

Abschlussbericht

Psychiatrische Klinik Lüneburg gGmbH

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

Berichtsnummer: 3

Datum: 21.12.2020

Autoren:

Dr. Anne **Neumann**, M.P.H.¹, Roman **Kliemt**, M.A.², Dipl.-Psych. Fabian **Baum**¹,
Christopher **Schrey**, M.Sc.², Prof. Dr. Stefanie **March**, M.A.^{3 5}, Dipl-Phys. Martin
Seifert¹, Denise **Kubat**, B.A.³, Dr. rer. nat. Olaf **Schoffer**¹, PD Dr. rer. biol. hum.
Enno **Swart**³, Dr. Dennis **Häckl**², Prof. Dr. med. Andrea **Pfennig**, M.Sc.⁴, Prof. Dr.
med. Jochen **Schmitt**, M.P.H.¹

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

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

⁵ Hochschule Magdeburg-Stendal, Professur Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Danksagung

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

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

Inhalt

1. Zusammenfassung.....	20
2. Hintergrund.....	31
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	31
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	31
5. Methoden	33
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	34
6.1 Patientenmatching	35
7. Darstellung Modellvorhaben Psychiatrische Klinik Lüneburg gemeinnützige GmbH	38
8. Ergebnisse: Effektivität	40
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	41
8.2 Ergebnisse Outcomes	47
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	49
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	49
U1	53
U2	66
U3	71
U4	78
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	89
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	89
U1	91
U2	101
U3	105
U4	111
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik	120
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	120
U1	122
U2	143
U3	150
U4	158
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	178
Beschreibung Ergebnisse (U2)	178

U2	179
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping	186
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	186
U1	187
U2	191
U3	193
U4	196
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit	199
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	199
U1	202
U2	209
U3	212
U4	216
8.2.7 Wiederaufnahmeraten	222
Beschreibung Ergebnisse (U2)	222
U2	223
8.2.8 Komorbidität	226
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	226
U1	228
U2	231
U3	232
U4	234
8.2.9 Mortalität	236
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	236
U1	237
U2	241
U3	243
U4	246
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung	249
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	249
U1	251
U2	260
U3	264

U4	269
8.2.11 Leitlinienadhärenz	277
Beschreibung Ergebnisse (U2)	277
U2	279
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	289
9.1 Patientenmix	289
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	289
U1	291
U2	295
U3	297
U4	299
9.2 Leistungserbringung	303
Beschreibung Ergebnisse (U1)	303
U1	303
10. Ergebnisse: Kosten	316
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten	316
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	316
U1	320
U2	324
U3	325
U4	327
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen	329
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	329
U1	331
U2	335
U3	336
U4	338
10.3 Kosten stationärsersetzender psychiatrischer Leistungen	340
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	340
U1	341
U2	345
U3	346
U4	348

10.4	Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	350
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	350
	U1	351
	U2	355
	U3	356
	U4	358
10.5	Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	360
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	360
	U1	362
	U2	366
	U3	367
	U4	369
10.6	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 371	
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	371
	U4	372
10.7	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung.....	373
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	373
	U1	375
	U2	379
	U3	380
	U4	382
10.8	Kosten der Psychopharmakaversorgung	384
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	384
	U1	386
	U2	390
	U3	391
	U4	393
10.9	Kosten der Heilmittelversorgung	395
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	395
	U1	397
	U2	401
	U3	402

U4	404
11. Ergebnisse: Effizienz	406
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4).....	406
U2	408
U4	409
12. Diskussion	411
12.1 Hauptergebnisse.....	411
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	428
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	432
13. Literatur	434
14. Anhang.....	437
14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4	437
14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose	448
14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität	457
14.4 Ergebnisse Kosten	508
14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1).....	508
14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2).....	516
14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3).....	519
14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4).....	522
14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix.....	527
14.4.6 Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten.....	528

Glossar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Haupteffekte bezeichnen Effekte einzelner 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 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 ausschließlichen 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 Streubreite, 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
BPfIV	- 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).....	57
Abbildung 2: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U2).....	67
Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U3).....	73
Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U4).....	81
Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1)	94
Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U2)	102
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3)	107
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U4)	114
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)	172
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, (U2)	183
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	189
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2).....	192
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	194
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4).....	198
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U1)	204
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U2)	210
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U3)	213
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U4)	218
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2)	224
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1)	229
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2)	231
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U3)	232
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4)	235
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1).....	238
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2).....	242
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U3).....	244
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4).....	247
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1)	253
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2)	261
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, (U3)	265
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, (U4)	271
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2)	284
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	292
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten	294
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	296
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	298
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	300
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten	302
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	320
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	321
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	324
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	325

Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	327
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten	328
Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	331
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	332
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	335
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	336
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	338
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	339
Abbildung 54: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	341
Abbildung 55: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	342
Abbildung 56: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	345
Abbildung 57: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	346
Abbildung 58: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	348
Abbildung 59: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	349
Abbildung 60: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	351
Abbildung 61: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	352
Abbildung 62: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	355
Abbildung 63: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	356
Abbildung 64: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	358
Abbildung 65: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	359
Abbildung 66: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	362
Abbildung 67: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	363
Abbildung 68: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	366
Abbildung 69: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	367
Abbildung 70: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	369
Abbildung 71: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten.....	370
Abbildung 72: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten	372
Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	375
Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	376
Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	379
Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	380
Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	382
Abbildung 78: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	383
Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	386
Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	387
Abbildung 81: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	390
Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	391
Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten.....	393
Abbildung 84: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	394
Abbildung 85: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	397
Abbildung 86: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	398
Abbildung 87: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	401
Abbildung 88: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	402
Abbildung 89: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten.....	404
Abbildung 90: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten	405
Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4.....	410
Abbildung 92: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage.....	528

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching	36
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken.....	36
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	37
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1.....	42
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1.....	43
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1).....	53
Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1).....	65
Tabelle 8: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U2).....	66
Tabelle 9: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3).....	71
Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3).....	77
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U4).....	78
Tabelle 12: Einsatz ambulanter Leistungen, (U1)	91
Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1).....	100
Tabelle 14: Einsatz ambulanter Leistungen, (U2)	101
Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, (U3)	105
Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3).....	110
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, (U4)	111
Tabelle 18: Kontinuität der Behandlung, (U1).....	122
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).....	179
Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2).....	185
Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	187
Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1)	190
Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2).....	191
Tabelle 29: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	193
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3)	195
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4).....	196
Tabelle 32: Arbeitsunfähigkeit, (U1)	202
Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1).....	208
Tabelle 34: Arbeitsunfähigkeit, (U2)	209
Tabelle 35: Arbeitsunfähigkeit, (U3)	212
Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3).....	215
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, (U4)	216
Tabelle 38: Wiederaufnahmeraten, (U2)	223
Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2).....	225
Tabelle 40: Komorbidität, (U1)	228
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1).....	230
Tabelle 42: Komorbidität, (U2)	231
Tabelle 43: Komorbidität, (U3)	232
Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3).....	233

Tabelle 45: Komorbidität, (U4)	234
Tabelle 46: Mortalität, (U1).....	237
Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1)	240
Tabelle 48: Mortalität, (U2).....	241
Tabelle 49: Mortalität, (U3).....	243
Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3)	245
Tabelle 51: Mortalität, (U4).....	246
Tabelle 52: Progression, (U1)	251
Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1)	259
Tabelle 54: Progression, (U2)	260
Tabelle 55: Progression, (U3)	264
Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3)	268
Tabelle 57: Progression, (U4)	269
Tabelle 58: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, (U2).....	279
Tabelle 59: Leitlinienadhärenz Demenz, (U2).....	280
Tabelle 60: Leitlinienadhärenz Depression, (U2)	281
Tabelle 61: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, (U2).....	283
Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2).....	288
Tabelle 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	291
Tabelle 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten.....	293
Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	295
Tabelle 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	297
Tabelle 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	299
Tabelle 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten.....	301
Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	304
Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	306
Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten	308
Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	309
Tabelle 73: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	310
Tabelle 74: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	312
Tabelle 75: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten	314
Tabelle 76: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	315
Tabelle 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	320
Tabelle 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten.....	321
Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	322
Tabelle 80: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten.....	323
Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten.....	324
Tabelle 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	325
Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	326
Tabelle 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten.....	327

Tabelle 85: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	328
Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	331
Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	332
Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	333
Tabelle 89: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	334
Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	335
Tabelle 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	336
Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	337
Tabelle 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	338
Tabelle 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	339
Tabelle 95: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	341
Tabelle 96: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	342
Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	343
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	344
Tabelle 99: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	345
Tabelle 100: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	346
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	347
Tabelle 102: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	348
Tabelle 103: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	349
Tabelle 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	351
Tabelle 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	352
Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	353
Tabelle 107: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	354
Tabelle 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	355
Tabelle 109: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	356
Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	357
Tabelle 111: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	358
Tabelle 112: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	359
Tabelle 113: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten.....	362
Tabelle 114: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	363
Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	364
Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	365
Tabelle 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten.....	366
Tabelle 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten.....	367
Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	368
Tabelle 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten.....	369
Tabelle 121: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten	370
Tabelle 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ...	372
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	375
Tabelle 124: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	376
Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	377
Tabelle 126: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	378

Tabelle 127: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	379
Tabelle 128: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	380
Tabelle 129: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	381
Tabelle 130: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	382
Tabelle 131: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	383
Tabelle 132: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	386
Tabelle 133: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	387
Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	388
Tabelle 135: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	389
Tabelle 136: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	390
Tabelle 137: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	391
Tabelle 138: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	392
Tabelle 139: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	393
Tabelle 140: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	394
Tabelle 141: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	397
Tabelle 142: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	398
Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	399
Tabelle 144: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	400
Tabelle 145: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	401
Tabelle 146: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	402
Tabelle 147: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	403
Tabelle 148: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	404
Tabelle 149: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	405
Tabelle 150: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten	408
Tabelle 151: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten	408
Tabelle 152: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung.....	409
Tabelle 153: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung	409
Tabelle 154: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2	437
Tabelle 155: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2	437
Tabelle 156: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3	440
Tabelle 157: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3	440
Tabelle 158: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4	443
Tabelle 159: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4	444
Tabelle 160: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1)	448
Tabelle 161: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1)	453
Tabelle 162: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)	458
Tabelle 163: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)	460
Tabelle 164: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)	462
Tabelle 165: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1).....	464
Tabelle 166: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1	466

Tabelle 167: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2	467
Tabelle 168: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3	468
Tabelle 169: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4	469
Tabelle 170: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1	470
Tabelle 171: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2	471
Tabelle 172: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3	472
Tabelle 173: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4	473
Tabelle 174: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1).....	474
Tabelle 175: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1).....	474
Tabelle 176: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1).....	475
Tabelle 177: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1).....	476
Tabelle 178: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1).....	477
Tabelle 179: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)	479
Tabelle 180: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)	481
Tabelle 181: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)	481
Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1).....	482
Tabelle 183: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)	484
Tabelle 184: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)	486
Tabelle 185: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1).....	487
Tabelle 186: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)	488
Tabelle 187: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)	489
Tabelle 188: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1).....	490
Tabelle 189: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2).....	491
Tabelle 190: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2).....	492
Tabelle 191: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2).....	493
Tabelle 192: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)	494
Tabelle 193: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)	496
Tabelle 194: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1	498
Tabelle 195: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2	499
Tabelle 196: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3).....	500
Tabelle 197: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3).....	501
Tabelle 198: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3).....	502
Tabelle 199: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)	503
Tabelle 200: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3).....	504
Tabelle 201: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)	505
Tabelle 202: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)	506
Tabelle 203: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3).....	507
Tabelle 204: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	508
Tabelle 205: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	509
Tabelle 206: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	509
Tabelle 207: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	510
Tabelle 208: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	510
Tabelle 209: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	511
Tabelle 210: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	511
Tabelle 211: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	512
Tabelle 212: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	512
Tabelle 213: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	513
Tabelle 214: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	513

Tabelle 215: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	514
Tabelle 216: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	514
Tabelle 217: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	515
Tabelle 218: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	516
Tabelle 219: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	516
Tabelle 220: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	517
Tabelle 221: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	517
Tabelle 222: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	517
Tabelle 223: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	518
Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	518
Tabelle 225: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	519
Tabelle 226: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	519
Tabelle 227: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	520
Tabelle 228: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	520
Tabelle 229: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	520
Tabelle 230: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	521
Tabelle 231: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	521
Tabelle 232: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten	522
Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	522
Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	523
Tabelle 235: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	523
Tabelle 236: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	523
Tabelle 237: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	524
Tabelle 238: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten	524
Tabelle 239: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten.....	524
Tabelle 240: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	525
Tabelle 241: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	525
Tabelle 242: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	525
Tabelle 243: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	526
Tabelle 244: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	526
Tabelle 245: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	526
Tabelle 246: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	527

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 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 Psychiatrischen Klinik Lüneburg gGmbH. Das Klinikum startete zum 01.01.2014 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 Psychiatrischen Klinik Lüneburg 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 wahnhaftige 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 deren 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 Versorgungskosten 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 Psychiatrischen Klinik Lüneburg gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 2.570 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 hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde. Zu beachten ist hier, dass im Modellvorhaben der Psychiatrischen Klinik Lüneburg gGmbH im ersten Modelljahr die Modellversorgung zunächst nur für Patienten mit Hauptwohnsitz im Landkreis Harburg (und der Versicherung bei der AOK Niedersachsen) gegolten hat. Ab dem zweiten Modelljahr wurden alle Patienten mit einer Versicherung bei der AOK Niedersachsen in der Psychiatrischen Klinik Lüneburg gGmbH im Rahmen der Modellversorgung behandelt (siehe auch Darstellung des Modellvorhabens unter Kapitel 7).

Effektivität

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** (Seite 49 ff.) aufgrund von Indexdiagnose war in der IG bei den linikneuen und linikbekannten Patienten im Jahr nach Referenzfall in fast allen Untersuchungen geringer als in der KG. Lediglich in U1 war zum ersten Jahr nach Referenzfall zunächst ein größerer Anstieg des Anteils in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung zu verzeichnen. Dieser Anteil sank dann aber in den weiteren patientenindividuellen Jahren unter die jeweiligen Anteile in der Regelversorgung. Zu beachten ist hier, dass das Modellvorhaben in Lüneburg zum einen keinen modellähnlichen Vorläufervertrag aufweist und somit eine Zeit der Implementierung zu erwarten ist. Zum anderen wurde im ersten Modelljahr zunächst nur ein Landkreis in die Modellversorgung aufgenommen und ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall erweitert (siehe auch Hinweis oben). Daher ist die Untersuchung U1 möglicherweise nicht repräsentativ für das gesamte Modellvorhaben (siehe auch Hinweis unter Diskussion AU-Tage) und kleine Fallzahlen erschweren die Bewertung. In U3 (d.h. Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung) war der geringere Anstieg an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt zudem statistisch signifikant.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** war bei den linikneuen und linikbekannten Patienten im Wesentlichen vergleichbar. Die klinikneuen Patienten wiesen in U2 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung) und U3 im Jahr nach Referenzfall einen etwas stärkeren Anstieg der Anteile an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt auf. Dieser Unterschied war jedoch gering und in U3, in der inferenzstatistisch untersucht wurde, statistisch nicht signifikant.

Die **Anzahl der vollstationären Behandlungstage** linikneuer Patienten verzeichnete über den Modellverlauf eine Veränderung. In U1 (Referenzfall im ersten Modelljahr) wies die Modellklinik im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant mehr vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur Regelversorgung auf. In U4 (Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr) waren die vollstationären Behandlungstage stets etwas geringer als in der Regelversorgung. In U2 und U3 war jeweils eine etwas geringere Steigung vollstationärer Behandlungstag vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zu erkennen. Dieser Unterschied war jedoch in U3 statistisch nicht signifikant. Die

Einschränkung in U1 (nur ein Teil der Patienten im ersten Modelljahr eingeschlossen) wurde bereits oben dargestellt. Die Anzahl vollstationärer Behandlungstage klinikneuer Patienten wurden somit im Verlauf der Modelllaufzeit verringert, erreichten jedoch keine statistisch signifikante Veränderung im Vergleich zur Regelversorgung (U3). Bei den klinikbekannten Patienten waren ab dem Jahr nach Referenzfall stets geringere vollstationäre Behandlungstage im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. In U1 war dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall vorhanden. Gemäß des Difference-in-Difference - Ansatzes konnte keine statistisch signifikante Veränderung über den patientenindividuellen Zeitverlauf beobachtet werden. In U4 waren die vollstationären Behandlungstage in der Modellklinik im Jahr vor Referenzfall zunächst größer und sanken dann ab dem ersten Jahr nach Referenzfall unter denen der Regelversorgung. Hier wurde jedoch nicht inferenzstatistisch getestet.

Die Anzahl **teilstationärer Behandlungstage** klinikneuer Patienten stieg im Modellvorhaben jeweils geringer bzw. vergleichbar mit den Patienten der Regelversorgung zum ersten Jahr nach Referenzfall an. Auch bei den klinikbekannten Patienten war ein vergleichbarer Verlauf zwischen beiden Gruppen bzw. ein geringerer Anstieg im Modellvorhaben zum ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. Eine Stärkung teilstationärer Behandlungsangebote ist somit weder bei den klinikneuen noch bei den klinikbekannten Patienten ersichtlich.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** (Seite 89 ff.) ist zu erkennen, dass die PIA in der Modellklinik stärker in Anspruch genommen wurde im Vergleich zur Regelversorgung. Bei den klinikneuen Patienten war der Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der Modellklinik stets größer als in der Regelversorgung. Dieser stärkere Anstieg war in U1 und U3 statistisch signifikant. Auch war in den weiteren Jahren die durchschnittliche Anzahl der PIA-Kontakte in der Modellklinik stets größer als in der Regelversorgung. Bei den klinikbekannten Patienten war die Anzahl an PIA-Kontakten in U1 zwischen beiden Gruppen vergleichbar und in U4 in der Modellklinik stets größer. Somit wurde die Inanspruchnahme der PIA-Kontakte im Modellvorhaben erhöht.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer, schienen durch die Modellvorhaben nur gering beeinflusst zu sein. So war diese Inanspruchnahme sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten stets zwischen IG und KG vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall und zwischen beiden Gruppen gab es nicht. Obwohl die Gesetzgebung mit § 64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankensektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle Sektorisierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet (9, 10). Das verhandelte Budget nach § 64b SGB V beschränkt sich bei der Psychiatrischen Klinik Lüneburg auf den Krankensektor. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt.

Die **Behandlungskontinuität** (Seite 120 ff.) war für klinikneue Patienten im Modellvorhaben stets größer als in der Regelversorgung. Es waren verschiedene statistisch signifikante Unterschiede in U1 und U3 in allen drei Nachbeobachtungszeiträumen ersichtlich. Bei den klinikbekannten Patienten war

die Behandlungskontinuität in U1 zunächst zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar. In U4 jedoch im Modellvorhaben stets größer als in der Regelversorgung.

Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 178 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem waren sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs in der Modellklinik im Jahr nach Referenzfall sowohl innerhalb von 90 als auch von 180 Tagen Nachbeobachtung statistisch signifikant geringer im Vergleich zur Regelversorgung.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 186 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 199 ff.) war zwischen IG und KG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten generell vergleichbar. Die durchschnittliche **Anzahl an AU-Tagen** war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung im Wesentlichen vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede gab es hier nicht. Vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war der Anstieg bei den klinikneuen Patienten in U1 etwas höher, in U3 und U4 etwas niedriger und in U2 vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten war im patientenindividuellen Verlauf eine Verringerung der AU-Tage in U4 ab dem ersten Jahr nach Referenzfall ersichtlich.

In U1 war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall bei den klinikneuen und klinikbekannten Patienten in der IG niedriger als in der KG. In U2-U4 wies dagegen die IG im Jahr vor Referenzfall eine stets höhere Anzahl an AU-Tagen bei den klinikneuen und klinikbekannten Patienten im Vergleich zur KG auf. Dieser Unterschied könnte darauf hinweisen, dass die Patienten in U1 (nur ein Kreis eingeschlossen, siehe Kapitel 7 und Hinweis oben) verschieden von den Patienten in U2-U4 (gesamtes Modellvorhaben ausgerollt) war und dass in U1 neben der kleineren Fallzahl ggf. auch von einem anderen Patientenkollektiv ausgegangen werden kann. Vergleicht man die Population in Kapitel 8.1 (U1) mit der Population aus Kapitel 14.1 (U2-U4) verstärkt sich diese Vermutung. Hier ist eine etwas unterschiedliche Alters- und Diagnosestruktur zwischen den verschiedenen Kohorten ersichtlich.

Der Anteil linikneuer Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 222 ff.) war zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar. Die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war in der Modellklinik etwas größer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung (z.B. erweitertes Angebot in der PIA) 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 schnellere Wiederaufnahme wurde jedoch im Modellvorhaben an der Psychiatrischen Klinik Lüneburg gGmbH auch nicht beobachtet.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 226 ff.) waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Während jedoch bei den linikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein Anstieg des mittleren Elixhauser-Scores zu verzeichnen war, verlief dieser bei den linikbekannten Patienten fast ohne Veränderungen über die Zeit. Die Komorbiditäts-Scores waren in der Modellklinik stets leicht geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede im Verlauf und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 236 ff.) zeigten sich in U1, U3 und U4 sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten stets eine etwas höhere Mortalität in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung. In U1 waren diese Unterschiede statistisch nicht signifikant und in U4 numerisch gering. Auch in U3 war dieser Unterschied mit +0,8 %-Punkten numerisch sehr gering verschieden. In der inferenzstatistischen Betrachtung wurde dieser Unterschied nach Aufnahme von Alter, Komorbidität und Pflegestufe jedoch statistisch signifikant. Der Gruppeneffekt, also der Vergleich ohne weitere Berücksichtigung von Prädiktoren, zeigte aber keine statistisch signifikanten Unterschiede. Daher kann hier nicht von einem Modelleffekt per se ausgegangen werden. Vielmehr zeigt dies eher auf eine für die Modellklinik ungünstigen Verteilung von weiteren Prädiktoren wie Alter, Komorbidität und Pflegestufe in U3 hin. Weiterhin kann mit den vorliegenden Daten keine Todesursache abgeleitet werden.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 249 ff.) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten im Modellvorhaben stets geringer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war in U3 bei den linikneuen Patienten auch statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in U2 bis U4 bei den linikneuen und linikbekannten Patienten jeweils in der Modellklinik geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es hier jedoch nicht. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) folgte kein einheitliches Muster. Bei linikneuen Patienten war dieses Risiko in U1 und U3 vergleichbar und in U2 und U4 geringer. Bei den linikbekannten Patienten war das Risiko in U1 etwas größer und in U4 geringer. Statistisch signifikante Unterschiede gab es hier aber nicht.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 277 ff.) gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung. Bei den linikneuen Patienten des Modellvorhabens wurde die aufsuchende Behandlung ab dem ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der Regelversorgung (in U1 erst ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall). Bei den linikbekannten Patienten wurde in U1 im Jahr vor Referenzfall und beim Referenzfall die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben zunächst weniger stark im Vergleich zur Regelversorgung in Anspruch genommen; in U4 war die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung jedoch stets im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung (auch im Jahr vor Referenzfall). Somit kann eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten (ab dem zweiten Modelljahr) Patienten beobachtet werden.

Kosten

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten** nicht signifikant unterschiedlich zur KG. Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelten sich die Patienten der IG ebenfalls nicht unterschiedlich zur KG.

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. der **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** nicht signifikant unterschiedlich zur KG. Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

Kosten-Effektivität

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung konnte keine kosten-effektivere Verwendung der Mittel festgestellt werden.

U4: Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG signifikant günstiger bzgl. ihrer Gesamtkosten und Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von 273,07 €/d. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ („Mitglied“; Variante B) entwickelte sich die IG ebenfalls signifikant günstiger hinsichtlich Gesamtkosten und AU-Tage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 144,81 €/d.

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) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach § 64b SGB V in der Psychiatrische Klinik Lüneburg gGmbH wurde die Anzahl vollstationärer Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Die Dauer vollstationärer Aufenthalte wurde bei den klinikneuen Patienten nicht, jedoch bei den klinikbekannten Patienten reduziert. Dies ging Hand in Hand mit einer Verlagerung in die ambulante Versorgung im Krankenhaus. Hier wurde die PIA stärker im Modellvorhaben in Anspruch genommen. Die Verlagerung in den nicht-vollstationären Sektor hatte augenscheinlich keine negativen Auswirkungen auf die Behandlungsqualität. Vielmehr führte das Modellvorhaben zu einer erhöhten Behandlungskontinuität durch eine höhere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor und durch die geringere durchschnittliche Anzahl an Kontaktabbrüchen sowie eine geringere durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung. Weitere Outcomes der Versorgungsqualität bzw. weitere messbare medizinische Outcomes zeigten jedoch, dass die Arbeitsunfähigkeit nicht verringert werden konnte. Auf der anderen Seite wurden im Modellvorhaben in Lüneburg die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität in der Modellklinik erhöhte sich zwar im Vergleich zur Regelversorgung. Dies lässt sich jedoch nicht auf einen Effekt der Modellversorgung per se zurückführen. Das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Störung konnte im Modellvorhaben verringert werden. Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Bezüglich einer leitlinien-gerechten Versorgung konnten keine wesentlichen Unterschiede in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung festgestellt werden. Eine Stärkung der aufsuchenden Behandlung in der PIA ist erkennbar. Bzgl. der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten sowie der direkten stationären psychiatrischen Versorgungskosten ließ sich kein hypothesenkonformes Verhalten beobachten. Bzgl. der kosten-effektiveren Verwendung von Mitteln ließ sich hypothesenkonformes Verhalten nur für die klinikbekannten Patienten von U4 feststellen. Insgesamt zeigen sich im Modellvorhaben durch eine Stärkung der Versorgung in der PIA sowie eine Erhöhung der Behandlungskontinuität positive Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen.

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 (1).

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

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

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

Verträge gemäß § 64b SGB V:

- a) stärken stationsäquivalente/ambulante Behandlungsoptionen und ermöglichen somit die Dauer und Intensität der Behandlung besser an den Bedarf des einzelnen Patienten anzupassen. In der **IG sind Anzahl und Dauer vollstationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung jeweils geringer als in der KG** und/oder die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte sind in der IG höher als in der KG. Dagegen sind **Anzahl und Dauer von ambulanten Behandlungen, insbesondere stationsäquivalente ambulante Leistungen der Kliniken, in der IG jeweils höher als in der KG.**

➤ Outcomes: Stationäre Behandlungsdauer (voll- und teilstationär) und ambulