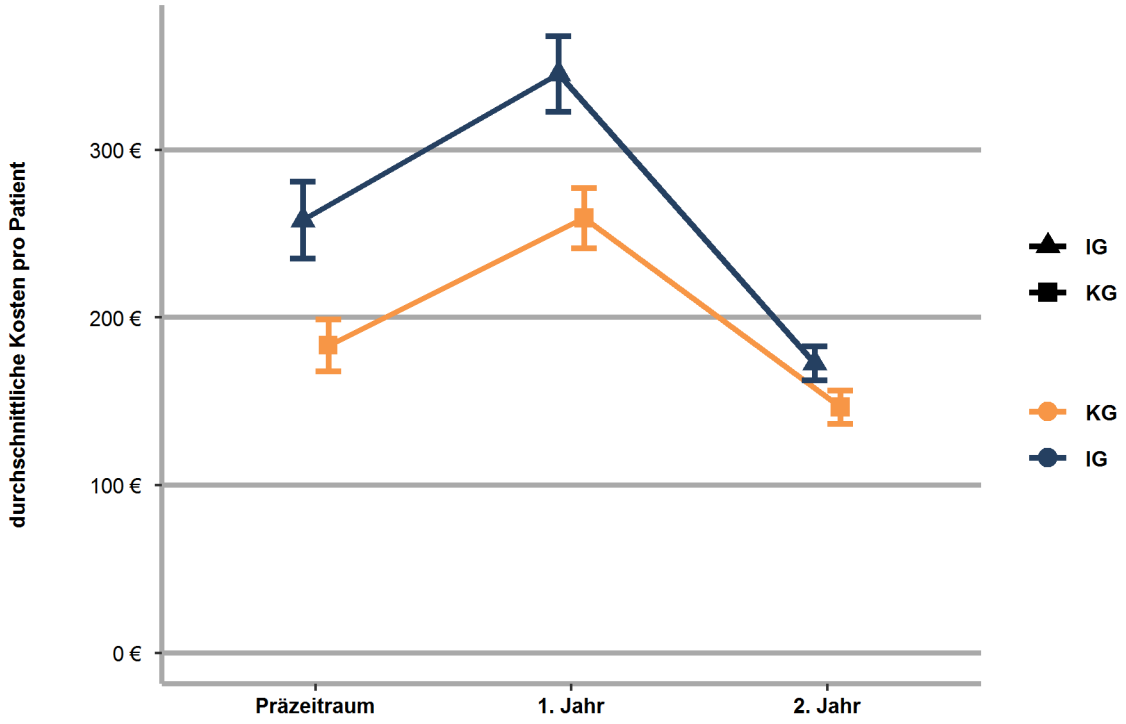


Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	183,46 €	<0,001	183,46 €	<0,001	-95,19 €	<0,001
IG (vs. KG)	74,72 €	<0,001	74,72 €	<0,001	66,86 €	<0,001
Post (vs. Prä)	20,35 €	0,041				
IG x Post (DiD)	-17,67 €	0,299				
1. Jahr (vs. Prä)			75,91 €	<0,001	273,09 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-36,79 €	<0,001	157,98 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			11,20 €	0,575	19,05 €	0,343
IG x Jahr 2 (DiD)			-48,66 €	0,004	-42,32 €	0,013
Alter (30-47 J. vs. U30)					26,10 €	0,178
Alter (48-64 J. vs. U30)					-3,30 €	0,863
Alter (Ü64 vs. U30)					-104,46 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					48,15 €	<0,001
F 00 (Demenz)					81,06 €	0,068
F 01 (Vaskuläre Demenz)					53,57 €	0,017
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-96,22 €	0,024
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					51,08 €	0,100
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-96,67 €	0,005
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-33,57 €	0,086
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					51,22 €	0,015
F 30-39 (Affektive Störungen)					103,41 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					74,31 €	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					13,81 €	0,438
F 40-48 (ohne F43 und F45)					121,29 €	0,014
F 50 (Essstörungen)					-16,74 €	0,820
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					49,29 €	0,206
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-45,65 €	0,103
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-44,30 €	0,193
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					76,54 €	0,261
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					79,17 €	0,009
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					208,91 €	0,231
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,56 €	0,939
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					225,75 €	<0,001
R^2		0,005		0,023		0,070

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

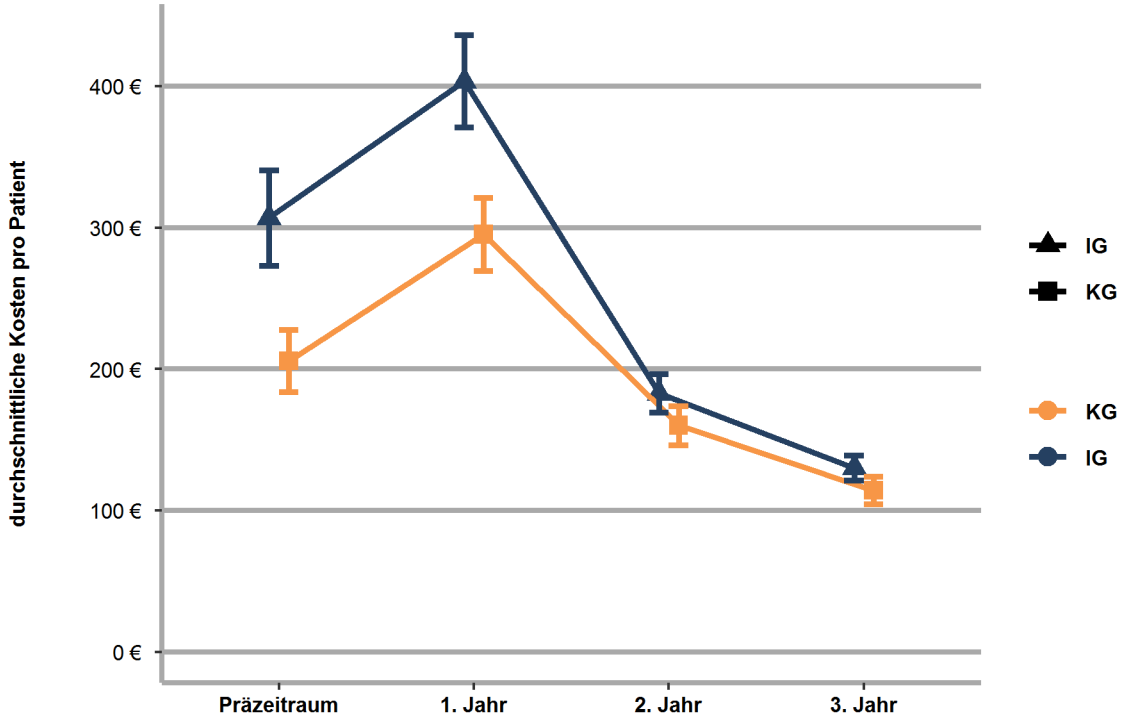
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 129: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	1.015	1.055	931	875	983	1.050	927	847
Mittelwert	**306,91 €**	**403,37 €**	**182,80 €**	**130,09 €**	**205,68 €**	**295,12 €**	**160,17 €**	**114,18 €**
Standardabweichung	701,60 €	677,94 €	274,23 €	178,92 €	456,89 €	534,32 €	281,87 €	199,82 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	21,16 €	39,13 €	20,00 €	9,98 €	15,29 €	29,06 €	13,68 €	5,46 €
Median	73,48 €	131,83 €	79,97 €	60,32 €	57,15 €	93,16 €	57,19 €	45,66 €
75%-Perzentil	241,40 €	428,08 €	255,93 €	176,06 €	175,27 €	288,54 €	184,03 €	141,79 €
Maximum	9.322,05 €	4.362,32 €	3.079,84 €	1.580,35 €	4.204,65 €	3.898,06 €	3.062,52 €	2.717,32 €

Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

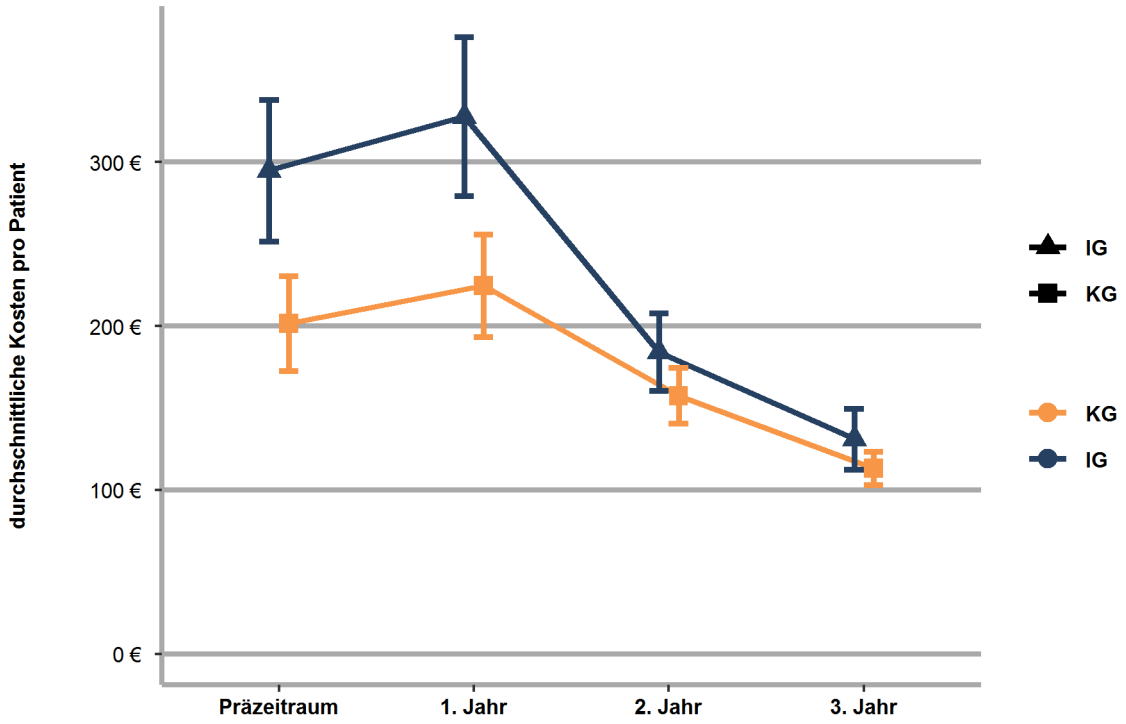


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 130: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	588	590	547	523	579	583	543	517
Mittelwert	**295,01 €**	**327,84 €**	**184,14 €**	**131,13 €**	**201,64 €**	**224,65 €**	**157,45 €**	**113,28 €**
Standardabweichung	657,33 €	735,30 €	354,62 €	277,39 €	441,53 €	473,18 €	254,35 €	147,70 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	37,67 €	37,09 €	25,33 €	21,21 €	33,26 €	32,90 €	26,48 €	23,42 €
Median	81,15 €	84,17 €	66,71 €	57,80 €	69,80 €	70,48 €	70,23 €	65,86 €
75%-Perzentil	190,93 €	248,86 €	196,39 €	159,61 €	152,83 €	166,13 €	154,65 €	133,12 €
Maximum	7.909,80 €	7.698,61 €	3.876,72 €	4.999,55 €	3.518,79 €	3.634,11 €	2.021,12 €	948,63 €

Abbildung 77: 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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 131, Tabelle 133 und Abbildung 78) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 153,78 € größere Kosten als die KG mit 124,01 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 271,13 €. In der KG stiegen die Kosten auf 324,88 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 83,53 € signifikant (p=0,035) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 234,10 €. In der KG sanken die Kosten auf 246,35 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 59,25 € nicht signifikant (p=0,113) schwächer als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 132, Tabelle 134 und Abbildung 79) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 506,73 € niedrigere Kosten als die KG mit 650,02 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 580,97 €. In der KG stiegen die Kosten auf 766,89 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 42,63 € nicht signifikant (p=0,443) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 561,08 €. In der KG sanken die Kosten auf 653,79 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 7,21 € nicht signifikant (p=0,900) schwächer als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 135 und Abbildung 80) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 159,54 € höhere Kosten als die KG mit 151,42 €. m ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 242,83 €. In der KG stiegen die Kosten auf 275,55 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 136, Tabelle 137 und Abbildung 81) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 169,59 € höhere Kosten als die KG mit 166,83 €. Im ersten

Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 249,36 €. In der KG stiegen die Kosten auf 303,78 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 57,18 € signifikant (p<0,001) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 267,90 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 277,37 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 35,10 € signifikant (p=0,045) schwächer als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 138 und Abbildung 82) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 162,77 € höhere Kosten als die KG mit 159,51 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 257,09 €. In der KG stiegen die Kosten auf 309,27 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 252,85 €. In der KG sanken die Kosten auf 259,58 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 139 und Abbildung 83) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 515,49 € weniger Kosten als die KG mit 646,99 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 574,46 €. In der KG stiegen die Kosten auf 772,55 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 515,65 €. In der KG sanken die Kosten auf 619,64 €.

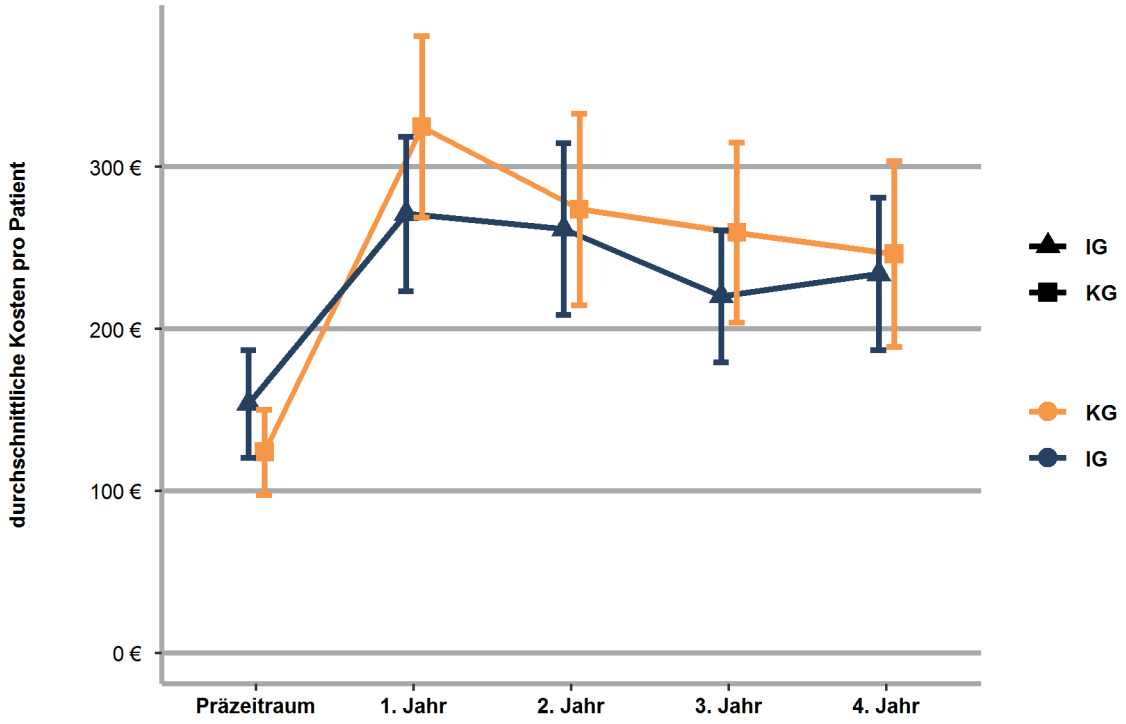
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 131: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	334	429	364	336	324	287	416	328	311	269
Mittelwert	**153,78 €**	**271,13 €**	**261,80 €**	**220,42 €**	**234,10 €**	**124,01 €**	**324,88 €**	**273,90 €**	**259,58 €**	**246,35 €**
Standardabweichung	486,43 €	698,70 €	762,36 €	575,46 €	654,65 €	377,96 €	803,61 €	842,12 €	777,15 €	794,88 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	24,14 €	91,74 €	76,44 €	57,68 €	54,17 €	11,94 €	102,41 €	51,41 €	35,94 €	16,74 €
75%-Perzentil	122,45 €	244,71 €	240,89 €	230,78 €	233,42 €	108,74 €	348,24 €	246,51 €	218,59 €	171,58 €
Maximum	6.680 €	7.919 €	9.765 €	7.420 €	7.148 €	6.712 €	10.265 €	11.713 €	8.877 €	9.817 €

Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 132: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	468	498	467	438	416	440	453	420	375	364
Mittelwert	**506,73 €**	**580,97 €**	**535,73 €**	**516,72 €**	**561,08 €**	**650,02 €**	**766,89 €**	**723,47 €**	**646,54 €**	**653,79 €**
Standardabweichung	1.032,99 €	1.147,61 €	1.068,42 €	1.077,38 €	1.239,58 €	1.403,32 €	1.413,36 €	1.471,66 €	1.439,30 €	1.505,64 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	43,83 €	75,45 €	52,38 €	36,03 €	33,15 €	24,92 €	50,98 €	25,48 €	0,00 €	0,00 €
Median	184,70 €	246,52 €	208,35 €	191,00 €	202,36 €	177,07 €	286,47 €	229,52 €	180,66 €	184,13 €
75%-Perzentil	536,90 €	599,75 €	565,70 €	534,30 €	584,42 €	692,68 €	861,78 €	733,95 €	618,94 €	600,56 €
Maximum	10.040 €	9.956 €	8.868 €	11.151 €	11.983 €	12.746 €	11.424 €	12.485 €	14.655 €	12.708 €

Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

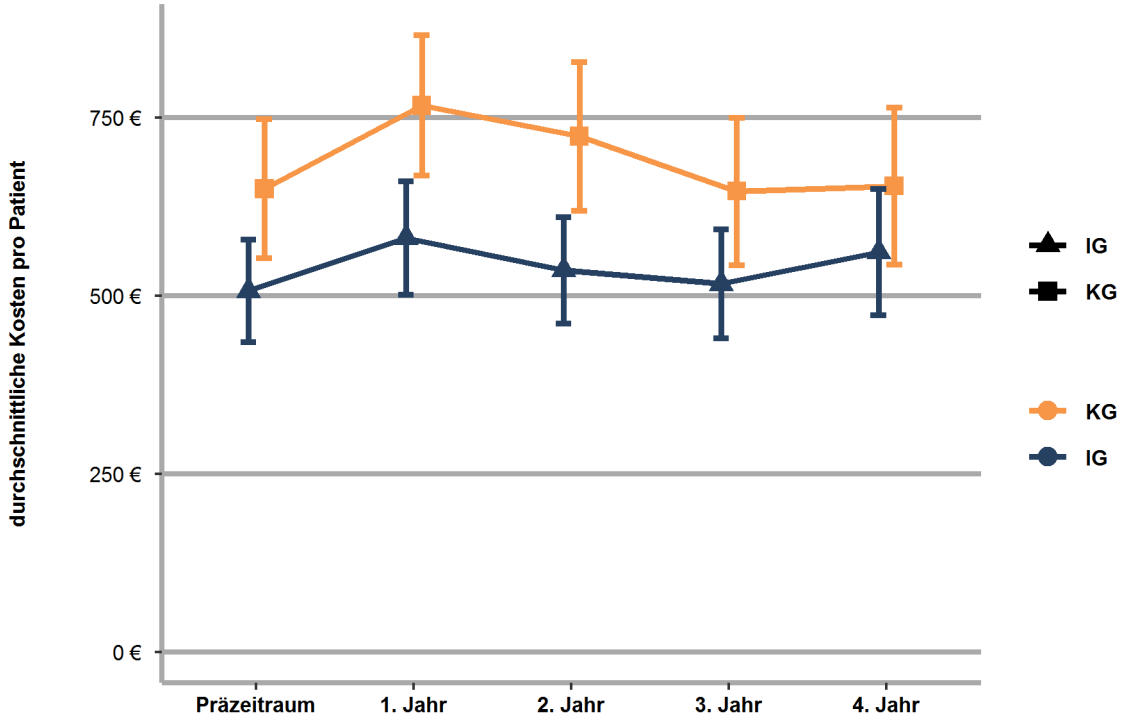


Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	124,01 €	<0,001	124,01 €	<0,001	-152,07 €	0,039
IG (vs. KG)	29,78 €	0,248	29,78 €	0,248	13,52 €	0,592
Post (vs. Prä)	152,95 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-59,25 €	0,113				
1. Jahr (vs. Prä)			200,87 €	<0,001	317,10 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			149,90 €	<0,001	269,16 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			135,57 €	<0,001	255,50 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			122,34 €	<0,001	242,28 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-83,53 €	0,035	-76,38 €	0,057
IG x Jahr 2 (DiD)			-41,88 €	0,342	-35,70 €	0,422
IG x Jahr 3 (DiD)			-68,93 €	0,089	-60,82 €	0,135
IG x Jahr 4 (DiD)			-42,02 €	0,327	-33,02 €	0,445
Alter (30-47 J. vs. U30)					82,08 €	0,047
Alter (48-64 J. vs. U30)					154,51 €	0,002
Alter (Ü64 vs. U30)					124,13 €	0,006
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-32,92 €	0,371
F 00 (Demenz)					-11,04 €	0,846
F 01 (Vaskuläre Demenz)					112,17 €	0,151
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-323,74 €	0,346
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					88,15 €	0,616
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					750,31 €	0,135
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-79,06 €	0,160
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					775,26 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					23,79 €	0,537
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					48,82 €	0,163
F 45 (Somatoforme Störungen)					-45,27 €	0,203
F 40-48 (ohne F43 und F45)					68,72 €	0,166
F 50 (Essstörungen)					130,22 €	0,332
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					69,30 €	0,236
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.128,91 €	0,055
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-438,61 €	0,227
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					64,05 €	0,544
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					69,57 €	0,165
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-166,41 €	0,232
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					326,11 €	0,052
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					113,66 €	<0,001
R^2		0,006		0,007		0,162

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (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	650,02 €	<0,001	650,02 €	<0,001	-224,79 €	0,150
IG (vs. KG)	-143,29 €	0,052	-143,29 €	0,052	-145,73 €	0,036
Post (vs. Prä)	49,30 €	0,298				
IG x Post (DiD)	-7,21 €	0,900				
1. Jahr (vs. Prä)			116,87 €	0,009	749,19 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			73,44 €	0,137	700,70 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-3,48 €	0,950	619,50 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			3,77 €	0,951	626,38 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-42,63 €	0,443	-33,47 €	0,544
IG x Jahr 2 (DiD)			-44,44 €	0,469	-33,49 €	0,583
IG x Jahr 3 (DiD)			13,47 €	0,839	29,15 €	0,658
IG x Jahr 4 (DiD)			50,58 €	0,493	64,92 €	0,376
Alter (30-47 J. vs. U30)					286,68 €	0,015
Alter (48-64 J. vs. U30)					147,01 €	0,165
Alter (Ü64 vs. U30)					215,80 €	0,069
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-176,39 €	0,010
F 00 (Demenz)					-125,20 €	0,319
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-142,99 €	0,191
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-42,45 €	0,756
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-228,50 €	0,312
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-152,38 €	0,050
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					780,56 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					-28,47 €	0,628
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-176,14 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-18,05 €	0,835
F 40-48 (ohne F43 und F45)					14,00 €	0,864
F 50 (Essstörungen)					55,70 €	0,720
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					19,42 €	0,802
F 70-79 (Intelligenzstörung)					242,51 €	0,425
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-259,15 €	0,439
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					673,68 €	0,010
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					181,94 €	0,049
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-53,26 €	0,546
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					358,01 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					329,71 €	0,012
R^2		0,004		0,004		0,118

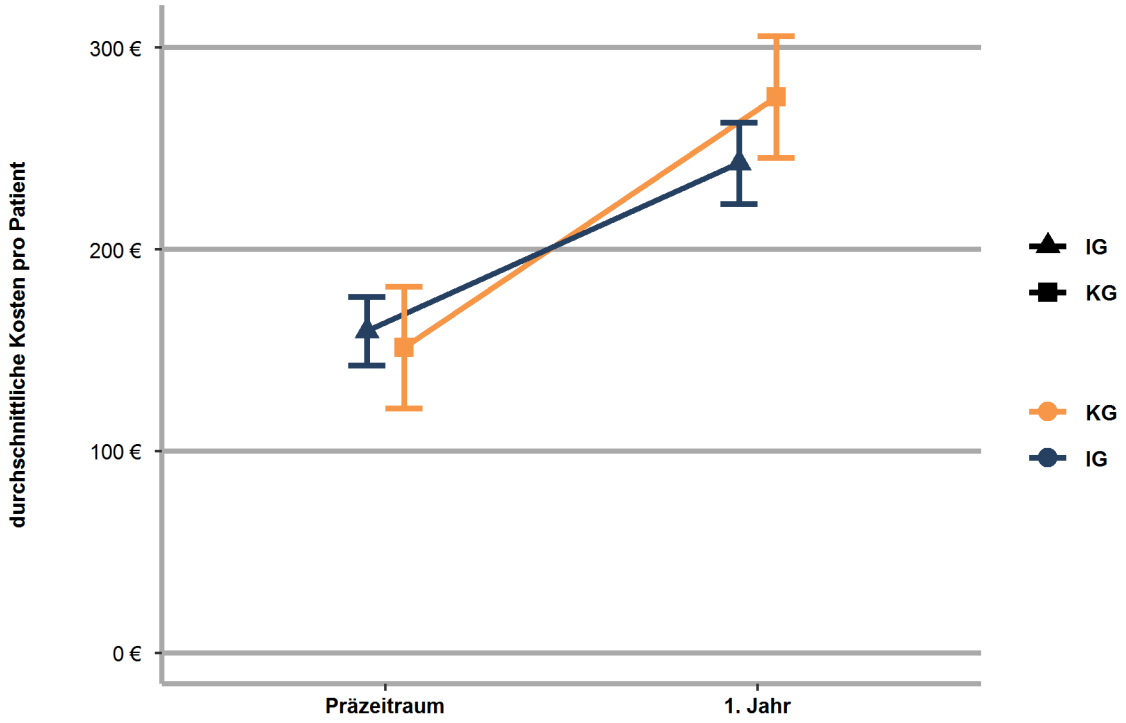
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 135: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	1.422	1.749	1.269	1.735
Mittelwert	**159,54 €**	**242,83 €**	**151,42 €**	**275,55 €**
Standardabweichung	506,16 €	603,39 €	902,53 €	898,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	22,84 €	85,48 €	13,34 €	83,04 €
75%-Perzentil	133,58 €	264,98 €	95,13 €	295,38 €
Maximum	12.938 €	13.311 €	30.276 €	26.181 €

Abbildung 80: 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 136: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	1.069	1.303	1.086	920	1.281	953
Mittelwert	**169,59 €**	**249,36 €**	**267,90 €**	**166,83 €**	**303,78 €**	**277,37 €**
Standardabweichung	557,35 €	645,70 €	797,57 €	1.028,95 €	1.028,32 €	1.198,05 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	24,80 €	86,02 €	58,77 €	12,50 €	82,64 €	30,42 €
75%-Perzentil	135,76 €	254,96 €	246,26 €	99,01 €	311,74 €	232,58 €
Maximum	12.938 €	13.311 €	11.092 €	30.276 €	26.181 €	29.109 €

Abbildung 81: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

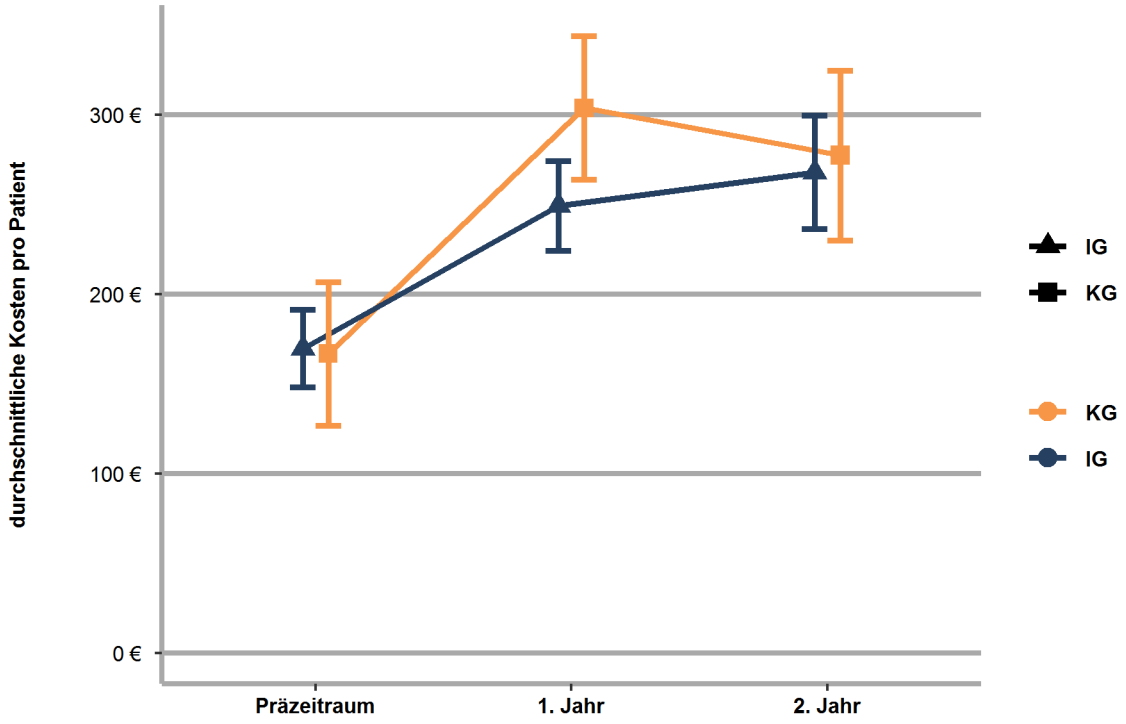


Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	166,83 €	<0,001	166,83 €	<0,001	-156,48 €	<0,001
IG (vs. KG)	2,77 €	0,920	2,77 €	0,920	-7,70 €	0,780
Post (vs. Prä)	123,94 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-35,10 €	0,045				
1. Jahr (vs. Prä)			136,95 €	<0,001	275,80 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			110,55 €	<0,001	250,13 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-57,18 €	<0,001	-51,94 €	0,003
IG x Jahr 2 (DiD)			-12,24 €	0,584	-6,94 €	0,759
Alter (30-47 J. vs. U30)					127,50 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					165,68 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					150,33 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-1,12 €	0,970
F 00 (Demenz)					1,99 €	0,964
F 01 (Vaskuläre Demenz)					1,75 €	0,965
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-96,48 €	0,704
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					47,37 €	0,445
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					287,89 €	0,244
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-91,57 €	0,011
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					655,25 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					39,79 €	0,134
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-21,70 €	0,443
F 45 (Somatoforme Störungen)					-34,96 €	0,251
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-2,87 €	0,929
F 50 (Essstörungen)					148,73 €	0,501
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					38,62 €	0,326
F 70-79 (Intelligenzstörung)					516,33 €	0,008
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					145,53 €	0,695
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					327,16 €	0,163
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					42,70 €	0,171
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-82,42 €	0,252
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					224,03 €	0,008
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					151,36 €	<0,001
R^2		0,003		0,003		0,061

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

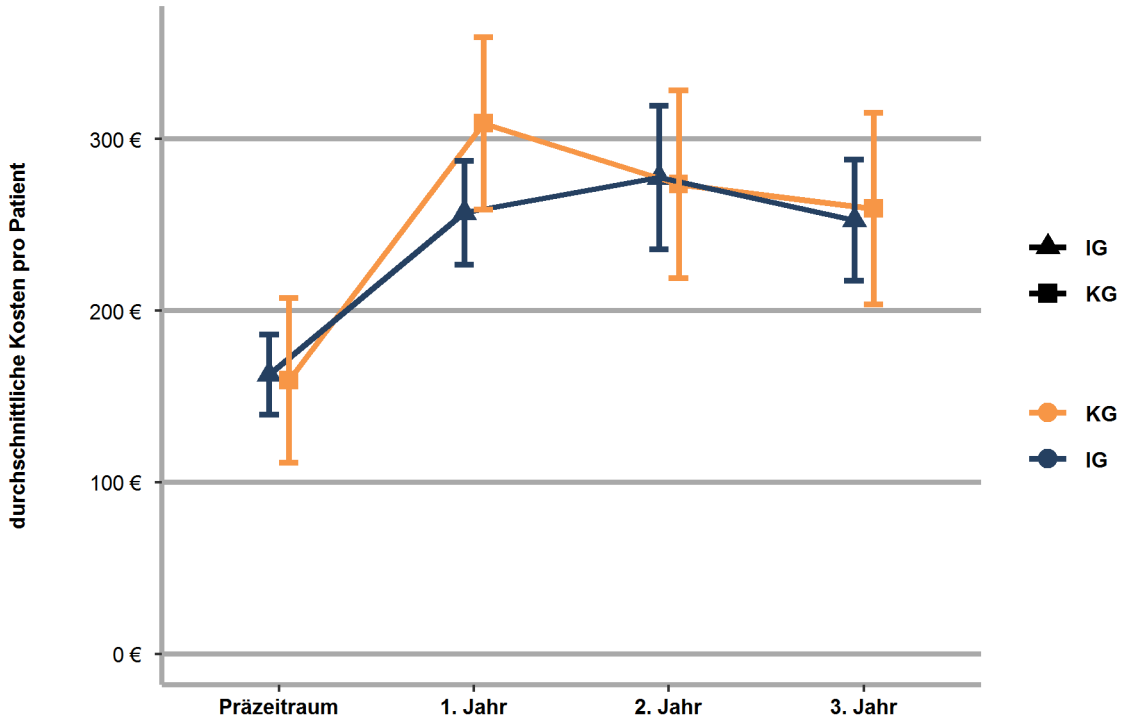
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 138: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	693	858	722	673	595	844	640	603
Mittelwert	**162,77 €**	**257,09 €**	**277,65 €**	**252,85 €**	**159,51 €**	**309,27 €**	**273,77 €**	**259,58 €**
Standardabweichung	484,49 €	629,23 €	850,37 €	710,04 €	996,00 €	1.038,31 €	1.122,00 €	1.124,32 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	24,98 €	90,96 €	71,88 €	60,10 €	12,19 €	82,53 €	39,34 €	25,05 €
75%-Perzentil	139,91 €	257,61 €	250,74 €	232,71 €	101,74 €	319,38 €	235,99 €	200,32 €
Maximum	6.745 €	8.071 €	11.092 €	8.987 €	30.276 €	26.181 €	29.109 €	29.207 €

Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

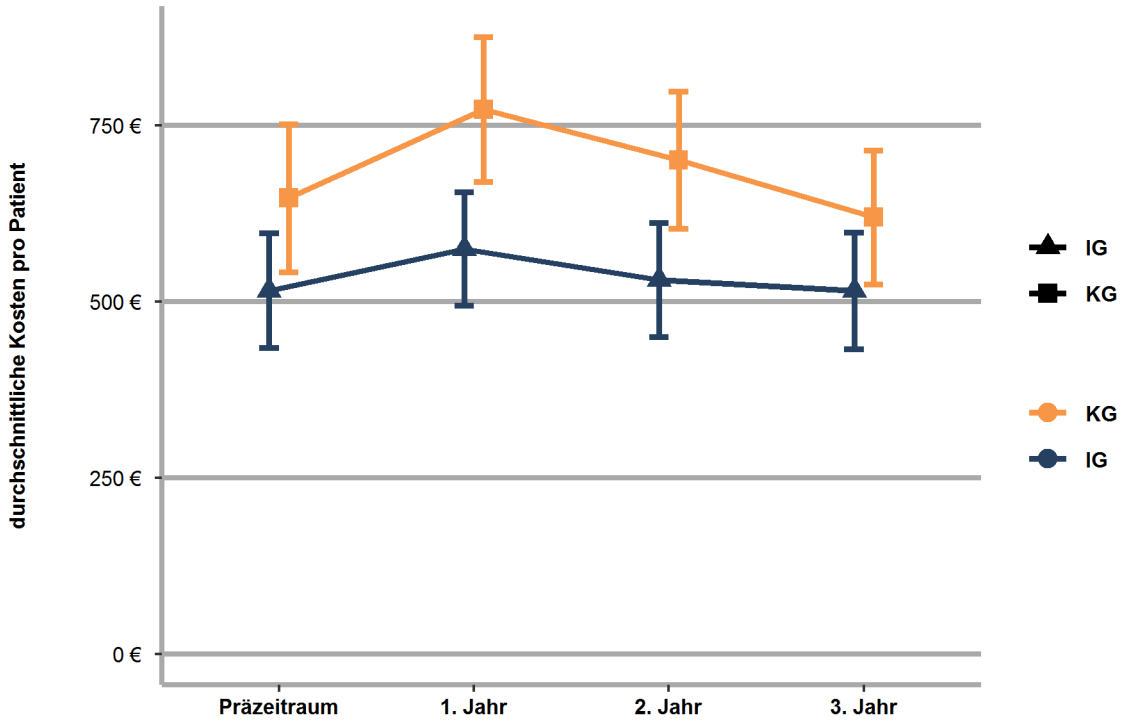


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 139: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	516	549	509	475	484	504	463	413
Mittelwert	**515,49 €**	**574,46 €**	**530,79 €**	**515,65 €**	**646,99 €**	**772,55 €**	**700,94 €**	**619,64 €**
Standardabweichung	1.238,23 €	1.222,33 €	1.217,42 €	1.231,72 €	1.594,44 €	1.554,40 €	1.454,65 €	1.395,04 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	36,32 €	67,80 €	43,96 €	28,03 €	17,55 €	45,92 €	18,18 €	0,00 €
Median	180,50 €	237,90 €	198,63 €	179,88 €	161,83 €	264,47 €	213,47 €	173,57 €
75%-Perzentil	522,61 €	583,22 €	548,78 €	517,84 €	608,08 €	824,45 €	713,28 €	605,09 €
Maximum	18.855 €	14.010 €	16.871 €	16.994 €	21.604 €	17.393 €	12.485 €	14.655 €

Abbildung 83: 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)

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 140, Tabelle 142 und Abbildung 84) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3,23 € mehr Kosten als die KG mit 1,16 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 4,35 €. In der KG stiegen die Kosten auf 21,68 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 19,40 € nicht signifikant (p=0,144) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1,90 €. In der KG stiegen die Kosten auf 24,58 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 22,66 € signifikant (p=0,021) stärker als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 141, Tabelle 143 und Abbildung 85) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7,15 € weniger Kosten als die KG mit 45,26 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 11,90 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 76,06 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 26,05 € nicht signifikant (p=0,178) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 8,86 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 58,52 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 26,14 € nicht signifikant (p=0,142) schwächer als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 144 und Abbildung 86) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4,92 € größere Kosten als die KG mit 2,65 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 13,70 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 20,16 €.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 145, Tabelle 146 und Abbildung 87) hatte die IG im Präzeitraum mit

durchschnittlichen Kosten von 5,10 € mehr Kosten als die KG mit 3,58 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 13,85 €. In der KG stiegen die Kosten auf 20,22 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 7,90 € nicht signifikant (p=0,279) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 11,14 €. In der KG stiegen die Kosten auf 23,58 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 10,88 € nicht signifikant (p=0,100) schwächer als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 147 und Abbildung 88) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2,15 € weniger Kosten als die KG mit 2,61 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 12,11 €. In der KG stiegen die Kosten auf 24,92 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 10,97 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 21,18 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 148 und Abbildung 89) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 10,91 € geringere Kosten als die KG mit 40,61 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 14,82 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 73,59 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 10,62 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 77,24 €.

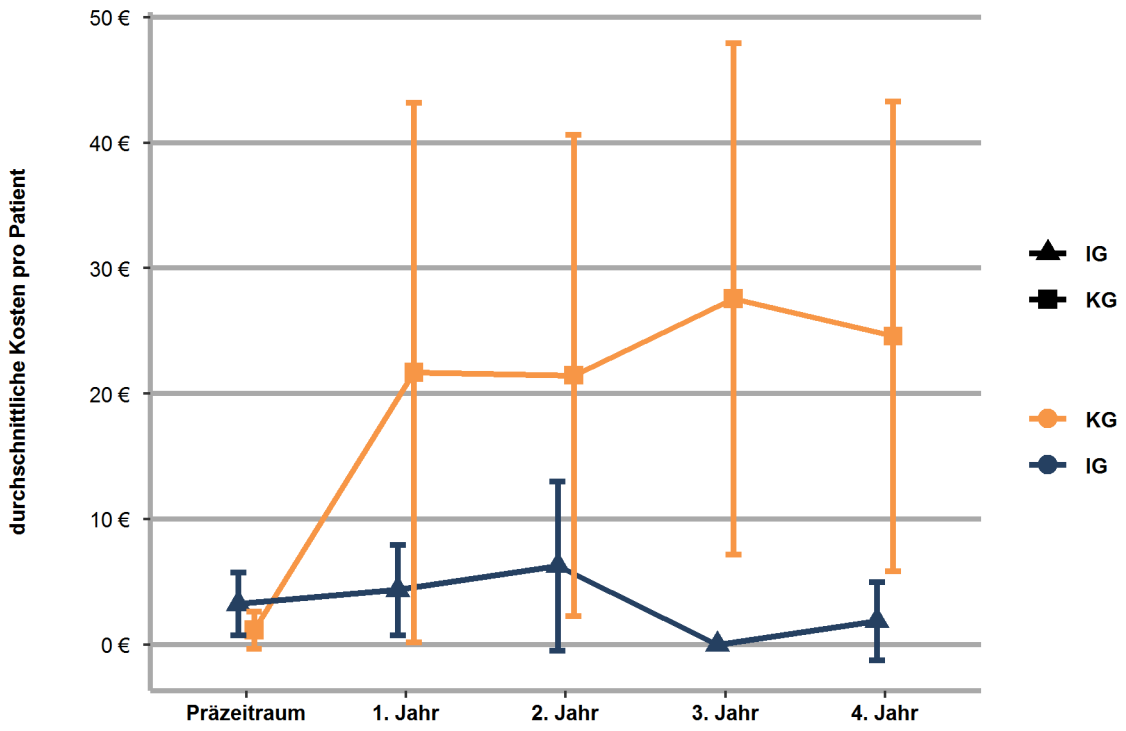
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 140: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	10	< 10	< 10
Mittelwert	**3,23 €**	**4,35 €**	**6,27 €**	**0,00 €**	**1,90 €**	**1,16 €**	**21,68 €**	**21,46 €**	**27,56 €**	**24,58 €**
Standardabweichung	36,63 €	52,85 €	96,99 €	0,00 €	43,53 €	21,09 €	309,54 €	272,41 €	285,42 €	260,03 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	618,21 €	686,16 €	2.050,20 €	0,00 €	999,20 €	461,60 €	6.768,22 €	5.554,00 €	4.690,00 €	4.146,80 €

Abbildung 84: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 141: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	19	22	13	14	14
Mittelwert	**7,15 €**	**11,90 €**	**17,45 €**	**11,83 €**	**8,86 €**	**45,26 €**	**76,06 €**	**92,69 €**	**78,90 €**	**58,52 €**
Standardabweichung	105,76 €	178,91 €	251,61 €	196,43 €	180,83 €	460,60 €	531,29 €	810,44 €	646,58 €	400,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.893 €	3.648 €	4.144 €	3.924 €	4.119 €	9.698 €	7.414 €	14.198 €	9.733 €	4.234 €

Abbildung 85: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

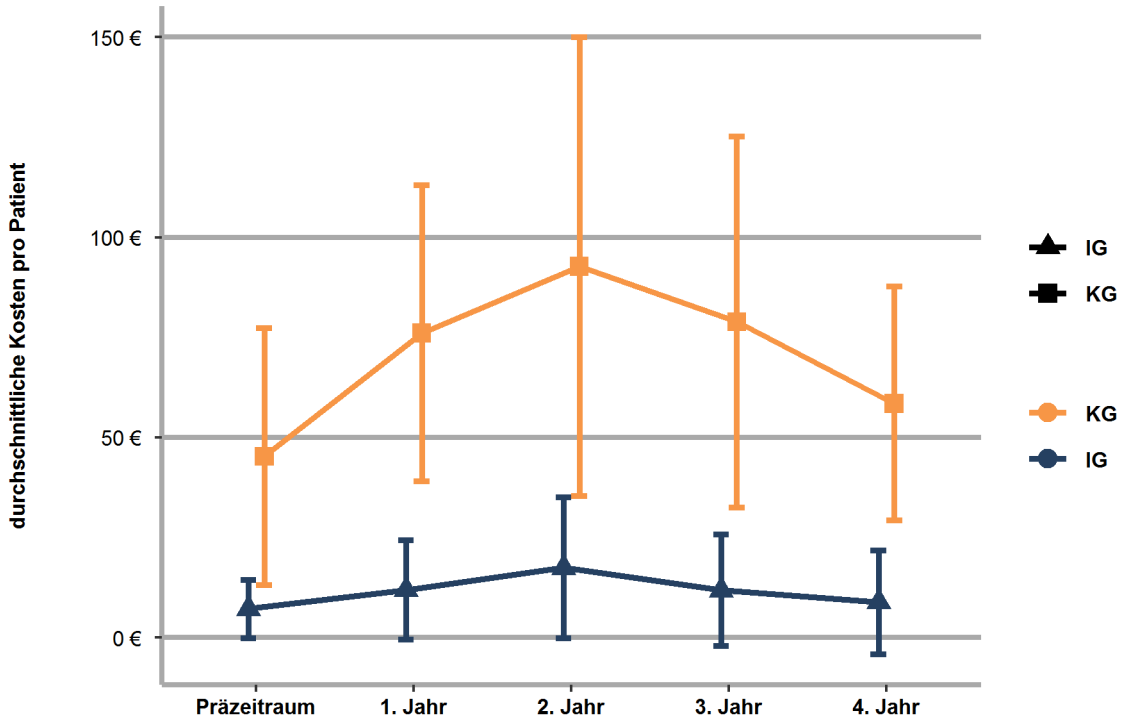


Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1,16 €	0,191	1,16 €	0,192	-15,36 €	0,180
IG (vs. KG)	2,07 €	0,241	2,07 €	0,241	0,14 €	0,944
Post (vs. Prä)	22,61 €	0,020				
IG x Post (DiD)	-22,66 €	0,021				
1. Jahr (vs. Prä)			20,52 €	0,118	23,90 €	0,092
2. Jahr (vs. Prä)			20,30 €	0,083	24,46 €	0,039
3. Jahr (vs. Prä)			26,40 €	0,034	31,50 €	0,013
4. Jahr (vs. Prä)			23,42 €	0,041	28,86 €	0,013
IG x Jahr 1 (DiD)			-19,40 €	0,144	-19,06 €	0,150
IG x Jahr 2 (DiD)			-17,26 €	0,156	-16,97 €	0,161
IG x Jahr 3 (DiD)			-29,63 €	0,018	-29,45 €	0,018
IG x Jahr 4 (DiD)			-24,76 €	0,032	-24,69 €	0,030
Alter (30-47 J. vs. U30)					0,07 €	0,982
Alter (48-64 J. vs. U30)					3,48 €	0,449
Alter (Ü64 vs. U30)					30,09 €	0,172
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-2,47 €	0,696
F 00 (Demenz)					-24,76 €	0,306
F 01 (Vaskuläre Demenz)					23,40 €	0,645
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-16,03 €	0,424
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					207,91 €	0,091
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-4,91 €	0,391
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					5,18 €	0,517
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-4,74 €	0,546
F 30-39 (Affektive Störungen)					9,96 €	0,285
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-2,02 €	0,712
F 45 (Somatoforme Störungen)					4,58 €	0,692
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-7,39 €	0,124
F 50 (Essstörungen)					-2,25 €	0,731
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					0,26 €	0,963
F 70-79 (Intelligenzstörung)					21,64 €	0,089
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-11,65 €	0,087
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-1,57 €	0,819
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,34 €	0,549
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					66,26 €	0,277
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					7,75 €	0,145
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,69 €	0,224
R^2		0,003		0,003		0,017

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (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	45,26 €	0,020	45,26 €	0,020	-15,67 €	0,429
IG (vs. KG)	-38,11 €	0,057	-38,11 €	0,057	-38,86 €	0,080
Post (vs. Prä)	31,54 €	0,070				
IG x Post (DiD)	-26,14 €	0,142				
1. Jahr (vs. Prä)			30,80 €	0,104	52,55 €	0,012
2. Jahr (vs. Prä)			47,43 €	0,051	69,11 €	0,027
3. Jahr (vs. Prä)			33,65 €	0,146	56,51 €	0,030
4. Jahr (vs. Prä)			13,26 €	0,504	36,71 €	0,038
IG x Jahr 1 (DiD)			-26,05 €	0,178	-24,99 €	0,207
IG x Jahr 2 (DiD)			-37,13 €	0,140	-36,24 €	0,148
IG x Jahr 3 (DiD)			-28,97 €	0,218	-29,11 €	0,227
IG x Jahr 4 (DiD)			-11,55 €	0,575	-12,35 €	0,579
Alter (30-47 J. vs. U30)					31,04 €	0,025
Alter (48-64 J. vs. U30)					49,36 €	0,119
Alter (Ü64 vs. U30)					87,56 €	0,016
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					17,73 €	0,448
F 00 (Demenz)					-111,95 €	0,026
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-90,86 €	0,011
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-165,39 €	0,132
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					260,63 €	0,334
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-39,11 €	0,048
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					23,64 €	0,470
F 30-39 (Affektive Störungen)					-21,09 €	0,293
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2,99 €	0,885
F 45 (Somatoforme Störungen)					-31,42 €	0,038
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-7,50 €	0,794
F 50 (Essstörungen)					-4,73 €	0,775
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-2,69 €	0,875
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-51,58 €	0,017
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					2,92 €	0,919
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-9,01 €	0,449
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,46 €	0,488
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-10,35 €	0,148
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					8,17 €	0,435
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					21,54 €	0,227
R^2		0,005		0,005		0,015

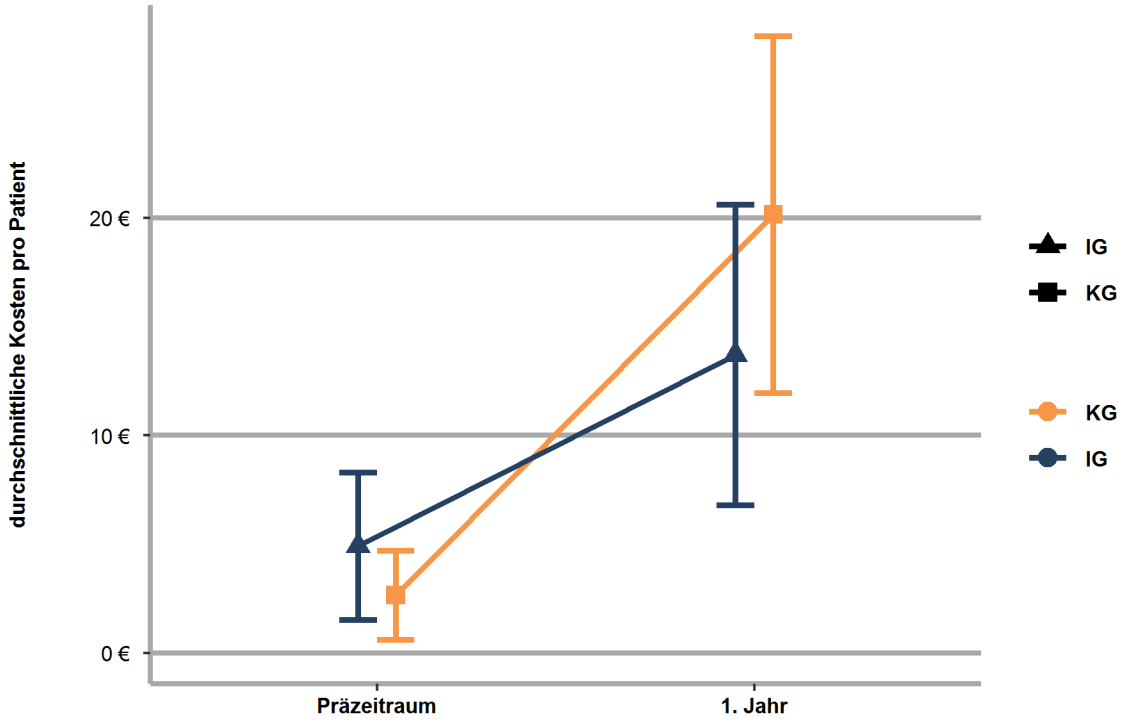
Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 144: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	**IG**		**KG**	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	15	19	< 10	29
Mittelwert	**4,92 €**	**13,70 €**	**2,65 €**	**20,16 €**
Standardabweichung	101,01 €	206,15 €	61,13 €	244,85 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.674,73 €	6.383,93 €	2.158,47 €	6.768,22 €

Abbildung 86: 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 145: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	14	15	14	< 10	24	25
Mittelwert	**5,10 €**	**13,85 €**	**11,14 €**	**3,58 €**	**20,22 €**	**23,58 €**
Standardabweichung	98,39 €	183,75 €	172,14 €	70,99 €	245,29 €	275,47 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.674,73 €	4.265,90 €	4.265,93 €	2.158,47 €	6.768,22 €	5.554,00 €

Abbildung 87: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

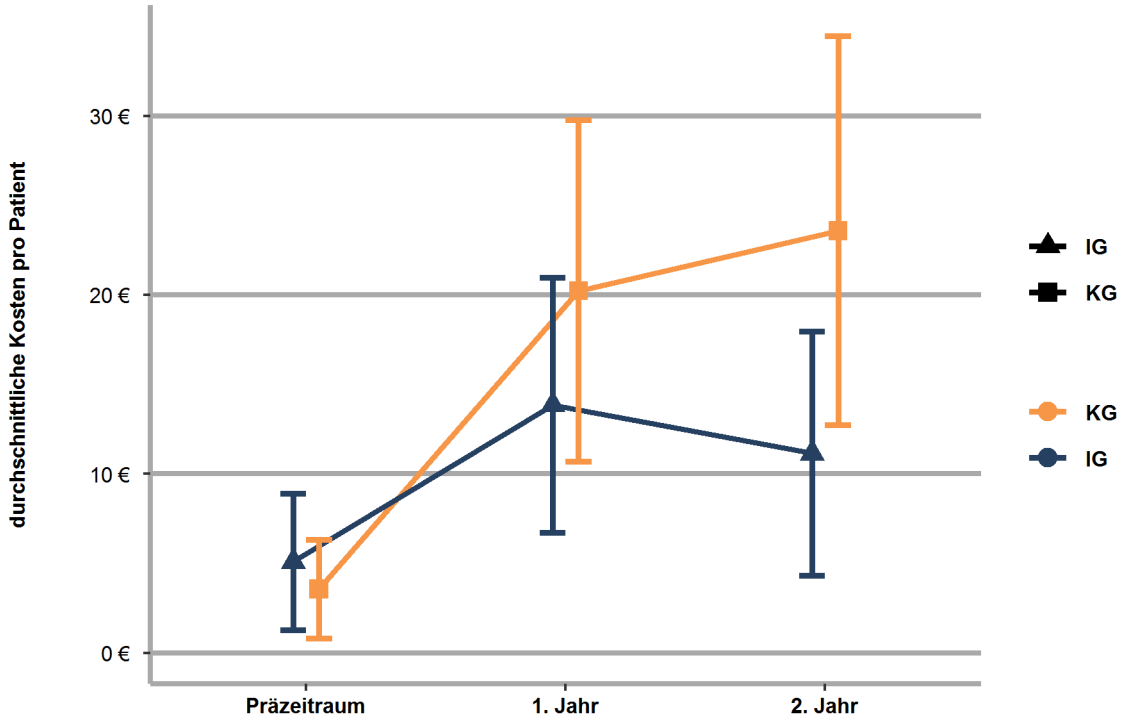


Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	3,58 €	0,033	3,58 €	0,033	-27,01 €	0,003
IG (vs. KG)	1,53 €	0,594	1,53 €	0,594	2,16 €	0,440
Post (vs. Prä)	18,30 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-10,88 €	0,100				
1. Jahr (vs. Prä)			16,65 €	0,002	17,68 €	0,001
2. Jahr (vs. Prä)			20,00 €	0,001	21,58 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-7,90 €	0,279	-7,92 €	0,278
IG x Jahr 2 (DiD)			-13,96 €	0,073	-13,76 €	0,076
Alter (30-47 J. vs. U30)					15,48 €	0,034
Alter (48-64 J. vs. U30)					10,02 €	0,050
Alter (Ü64 vs. U30)					36,86 €	0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1,11 €	0,788
F 00 (Demenz)					28,41 €	0,433
F 01 (Vaskuläre Demenz)					46,10 €	0,256
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-28,71 €	0,027
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					27,66 €	0,432
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-78,65 €	0,215
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					2,97 €	0,581
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					2,27 €	0,741
F 30-39 (Affektive Störungen)					10,54 €	0,102
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					20,07 €	0,086
F 45 (Somatoforme Störungen)					9,33 €	0,133
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-3,88 €	0,602
F 50 (Essstörungen)					3,29 €	0,671
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					8,70 €	0,377
F 70-79 (Intelligenzstörung)					55,23 €	0,183
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					611,06 €	0,265
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-24,22 €	0,316
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-6,52 €	0,096
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					52,97 €	0,172
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					11,68 €	0,347
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1,09 €	0,648
R^2		0,001		0,001		0,028

Modell *A*, *B* und *C* beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

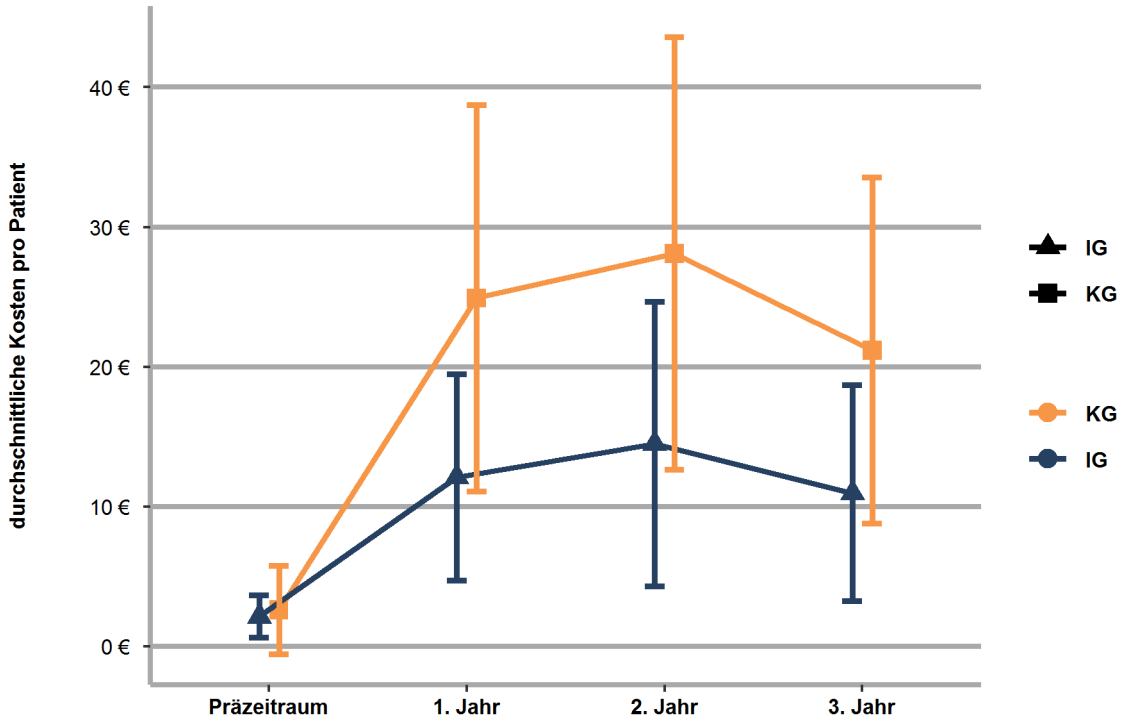
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 147: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	< 10	10	10	< 10	< 10	18	18	12
Mittelwert	**2,15 €**	**12,11 €**	**14,49 €**	**10,97 €**	**2,61 €**	**24,92 €**	**28,11 €**	**21,18 €**
Standardabweichung	31,32 €	153,58 €	206,42 €	155,07 €	65,29 €	286,79 €	316,71 €	249,59 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	618,21 €	3.050,68 €	4.265,93 €	3.168,60 €	2.158,47 €	6.768,22 €	5.554,00 €	4.690,00 €

Abbildung 88: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

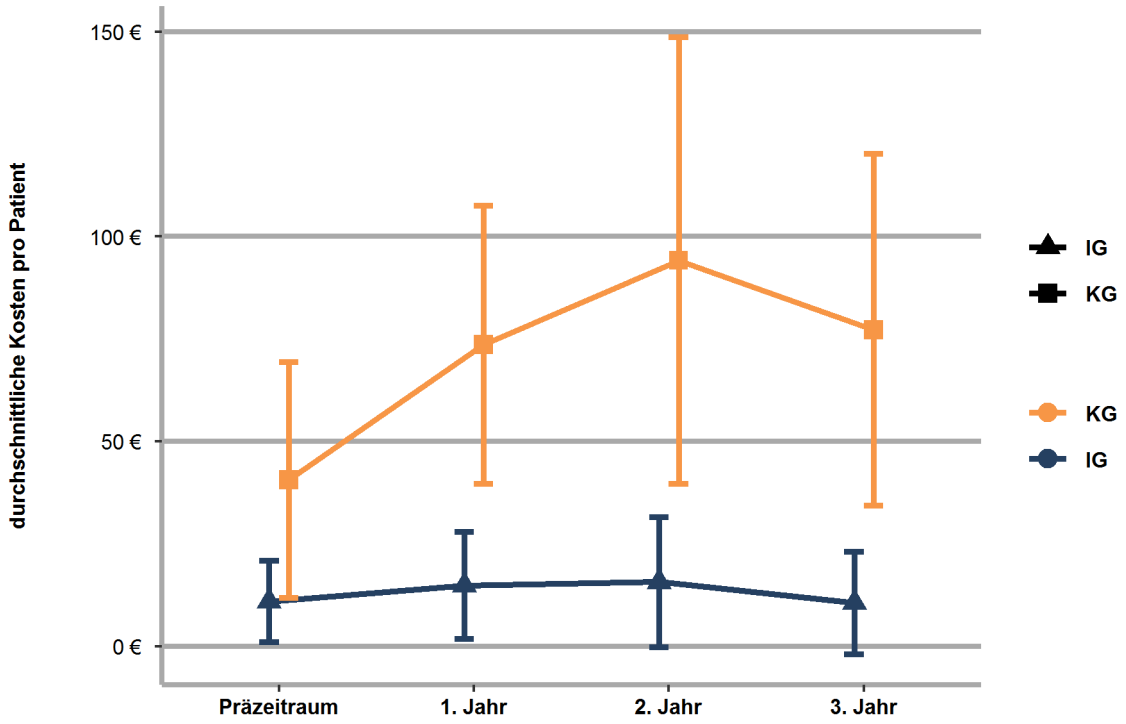


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 148: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	19	24	14	15
Mittelwert	**10,91 €**	**14,82 €**	**15,66 €**	**10,62 €**	**40,61 €**	**73,59 €**	**94,17 €**	**77,24 €**
Standardabweichung	150,52 €	198,46 €	238,39 €	186,18 €	436,48 €	515,73 €	813,12 €	631,64 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.816 €	3.648 €	4.144 €	3.924 €	9.698 €	7.414 €	14.198 €	9.733 €

Abbildung 89: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



11. Ergebnisse: Effizienz

Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4)

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 die klinikneuen Patienten von U2 und die klinikbekannten Patienten von U4.

U2 – Variante A (vgl. Tabelle 149 und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 3.099,45 € signifikant (p<0,001) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 3,2 Tage signifikant (p=0,001) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -971,07 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 971,07 € zusätzlich ausgegeben.

U2 – Variante B (vgl. Tabelle 150 und Abbildung 90):Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 3.613,36 € signifikant (p<0,001) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 11,7 Tage signifikant (p=0,017) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 308,28 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 308,28 € zusätzlich ausgegeben. Eine Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 findet sich in Abbildung 91 im Anhang.

U4– Variante A (vgl. Tabelle 151 und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 2.451,19 € signifikant (p=0,011) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 1,8 Tage nicht signifikant (p=0,487) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 1.366,06 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 1.366,06 € zusätzlich ausgegeben.

U4– Variante B (vgl. Tabelle 152und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 2.188,20 € nicht signifikant (p=0,115) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 13,5 Tage nicht signifikant (p=0,170) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -161,63 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 161,63 € zusätzlich ausgegeben.

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

Tabelle 149: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	**Gruppe**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**
Kosten	IG	1.279,21 €		2414	10.415,66 €		2414	9.136,45 €	
	KG	856,64 €		2414	6.893,64 €		2414	6.037,00 €	
	Diff (IG - KG)	422,57 €	<0,001		3.522,02 €	<0,001		3.099,45 €	<0,001
KH-Tage	IG	2,7		2414	16,3		2414	13,6	
	KG	1,6		2414	18,3		2414	16,8	
	Diff (IG - KG)	1,2	<0,001		-2,0	0,033		-3,2	0,001
ICER	**-971,07 €/d**								

Tabelle 150: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	**Gruppe**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**
Kosten	IG	1.170,29 €		1492	10.345,00 €		1492	9.174,71 €	
	KG	945,78 €		1552	6.507,13 €		1552	5.561,36 €	
	Diff (IG - KG)	224,51 €	0,124		3.837,87 €	<0,001		3.613,36 €	<0,001
AU-Tage	IG	34,6		1492	104,3		1492	69,7	
	KG	28,2		1552	86,2		1552	58,0	
	Diff (IG - KG)	6,4	0,009		18,2	<0,001		11,7	0,017
ICER	**308,28 €/d**								

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

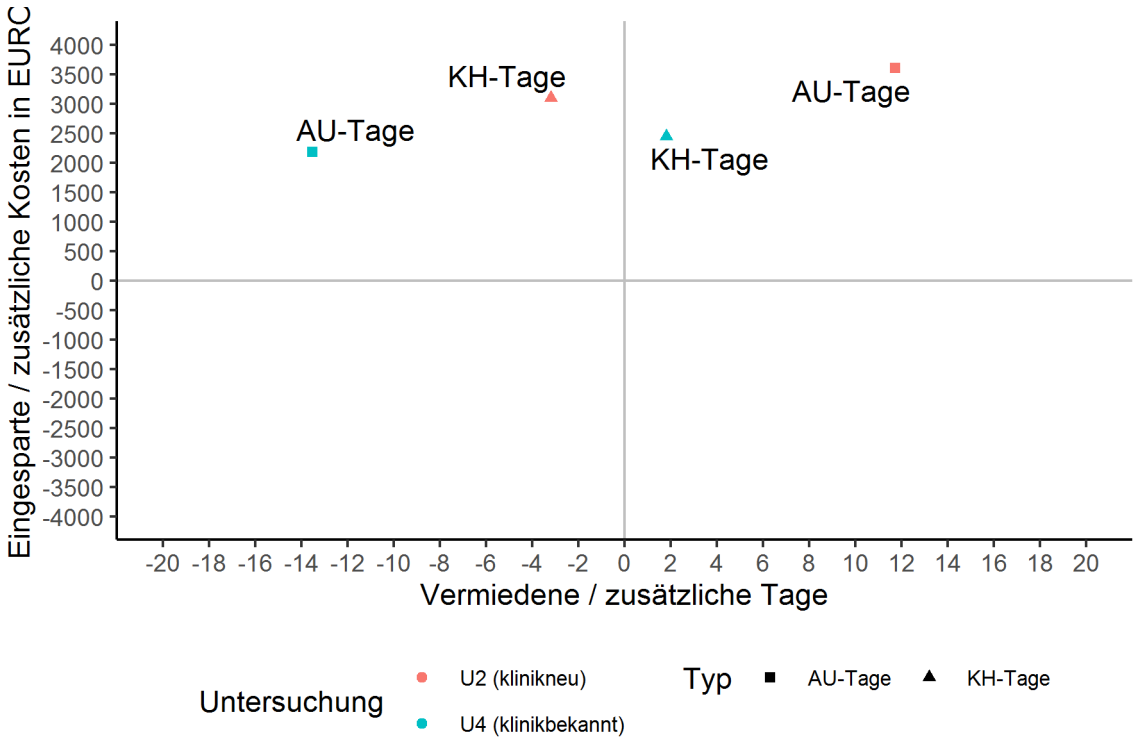
Tabelle 151: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	**Gruppe**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**
Kosten	IG	5.496,74 €		637	9.292,78 €		637	3.796,04 €	
	KG	5.255,59 €		637	6.600,44 €		637	1.344,85 €	
	Diff (IG - KG)	241,15 €	0,665		2.692,34 €	<0,001		2.451,19 €	0,010
KH-Tage	IG	10,1		637	16,7		637	6,6	
	KG	11,0		637	15,8		637	4,8	
	Diff (IG - KG)	-0,9	0,571		0,9	0,656		1,8	0,486
ICER	**1.366,06 €/d**								

Tabelle 152: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	**Gruppe**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**
Kosten	IG	5.115,47 €		297	9.424,64 €		297	4.309,17 €	
	KG	5.183,26 €		297	7.304,23 €		297	2.120,97 €	
	Diff (IG - KG)	-67,79 €	0,921		2.120,41 €	0,079		2.188,20 €	0,115
AU-Tage	IG	45,4		297	50,9		297	5,5	
	KG	39,2		297	58,2		297	19,1	
	Diff (IG - KG)	6,2	0,347		-7,3	0,318		-13,5	0,170
ICER	**-161,63 €/d**								

Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4



12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH 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 steht 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 passen[2] und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen[3]. 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 Tabelle 5), 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

[2] 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.

[3] 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.

Hypothese a) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V […]:

> *„[…] 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 klinikneuen Patienten vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen geringer als in der KG. In U3 war dieser Unterschied statistisch signifikant. Auch war ersichtlich, dass in allen Untersuchungen der Anteil vor Referenzfall im Modellvorhaben höher und im Jahr nach Referenzfall geringer war verglichen mit der Regelversorgung. In den weiteren patientenindividuellen Jahren waren die Anteile zwischen den Gruppen vergleichbar. Somit verringerte sich bereits die Anzahl vollstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten im Modellvorhaben im ersten Jahr nach Referenzfall. Bei den klinikbekannten Patienten waren die Anteile im Jahr vor Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Diese näherten sich über den patientenindividuellen Verlauf an und überstiegen teilweise die Anteile der KG. Eine Verringerung des Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt ist bei den klinikbekannten Patienten im Modellvorhaben somit nicht ersichtlich.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den klinikneuen Patienten zum ersten Jahr nach Referenzfall in U2, U3 und U4 in der IG etwas stärker als in der KG. Diese Anstiege waren jedoch zwischen den Gruppen und im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall nicht statistisch signifikant. Auch die weiteren Jahre waren zwischen den Gruppen vergleichbar. Der Anteil an Patienten mit teilstationärer Behandlung schien somit nicht signifikant angestiegen zu sein. Auch bei den klinikbekannten Patienten waren keine signifikanten Veränderungen über die Zeit zwischen den Gruppen ersichtlich. Zwar wiesen Patienten der U1 und U4 in der IG im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall geringere Anteile als in der KG auf, diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant. Die restlichen Jahre waren zwischen IG und KG vergleichbar.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** klinikneuer Patienten war in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall in allen Untersuchungen geringer als in der KG. In U1 und U3 war dieser geringere Anstieg statistisch signifikant. 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. 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 (5). In einer Region in Schleswig-Holstein wurde nach Einführung des RPBs die Zahl vollstationärer Behandlungsplätze innerhalb von fünf Jahren deutlich reduziert (6). Im Rahmen eines modellähnlichen integrierten Versorgungsvertrages in einer Klinik in Hessen konnten 30% der stationären Leistungen durch stationsersetzende ambulante Akut-Teams abgelöst werden (7). 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 (8). Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich in U1 und U4 in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein etwas größerer Anstieg vollstationärer Behandlungstage als in der KG. Auch im weiteren Verlauf waren die vollstationären Tage in der IG größer als in der KG (und im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall). Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich. Eine Reduktion vollstationärer Tage im Modellvorhaben ist somit für die klinikbekannten Patienten nicht ersichtlich. Vielmehr zeichnet sich ein Trend zur Erhöhung vollstationärer Tage dieser Patientengruppe ab.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** klinikneuer Patienten in der IG zum ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG. Dieser Effekt war in allen Untersuchungen ersichtlich und in U1 und U3 statistisch signifikant. Hier schienen die vollstationären durch teilstationäre Behandlungstage teilweise aufgefangen zu sein. Auch im oben beschriebenen RPB in Dithmarschen wurden vollstationäre Behandlungstage teilweise durch teilstationäre Tage aufgefangen (5). Und teilstationäre Behandlungsangebote wurden auch im RPB in der Region in Schleswig-Holstein deutlich ausgebaut (6, 9). Die klinikbekannten Patienten der IG starteten im Jahr vor Referenzfall sowohl in U1 als auch in U4 auf einem höheren Niveau im Vergleich zur KG. Im weiteren Verlauf glich sich die Anzahl teilstationärer Tage zwischen den Gruppen im patientenindividuellen Verlauf an. Somit ist für die klinikbekannten Patienten weder eine Reduktion vollstationärer, noch eine Veränderung teilstationärer Behandlungstage im Modellvorhaben ersichtlich.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** ist zu erkennen, dass die PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben stärker ausfiel im Vergleich zur Regelversorgung. Bei den klinikneuen Patienten der U1 (nur Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) war dieser Unterschied noch gering, aber mit den folgenden Modelljahren (U2, U3 und U4) war ein stärkerer Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Dieser Unterschied war in U3 statistisch signifikant. Auch im weiteren patientenindividuellen Verlauf blieb die Anzahl der PIA-Kontakte in der IG etwas größer als in der KG. Die reduzierten vollstationären Behandlungstage in der IG waren für die klinikneuen Patienten somit im Modellvorhaben an der Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH durch mehr Behandlungen im teilstationären Bereich und im Verlauf auch durch vermehrte Kontakte in der PIA aufgefangen. Auch bei den klinikbekannten

Patienten zeigte die IG eine Zunahme der Anzahl an PIA-Kontakten im Vergleich zur KG (U1 und U4). Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) im zweiten und vierten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Somit wurden im Modellvorhaben auch klinikbekannte Patienten vermehrt durch die PIA betreut.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer zeigte bei den klinikneuen Patienten im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall (in allen Untersuchungen) eine größere Zunahme der Kontakte in der IG im Vergleich zur KG. Diese stärkere Zunahme war in U3 statistisch signifikant. Auch die patientenindividuell folgenden Jahre zeigten in der IG mehr ambulante psychiatrische Kontakte außerhalb des Krankenhauses als in der KG. Eine Ausnahme bildet U1, in der die Kontakte in der IG im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall stärker sanken als in der KG. Dieses stärkere Absinken war in beiden Jahren statistisch signifikant, auch weil die Anzahl der Kontakte bereits im Jahr vor Referenzfall in der IG größer als in der KG war. Diese höhere Inanspruchnahme von einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der IG vor Referenzfall ist auch in allen vier Untersuchungen ersichtlich. Auch bei den klinikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall eine etwas höhere Inanspruchnahme bei einem „Psych-Vertragsarzt“ in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung zu beobachten. Während jedoch die Inanspruchnahme in der KG auf einem relativ stabilen Niveau blieb, erhöhte sich diese für die Patienten der IG etwas. Der stärkere Anstieg war in U1 im zweiten und vierten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. 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 (10, 11). Das verhandelte Budget nach § 64b SGB V beschränkt sich bei der Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH auf das Krankenhaus. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt. Dennoch wurden im Modellvorhaben sowohl die PIA (ambulante Leistungen im Krankenhaus) als auch die ambulanten Leistungen außerhalb des Krankenhaus (im Zeitverlauf) für klinikneue und klinikbekannte Patienten gestärkt.

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 sich die Anzahl und Dauer vollstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall im Zuge des Modellvorhabens verringerten. Für die klinikbekannten Patienten konnte weder eine Reduktion der Anteile noch der Tage vollstationärer Aufenthalte in der Modellklinik beobachtet werden; es zeichnete sich jedoch ein Trend zur Erhöhung vollstationärer Behandlungstage ab. Bei den klinikneuen Patienten erhöhten sich die Anzahl teilstationärer Behandlungstage, der PIA-Kontakte sowie der ambulanten Kontakte außerhalb des Krankenhauses. Bei den klinikbekannten Patienten erhöhte sich die Anzahl teilstationärer Tage nicht, die PIA-Kontakte und ambulante Kontakte außerhalb des Krankenhauses wurden jedoch auch vermehrt in Anspruch genommen. Damit konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten für die klinikneuen Patienten erreicht werden. Die verminderte vollstationäre Inanspruchnahme wurde durch erhöhte teilstationäre und ambulante Kontakte aufgefangen. Für die klinikbekannten Patienten konnte keine Verringerung vollstationärer Aufenthalte und Tage, aber eine Erhöhung ambulanter Kontakte beobachtet werden.

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. Bei den klinikneuen Patienten war jedoch die Behandlungskontinuität für 7, 30 und 90 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant geringer in der IG im Vergleich zur KG. Auch war die Behandlungskontinuität für alle drei Nachbeobachtungszeiten in U4 im zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor bei der Betrachtung von 90 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant geringer in der IG als in der KG. Weiterhin wies die IG im ersten Jahr nach Referenzfall eine stets niedrigere Behandlungskontinuität im Vergleich zur KG auf. Weitere eindeutige Vergleiche zwischen den Gruppen und Nachbeobachtungszeiträumen gab es nicht. Während somit bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr die Behandlungskontinuität im Jahr nach Referenzfall in der IG noch geringer als in der KG war, glich sich dieser Parameter über den Modellverlauf zwischen den Gruppen an.

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 Parameters 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). Hier waren sowohl der Anteil der Patienten mit keinem Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem als auch die Dauer des Kontaktabbruchs im Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG vergleichbar. Dies ist ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung und zeigt, dass im Modellvorhaben die Abbrüche des Kontakts weder signifikant gestärkt noch vermindert wurden. 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 (11), 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 (12). 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 keine Modelleffekte einer kontinuierlicheren Behandlung im Modellvorhaben nachgewiesen werden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben nicht nachgewiesen werden konnte. Auch waren sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar.

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 klinikneuen Patienten in der IG stets größer als in der KG. Diese größere Zunahme war jedoch statistisch nicht signifikant. In allen untersuchten Kohorten war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall bei den Patienten der IG höher als bei den Patienten der KG. Auch bei den klinikbekannten Patienten war eine größere Anzahl an AU-Tage im Jahr vor Referenzfall in beiden Untersuchungen ersichtlich. Hier sanken jedoch die AU-Tage in der IG zum ersten Jahr vor Referenzfall stärker als in der KG, stiegen aber in den folgenden Jahren in der IG stärker an als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Eine Verringerung an AU-Tagen konnte somit in der IG nicht beobachtet werden. 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 (13). 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 (14). Das Hauptaugenmerk der meisten Studien zur Beurteilung der Effektivität von (§ 64b SGB V-ähnlichen) 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 (15), sind auch nach Berücksichtigung soziodemographischer Faktoren, wie Bildung, Einkommen und beruflicher Position, hoch-signifikante Effekte von psychischen Störungen auf AU und Langzeit-AU ersichtlich (16). Arbeitsunfähigkeit ist somit bei der hier untersuchten Personengruppe besonders zu betrachten.

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 (17).

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). Der Anteil klinikneuer Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme war in der IG etwas größer, während die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar war. Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung (vermehrte Inanspruchnahme teilstationärer und ambulanter Angebote klinikneuer Patienten) 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 (18). Die Gründe für die Veränderung der stationären Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (19). 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 (19). In der vorliegenden Evaluation kann das Vorhandensein krankenhaus-externer ambulanter psychiatrischer Versorgung (d.h. nicht PIA) nur indirekt durch die ambulante Inanspruchnahme eruiert werden. Diese krankenhaus-externe ambulant psychiatrische Strukturen wurden sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten vermehrt in Anspruch genommen. 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 klinikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein Anstieg des mittleren Elixhauser Scores zu verzeichnen war, verlief dieser bei den klinikbekannten Patienten fast ohne Veränderungen über die Zeit.

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser Score herangezogen (20, 21). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde verzichtet, da der Elixhauser Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet

(22). 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 (23). In der Literatur wird er bei der Erhebung von Komorbiditäten aufgrund von GKV-Sekundärdaten jedoch relativ häufig eingesetzt (24), 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 (25). In anderen Fällen begünstigen psychische Erkrankungen organische Leiden, z.B. Suchterkrankung und Leberschäden (26). Wiederum gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, z.B. Sucht mit Depression und Angststörungen (27). Komorbiditäten verringern zudem häufig die Compliance der Patienten für die Behandlung, erhöhen die Kosten und Komplexität der Behandlung (27).

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 für die klinikneuen Patienten geringfügig höhere Mortalitätsraten in der IG im Vergleich zur KG. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Bei den klinikbekannten Patienten war die 4-Jahres (U1) und 2-Jahres (U4) Mortalität in der IG jeweils geringer als in der KG. Der Unterschied war für U1, in der inferenzstatistisch getestet wurde, statistisch signifikant. Dies bedeutet, dass trotz Verlagerung vollstationärer Tage in den ambulanten Bereich bei den klinikneuen Patienten keine erhöhte Mortalität beobachtet werden konnte. Die Gründe einer verringerten Mortalität bei den klinikbekannten Patienten kann mit den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sterben durchschnittlich zehn Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung bzw. deren Mortalität ist doppelt so hoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, überwiegend durch somatische Erkrankungen (28, 29). Besonders in Kombination mit Co-Erkrankungen (siehe auch unter Komorbidität) leiden diese Menschen nicht nur unter einer erhöhten Morbidität, sondern auch unter einer erhöhten Mortalität. Dies gilt besonders für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (30). Modellvorhaben nach § 64b SGB V können hier nur bedingt Einfluss nehmen. Eine nachhaltigere und patientenzentrierte Versorgung in 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) war bei den klinikneuen Patienten weitgehend vergleichbar. Einzelne Gruppenunterschiede waren marginal und statistisch nicht

signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG stets geringer (U1: - 3,8 %-Punkte; U4: -3,6%-Punkte). Statistische signifikante Unterschied (U1) gab es jedoch nicht. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG bei den klinikneuen Patienten zwischen den Gruppen vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG in U1 statistisch signifikant größer als in der KG (+6,1 %-Punkte). In U4 war dieser Unterschied jedoch nur noch geringfügig größer (+1,1 %-Punkte). Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG sowohl bei klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten weitgehend vergleichbar. Bei einer Betrachtung der Patienten im späteren Verlauf im Modell war dieser Unterschied jedoch nicht mehr ersichtlich. Somit sind eindeutige Auswirkungen des Modellvorhabens auf eine der untersuchten Erkrankungsprogressionen nicht nachweisbar.

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 (31). 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 AU-Tage im Modellvorhaben nicht verringert werden konnten. Im Modellvorhaben am Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH wurden die Patienten etwas häufiger, jedoch nicht schneller vollstationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität war im Modellvorhaben bei den klinikbekannten Patienten geringer im Vergleich zur Regelversorgung. Eindeutige Auswirkungen des Modellvorhabens auf eine der untersuchten Erkrankungsprogressionen sind nicht nachweisbar.

Hypothese d) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V […]:

> *„[…] 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 klinikneuen Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen in der IG statistisch signifikant größer als in der KG. Dies entspricht 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 leitlinien-nahen Versorgung wurde versucht, diese Limitationen zu berücksichtigen. Daher wurde nach Sichtung verschiedener Leitlinien, welche in Modellvorhaben nach § 64b SGB V tangiert werden, und der Feststellung, dass sektoren- und diagnoseübergreifende Qualitätsindikatoren (QIs) leider noch nicht verfügbar sind, auf die Publikation von Großimlinghaus et al. (4) 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 wurde unter anderem im Projekt PsychCare gearbeitet (1). Eine Reihe weiterer Studien zu Modellvorhaben oder deren Vorläufer, wie dem RPB, fanden positive Auswirkungen auf eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (9, 32), eine Verbesserung der Art/Situation zur Zeit der Einweisung bzw. Entlassung (freiwillig bzw. auf ärztlichen Rat, ohne Zwang oder Flucht) (5), eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (8), 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) in den Modellvorhaben nach § 64b SGB V bzw. modellähnlichen 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.

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) sowie ggf. unter den entsprechenden Schlüsseln der PIA-Dokumentationsvereinbarung vom 02.02.2018 (x6x und 86Z) die aufsuchende Behandlung als Home-Treatment ab 2013 ausgewertet (35). Wie in Kapitel 9.2 Tabelle 71 und Tabelle 72 ersichtlich, wurde bei den klinikneuen Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung beim Referenzfall (U1-U4) und im ersten Jahr nach Referenzfall in U4 statistisch signifikant weniger stark in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Im vierten Jahr nach Referenzfall in U1 und im dritten Jahr nach Referenzfall in U4 war die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung in der IG jedoch signifikant größer als in der KG. Bei den klinikbekannten Patienten wurde im Jahr vor Referenzfall, beim Referenzfall und im Jahr nach Referenzfall die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben weniger stark in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Im dritten und vierten (nur U1) Jahr nach Referenzfall wies das Modellvorhaben jedoch eine signifikant größere Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung im Vergleich zur Regelversorgung auf. Somit zeichnet sich im Modellvorhaben eine Stärkung aufsuchender Behandlung über den patientenindividuellen Verlauf (ab dem dritten Jahr nach Referenzfall), aber nicht zum Zeitpunkt des Referenzfalls und über die Modelllaufzeit ab. 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“ 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. Die flexible Behandlung mit der Möglichkeit des Home-Treatments zur Unterstützung des Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. deren sozialen Umfeldes ist das Ziel.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass sich eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz bezogen auf den Anteil an klinikneuen Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen abzeichnet. Weiterhin war sich im Modellvorhaben eine Stärkung aufsuchender Behandlung über den patientenindividuellen Verlauf (ab dem dritten Jahr nach Referenzfall), aber nicht zum Zeitpunkt des Referenzfalls und über die Modelllaufzeit ersichtlich.

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 stationär-psychiatrische Versorgungskosten** sind in der IG daher geringer als in der KG.“*

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **vollstationär-psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 85,77 € günstiger, jedoch nicht statistisch signifikant günstiger als die KG. Dieser Effekt wurde durch gleich hohe Anteile an vollstationär versorgten Patienten, aber einer verringerten Zahl an Behandlungstagen hervorgerufen. Dennoch zeigte sich im Verhältnis von Tagen zu Kosten ein deutlich höherer „Tagessatz“ in der IG. Bezieht man die klinikneuen Patienten der ersten beiden Modelljahre bei dreijähriger Nachbeobachtung (U4) ein, ergibt sich ein in Richtung und Höhe der Kostenverläufe vergleichbares Bild zu den für U1 gemachten Ausführungen. Die „Tagessätze“ sanken hier jedoch sowohl in der IG als auch in der KG im Vergleich zu U1

Bei den klinikbekannten Patienten des ersten Modelljahrs (U1) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr auf 10%-Niveau signifikant (p=0,052) um 1.627,30 € je Patient teurer. Hier lagen die Kosten der IG sowohl für voll- und teilstationäre, als auch für PIA-Behandlungen über denen der KG. Auch in den Folgejahren lagen die Kosten der IG signifikant über denen der KG. Dieses Muster ließ sich auch für die klinikbekannten Patienten der ersten beiden Modelljahre und dreijähriger Nachbeobachtungszeit (U4) feststellen.

Bei Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 5.834,81 € und 4.973,38 € in der KG. Der Anstieg der IG ist somit signifikant höher als der der KG.

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 337,02 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG. In der Kostenverteilung ergab sich hier ein vergleichbares Muster zu U2.

Zusammenfassend zeigt sich ein hypothesenkonträres Ergebnis. Die Kosten bzw. die Kostenanstiege der vollstationären Versorgung lagen in der IG über denen der KG.

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**.“*

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkten psychiatrischen Versorgungskosten**

vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 862,00 € teurer, jedoch nicht statistisch signifikant teurer als die KG. Dies ist vor allem auf signifikant höhere Kosten für die teilstationäre Versorgung sowie PIA-Behandlungen, bei im Vergleich zur KG gleich hohen Kosten der vollstationären Versorgung zurückzuführen. Bezieht man die klinikneuen Patienten der ersten beiden Modelljahre bei dreijähriger Nachbeobachtung (U4) ein, ergibt sich ein in Richtung und Höhe der Kostenverläufe vergleichbares Bild zu den für U1 gemachten Ausführungen.

Bei den klinikbekannten Patienten des ersten Modelljahrs (U1) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant um 2.213,17 € je Patient teurer. Hier lagen die Kosten der IG sowohl für voll- und teilstationäre, als auch für PIA-Behandlungen über denen der KG. Auch in den Folgejahren lagen die Kosten der IG signifikant über denen der KG. Dieses Muster ließ sich auch für die klinikbekannten Patienten der ersten beiden Modelljahre und dreijähriger Nachbeobachtungszeit (U4) feststellen.

Bei Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 10.416 € und 6.894 € in der KG. Der Anstieg der IG ist somit signifikant höher als der der KG. Die höheren Gesamtkosten spiegeln dabei die höheren Kosten bzw. Anstiege in den drei Versorgungsbereichen (voll- und teilstationär sowie PIA) wider.

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 6.225,53 € je Patient signifikant teurer als die KG. In der Kostenverteilung ergab sich hier ein vergleichbares Muster zu U2.

Zusammenfassend zeigt sich ein hypothesenkonträres Ergebnis. Die Gesamtkosten lagen in der IG über denen der KG. Auch die einzelnen Bereiche waren durch höhere Kosten der teilstationären, der PIA- sowie der vertragsärztlichen Versorgung gekennzeichnet.

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. Seit dem ersten Quartal 2016 werden PEPP-Entgelte für die stationäre Abrechnung verwendet. Definiert man Leistungstransparenz als Einführung des PEPP-Systems als Abrechnungssystem, lässt sich festhalten, dass somit Leistungstransparenz gegeben ist.

Dem ließe sich jedoch entgegnen, dass Leistungstransparenz auch unabhängig vom Vergütungssystem vorhanden ist, wenn die aktuell 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. Dies ist durch die Umsetzung der PIA-Doku-Vereinbarung ab 2018 gegeben. Die Differenzierung der PIA-Dokumentation ab 2018 ist dabei kein Modellmerkmal, sondern geht mit allgemeinen Dokumentationspflichten einher.

Zusammenfassend kann zwar für die Modellklinik von Leistungstransparenz gesprochen werden, dies ist jedoch nicht zwingend auf das Modellvorhaben selbst zurückzuführen.

Hypothese h) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V […]:

> *„[…] führen zu einer **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.“***

Die Kosten der vertragsärztlichen Versorgung der IG lagen zwar im ersten Nachbeobachtungsjahr sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten in allen Untersuchungsperspektiven über denen der KG, diese Kostendifferenz ließ sich jedoch bereits im Präzeitraum feststellen. Ein Modelleffekt der Kostenverlagerung in den niedergelassenen Bereich lässt sich somit nicht feststellen.

Hypothese i) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V […]:

> *„[…] 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 klinikneuen Patienten zeigten sich in allen Untersuchungsperspektiven vergleichbare Verläufe und Höhen der Kosten in IG und KG. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich hingegen geringere Kosten der Psychopharmakaversorgung. Inwieweit dies aber auf Modelleffekte zurückzuführen ist, lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten. Insbesondere dadurch nicht, da die geringeren Kosten bereits im Prä-Zeitraum vorhanden waren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Frage nach geringeren Kosten für Arzneimittel nicht abschließend beantwortet werden kann, da die Effekte nicht eindeutig und teilweise auch gegenläufig sind.

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."*

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von -970,07 € je Tag. D.h. für jeden der 3,2 in der IG vermiedenen vollstationären psych. Tage wurden zusätzliche Kosten i.H.v. 971,07 € aufgewendet. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1" („Mitglied"; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von 308,28 € je vermiedenem AU-Tag bei insgesamt 11,7 vermiedenen AU-Tagen. Für jeden vermiedenen AU-Tag fielen somit zusätzliche Kosten in Höhe von 308,28 € an.

U4: Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 1.366,06 € je Tag. D.h. für jeden der 1,8 in der IG zusätzlich angefallenen vollstationären psych. Tage wurden zusätzliche Kosten i.H.v. 1.366,06 € aufgewendet. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1" („Mitglied"; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von -161,63 € je vermiedenem AU-Tag bei insgesamt 13,5 vermiedenen AU-Tagen. Für jeden vermiedenen AU-Tag fielen somit zusätzliche Kosten in Höhe von 161,63 € an.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Modellvorhaben zwar effektiv im Sinne verbesserter primärer Outcomes ist, die Kosten jedoch in der IG über denen der KG liegen. Hier müsste die Zahlungsbereitschaft der Kostenträger ermittelt werden.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach § 64b SGB V an der Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH wurden vollstationäre Aufenthalte von klinikneuen Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dies ging Hand in Hand mit einer Verlagerung in den teilstationären und ambulanten Bereich (innerhalb und außerhalb des Krankenhauses). Für die klinikbekannten Patienten der Modellversorgung konnte hingegen keine Verringerung vollstationärer und keine Erhöhung teilstationärer Aufenthalte und Tage, aber eine Erhöhung ambulanter Kontakte beobachtet werden. Die Verlagerung in den nicht-vollstationären Sektor bei den klinikneuen Patienten zeigte keine direkten Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität. So führte das Modellvorhaben weder zu einer erhöhten

Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor noch zu einem geringeren Kontaktabbruch im Vergleich zur Regelversorgung. Weiterhin zeigen die Analysen, dass AU-Tage im Modellvorhaben nicht verringert werden konnten. Im Modellvorhaben am Gesundheitszentrum Wetterau gGmbH wurden die Patienten etwas häufiger, jedoch nicht schneller vollstationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Weitere Outcomes der Versorgungsqualität bzw. weitere messbare medizinische Outcomes zeigten jedoch hypothesenkonforme Ergebnisse. Die Mortalität war im Modellvorhaben bei den klinikbekannten Patienten hingegen geringer im Vergleich zur Regelversorgung. Auch zeigte sich in einer Untersuchung zur Leitlinienadhärenz, dass der Anteil an klinikneuen Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung war, welches einer leitliniengerechteren Versorgung entspricht. Weiterhin war sich im Modellvorhaben eine Stärkung aufsuchender Behandlung über den patientenindividuellen Verlauf, aber nicht zum Zeitpunkt des Referenzfalls und über die Modelllaufzeit ersichtlich. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Auch waren die Komorbiditäten zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Auch war eindeutige Auswirkungen des Modellvorhabens auf eine der untersuchten Erkrankungsprogressionen nicht nachweisbar. Insgesamt zeigte sich vor allem für klinikneue Patienten eine Verlagerung der Behandlung vom vollstationären zum teilstationären und ambulanten Bereich, jedoch keine Erhöhung der Behandlungskontinuität bzw. Verringerung der AU-Tage.

Bzgl. der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten kein hypothesenkonformes Verhalten festgestellt werden. Die Kosten sowie die Anstiege der Kosten der IG lagen in allen Untersuchungsperspektiven über denen der KG. Zwar steigen wie erwartet die Kosten in der teilstationären und PIA-Versorgung, die Kosten der vollstationären Versorgung fielen dem gegenüber jedoch nicht.

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 auf 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 (1) 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 „0“ 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 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. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. 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. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. 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.

Eine weitere Limitation kann in der Methodik der Berechnung der durchschnittlichen AU-Tage begründet liegen, die sich auf das Ergebnis der Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) auswirken kann: Zum einen wurden AU-Tage bezogen auf alle Individuen mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) berechnet, zum anderen wurden zusätzlich zu den in den Routinedaten dokumentierten AU-Episoden voll- und teilstationäre Krankenhaustage ebenfalls als AU-Episode gewertet. Durch die Berücksichtigung der voll- und teilstationären Krankenhaustage kann sich eine Verzerrung zugunsten der Interventionsgruppe ergeben, wenn durch das Modell stationäre Behandlungstage vermieden werden. 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.

Im Rahmen der Kosteneffektivitätsanalyse mit dem Outcomeparameter *AU-Tage* ist zu berücksichtigen, dass Krankengeldzahlungen nicht erfasst werden. Unterschiede in den Gesamtkosten können sich auch durch eine unterschiedliche Zahl an AU-Tagen sowie durch unterschiedliche Höhen der Krankengeldzahlungen (bei unterschiedlichen Einkommensstrukturen) ergeben. Ob und inwieweit sich die beiden Gruppen hier unterscheiden, lässt sich nicht bestimmen.

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 (3). 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 (39).
- 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 (siehe auch Kapitel 12.2).

- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise 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 (40).
- 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 (41). 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. Soltmann B, Neumann A, March S, Weinhold I, Hackl D, Kliemt R, et al. Multiperspective and Multimethod Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Care Models in Germany: Study Protocol of a Prospective, Controlled Multicenter Observational Study (PsychCare). Front Psychiatry. 2021;12:659773.
2. Neumann A, Swart E, Häckl 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.
3. 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;82:S4-S12.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Schillen T, Thiex-Kreye M. Hanauer Modell - Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. Kerbe. 2014(2):11-5.
8. 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.
9. Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D, Birker T, Heider D, et al. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung [The regional psychiatry budget: costs and effects of a new multisector financing model for psychiatric care] Psychiatr Prax. 2008;35:279-85.
10. Melchinger H. Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Medizinische Hochschule Hannover; 2008.
11. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen [Coordinated care for people with mental illness]. 2018.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Hapke U, von der Lippe E, Busch M, Lange C. Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. 2012.

16. 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.
17. Gühne U, Riedel-Heller SG. Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin; 2015.
18. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1999;249(3):136-43.
19. Huttner DM. Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten 2006.
20. 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.
21. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RN. Comorbidity measures for use with administrative data. Medical care. 1998;36(1):8-27.
22. Hagn S. Vergleich verschiedener Komorbiditäts_Scores in Routinedaten der stationären Versorgung: Ludgwig-Maximilians-Universität zu München

2014.
23. 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.
24. Neubauer S. Gesundheitsökonomische Analysen von Versorgungsleitlinien anhand von GKV-Routinedaten: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover; 2019.
25. 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.
26. Roy DN, Goswami R. Drugs of abuse and addiction: A slippery slope toward liver injury. Chem Biol Interact. 2016;255:92-105.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LAK, Jacobi F. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. Deutsches Arzteblatt international. 2019;116(23-24):405-+.
31. 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.
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. 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.
40. Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. Das Gesundheitswesen. 2010;72:316-22.
41. 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 153: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	**2.414**	**2.414**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	77,9 %	78,3 %
• Zwei Diagnosen	19,0 %	18,6 %
• Drei Diagnosen	2,7 %	2,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,5 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	46	50
2. F10 & F33	40	43
3. IG: F10 & F32 / KG: F10 & F43	40	36

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

Tabelle 154: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	1.880	1.890	2.414	2.414
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,2 %	1,1 %	1,1 %	1,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,3 %	2,5 %	2,4 %	2,2 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,2 %	1,2 %	1,4 %	1,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,2 %	0,1 %	0,4 %	0,3 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,2 %	13,0 %	16,9 %	16,6 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	8,1 %	8,4 %	8,1 %	7,9 %

• F 30-39 (Affektive Störungen)	42,4 %	43,3 %	49,1 %	49,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	21,2 %	21,0 %	23,4 %	23,7 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,1 %	0,7 %	3,4 %	3,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	7,0 %	7,2 %	12,2 %	13,4 %
• F 50 (Essstörungen)	0,1 %	0,1 %	0,7 %	0,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,9 %	0,8 %	2,1 %	2,4 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,1 %	0,6 %	1,4 %	1,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,1 %	0,1 %	1,0 %	0,7 %
Alter[1]				
• Mittelwert	50,0	49,9	49,6	49,1
• Median	50	49	50	49
• (Interquartilsabstand)	(37 - 61)	(35 - 62)	(36 - 60)	(35 - 60)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,4 %	53,5 %	54,9 %	54,7 %
• Männer	45,6 %	46,5 %	45,1 %	45,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	25,9 %	35,8 %	28,8 %	39,5 %
• PIA	74,1 %	64,2 %	71,2 %	60,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,9 %	0,8 %	0,9 %	1,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	7,1 %	9,0 %	7,2 %	8,9 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	11,3 %	10,8 %	11,8 %	11,0 %
• Abitur/Fachabitur	7,6 %	8,8 %	7,6 %	8,5 %
• Abschluss unbekannt	9,7 %	8,9 %	10,0 %	9,4 %
• Fehlende Angabe	63,5 %	61,6 %	62,6 %	61,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,5 %	5,2 %	5,6 %	5,6 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,2 %	20,7 %	19,8 %	20,9 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,0 %	1,5 %	1,1 %	1,3 %
• Bachelor	0,5 %	0,8 %	0,6 %	0,8 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,4 %	3,2 %	2,6 %	2,9 %
• Promotion	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	7,8 %	6,8 %	7,7 %	7,3 %
• Fehlende Angabe	63,5 %	61,6 %	62,6 %	61,1 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	14,5 %	12,4 %	14,5 %	11,4 %
• Nein	63,0 %	62,4 %	62,3 %	63,4 %
• Fehlende Angabe	22,4 %	25,2 %	23,3 %	25,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	27,2 %	27,0 %	28,5 %	28,1 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	24,4 %	19,2 %	25,6 %	21,0 %

• Weder A noch B	48,4 %	53,8 %	46,0 %	50,9 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	59,7 %	63,8 %	61,8 %	64,3 %
• Familienversicherter	6,8 %	7,0 %	6,5 %	7,2 %
• Rentner und deren Familienangehörige	31,5 %	27,8 %	30,1 %	27,2 %
• Fehlende Angabe	1,9 %	1,3 %	1,6 %	1,3 %

[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 155: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	**1.799**	**1.789**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	77,9 %	78,3 %
• Zwei Diagnosen	19,0 %	18,9 %
• Drei Diagnosen	2,8 %	2,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	33	34
2. F10 & F33	32	34
3. F10 & F43	31	32

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

Tabelle 156: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	1.401	1.400	1.799	1.789
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,9 %	0,7 %	0,9 %	0,6 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,5 %	2,6 %	2,7 %	2,2 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,3 %	1,3 %	1,4 %	1,2 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,1 %	0,1 %	0,4 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,1 %	13,2 %	17,4 %	17,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	8,9 %	8,9 %	8,6 %	8,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	43,3 %	43,6 %	49,9 %	49,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	20,1 %	20,3 %	22,6 %	23,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,9 %	0,6 %	2,9 %	2,7 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	6,9 %	7,1 %	11,7 %	12,5 %
• F 50 (Essstörungen)	0,1 %	0,1 %	0,7 %	0,7 %

• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,0 %	0,9 %	2,2 %	2,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,9 %	0,6 %	1,3 %	1,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,1 %	0,1 %	1,1 %	0,7 %
Alter[1]				
• Mittelwert	50,2	49,9	49,8	49,2
• Median	50	49	50	49
• (Interquartilsabstand)	(37 - 61)	(36 - 62)	(37 - 60)	(35 - 60)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,4 %	53,3 %	54,6 %	54,5 %
• Männer	45,6 %	46,7 %	45,4 %	45,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	27,3 %	36,9 %	30,6 %	40,5 %
• PIA	72,7 %	63,1 %	69,4 %	59,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,8 %	1,0 %	0,8 %	1,3 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	7,2 %	8,9 %	7,3 %	8,8 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	12,1 %	10,9 %	12,6 %	11,1 %
• Abitur/Fachabitur	7,1 %	8,1 %	7,1 %	8,0 %
• Abschluss unbekannt	8,9 %	8,5 %	9,4 %	9,4 %
• Fehlende Angabe	64,0 %	62,6 %	62,8 %	61,4 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,8 %	5,4 %	5,8 %	5,9 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,1 %	20,4 %	19,8 %	20,7 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,1 %	1,3 %	1,2 %	1,2 %
• Bachelor	0,4 %	0,7 %	0,4 %	0,7 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,2 %	2,9 %	2,4 %	2,7 %
• Promotion	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	7,3 %	6,6 %	7,4 %	7,4 %
• Fehlende Angabe	64,0 %	62,6 %	62,8 %	61,4 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	14,3 %	12,1 %	14,7 %	11,0 %
• Nein	63,2 %	62,6 %	62,4 %	63,6 %
• Fehlende Angabe	22,4 %	25,2 %	22,9 %	25,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	27,4 %	27,0 %	28,3 %	27,5 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	25,7 %	19,3 %	26,8 %	21,3 %
• Weder A noch B	46,9 %	53,7 %	44,9 %	51,2 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	58,2 %	63,5 %	60,3 %	64,1 %
• Familienversicherter	6,9 %	6,4 %	6,5 %	6,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	33,0 %	28,8 %	31,5 %	28,1 %

• Fehlende Angabe	2,0 %	1,3 %	1,7 %	1,3 %

[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 157: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	**1.169**	**1.163**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	76,5 %	77,4 %
• Zwei Diagnosen	20,2 %	19,3 %
• Drei Diagnosen	3,0 %	3,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	28	26
2. F10 & F32	24	24
3. F10 & F43	21	23

[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)	**625**	**623**
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	67,2 %	67,9 %
• Zwei Diagnosen	25,9 %	24,6 %
• Drei Diagnosen	6,1 %	5,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,8 %	2,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	19	24
2. IG: F33 & F43 / KG: F32 & F43	11	11
3. IG: F32 & F43 / KG: F33 & F43	11	10

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

Tabelle 158: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	894	900	1.169	1.163
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,1 %	0,9 %	1,1 %	0,8 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,9 %	2,8 %	2,9 %	2,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,3 %	1,2 %	1,4 %	0,9 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,2 %	0,1 %	0,6 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	15,1 %	15,2 %	19,4 %	19,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,7 %	8,8 %	8,0 %	8,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	42,6 %	42,9 %	49,4 %	49,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	18,2 %	18,4 %	22,2 %	22,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,0 %	0,4 %	2,7 %	2,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	7,0 %	7,2 %	11,7 %	12,5 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,2 %	1,3 %	2,2 %	3,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,2 %	0,6 %	1,6 %	1,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,1 %	0,1 %	1,1 %	0,9 %
Alter[1]				
• Mittelwert	50,8	50,3	50,4	49,4
• Median	50	50	50	49
• (Interquartilsabstand)	(37 - 62)	(36 - 62)	(38 - 61)	(36 - 60)
Geschlecht (%)				
• Frauen	53,2 %	53,3 %	54,0 %	54,4 %
• Männer	46,8 %	46,7 %	46,0 %	45,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	29,6 %	37,0 %	32,8 %	40,6 %
• PIA	70,4 %	63,0 %	67,2 %	59,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,7 %	1,0 %	0,8 %	1,3 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	6,4 %	9,1 %	6,5 %	8,6 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	12,0 %	11,2 %	12,9 %	11,4 %
• Abitur/Fachabitur	6,8 %	6,8 %	7,0 %	7,2 %
• Abschluss unbekannt	9,6 %	8,4 %	10,2 %	9,9 %
• Fehlende Angabe	64,5 %	63,4 %	62,6 %	61,6 %

Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,4 %	4,7 %	6,7 %	5,5 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	17,3 %	21,0 %	18,6 %	21,3 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,0 %	1,4 %	1,2 %	1,3 %
• Bachelor	0,2 %	0,6 %	0,3 %	0,6 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,6 %	2,7 %	2,6 %	2,6 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	7,9 %	6,2 %	8,0 %	7,1 %
• Fehlende Angabe	64,5 %	63,4 %	62,6 %	61,6 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	15,3 %	12,2 %	15,7 %	11,0 %
• Nein	63,2 %	61,9 %	61,7 %	63,2 %
• Fehlende Angabe	21,5 %	25,9 %	22,7 %	25,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	28,3 %	27,0 %	28,7 %	27,6 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	23,8 %	18,2 %	25,7 %	19,9 %
• Weder A noch B	47,9 %	54,8 %	45,5 %	52,5 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	54,9 %	61,6 %	57,5 %	62,8 %
• Familienversicherter	6,0 %	7,1 %	5,8 %	6,4 %
• Rentner und deren Familienangehörige	36,6 %	29,9 %	34,7 %	29,2 %
• Fehlende Angabe	2,5 %	1,4 %	2,0 %	1,5 %

[1] Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.
[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 bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	420	423	625	623
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,2 %	1,4 %	0,8 %	1,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,0 %	1,4 %	0,6 %	1,1 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,2 %	0,5 %	0,3 %	1,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,7 %	0,5 %	0,6 %	1,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	16,2 %	14,2 %	20,3 %	20,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	27,6 %	30,0 %	25,9 %	26,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	38,1 %	39,0 %	49,1 %	49,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,7 %	5,0 %	12,3 %	11,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,2 %	0,2 %	4,3 %	4,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	6,0 %	5,4 %	12,8 %	12,8 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,0 %	1,1 %	1,6 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,6 %	1,9 %	7,4 %	6,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,2 %	0,2 %	1,0 %	2,1 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,2 %	0,6 %	1,6 %
Alter[1]				
• Mittelwert	52,3	52,2	50,6	50,9
• Median	53	53	51	52
• (Interquartilsabstand)	(42 - 62)	(40 - 64)	(41 - 60)	(38 - 62)
Geschlecht (%)				
• Frauen	51,7 %	51,8 %	55,5 %	54,3 %
• Männer	48,3 %	48,2 %	44,5 %	45,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	21,0 %	23,6 %	23,8 %	24,1 %
• PIA	79,0 %	76,4 %	76,2 %	75,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,2 %	1,9 %	0,2 %	2,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,5 %	7,6 %	5,0 %	6,3 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	4,8 %	8,0 %	6,2 %	8,2 %
• Abitur/Fachabitur	4,0 %	5,0 %	4,0 %	4,7 %
• Abschluss unbekannt	6,4 %	5,9 %	6,2 %	5,3 %
• Fehlende Angabe	80,0 %	71,6 %	78,4 %	73,4 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	3,1 %	5,9 %	3,4 %	5,8 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	10,2 %	14,9 %	11,4 %	14,4 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,2 %	0,9 %	0,3 %	0,6 %
• Bachelor	0,5 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,4 %	1,2 %	1,4 %	1,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	4,5 %	5,4 %	4,8 %	4,8 %
• Fehlende Angabe	80,0 %	71,6 %	78,4 %	73,4 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	16,2 %	17,0 %	15,2 %	15,1 %
• Nein	61,4 %	51,3 %	61,8 %	51,4 %

• Fehlende Angabe	22,4 %	31,7 %	23,0 %	33,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	26,2 %	28,1 %	27,8 %	28,6 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	58,8 %	48,7 %	61,0 %	53,5 %
• Weder A noch B	15,0 %	23,2 %	11,2 %	18,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	45,0 %	46,8 %	46,2 %	46,1 %
• Familienversicherter	5,2 %	7,6 %	5,0 %	7,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	46,9 %	44,0 %	46,7 %	44,5 %
• Fehlende Angabe	2,9 %	1,7 %	2,1 %	1,9 %

[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 159: 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)	**435**	**435**	**415**	**402**	**391**	**431**	**431**	**420**	**408**	**401**
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• **Gesamt**	2,6	18,4	6,8	7,2	4,0	1,3	21,7	6,9	3,8	3,2
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG/KG: < 49 Jahre)	1,9 (n=207)	12,9 (n=207)	9,3 (n=204)	4,5 (n=201)	1,9 (n=200)	1,6 (n=208)	17,8 (n=208)	5,4 (n=207)	4,5 (n=206)	4,1 (n=206)
Älter (IG/KG: ≥ 49 Jahre)	3,4 (n=228)	23,3 (n=228)	4,3 (n=211)	9,9 (n=201)	6,2 (n=191)	1,0 (n=223)	25,3 (n=223)	8,4 (n=213)	3,0 (n=202)	2,3 (n=195)
• **Referenzdiagnose**										
F 00 (Demenz)	6,5 (n<10)	28,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	27,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n=16)	22,1 (n=16)	0,7 (n=13)	5,7 (n=12)	0,0 (n=10)	1,4 (n=15)	6,7 (n=15)	0,0 (n=11)	0,8 (n<10)	0,0 (n<10)
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—

F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n<10)	21,3 (n<10)	15,0 (n<10)	0,0 (n<10)	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 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,0 (n<10)	14,5 (n<10)	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	2,6 (n=72)	15,3 (n=72)	4,9 (n=67)	5,4 (n=65)	6,5 (n=61)	1,2 (n=71)	17,4 (n=71)	7,3 (n=68)	7,3 (n=65)	3,8 (n=63)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,1 (n=33)	41,3 (n=33)	24,6 (n=32)	39,9 (n=29)	21,8 (n=29)	6,0 (n=38)	54,0 (n=38)	24,3 (n=37)	10,9 (n=37)	6,3 (n=37)
F 30-39 (Affektive Störungen)	2,4 (n=186)	19,9 (n=186)	6,7 (n=181)	5,7 (n=179)	2,5 (n=176)	1,0 (n=184)	25,0 (n=184)	6,3 (n=183)	2,4 (n=182)	3,0 (n=180)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,2 (n=74)	11,8 (n=74)	0,9 (n=71)	2,1 (n=66)	1,3 (n=66)	0,0 (n=74)	11,8 (n=74)	1,5 (n=73)	0,0 (n=71)	0,6 (n=71)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	14,5 (n<10)	0,0 (n<10)	6,7 (n<10)	1,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	2,4 (n=28)	12,5 (n=28)	13,5 (n=28)	4,1 (n=28)	0,1 (n=28)	0,1 (n=30)	6,0 (n=30)	8,2 (n=30)	6,1 (n=30)	0,1 (n=29)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	9,8 (n<10)	0,4 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	4,4 (n<10)	23,6 (n<10)	1,8 (n<10)	4,1 (n<10)	26,3 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	7,7 (n<10)	3,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	49,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

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)	**372**	**372**	**363**	**353**	**346**	**381**	**381**	**368**	**356**	**344**
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• **Gesamt**	11,1	17,4	8,6	9,4	8,8	10,8	16,1	9,3	7,1	8,2
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG: < 54 Jahre; KG: < 53 Jahre)	9,4 (n=186)	17,8 (n=186)	10,0 (n=181)	12,4 (n=178)	9,1 (n=177)	13,5 (n=182)	20,3 (n=182)	11,4 (n=181)	9,6 (n=180)	11,2 (n=179)
Älter (IG: ≥ 54 Jahre; KG: ≥ 53 Jahre)	12,8 (n=186)	16,9 (n=186)	7,3 (n=182)	6,3 (n=175)	8,5 (n=169)	8,3 (n=199)	12,3 (n=199)	7,3 (n=187)	4,4 (n=176)	4,8 (n=165)
• **Referenzdiagnose**										
F 00 (Demenz)	0,0 (n<10)	9,7 (n<10)	5,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,8 (n<10)	0,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	14,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,6 (n<10)	12,6 (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)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,0 (n<10)	3,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	21,0 (n<10)	14,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	17,5 (n=58)	30,3 (n=58)	21,3 (n=55)	22,2 (n=52)	19,9 (n=49)	12,2 (n=55)	17,6 (n=55)	12,2 (n=49)	8,3 (n=47)	10,5 (n=45)

F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	17,1 (n=110)	24,6 (n=110)	11,5 (n=110)	10,0 (n=107)	10,5 (n=105)	17,0 (n=120)	23,7 (n=120)	17,7 (n=119)	14,6 (n=117)	17,2 (n=114)
F 30-39 (Affektive Störungen)	7,7 (n=143)	12,1 (n=143)	4,6 (n=138)	6,9 (n=136)	5,8 (n=136)	8,5 (n=148)	12,9 (n=148)	4,0 (n=144)	2,7 (n=140)	2,3 (n=135)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	1,2 (n=15)	2,3 (n=15)	1,7 (n=14)	0,4 (n=14)	0,0 (n=14)	0,1 (n=14)	1,8 (n=14)	0,0 (n=14)	1,9 (n=14)	0,0 (n=14)
F 45 (Somatoforme Störungen)	10,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	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 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	0,0 (n=23)	1,7 (n=23)	0,0 (n=23)	0,0 (n=23)	3,8 (n=22)	5,1 (n=22)	6,7 (n=22)	3,6 (n=22)	0,0 (n=22)	3,3 (n=21)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	9,6 (n=11)	9,1 (n=11)	1,9 (n=11)	12,3 (n=11)	9,9 (n=11)	0,0 (n<10)	11,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	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 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	8,0 (n<10)	53,0 (n<10)	38,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

Tabelle 160: 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)	**243**	**243**	**237**	**234**	**229**	**265**	**265**	**264**	**261**	**258**
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• **Gesamt**	28,4	103,5	38,7	22,1	17,4	25,7	83,3	28,6	21,6	15,3
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG: < 43 Jahre; KG: < 45 Jahre)	23,8 (n=118)	88,5 (n=118)	41,6 (n=117)	20,4 (n=115)	12,3 (n=115)	19,7 (n=125)	67,1 (n=125)	20,9 (n=124)	18,4 (n=123)	13,6 (n=123)
Älter (IG: ≥ 43 Jahre; KG: ≥ 45 Jahre)	32,7 (n=125)	117,8 (n=125)	35,8 (n=120)	23,8 (n=119)	22,6 (n=114)	31,1 (n=140)	97,7 (n=140)	35,4 (n=140)	24,4 (n=138)	16,9 (n=135)
• **Referenzdiagnose**										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	15,0 (n<10)	—	—	—	0,0 (n<10)	38,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	7,5 (n=48)	48,6 (n=48)	14,4 (n=45)	12,3 (n=43)	16,5 (n=40)	20,2 (n=46)	66,2 (n=46)	26,1 (n=46)	19,8 (n=44)	18,2 (n=42)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,2 (n=13)	73,2 (n=13)	59,6 (n=13)	12,8 (n=12)	4,6 (n=12)	24,4 (n=28)	104,9 (n=28)	48,3 (n=27)	19,9 (n=27)	10,6 (n=27)
F 30-39 (Affektive Störungen)	36,4 (n=106)	136,3 (n=106)	51,5 (n=104)	25,4 (n=104)	19,1 (n=103)	32,3 (n=111)	108,2 (n=111)	30,0 (n=111)	22,8 (n=111)	13,6 (n=110)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	30,2 (n=45)	80,3 (n=45)	23,1 (n=45)	31,4 (n=45)	7,9 (n=45)	21,5 (n=48)	51,6 (n=48)	14,9 (n=48)	13,0 (n=48)	11,2 (n=48)
F 45 (Somatoforme Störungen)	83,8 (n<10)	135,5 (n<10)	5,8 (n<10)	9,3 (n<10)	25,8 (n<10)	9,0 (n<10)	84,5 (n<10)	0,0 (n<10)	30,0 (n<10)	9,5 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	33,4 (n=17)	143,7 (n=17)	65,8 (n=17)	23,6 (n=17)	49,7 (n=17)	23,0 (n=21)	42,7 (n=21)	30,1 (n=21)	40,2 (n=21)	24,2 (n=21)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	60,7 (n<10)	134,0 (n<10)	34,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	15,6 (n<10)	88,8 (n<10)	73,0 (n<10)	32,8 (n<10)	69,6 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	29,0 (n<10)	4,5 (n<10)	0,0 (n<10)	5,0 (n<10)	4,0 (n<10)	0,0 (n<10)	49,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (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.

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)	**165**	**165**	**163**	**159**	**157**	**173**	**173**	**171**	**169**	**166**
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• **Gesamt**	42,2	39,3	28,4	27,5	34,0	36,2	52,2	26,0	19,5	11,6
• **Alter (Median im Referenzjahr)**										
Jünger (IG: < 47 Jahre; KG: < 46 Jahre)	44,6 (n=80)	44,3 (n=80)	27,4 (n=79)	24,8 (n=78)	29,4 (n=78)	28,5 (n=83)	59,3 (n=83)	28,3 (n=83)	20,9 (n=83)	13,7 (n=83)
Älter (IG: ≥ 47 Jahre; KG: ≥ 46 Jahre)	40,0 (n=85)	34,6 (n=85)	29,4 (n=84)	30,2 (n=81)	38,5 (n=79)	43,3 (n=90)	45,7 (n=90)	23,8 (n=88)	18,2 (n=86)	9,4 (n=83)
• **Referenzdiagnose**										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	18,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	8,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	18,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	24,0 (n<10)	13,0 (n<10)	—	—	—	—	—

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	46,4 (n=33)	56,8 (n=33)	39,8 (n=32)	35,8 (n=30)	31,5 (n=29)	19,8 (n=36)	44,1 (n=36)	18,3 (n=34)	16,4 (n=33)	13,0 (n=31)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	36,5 (n=53)	28,8 (n=53)	24,0 (n=53)	17,4 (n=51)	25,7 (n=50)	26,3 (n=51)	48,8 (n=51)	30,0 (n=51)	21,8 (n=51)	16,2 (n=51)
F 30-39 (Affektive Störungen)	53,7 (n=49)	50,7 (n=49)	24,8 (n=49)	33,4 (n=49)	42,4 (n=49)	66,3 (n=54)	75,6 (n=54)	28,2 (n=54)	11,8 (n=54)	6,7 (n=53)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	46,2 (n=10)	19,8 (n=10)	16,1 (n<10)	9,1 (n<10)	40,3 (n<10)	32,5 (n=11)	30,5 (n=11)	21,3 (n=11)	34,0 (n=11)	8,1 (n=11)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	8,3 (n=10)	18,8 (n=10)	31,2 (n=10)	8,4 (n=10)	48,8 (n=10)	13,4 (n=13)	15,8 (n=13)	7,9 (n=13)	13,3 (n=13)	16,9 (n=13)
F 50 (Essstörungen)	214,0 (n<10)	99,0 (n<10)	234,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	16,2 (n<10)	16,0 (n<10)	29,5 (n<10)	98,0 (n<10)	32,0 (n<10)	14,0 (n<10)	34,4 (n<10)	30,2 (n<10)	56,0 (n<10)	3,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	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 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	28,0 (n<10)	154,0 (n<10)	285,0 (n<10)	177,0 (n<10)	12,0 (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 161: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,66 0,40…1,08	0,45 0,08…2,40	-4,32* -8,13…-0,50	2,85** 0,91…4,78
DID Jahr 2	0,70 0,40…1,24	0,46 0,08…2,71	-1,24 -5,05…2,58	0,86 -1,08…2,80
DID Jahr 3	0,90 0,50…1,59	0,43 0,07…2,69	0,83 -2,99…4,64	0,12 -1,82…2,05
DID Jahr 4	0,64 0,35…1,19	0,63 0,09…4,24	-0,25 -4,06…3,56	0,45 -1,49…2,38
DID Jahr 1-4	—	—	-1,25 -4,37…1,88	1,07 -0,51…2,64
Gruppe	1,57* 1,03…2,40	2,48 0,48…12,87	1,24 -1,46…3,95	0,11 -1,27…1,48
Jahr 1	19,43*** 13,38…28,20	60,42*** 14,76…247,35	20,72*** 18,00…23,44	6,55*** 5,17…7,93
Jahr 2	1,69* 1,12…2,56	9,98** 2,31…43,16	4,65** 1,93…7,37	0,83 -0,56…2,21
Jahr 3	1,30 0,85…2,00	6,17* 1,37…27,79	2,32 -0,40…5,04	0,42 -0,96…1,80
Jahr 4	1,08 0,69…1,69	3,55 0,73…17,21	1,29 -1,43…4,01	-0,04 -1,42…1,34
Indexgruppe 6 (F10)	1,83*** 1,49…2,26	0,39*** 0,24…0,62	-2,15* -3,89…-0,42	-1,17** -2,05…-0,29
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,84 0,70…1,01	1,69** 1,24…2,30	-1,38 -2,77…0,02	1,23** 0,52…1,93
Indexgruppe 9 (F43)	0,70** 0,56…0,87	0,73 0,50…1,06	-3,77*** -5,38…-2,16	-0,81 -1,63…0,00
Psy A[1]	1,34** 1,11…1,63	1,24 0,91…1,68	2,55** 1,10…4,01	0,49 -0,25…1,23
Psy B[2]	1,29* 1,03…1,60	1,36 0,97…1,92	3,65*** 1,91…5,38	0,31 -0,57…1,19
Alter	0,95 0,79…1,13	0,56*** 0,42…0,75	1,25 -0,08…2,59	-1,15** -1,83…-0,47
Geschlecht (m vs. w)	0,93 0,79…1,10	0,97 0,74…1,27	0,37 -0,89…1,64	-0,02 -0,66…0,62
Komorbidität[3]	1,03 1,00…1,07	0,91* 0,85…0,98	-0,30* -0,59…-0,02	-0,18* -0,32…-0,03

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,90 0,69…1,18	0,37** 0,19…0,71	0,06 -2,02…2,14	-1,27* -2,33…-0,22
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,01 0,86…1,19	2,15*** 1,63…2,83	1,06 -0,19…2,31	1,75*** 1,11…2,38
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,25*** 0,21…0,30	0,84 0,64…1,12	-5,26*** -6,57…-3,96	-0,11 -0,77…0,55

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 162: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,29 0,86…1,95	0,72 0,39…1,34	2,33 -2,38…7,05	-0,54 -2,47…1,39
DID Jahr 2	1,31 0,83…2,04	0,64 0,28…1,42	0,96 -3,76…5,67	-0,77 -2,70…1,16
DID Jahr 3	1,32 0,84…2,10	1,19 0,48…2,94	2,71 -2,01…7,42	-0,86 -2,79…1,07
DID Jahr 4	1,64* 1,03…2,62	0,64 0,24…1,71	2,61 -2,10…7,33	-0,98 -2,91…0,95
DID Jahr 1-4	—	—	2,15 -1,60…5,90	-0,79 -2,32…0,75
Gruppe	0,81 0,60…1,09	1,06 0,68…1,67	-0,71 -4,05…2,63	1,44* 0,07…2,81
Jahr 1	1,36* 1,02…1,81	1,46 0,95…2,24	3,83* 0,50…7,17	0,58 -0,79…1,94
Jahr 2	0,53*** 0,39…0,72	0,48** 0,28…0,82	-2,69 -6,03…0,65	-2,08** -3,44…-0,71
Jahr 3	0,43*** 0,31…0,59	0,24*** 0,12…0,46	-4,12* -7,46…-0,79	-2,41** -3,77…-1,04
Jahr 4	0,36*** 0,25…0,50	0,26*** 0,14…0,49	-4,66** -8,00…-1,32	-2,31** -3,67…-0,95
Indexgruppe 6 (F10)	2,26*** 1,87…2,74	0,36*** 0,23…0,57	2,92** 0,76…5,08	-2,09*** -2,97…-1,21
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,03*** 1,66…2,49	1,03 0,70…1,53	9,52*** 7,34…11,70	-0,10 -0,99…0,79
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,91 0,76…1,09	2,27*** 1,61…3,20	1,37 -0,54…3,28	1,68*** 0,90…2,46
Psy A[1]	1,26 0,98…1,63	2,03** 1,21…3,41	2,96* 0,31…5,61	1,31* 0,22…2,39
Psy B[2]	1,12 0,94…1,33	0,69** 0,53…0,91	2,34* 0,53…4,15	-1,33*** -2,07…-0,59
Alter	0,87 0,74…1,02	0,57*** 0,43…0,75	0,47 -1,19…2,13	-0,97** -1,65…-0,29
Geschlecht (m vs. w)	1,14 0,97…1,32	1,04 0,80…1,36	0,31 -1,27…1,90	-0,11 -0,76…0,54
Komorbidität[3]	1,01 0,98…1,04	0,97 0,90…1,03	-0,25 -0,60…0,09	-0,19* -0,33…-0,04

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,90 0,72…1,12	0,19*** 0,09…0,42	0,86 -1,44…3,15	-1,42** -2,35…-0,48
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,86*** 2,45…3,34	3,35*** 2,50…4,50	9,59*** 8,03…11,15	2,27*** 1,63…2,90
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,23*** 0,20…0,27	0,47*** 0,35…0,63	-14,37*** -16,30…-12,44	-1,29** -2,08…-0,50

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 163: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	**Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie**	**Anderer Vertrags-arzt**
DID Jahr 1	0,56 -0,55…1,68	0,12 -1,19…1,42	0,41 -1,65…2,47
DID Jahr 2	0,77 -0,34…1,89	-0,93 -2,24…0,37	-0,15 -2,21…1,91
DID Jahr 3	0,50 -0,61…1,61	-1,54* -2,85…-0,24	-0,32 -2,38…1,74
DID Jahr 4	0,64 -0,47…1,76	-1,44* -2,75…-0,14	0,32 -1,74…2,38
Gruppe	-0,30 -1,09…0,49	1,10* 0,18…2,03	0,14 -1,32…1,60
Jahr 1	3,70*** 2,90…4,49	2,76*** 1,83…3,69	2,51** 1,04…3,98
Jahr 2	1,52*** 0,72…2,31	2,39*** 1,46…3,32	0,47 -1,00…1,94
Jahr 3	0,97* 0,18…1,77	1,73*** 0,80…2,65	-0,38 -1,85…1,09
Jahr 4	0,73 -0,07…1,52	1,04* 0,11…1,97	-1,81* -3,28…-0,35
Indexgruppe 6 (F10)	-0,91*** -1,41…-0,40	-1,18*** -1,77…-0,58	0,18 -0,76…1,12
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,28 -0,69…0,12	1,64*** 1,16…2,12	0,73 -0,02…1,49
Indexgruppe 9 (F43)	-0,84*** -1,31…-0,37	0,64* 0,09…1,19	-1,16** -2,03…-0,29
Psy A[1]	0,63** 0,20…1,05	1,36*** 0,86…1,85	2,67*** 1,88…3,45
Psy B[2]	1,52*** 1,01…2,02	0,83** 0,23…1,42	2,90*** 1,96…3,84
Alter	0,23 -0,16…0,62	-0,87*** -1,33…-0,42	0,58 -0,14…1,31
Geschlecht (m vs. w)	-0,33 -0,70…0,04	1,23*** 0,80…1,66	1,38*** 0,70…2,06
Komorbidität[3]	-0,13** -0,21…-0,04	-0,19*** -0,29…-0,10	1,25*** 1,09…1,40

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,31 -0,30…0,92	-0,98** -1,70…-0,27	6,92*** 5,80…8,04
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,22 -0,14…0,59	1,62*** 1,19…2,04	-0,11 -0,79…0,56
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,50* 0,12…0,88	0,01 -0,44…0,46	1,00** 0,29…1,70

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 164: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,62 -0,88…4,13	0,44 -0,67…1,55	-0,16 -2,50…2,18
DID Jahr 2	3,46** 0,95…5,96	-0,09 -1,20…1,02	-1,06 -3,40…1,28
DID Jahr 3	2,39 -0,11…4,90	-0,18 -1,29…0,93	-0,46 -2,79…1,88
DID Jahr 4	3,32** 0,82…5,83	-0,15 -1,26…0,96	-0,51 -2,85…1,83
Gruppe	0,60 -1,18…2,37	0,42 -0,36…1,21	1,46 -0,19…3,12
Jahr 1	3,31*** 1,54…5,08	0,08 -0,71…0,86	0,80 -0,85…2,45
Jahr 2	0,68 -1,10…2,45	0,09 -0,70…0,87	-0,30 -1,95…1,36
Jahr 3	-0,35 -2,12…1,43	-0,15 -0,94…0,64	-1,35 -3,01…0,30
Jahr 4	-1,80* -3,57…-0,02	-0,31 -1,09…0,48	-1,78* -3,44…-0,13
Indexgruppe 6 (F10)	-0,66 -1,81…0,48	-0,69** -1,20…-0,18	-0,58 -1,65…0,49
Indexgruppe 7 (F20-F29)	4,63*** 3,47…5,78	-0,70** -1,21…-0,19	-2,27*** -3,35…-1,20
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,22 -0,79…1,24	0,34 -0,11…0,79	-0,99* -1,93…-0,04
Psy A[1]	-0,09 -1,50…1,32	0,49 -0,14…1,11	1,42* 0,11…2,74
Psy B[2]	2,28*** 1,32…3,24	0,33 -0,09…0,76	1,46** 0,56…2,35
Alter	0,20 -0,68…1,08	-0,74*** -1,13…-0,34	0,63 -0,19…1,45
Geschlecht (m vs. w)	0,29 -0,55…1,13	1,39*** 1,02…1,76	1,51*** 0,72…2,29
Komorbidität[3]	0,33*** 0,14…0,51	-0,11** -0,19…-0,03	1,79*** 1,61…1,96

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,63 -0,59…1,84	-0,61* -1,14…-0,07	4,00*** 2,87…5,14
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	-0,51 -1,34…0,32	0,94*** 0,58…1,31	-0,06 -0,84…0,71
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,09*** 3,06…5,12	-0,78** -1,24…-0,32	0,12 -0,84…1,08

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 165: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,70* 0,50…0,97	0,72* 0,53…0,97	0,71* 0,51…0,98
Indexgruppe 6 (F10)	0,53** 0,33…0,84	0,50** 0,33…0,74	0,34*** 0,23…0,52
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,90** 1,31…2,75	1,51* 1,07…2,13	1,48* 1,03…2,14
Indexgruppe 9 (F43)	0,67 0,43…1,05	0,74 0,49…1,10	0,84 0,55…1,27
Psy A[1]	1,48 1,00…2,19	1,51* 1,06…2,17	1,79** 1,22…2,64
Psy B[2]	1,54* 1,01…2,34	1,67* 1,12…2,51	1,41 0,90…2,21
Alter	0,89 0,63…1,26	0,86 0,62…1,19	0,82 0,58…1,17
Geschlecht (m vs. w)	1,41* 1,00…1,98	1,55** 1,14…2,12	1,34 0,96…1,86
Komorbidität[3]	0,91* 0,84…0,99	0,88*** 0,82…0,95	0,90** 0,83…0,97
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,33** 0,16…0,68	0,38** 0,21…0,66	0,55* 0,32…0,95
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,98 0,70…1,38	1,13 0,82…1,55	1,01 0,72…1,42
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,39 0,98…1,96	1,49* 1,07…2,05	1,67** 1,18…2,36

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 166: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,93 0,47…1,83	0,96 0,47…1,96	0,76 0,33…1,77
Indexgruppe 6 (F10)	0,17*** 0,06…0,46	0,17*** 0,07…0,40	0,14*** 0,05…0,36
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,96 0,47…1,98	1,58 0,75…3,32	3,40** 1,39…8,32
Indexgruppe 9 (F43)	0,79 0,28…2,23	1,20 0,41…3,52	4,23 0,99…18,11
Psy A[1]	0,81 0,36…1,81	1,29 0,55…3,02	1,20 0,45…3,18
Psy B[2]	1,13 0,47…2,71	1,84 0,74…4,56	4,78** 1,52…15,06
Alter	1,17 0,58…2,36	0,88 0,42…1,85	1,46 0,58…3,66
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,53…1,97	1,40 0,69…2,82	0,91 0,40…2,10
Komorbidität[3]	0,94 0,81…1,10	0,94 0,80…1,10	0,93 0,76…1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,70 0,22…2,29	1,15 0,35…3,81	2,52 0,55…11,54
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,35 0,70…2,58	2,27* 1,13…4,56	1,47 0,64…3,37
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,30 0,63…2,69	1,89 0,91…3,94	1,70 0,71…4,05

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 167: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,46 0,65…3,30	1,48 0,74…2,94	1,20 0,54…2,65
Indexgruppe 6 (F10)	0,22* 0,07…0,71	0,27** 0,11…0,70	0,21** 0,07…0,63
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,40* 0,16…0,99	0,59 0,27…1,29	0,81 0,32…2,03
Indexgruppe 9 (F43)	0,70 0,21…2,27	1,29 0,49…3,40	0,79 0,27…2,26
Psy A[1]	1,14 0,41…3,18	0,63 0,26…1,53	0,49 0,18…1,32
Psy B[2]	0,84 0,27…2,65	1,53 0,59…4,00	1,66 0,54…5,07
Alter	0,42 0,17…1,03	0,66 0,31…1,38	0,81 0,35…1,87
Geschlecht (m vs. w)	1,64 0,72…3,73	1,16 0,56…2,38	1,77 0,77…4,06
Komorbidität[3]	0,97 0,79…1,20	1,07 0,90…1,28	1,14 0,94…1,39
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,60 0,13…2,76	0,63 0,16…2,43	0,34 0,06…1,82
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,72 0,75…3,93	1,41 0,68…2,91	1,86 0,81…4,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,53 0,67…3,51	1,23 0,58…2,60	0,85 0,36…2,01

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.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 168: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	2,37 0,90…6,24	2,75 0,87…8,70	2,35 0,71…7,79
Indexgruppe 6 (F10)	0,27* 0,08…0,96	0,10** 0,03…0,43	0,18* 0,05…0,68
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,68 0,25…1,85	1,23 0,41…3,75	2,06 0,62…6,88
Indexgruppe 9 (F43)	0,93 0,18…4,88	0,54 0,10…3,00	2,16 0,31…14,78
Psy A[1]	1,24 0,37…4,24	0,60 0,17…2,07	1,30 0,37…4,62
Psy B[2]	1,78 0,48…6,55	4,51* 1,11…18,38	3,09 0,65…14,71
Alter	0,37 0,13…1,05	0,65 0,22…1,94	2,02 0,64…6,37
Geschlecht (m vs. w)	1,37 0,52…3,59	1,99 0,74…5,39	2,51 0,83…7,60
Komorbidität[3]	0,95 0,75…1,20	0,84 0,65…1,09	0,90 0,70…1,14
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,42 0,45…13,21	>100 0,00…INF	>100 0,00…INF
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16 0,43…3,13	2,26 0,77…6,67	2,09 0,68…6,42
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,58 0,19…1,75	0,33 0,09…1,19	0,40 0,10…1,54

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 169: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,75 0,53…1,08	0,76 0,53…1,08	0,49** 0,32…0,76
Indexgruppe 6 (F10)	0,42*** 0,26…0,67	0,40*** 0,26…0,62	0,36*** 0,22…0,62
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,36 0,83…2,22	1,64* 1,00…2,67	2,12* 1,18…3,83
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,37 0,88…2,14	1,66* 1,08…2,55	2,03** 1,20…3,44
Psy A[1]	1,83 0,92…3,62	1,67 0,92…3,03	1,55 0,80…3,02
Psy B[2]	1,14 0,76…1,72	1,19 0,79…1,77	1,49 0,91…2,44
Alter	0,79 0,53…1,17	0,90 0,61…1,33	1,40 0,86…2,27
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,65…1,39	1,10 0,76…1,59	1,07 0,68…1,70
Komorbidität[3]	0,92 0,84…1,01	0,97 0,89…1,05	1,01 0,91…1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,66 0,37…1,16	1,00 0,59…1,71	0,60 0,31…1,17
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,07 0,73…1,57	1,10 0,76…1,61	1,02 0,66…1,60
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,91** 1,32…2,76	2,30*** 1,58…3,34	2,99*** 1,86…4,80

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.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 170: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,41 0,86…2,30	1,10 0,68…1,80	0,70 0,36…1,36
Indexgruppe 6 (F10)	0,38* 0,18…0,81	0,37** 0,18…0,74	0,49 0,21…1,10
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,77* 1,26…6,08	2,35* 1,09…5,07	4,72** 1,69…13,14
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,70 0,85…3,43	1,33 0,69…2,58	2,23 0,98…5,05
Psy A[1]	0,44 0,17…1,12	0,68 0,28…1,63	0,64 0,22…1,90
Psy B[2]	1,13 0,62…2,08	1,27 0,71…2,28	1,89 0,89…4,02
Alter	0,71 0,42…1,22	0,63 0,37…1,08	0,65 0,32…1,32
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,60…1,69	1,12 0,67…1,86	1,27 0,65…2,48
Komorbidität[3]	1,06 0,94…1,21	1,01 0,89…1,14	1,00 0,86…1,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,95 0,44…2,05	1,15 0,52…2,57	2,11 0,63…7,03
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,94 0,55…1,60	0,91 0,54…1,54	0,92 0,46…1,84
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,55 0,92…2,63	1,85* 1,09…3,12	2,58** 1,27…5,21

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 171: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,40 0,86…2,29	1,11 0,66…1,87	1,06 0,49…2,27
Indexgruppe 6 (F10)	0,64 0,33…1,24	0,37** 0,18…0,73	0,23** 0,09…0,58
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,63 0,82…3,25	1,48 0,70…3,15	1,40 0,47…4,13
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,93 0,51…1,70	0,97 0,51…1,84	0,62 0,25…1,57
Psy A[1]	1,93 0,74…5,05	2,42 1,00…5,83	2,12 0,61…7,36
Psy B[2]	0,75 0,42…1,36	0,49* 0,25…0,96	0,38 0,14…1,02
Alter	0,53* 0,30…0,92	0,50* 0,28…0,92	0,41* 0,17…0,96
Geschlecht (m vs. w)	1,68* 1,00…2,81	0,98 0,56…1,70	0,92 0,42…2,02
Komorbidität[3]	1,04 0,92…1,18	1,10 0,96…1,26	1,19 0,97…1,46
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,99 0,45…2,17	1,40 0,60…3,28	0,51 0,14…1,79
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,25 0,74…2,11	1,48 0,84…2,60	1,08 0,49…2,37
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,04** 1,21…3,43	3,50*** 1,99…6,13	5,35*** 2,31…12,36

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 172: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,27 0,74…2,21	1,20 0,68…2,10	0,67 0,33…1,38
Indexgruppe 6 (F10)	0,48 0,22…1,03	0,52 0,24…1,13	0,45 0,16…1,26
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,39 0,60…3,19	1,31 0,56…3,06	1,42 0,46…4,33
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,26 0,61…2,60	1,22 0,58…2,57	2,04 0,76…5,42
Psy A[1]	0,44 0,17…1,15	0,62 0,24…1,58	0,33 0,09…1,23
Psy B[2]	0,91 0,47…1,77	1,42 0,72…2,79	1,85 0,79…4,33
Alter	0,62 0,35…1,11	0,46* 0,25…0,86	0,63 0,30…1,34
Geschlecht (m vs. w)	1,47 0,83…2,62	1,38 0,76…2,50	1,45 0,68…3,06
Komorbidität[3]	1,24** 1,07…1,43	1,05 0,91…1,21	1,03 0,86…1,24
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,15 0,47…2,81	1,74 0,61…4,94	1,51 0,42…5,39
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,90 0,53…1,54	1,02 0,58…1,77	1,02 0,51…2,04
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,65 0,93…2,95	3,70*** 2,02…6,79	2,69* 1,27…5,69

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 173: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 174: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 175: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1)

[kf]

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.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 176: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1)

[kf]

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.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 177: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,17 -0,36…0,03	9,00 -6,30…24,30
DID Jahr 2	-0,08 -0,27…0,12	3,81 -11,50…19,11
DID Jahr 3	-0,07 -0,26…0,13	-3,16 -18,46…12,14
DID Jahr 4	-0,06 -0,25…0,14	-1,54 -16,84…13,76
DID Jahr 1-4	—	2,03 -10,96…15,01
Gruppe	0,13 -0,01…0,27	6,13 -4,75…17,01
Jahr 1	0,59*** 0,45…0,73	61,82*** 51,13…72,50
Jahr 2	-0,17* -0,30…-0,03	3,20 -7,49…13,88
Jahr 3	-0,18* -0,31…-0,04	-5,60 -16,28…5,09
Jahr 4	-0,28*** -0,42…-0,14	-12,22* -22,91…-1,54
Indexgruppe 6 (F10)	0,10* 0,01…0,19	-8,92* -15,83…-2,01
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,04 -0,11…0,04	4,72 -1,08…10,52
Indexgruppe 9 (F43)	-0,14** -0,23…-0,06	-3,07 -9,50…3,35
Psy A[1]	0,11** 0,04…0,19	11,79*** 6,00…17,59
Psy B[2]	0,02 -0,08…0,11	-3,65 -10,88…3,57
Alter	0,01 -0,06…0,07	9,84*** 4,70…14,98
Geschlecht (m vs. w)	0,02 -0,04…0,09	-2,19 -7,25…2,87
Komorbidität[3]	0,00 -0,02…0,02	-0,52 -1,95…0,91

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,17* -0,34…0,00	-22,18** -35,33…-9,03
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,16*** -0,23…-0,09	-2,73 -8,21…2,75

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 178: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,04 -0,30…0,37	-11,85 -28,40…4,70
DID Jahr 2	-0,02 -0,36…0,32	-0,12 -16,67…16,43
DID Jahr 3	0,18 -0,16…0,52	4,48 -12,07…21,03
DID Jahr 4	0,18 -0,16…0,52	12,99 -3,56…29,54
DID Jahr 1-4	—	1,37 -11,88…14,63
Gruppe	-0,12 -0,36…0,12	6,81 -4,93…18,55
Jahr 1	0,13 -0,11…0,37	14,91* 3,21…26,62
Jahr 2	-0,13 -0,37…0,11	-15,30* -27,01…-3,60
Jahr 3	-0,27* -0,51…-0,03	-21,90*** -33,60…-10,20
Jahr 4	-0,41** -0,65…-0,17	-26,53*** -38,23…-14,83
Indexgruppe 6 (F10)	0,31*** 0,15…0,46	-12,32** -19,99…-4,66
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,05 -0,11…0,20	7,94* 0,51…15,38
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,13 -0,26…0,01	11,29** 4,74…17,83
Psy A[1]	0,03 -0,14…0,21	3,44 -5,22…12,09
Psy B[2]	0,30*** 0,18…0,43	-10,03** -16,18…-3,88
Alter	-0,12* -0,23…-0,01	0,51 -5,00…6,01
Geschlecht (m vs. w)	-0,03 -0,14…0,08	-0,87 -6,37…4,62
Komorbidität[3]	0,01 -0,02…0,05	-0,02 -1,54…1,51

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,19 -0,42…0,04	-13,00* -24,33…-1,67
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,82*** -0,95…-0,68	-23,36*** -29,80…-16,91

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 179: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 180: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 181: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,03 -0,41…0,35
DID Jahr 2	-0,05 -0,43…0,33
DID Jahr 3	-0,06 -0,44…0,33
DID Jahr 4	-0,01 -0,39…0,37
Gruppe	-0,08 -0,35…0,19
Jahr 1	0,64*** 0,37…0,91
Jahr 2	0,07 -0,20…0,34
Jahr 3	-0,05 -0,32…0,22
Jahr 4	-0,23 -0,50…0,04
Indexgruppe 6 (F10)	0,23* 0,06…0,40
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,26*** 0,12…0,40
Indexgruppe 9 (F43)	-0,13 -0,29…0,03
Psy A[1]	0,42*** 0,28…0,56
Psy B[2]	0,63*** 0,46…0,81
Alter	1,25*** 1,13…1,38
Geschlecht (m vs. w)	0,16* 0,04…0,29
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,43*** 1,23…1,63
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,51*** 0,39…0,63

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,10 -0,23…0,03

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,12 -0,28…0,52
DID Jahr 2	0,35 -0,04…0,75
DID Jahr 3	0,28 -0,12…0,68
DID Jahr 4	0,26 -0,14…0,66
Gruppe	-0,16 -0,44…0,12
Jahr 1	0,12 -0,16…0,41
Jahr 2	-0,15 -0,43…0,13
Jahr 3	-0,25 -0,53…0,03
Jahr 4	-0,36* -0,64…-0,08
Indexgruppe 6 (F10)	0,85*** 0,67…1,03
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,03 -0,22…0,15
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,15 -0,01…0,32
Psy A[1]	0,35** 0,12…0,57
Psy B[2]	0,66*** 0,51…0,81
Alter	1,20*** 1,06…1,33
Geschlecht (m vs. w)	0,04 -0,09…0,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,15*** 0,97…1,34
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,16* 0,03…0,29

Referenzfall (KH vs. PIA)	0,18* 0,02…0,34

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,17 0,80…1,72
Psy A[1]	0,53** 0,33…0,85
Psy B[2]	0,64 0,34…1,20
Alter	4,11*** 2,23…7,59
Geschlecht (m vs. w)	0,62* 0,43…0,90
Komorbidität[3]	1,21*** 1,13…1,29
Pflegestufe (nein vs. ja)	3,25*** 2,10…5,01
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,79 0,53…1,18
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,66* 0,46…0,96

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 184: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,63* 0,42…0,95
Psy A[1]	0,53* 0,31…0,92
Psy B[2]	0,83 0,51…1,36
Alter	2,87*** 1,63…5,07
Geschlecht (m vs. w)	0,60* 0,40…0,91
Komorbidität[3]	1,19*** 1,12…1,27
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,86** 1,18…2,93
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,23 0,80…1,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,52** 0,33…0,81

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 185: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,00 0,70…1,43	0,98 0,62…1,56	1,20 0,91…1,57
Psy A[1]	1,12 0,76…1,67	1,90* 1,14…3,16	0,91 0,67…1,23
Psy B[2]	0,78 0,47…1,31	0,69 0,37…1,29	0,71 0,46…1,10
Alter	0,93 0,64…1,35	1,00 0,62…1,61	0,95 0,71…1,27
Geschlecht (m vs. w)	1,05 0,73…1,51	1,56 0,95…2,56	0,66** 0,50…0,86
Komorbidität[3]	1,04 0,96…1,13	1,03 0,92…1,15	0,89** 0,82…0,96
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,28 0,56…2,91	1,18 0,45…3,10	0,77 0,42…1,42
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,20 0,83…1,73	1,02 0,64…1,62	0,90 0,69…1,19
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,02 0,68…1,53	1,15 0,69…1,90	0,60*** 0,45…0,79

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 186: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,70 0,33…1,46	2,85** 1,35…6,02	1,06 0,70…1,59
Psy A[1]	1,04 0,34…3,17	0,66 0,26…1,72	0,88 0,42…1,85
Psy B[2]	1,25 0,51…3,11	0,73 0,34…1,57	1,20 0,74…1,95
Alter	1,04 0,46…2,33	0,80 0,39…1,67	1,23 0,80…1,90
Geschlecht (m vs. w)	1,19 0,54…2,61	1,04 0,52…2,08	1,01 0,66…1,54
Komorbidität[3]	1,00 0,85…1,17	1,05 0,89…1,25	0,85* 0,75…0,96
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,95 0,21…4,23	0,93 0,27…3,23	0,88 0,44…1,76
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,54 0,73…3,26	0,71 0,36…1,41	1,15 0,76…1,74
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,92 0,36…2,35	1,40 0,53…3,72	0,50** 0,30…0,83

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 187: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (4).

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

Tabelle 188: 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	0,01 -0,05…0,06	0,27 -15,04…15,58	-0,01 -0,05…0,04	-1,50 -16,38…13,38
Psy B[2]	-0,02 -0,07…0,03	-11,75 -27,29…3,79	-0,03 -0,08…0,01	-13,01 -28,11…2,09
Alter	-0,03 -0,09…0,02	-7,55 -23,92…8,81	-0,02 -0,07…0,03	-5,52 -21,43…10,39
Geschlecht (m vs. w)	-0,11*** -0,16…-0,06	-33,72*** -49,40…-18,04	-0,09*** -0,14…-0,05	-31,74*** -46,98…-16,50
Komorbidität[3]	0,02** 0,01…0,03	5,03** 1,54…8,52	0,01** 0,00…0,02	4,50** 1,11…7,89
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,11* 0,02…0,19	35,85** 10,68…61,03	0,10** 0,03…0,17	35,29** 10,82…59,76

Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,13 0,94…1,37	2,72 -13,64…19,08
Psy A[1]	1,22 0,97…1,55	3,54 -17,37…24,44
Psy B[2]	1,61*** 1,25…2,06	6,73 -14,37…27,82
Alter	0,69** 0,56…0,85	-7,31 -24,74…10,13
Geschlecht (m vs. w)	0,80* 0,66…0,97	1,40 -15,16…17,96
Komorbidität[3]	1,04 1,00…1,09	-0,32 -4,01…3,37
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,91 0,68…1,23	-3,06 -27,64…21,51
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,14 0,94…1,39	-0,67 -17,35…16,01
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,06 0,87…1,29	-3,72 -20,55…13,12

Tabelle 190: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2)

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**I**	**J**	**K**	**L**
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,99 0,46…2,11	0,97 0,80…1,17	1,55* 1,03…2,32	0,82 0,45…1,50	0,52 0,22…1,26	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	3,12 0,25…38,58	1,38** 1,13…1,69	0,71 0,47…1,06	0,84 0,42…1,69	1,40 0,50…3,92	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	1,11 0,52…2,38	1,14 0,94…1,37	1,58* 1,06…2,35	1,28 0,68…2,43	0,96 0,38…2,42	kf
Komorbidität[3]	kf	kf	kf	kf	0,93 0,80…1,07	1,05* 1,00…1,10	0,95 0,86…1,04	1,14 0,98…1,32	1,19 0,94…1,51	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	0,22*** 0,10…0,50	0,94 0,66…1,34	0,44 0,15…1,27	3,13* 1,13…8,70	1,42 0,40…5,03	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	1,62 0,70…3,77	1,15 0,95…1,38	1,57* 1,06…2,34	1,24 0,62…2,48	0,98 0,37…2,59	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	1,72 0,79…3,75	0,80* 0,65…0,98	1,03 0,65…1,61	0,98 0,53…1,81	1,57 0,55…4,49	kf

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

Tabelle 191: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,63** 0,47…0,86	0,61 0,22…1,65	-3,32** -5,50…-1,13	5,48*** 4,13…6,83
DID Jahr 2	0,80 0,57…1,13	0,51 0,18…1,45	-1,06 -3,25…1,13	0,36 -0,99…1,71
Gruppe	1,67*** 1,29…2,16	2,00 0,75…5,34	1,75* 0,20…3,30	0,07 -0,89…1,03
Jahr 1	24,80*** 19,70…31,22	66,84*** 29,63…150,79	17,77*** 16,23…19,32	6,11*** 5,16…7,07
Jahr 2	1,70*** 1,32…2,19	10,01*** 4,29…23,31	3,31*** 1,76…4,86	0,97* 0,02…1,93
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,32*** 1,99…2,70	0,40*** 0,29…0,55	-1,13 -2,47…0,21	-1,61*** -2,44…-0,78
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,94 0,82…1,06	2,51*** 2,05…3,08	-0,27 -1,30…0,77	2,91*** 2,27…3,55
Indexgruppe 9 (F43)	0,77** 0,66…0,90	0,77* 0,61…0,99	-3,08*** -4,28…-1,88	-0,94* -1,68…-0,20
Psy A[1]	1,41*** 1,22…1,62	1,50*** 1,23…1,82	2,55*** 1,45…3,65	1,28*** 0,60…1,96
Psy B[2]	1,32*** 1,14…1,54	1,14 0,92…1,40	4,14*** 2,88…5,40	-0,27 -1,05…0,51
Alter	0,88* 0,77…0,99	0,65*** 0,55…0,78	-0,05 -1,03…0,94	-1,10*** -1,72…-0,49
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,90…1,14	1,10 0,93…1,30	1,01* 0,08…1,94	0,45 -0,12…1,02
Komorbidität[3]	1,03* 1,01…1,06	0,95* 0,92…0,99	-0,07 -0,28…0,14	-0,17** -0,30…-0,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,10 0,92…1,32	0,21*** 0,13…0,33	-0,59 -2,09…0,90	-2,41*** -3,33…-1,49
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,11 0,99…1,25	1,99*** 1,68…2,35	1,13* 0,21…2,05	2,16*** 1,59…2,73
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,14*** 0,12…0,16	0,95 0,79…1,14	-8,74*** -9,73…-7,75	0,24 -0,37…0,85

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 192: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	**Arzt Psychiatrie / Psycho-therapie**	**Anderer Vertrags-arzt**
DID Jahr 1	1,94*** 1,18…2,69	0,92* 0,12…1,72	-0,04 -1,30…1,23
DID Jahr 2	0,65 -0,10…1,40	0,67 -0,13…1,47	0,30 -0,97…1,56
Gruppe	-0,21 -0,74…0,33	0,58* 0,01…1,15	0,50 -0,40…1,40
Jahr 1	3,64*** 3,10…4,17	2,25*** 1,69…2,82	2,10*** 1,21…3,00
Jahr 2	1,53*** 1,00…2,06	1,43*** 0,87…2,00	-0,30 -1,19…0,60
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,49* -0,95…-0,03	-1,73*** -2,22…-1,24	0,21 -0,57…0,98
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,23 -0,13…0,59	1,69*** 1,31…2,07	0,13 -0,47…0,73
Indexgruppe 9 (F43)	-0,83*** -1,24…-0,41	0,28 -0,16…0,72	-1,44*** -2,14…-0,75
Psy A[1]	0,52** 0,14…0,90	1,74*** 1,34…2,14	2,33*** 1,70…2,96
Psy B[2]	1,16*** 0,72…1,59	1,43*** 0,97…1,90	3,61*** 2,88…4,34
Alter	0,03 -0,31…0,37	-0,65*** -1,02…-0,29	0,55 -0,02…1,13
Geschlecht (m vs. w)	0,37* 0,05…0,69	0,70*** 0,36…1,04	1,12*** 0,58…1,66
Komorbidität[3]	-0,03 -0,10…0,04	-0,20*** -0,28…-0,12	1,31*** 1,20…1,43
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,22 -0,29…0,74	-1,77*** -2,32…-1,22	7,06*** 6,20…7,93
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,09 -0,23…0,41	1,51*** 1,17…1,85	1,69*** 1,16…2,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,84*** 0,50…1,18	0,49** 0,13…0,86	0,50 -0,07…1,07

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 193: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,99 0,82…1,19	0,99 0,83…1,18	0,96 0,80…1,16
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,37*** 0,28…0,49	0,37*** 0,29…0,46	0,31*** 0,24…0,39
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,43** 1,16…1,76	1,40** 1,15…1,70	1,41** 1,15…1,73
Indexgruppe 9 (F43)	0,86 0,67…1,11	0,82 0,65…1,04	0,78 0,61…1,00
Psy A[1]	1,24 0,99…1,55	1,37** 1,11…1,69	1,58*** 1,26…1,98
Psy B[2]	1,41** 1,12…1,77	1,33* 1,06…1,66	1,28 0,99…1,64
Alter	1,04 0,86…1,27	1,02 0,85…1,23	1,00 0,82…1,23
Geschlecht (m vs. w)	1,30** 1,08…1,56	1,37** 1,15…1,63	1,39** 1,15…1,68
Komorbidität[3]	0,98 0,94…1,02	0,95** 0,91…0,98	0,95* 0,91…0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,32*** 0,22…0,47	0,42*** 0,31…0,56	0,50*** 0,37…0,68
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,17 0,97…1,40	1,20* 1,01…1,44	1,24* 1,02…1,50
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,27* 1,05…1,54	1,66*** 1,38…1,99	1,71*** 1,40…2,08

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 194: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,92 0,63…1,33	0,90 0,61…1,33	0,82 0,53…1,27
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,42*** 0,26…0,67	0,27*** 0,17…0,42	0,26*** 0,15…0,43
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,72…1,56	1,24 0,83…1,85	1,78* 1,13…2,80
Indexgruppe 9 (F43)	0,57 0,32…1,04	0,66 0,37…1,18	0,85 0,44…1,64
Psy A[1]	1,27 0,80…2,04	1,30 0,81…2,11	1,57 0,91…2,69
Psy B[2]	1,03 0,66…1,61	1,29 0,81…2,08	1,86* 1,06…3,27
Alter	0,92 0,62…1,35	0,85 0,56…1,27	0,99 0,62…1,58
Geschlecht (m vs. w)	1,23 0,84…1,80	1,46 0,98…2,18	1,27 0,81…1,99
Komorbidität[3]	0,95 0,86…1,04	0,98 0,89…1,07	0,97 0,87…1,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,72 0,37…1,37	0,89 0,48…1,65	1,07 0,52…2,20
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,53* 1,06…2,21	1,49* 1,01…2,20	1,46 0,93…2,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,62* 1,09…2,38	2,48*** 1,67…3,67	2,20** 1,40…3,47

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 195: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 196: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3)

[kf]

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.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 197: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,09 -0,20…0,02	9,21 -0,27…18,70
DID Jahr 2	0,00 -0,11…0,11	-0,81 -10,29…8,68
Gruppe	0,06 -0,02…0,14	7,04* 0,29…13,79
Jahr 1	0,46*** 0,38…0,53	58,91*** 52,30…65,52
Jahr 2	-0,22*** -0,30…-0,14	2,66 -3,95…9,28
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,17*** 0,10…0,24	-10,41*** -16,18…-4,65
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,03 -0,03…0,08	11,88*** 7,19…16,57
Indexgruppe 9 (F43)	-0,07* -0,13…-0,01	-7,17** -12,36…-1,99
Psy A[1]	0,17*** 0,11…0,22	16,22*** 11,53…20,92
Psy B[2]	0,16*** 0,09…0,22	0,50 -5,20…6,20
Alter	0,01 -0,04…0,06	11,66*** 7,56…15,75
Geschlecht (m vs. w)	-0,04 -0,09…0,00	-4,61* -8,63…-0,60
Komorbidität[3]	0,00 -0,01…0,01	-1,06 -2,17…0,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,13* -0,25…-0,01	-25,29*** -35,49…-15,10
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,19*** -0,24…-0,13	-4,24 -8,70…0,22

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.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 199: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,09 -0,30…0,11
DID Jahr 2	-0,11 -0,31…0,10
Gruppe	-0,11 -0,26…0,04
Jahr 1	0,66*** 0,52…0,81
Jahr 2	0,06 -0,09…0,21
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,33*** 0,20…0,45
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,26*** 0,16…0,35
Indexgruppe 9 (F43)	-0,02 -0,13…0,09
Psy A[1]	0,44*** 0,34…0,54
Psy B[2]	0,53*** 0,41…0,65
Alter	1,44*** 1,36…1,53
Geschlecht (m vs. w)	0,07 -0,02…0,16
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,91*** 1,78…2,05
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,53*** 0,45…0,62
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,08 -0,18…0,01

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 200: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,30 0,99…1,73
Psy A[1]	0,53*** 0,37…0,76
Psy B[2]	0,62* 0,39…0,97
Alter	6,73*** 3,90…11,62
Geschlecht (m vs. w)	0,61** 0,46…0,81
Komorbidität[3]	1,26*** 1,21…1,32
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,57** 1,14…2,17
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,77 0,57…1,03
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,52*** 0,39…0,69

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 Progression, klinikneue Patienten (U3)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,96 0,77…1,20	1,12 0,80…1,58	0,98 0,83…1,16
Psy A[1]	1,07 0,83…1,37	1,42 0,96…2,10	0,75** 0,62…0,92
Psy B[2]	0,72* 0,53…1,00	0,97 0,62…1,52	0,96 0,74…1,26
Alter	1,17 0,93…1,48	0,96 0,67…1,39	1,27* 1,06…1,51
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,82…1,28	1,50* 1,04…2,15	0,91 0,77…1,08
Komorbidität[3]	1,00 0,95…1,06	0,96 0,88…1,04	0,94* 0,90…0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,91 0,58…1,44	1,02 0,53…1,99	0,92 0,65…1,31
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,14 0,92…1,43	1,13 0,80…1,59	1,08 0,91…1,28
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,98 0,76…1,26	1,01 0,69…1,48	0,71*** 0,60…0,84

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 202: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (4).

14.4 Ergebnisse Kosten

14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1)Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 203: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	563	571	537	519	508	547	551	532	514	482
Mittelwert	**3.909,13 €**	**3.477,35 €**	**3.319,95 €**	**3.649,12 €**	**4.140,94 €**	**3.128,96 €**	**3.003,30 €**	**2.615,57 €**	**3.017,78 €**	**2.333,23 €**
Standardabweichung	11.114 €	9.096 €	7.997 €	8.444 €	17.812 €	9.951 €	8.084 €	6.341 €	7.978 €	5.774 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	304,96 €	293,84 €	245,30 €	264,51 €	240,83 €	240,27 €	294,75 €	249,60 €	207,58 €	160,44 €
Median	785,48 €	759,61 €	755,34 €	763,42 €	719,72 €	747,58 €	747,58 €	638,38 €	615,10 €	485,88 €
75%-Perzentil	3.737,59 €	2.876,25 €	2.872,73 €	2.963,63 €	2.585,43 €	2.204,10 €	2.388,25 €	2.084,45 €	2.262,21 €	1.733,62 €
Maximum	151.565 €	112.330 €	98.896 €	82.763 €	347.978 €	188.343 €	117.161 €	80.205 €	96.131 €	72.999 €

Tabelle 204: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	553	553	539	524	518	553	551	523	505	490
Mittelwert	**2.732,39 €**	**2.812,79 €**	**2.991,74 €**	**2.909,35 €**	**2.451,62 €**	**2.665,26 €**	**3.499,31 €**	**3.559,20 €**	**3.459,90 €**	**3.350,66 €**
Standardabweichung	7.459 €	7.474 €	7.642 €	7.866 €	5.259 €	6.135 €	8.766 €	13.158 €	11.457 €	8.624 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	296,00 €	302,91 €	279,44 €	289,95 €	274,50 €	258,10 €	277,95 €	299,78 €	296,26 €	295,64 €
Median	685,88 €	766,38 €	765,35 €	814,58 €	776,58 €	727,24 €	824,90 €	902,07 €	806,81 €	831,46 €
75%-Perzentil	2.245,99 €	2.177,84 €	2.634,00 €	2.157,46 €	2.210,57 €	2.210,35 €	2.705,31 €	3.079,75 €	2.521,04 €	2.755,01 €
Maximum	89.544 €	101.949 €	120.999 €	121.637 €	53.562 €	85.424 €	102.933 €	261.096 €	188.425 €	112.800 €

Tabelle 205: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	185	144	138	134	114	151	143	110	130	90
Mittelwert	**2.524,65 €**	**1.896,23 €**	**1.633,03 €**	**1.858,17 €**	**2.522,18 €**	**2.027,19 €**	**1.735,72 €**	**1.418,20 €**	**1.725,38 €**	**1.232,46 €**
Standardabweichung	10.444 €	7.138 €	5.328 €	5.710 €	16.807 €	9.435 €	6.290 €	4.796 €	6.113 €	4.303 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.854,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	835,87 €	675,98 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	150.967 €	111.101 €	74.254 €	51.667 €	334.178 €	187.144 €	76.056 €	43.063 €	96.118 €	53.739 €

Tabelle 206: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	122	120	130	114	105	142	147	150	128	117
Mittelwert	**1.444,53 €**	**1.488,50 €**	**1.711,24 €**	**1.571,41 €**	**1.098,30 €**	**1.454,84 €**	**1.906,31 €**	**2.113,09 €**	**1.694,07 €**	**1.726,16 €**
Standardabweichung	5.932 €	6.102 €	6.291 €	7.200 €	3.947 €	4.275 €	6.162 €	11.587 €	7.202 €	6.252 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	575,98 €	787,14 €	1.274,31 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	85.572 €	99.528 €	87.939 €	120.328 €	48.829 €	38.067 €	64.074 €	243.354 €	94.998 €	69.454 €

Tabelle 207: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,66 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**24,29 €**	**50,35 €**	**91,07 €**	**85,08 €**	**78,89 €**
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	15,57 €	0,00 €	0,00 €	403,89 €	1.091,44 €	1.944,32 €	1.855,60 €	1.707,04 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	0 €	367 €	0 €	0 €	9.132 €	25.713 €	45.296 €	42.729 €	38.927 €

Tabelle 208: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**0,00 €**	**0,00 €**	**2,05 €**	**1,18 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**4,43 €**	**0,70 €**	**1,26 €**	**9,73 €**
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	48,07 €	27,35 €	0,00 €	0,00 €	81,99 €	16,31 €	28,87 €	133,24 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	1.128,45 €	634,34 €	0,00 €	0,00 €	1.826,86 €	379,47 €	661,51 €	2.667,78 €

Tabelle 209: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	61	71	67	77	53	46	45	43	47	36
Mittelwert	**58,06 €**	**42,47 €**	**132,63 €**	**87,31 €**	**59,31 €**	**38,82 €**	**29,38 €**	**51,21 €**	**36,85 €**	**31,94 €**
Standardabweichung	413,73 €	196,50 €	1.475,43 €	355,71 €	282,12 €	276,05 €	161,52 €	284,57 €	168,35 €	160,95 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.975 €	2.758 €	33.941 €	3.496 €	3.268 €	4.221 €	2.414 €	3.114 €	1.880 €	2.049 €

Tabelle 210: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	58	70	73	61	63	35	49	50	41	47
Mittelwert	**37,13 €**	**46,65 €**	**51,16 €**	**53,40 €**	**55,65 €**	**13,47 €**	**34,72 €**	**59,91 €**	**80,95 €**	**37,03 €**
Standardabweichung	186,47 €	228,53 €	214,99 €	266,52 €	238,56 €	67,66 €	224,59 €	382,63 €	1.074,87 €	170,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.544 €	3.513 €	2.385 €	3.692 €	3.860 €	835 €	3.777 €	6.445 €	24.303 €	2.256 €

Tabelle 211: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	560	567	534	515	503	544	547	525	510	475
Mittelwert	**523,33 €**	**524,31 €**	**484,27 €**	**494,86 €**	**477,67 €**	**521,87 €**	**516,85 €**	**479,88 €**	**446,68 €**	**423,69 €**
Standardabweichung	541,99 €	533,11 €	475,92 €	523,34 €	536,89 €	494,86 €	750,42 €	480,89 €	478,85 €	459,68 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	185,32 €	179,71 €	143,54 €	161,40 €	143,03 €	169,80 €	169,54 €	163,65 €	152,21 €	118,40 €
Median	368,11 €	373,12 €	337,18 €	334,81 €	334,05 €	386,23 €	363,72 €	347,60 €	313,36 €	296,78 €
75%-Perzentil	675,23 €	684,39 €	659,12 €	657,63 €	667,04 €	742,73 €	660,61 €	620,75 €	625,15 €	586,94 €
Maximum	4.301 €	5.093 €	3.394 €	4.130 €	5.740 €	5.094 €	14.288 €	3.700 €	5.906 €	3.822 €

Tabelle 212: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	548	552	536	520	511	549	546	520	499	488
Mittelwert	**492,61 €**	**492,17 €**	**460,83 €**	**486,44 €**	**488,48 €**	**453,72 €**	**494,50 €**	**486,63 €**	**475,64 €**	**498,21 €**
Standardabweichung	527,19 €	472,56 €	436,46 €	431,88 €	500,99 €	420,83 €	458,57 €	460,84 €	501,60 €	583,29 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	179,84 €	180,37 €	181,50 €	174,41 €	153,47 €	151,24 €	167,62 €	155,51 €	173,71 €	164,21 €
Median	351,36 €	360,99 €	341,64 €	360,53 €	356,41 €	343,37 €	373,18 €	367,31 €	345,71 €	353,43 €
75%-Perzentil	617,68 €	658,40 €	590,28 €	678,49 €	649,04 €	602,60 €	651,89 €	655,68 €	627,51 €	619,95 €
Maximum	5.323,59 €	3.414,58 €	2.699,24 €	2.459,04 €	4.634,74 €	3.304,92 €	3.159,79 €	2.916,40 €	5.562,60 €	5.725,36 €

Tabelle 213: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	483	490	466	443	442	471	457	451	434	398
Mittelwert	**726,92 €**	**927,95 €**	**978,95 €**	**1.105,49 €**	**971,84 €**	**461,27 €**	**600,87 €**	**522,45 €**	**665,99 €**	**498,62 €**
Standardabweichung	2.377,05 €	4.771,90 €	4.843,32 €	4.733,87 €	3.432,04 €	1.519,06 €	2.508,63 €	1.671,80 €	2.459,34 €	1.450,07 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	31,08 €	26,74 €	25,32 €	20,10 €	24,34 €	18,31 €	23,11 €	18,23 €	16,26 €	12,88 €
Median	114,52 €	118,62 €	125,99 €	118,84 €	122,82 €	89,12 €	88,29 €	91,03 €	96,11 €	84,94 €
75%-Perzentil	411,94 €	417,56 €	422,06 €	485,46 €	586,10 €	272,06 €	305,58 €	312,09 €	330,86 €	358,51 €
Maximum	30.759 €	80.791 €	95.541 €	56.406 €	45.052 €	23.720 €	40.767 €	22.107 €	30.016 €	18.274 €

Tabelle 214: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	469	473	479	466	462	473	474	454	441	424
Mittelwert	**714,31 €**	**734,54 €**	**705,95 €**	**743,54 €**	**759,79 €**	**672,27 €**	**973,46 €**	**783,76 €**	**1.096,31 €**	**955,25 €**
Standardabweichung	3.681,31 €	3.256,42 €	2.421,39 €	2.632,56 €	2.503,18 €	3.885,31 €	5.323,21 €	3.437,25 €	5.736,64 €	5.192,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	25,91 €	40,33 €	39,03 €	41,96 €	39,17 €	26,85 €	37,08 €	31,15 €	35,82 €	36,05 €
Median	124,24 €	135,57 €	142,36 €	155,70 €	157,34 €	116,05 €	133,66 €	147,79 €	166,25 €	172,08 €
75%-Perzentil	390,66 €	470,27 €	462,53 €	447,70 €	507,73 €	377,26 €	471,31 €	499,57 €	604,52 €	621,30 €
Maximum	67.257 €	60.561 €	32.298 €	31.670 €	38.839 €	83.612 €	81.214 €	64.774 €	92.508 €	105.773 €

Tabelle 215: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	579	579	556	540	527	560	560	546	531	521
N mit Fall	84	96	86	75	74	98	100	80	67	82
Mittelwert	**76,17 €**	**86,40 €**	**90,41 €**	**103,29 €**	**109,94 €**	**55,52 €**	**70,12 €**	**52,76 €**	**57,80 €**	**67,63 €**
Standardabweichung	372,87 €	372,58 €	439,63 €	520,50 €	509,28 €	270,55 €	319,27 €	187,67 €	306,11 €	243,23 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.559,87 €	4.671,18 €	6.289,83 €	7.261,83 €	5.794,83 €	5.095,10 €	5.159,79 €	1.956,92 €	5.239,63 €	3.031,97 €

Tabelle 216: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**4. Jahr**
N	560	560	551	538	528	559	559	541	525	508
N mit Fall	85	76	83	64	54	93	113	96	76	77
Mittelwert	**43,80 €**	**50,93 €**	**60,51 €**	**53,38 €**	**49,40 €**	**70,96 €**	**85,89 €**	**115,10 €**	**111,68 €**	**124,28 €**
Standardabweichung	181,42 €	209,53 €	278,78 €	243,72 €	235,44 €	294,95 €	326,51 €	507,07 €	613,76 €	619,90 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.354,02 €	2.377,28 €	3.266,30 €	3.025,12 €	2.615,89 €	4.279,44 €	4.222,32 €	7.732,70 €	9.210,49 €	8.946,24 €

14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 217: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	2.355	2.362	2.344	2.364
Mittelwert	**3.366,02 €**	**3.097,40 €**	**3.075,47 €**	**2.879,81 €**
Standardabweichung	8.781,15 €	7.808,37 €	8.249,87 €	7.593,35 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	289,53 €	297,25 €	272,41 €	250,88 €
Median	773,17 €	743,16 €	777,76 €	700,02 €
75%-Perzentil	2.929,60 €	2.542,39 €	2.728,14 €	2.307,98 €
Maximum	151.565 €	130.386 €	188.343 €	136.932 €

Tabelle 218: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	683	569	660	579
Mittelwert	**2.031,27 €**	**1.671,72 €**	**1.787,81 €**	**1.606,79 €**
Standardabweichung	7.701,38 €	6.256,65 €	7.093,78 €	5.961,64 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.090,35 €	0,00 €	872,97 €	0,00 €
Maximum	150.967 €	130.214 €	187.144 €	109.107 €

Tabelle 219: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	< 10	< 10	15	< 10
Mittelwert	**2,54 €**	**0,47 €**	**10,90 €**	**13,17 €**
Standardabweichung	79,47 €	23,00 €	215,48 €	528,55 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.928 €	1.130 €	9.132 €	25.713 €

Tabelle 220: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	285	360	212	214
Mittelwert	**54,05 €**	**81,52 €**	**31,86 €**	**44,40 €**
Standardabweichung	301,21 €	780,44 €	174,38 €	289,12 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.975 €	35.884 €	4.221 €	6.646 €

Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	2.340	2.339	2.333	2.351
Mittelwert	**555,65 €**	**520,97 €**	**551,58 €**	**504,46 €**
Standardabweichung	625,07 €	544,82 €	818,82 €	846,39 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	192,64 €	179,12 €	184,72 €	162,14 €
Median	381,87 €	370,71 €	383,61 €	343,87 €
75%-Perzentil	721,10 €	687,14 €	722,91 €	648,29 €
Maximum	7.230 €	5.900 €	30.037 €	30.279 €

Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	2.030	2.001	1.985	1.974
Mittelwert	**656,92 €**	**764,88 €**	**626,60 €**	**651,63 €**
Standardabweichung	2.791,97 €	3.498,69 €	2.633,82 €	3.167,88 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	25,39 €	19,61 €	16,89 €	17,57 €
Median	110,58 €	110,74 €	101,75 €	94,83 €
75%-Perzentil	383,38 €	383,85 €	358,98 €	358,75 €
Maximum	94.138 €	80.791 €	48.074 €	109.193 €

Tabelle 223: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patientenmit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	**IG**		**KG**	
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**
N	2.414	2.414	2.414	2.414
N mit Fall	362	328	381	363
Mittelwert	**65,60 €**	**57,84 €**	**66,72 €**	**59,36 €**
Standardabweichung	352,50 €	277,23 €	330,05 €	293,90 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	7.295,38 €	4.671,18 €	7.171,12 €	5.877,90 €

14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 224: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	1.758	1.759	1.666	1.734	1.755	1.656
Mittelwert	**3.549,11 €**	**3.163,88 €**	**2.972,88 €**	**2.905,57 €**	**2.916,74 €**	**2.807,99 €**
Standardabweichung	9.512,71 €	8.219,70 €	7.240,67 €	7.425,47 €	7.552,16 €	8.450,89 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	302,84 €	302,24 €	262,30 €	269,23 €	251,32 €	219,26 €
Median	770,19 €	749,36 €	750,95 €	750,50 €	717,12 €	623,39 €
75%-Perzentil	2.974,61 €	2.546,43 €	2.606,22 €	2.604,90 €	2.356,55 €	2.165,19 €
Maximum	151.565 €	130.386 €	133.222 €	188.343 €	117.161 €	159.916 €

Tabelle 225: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	522	423	394	482	436	351
Mittelwert	**2.181,06 €**	**1.695,66 €**	**1.538,10 €**	**1.676,98 €**	**1.663,29 €**	**1.549,30 €**
Standardabweichung	8.375,41 €	6.533,32 €	5.806,91 €	6.338,02 €	6.402,40 €	7.308,26 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.218,34 €	0,00 €	0,00 €	828,83 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	150.967 €	130.214 €	130.123 €	187.144 €	109.107 €	155.322 €

Tabelle 226: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	12	< 10	< 10
Mittelwert	**3,41 €**	**0,63 €**	**1,82 €**	**13,05 €**	**16,42 €**	**32,91 €**
Standardabweichung	92,04 €	26,64 €	67,15 €	245,27 €	611,34 €	1.097,68 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.928 €	1.130 €	2.763 €	9.132 €	25.713 €	45.296 €

Tabelle 227: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	195	272	223	156	164	135
Mittelwert	**45,18 €**	**86,33 €**	**103,07 €**	**31,15 €**	**42,46 €**	**58,01 €**
Standardabweichung	283,46 €	889,49 €	898,61 €	182,63 €	250,52 €	348,43 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.975 €	35.884 €	33.941 €	4.221 €	5.576 €	5.298 €

Tabelle 228: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	1.750	1.744	1.655	1.725	1.748	1.639
Mittelwert	**561,05 €**	**523,40 €**	**509,70 €**	**548,55 €**	**522,20 €**	**480,21 €**
Standardabweichung	649,58 €	546,68 €	552,70 €	892,85 €	943,92 €	887,51 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	200,82 €	177,82 €	160,86 €	183,26 €	163,18 €	136,90 €
Median	383,85 €	376,64 €	353,70 €	367,79 €	342,16 €	324,42 €
75%-Perzentil	710,31 €	684,39 €	663,85 €	719,68 €	660,41 €	622,38 €
Maximum	7.230 €	5.900 €	6.727 €	30.037 €	30.279 €	30.520 €

Tabelle 229: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	1.513	1.492	1.437	1.478	1.461	1.394
Mittelwert	**688,39 €**	**795,29 €**	**747,96 €**	**578,06 €**	**612,41 €**	**628,74 €**
Standardabweichung	3.078,98 €	3.789,78 €	3.234,20 €	2.215,57 €	2.216,40 €	2.759,05 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	25,62 €	19,55 €	25,44 €	17,24 €	16,49 €	15,28 €
Median	112,83 €	110,77 €	119,06 €	98,06 €	90,89 €	85,49 €
75%-Perzentil	395,46 €	391,62 €	396,93 €	353,14 €	371,00 €	348,34 €
Maximum	94.138 €	80.791 €	95.541 €	46.416 €	40.767 €	59.690 €

Tabelle 230: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**
N	1.799	1.799	1.723	1.789	1.789	1.739
N mit Fall	295	256	234	282	259	237
Mittelwert	**70,03 €**	**62,58 €**	**72,23 €**	**57,77 €**	**59,97 €**	**58,83 €**
Standardabweichung	342,46 €	289,63 €	427,54 €	261,65 €	309,24 €	282,95 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.621,25 €	4.671,18 €	9.833,67 €	5.095,10 €	5.877,90 €	5.185,80 €

14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4)Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 231: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	1.144	1.141	1.079	1.046	1.128	1.141	1.099	1.043
Mittelwert	**3.775,55 €**	**3.212,76 €**	**3.112,47 €**	**3.057,20 €**	**3.026,08 €**	**2.940,04 €**	**2.747,73 €**	**3.012,08 €**
Standardabweichung	10.194 €	8.078 €	6.974 €	7.103 €	8.066 €	7.913 €	6.586 €	8.469 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	304,99 €	298,09 €	260,15 €	267,00 €	253,65 €	249,30 €	236,60 €	189,99 €
Median	813,31 €	795,03 €	781,60 €	760,26 €	764,83 €	726,78 €	649,99 €	614,40 €
75%-Perzentil	3.389,29 €	2.745,86 €	2.769,71 €	2.639,92 €	2.558,68 €	2.384,88 €	2.218,64 €	2.051,50 €
Maximum	151.565 €	112.330 €	98.896 €	82.763 €	188.343 €	117.161 €	94.293 €	113.630 €

Tabelle 232: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	618	617	602	581	616	614	582	563
Mittelwert	**2.834,39 €**	**3.024,68 €**	**2.978,50 €**	**2.993,10 €**	**2.919,86 €**	**3.566,51 €**	**3.545,12 €**	**3.507,13 €**
Standardabweichung	7.453 €	8.753 €	7.542 €	8.071 €	7.664 €	8.560 €	12.733 €	11.172 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	301,59 €	300,49 €	279,13 €	282,74 €	273,90 €	291,33 €	300,53 €	294,64 €
Median	723,52 €	766,16 €	766,95 €	815,18 €	767,46 €	885,73 €	864,60 €	789,03 €
75%-Perzentil	2.488,57 €	2.189,29 €	2.579,32 €	2.176,63 €	2.347,24 €	2.985,75 €	3.078,47 €	2.611,19 €
Maximum	89.544 €	115.778 €	120.999 €	121.637 €	115.554 €	102.933 €	261.096 €	188.425 €

Tabelle 233: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	363	286	271	242	329	287	243	238
Mittelwert	**2.354,75 €**	**1.740,62 €**	**1.595,76 €**	**1.524,19 €**	**1.890,09 €**	**1.702,08 €**	**1.561,89 €**	**1.715,61 €**
Standardabweichung	9.031,17 €	6.252,95 €	5.075,14 €	5.098,10 €	7.381,45 €	6.744,31 €	5.469,47 €	6.651,52 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.634,09 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	960,49 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	150.967 €	111.101 €	74.254 €	62.897 €	187.144 €	109.107 €	93.716 €	110.371 €

Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	147	137	138	129	165	174	166	144
Mittelwert	**1.479,07 €**	**1.680,40 €**	**1.666,75 €**	**1.682,56 €**	**1.653,58 €**	**1.976,69 €**	**2.093,15 €**	**1.722,38 €**
Standardabweichung	5.696 €	7.473 €	6.164 €	7.444 €	6.082 €	6.126 €	11.186 €	7.108 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	730,39 €	982,88 €	1.268,94 €	0,00 €
Maximum	85.572 €	113.431 €	87.939 €	120.328 €	109.469 €	64.074 €	243.354 €	94.998 €

Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**2,38 €**	**0,00 €**	**2,81 €**	**0,00 €**	**14,60 €**	**24,24 €**	**49,90 €**	**42,36 €**
Standardabweichung	74,63 €	0,00 €	83,47 €	0,00 €	288,24 €	757,43 €	1.359,09 €	1.288,50 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.540 €	0 €	2.763 €	0 €	9.132 €	25.713 €	45.296 €	42.729 €

Tabelle 236: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	**0,00 €**	**0,00 €**	**1,84 €**	**1,06 €**	**0,00 €**	**3,98 €**	**0,63 €**	**1,13 €**
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	45,54 €	25,92 €	0,00 €	77,67 €	15,45 €	27,35 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	1.128,45 €	634,34 €	0,00 €	1.826,86 €	379,47 €	661,51 €

Tabelle 237: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	128	173	141	148	101	107	87	89
Mittelwert	**45,31 €**	**61,27 €**	**114,51 €**	**86,98 €**	**34,42 €**	**34,29 €**	**53,73 €**	**36,83 €**
Standardabweichung	311,66 €	251,82 €	1.083,15 €	365,71 €	211,18 €	181,47 €	339,16 €	183,50 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.975 €	3.839 €	33.941 €	5.702 €	4.221 €	2.717 €	5.298 €	2.726 €

Tabelle 238: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	66	78	78	66	40	55	55	47
Mittelwert	**35,43 €**	**44,42 €**	**48,99 €**	**50,06 €**	**14,19 €**	**33,87 €**	**55,45 €**	**78,81 €**
Standardabweichung	178,07 €	218,14 €	208,41 €	253,91 €	69,32 €	215,45 €	363,15 €	1.020,92 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.544 €	3.513 €	2.385 €	3.692 €	835 €	3.777 €	6.445 €	24.303 €

Tabelle 239: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	1.141	1.133	1.073	1.038	1.121	1.135	1.088	1.030
Mittelwert	**550,47 €**	**514,55 €**	**509,79 €**	**487,75 €**	**515,63 €**	**510,09 €**	**472,15 €**	**432,16 €**
Standardabweichung	598,13 €	512,13 €	519,00 €	499,17 €	516,74 €	661,92 €	468,64 €	474,45 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	200,70 €	172,57 €	160,21 €	161,10 €	169,47 €	161,13 €	149,21 €	131,23 €
Median	383,09 €	380,45 €	352,80 €	330,67 €	367,40 €	343,50 €	344,63 €	311,59 €
75%-Perzentil	698,00 €	691,28 €	678,94 €	657,56 €	716,68 €	660,18 €	640,60 €	587,44 €
Maximum	6.459 €	5.479 €	5.014 €	4.391 €	5.094 €	14.288 €	4.013 €	5.906 €

Tabelle 240: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	613	616	599	577	612	609	578	557
Mittelwert	**500,41 €**	**492,65 €**	**466,38 €**	**481,19 €**	**463,21 €**	**493,41 €**	**488,01 €**	**485,21 €**
Standardabweichung	532,46 €	470,74 €	445,47 €	431,07 €	425,40 €	454,56 €	456,63 €	521,70 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	180,65 €	177,74 €	176,05 €	172,27 €	156,45 €	171,88 €	163,58 €	174,84 €
Median	357,00 €	362,00 €	344,57 €	357,68 €	353,93 €	375,19 €	371,04 €	345,71 €
75%-Perzentil	618,02 €	657,64 €	598,17 €	663,55 €	612,19 €	647,71 €	659,83 €	627,51 €
Maximum	5.323,59 €	3.414,58 €	2.699,24 €	2.491,52 €	3.304,92 €	3.159,79 €	2.916,40 €	5.562,60 €

Tabelle 241: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	979	964	930	886	962	949	926	862
Mittelwert	**740,11 €**	**821,83 €**	**807,11 €**	**876,37 €**	**508,97 €**	**599,88 €**	**554,82 €**	**730,32 €**
Standardabweichung	3.455,44 €	4.217,21 €	3.643,37 €	3.580,07 €	1.784,32 €	2.289,52 €	1.824,15 €	3.544,32 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	27,73 €	19,02 €	25,56 €	20,26 €	18,17 €	17,65 €	16,26 €	14,12 €
Median	118,73 €	110,77 €	115,76 €	125,15 €	97,94 €	88,40 €	88,64 €	89,74 €
75%-Perzentil	409,96 €	409,29 €	409,74 €	453,30 €	349,11 €	369,77 €	348,58 €	346,58 €
Maximum	94.138 €	80.791 €	95.541 €	56.406 €	32.304 €	40.767 €	31.283 €	83.398 €

Tabelle 242: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	526	528	530	516	533	532	507	492
Mittelwert	**771,91 €**	**746,62 €**	**735,21 €**	**725,99 €**	**714,73 €**	**972,87 €**	**791,46 €**	**1.111,65 €**
Standardabweichung	4.079,59 €	3.211,99 €	2.544,92 €	2.524,11 €	3.848,97 €	5.124,86 €	3.378,38 €	5.552,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	27,69 €	39,74 €	36,36 €	37,83 €	27,88 €	37,53 €	30,72 €	32,16 €
Median	125,04 €	135,96 €	144,71 €	153,93 €	124,58 €	135,02 €	145,96 €	165,96 €
75%-Perzentil	396,98 €	484,64 €	476,34 €	473,03 €	399,86 €	480,00 €	505,06 €	622,31 €
Maximum	67.257 €	60.561 €	32.298 €	31.670 €	83.612 €	81.214 €	64.774 €	92.508 €

Tabelle 243: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	1.169	1.169	1.115	1.087	1.163	1.163	1.134	1.102
N mit Fall	203	190	168	144	193	181	154	140
Mittelwert	**82,53 €**	**74,49 €**	**82,50 €**	**81,92 €**	**62,37 €**	**69,46 €**	**55,24 €**	**54,80 €**
Standardabweichung	398,71 €	324,45 €	423,17 €	430,58 €	289,20 €	353,38 €	248,78 €	265,44 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.621,25 €	4.671,18 €	6.671,39 €	7.261,83 €	5.095,10 €	5.877,90 €	4.588,65 €	5.239,63 €

Tabelle 244: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patientenmit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeitraum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	625	625	614	599	623	623	603	585
N mit Fall	95	86	87	68	105	121	107	85
Mittelwert	**47,57 €**	**60,59 €**	**59,33 €**	**52,24 €**	**74,14 €**	**85,69 €**	**116,42 €**	**107,96 €**
Standardabweichung	199,22 €	319,34 €	274,88 €	242,57 €	299,00 €	321,06 €	499,79 €	586,64 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.354,02 €	6.078,00 €	3.266,30 €	3.025,12 €	4.279,44 €	4.222,32 €	7.732,70 €	9.210,49 €

14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix

Tabelle 245: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
Behandlungssetting	**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																		
vs+TK+PIA	<10	178	>0,999	14	334	0,559	21	395	0,688	30	447	>0,999	28	349	>0,999	19	344	0,215
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK		152	>0,999	<10	259	0,063	<10	246	0,136	<10	307	0,018	<10	272	<0,001	<10	330	<0,001
vs+PIA	10	951	>0,999	71	1.652	0,130	109	2.026	0,041	233	2.494	<0,001	259	2.336	<0,001	254	2.208	<0,001
vs+HT																		
TK+PIA	<10	174	0,085	35	380	<0,001	44	442	<0,001	103	590	<0,001	142	574	<0,001	133	546	<0,001
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	17	1.592	>0,999	69	3.338	<0,001	104	3.558	<0,001	309	4.506	>0,999	268	4.292	<0,001	226	4.212	<0,001
TK	<10	146	>0,999	<10	358	0,101	<10	351	0,181	17	524	0,007	13	522	<0,001	13	653	<0,001
PIA	21	3.606	0,180	311	8.363	0,130	429	10.072	0,688	777	12.400	<0,001	823	10.859	0,052	952	11.190	0,215
HT																		
Gesamtergebnis	**56**	**6.799**	**0,180**	**505**	**14.684**	**<0,001**	**717**	**17.090**	**<0,001**	**1.477**	**21.268**	**<0,001**	**1.536**	**19.204**	**<0,001**	**1.600**	**19.483**	**<0,001**

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

14.4.6 Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten

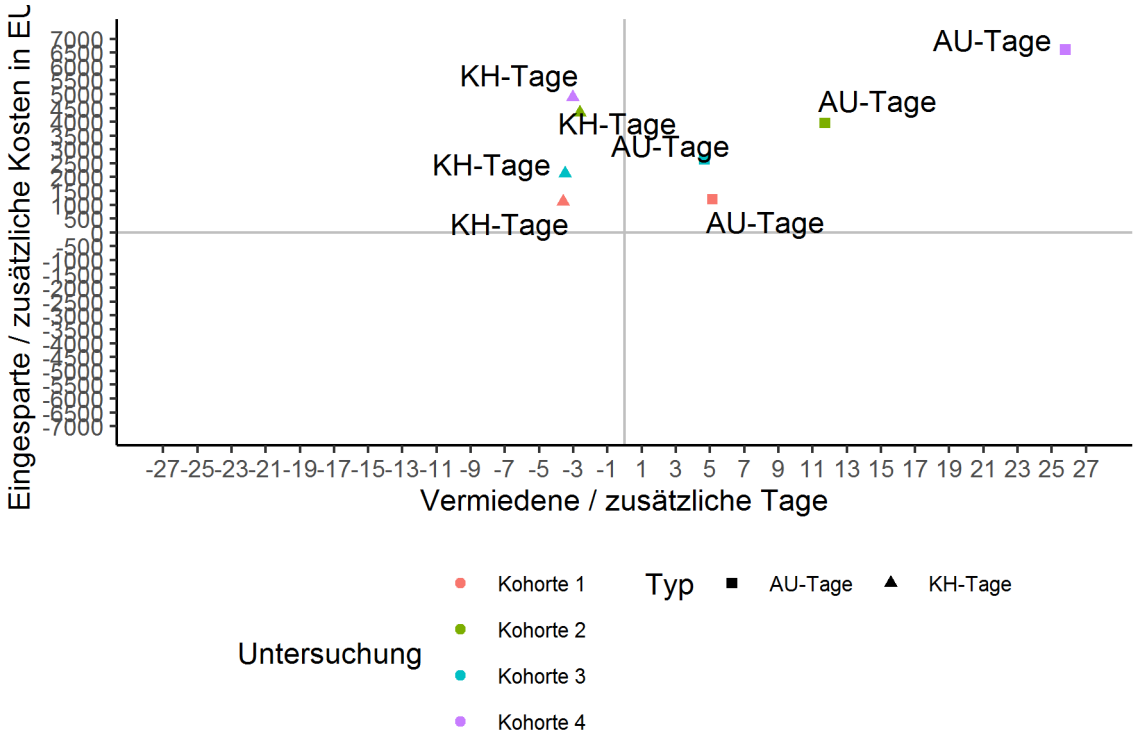



Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten)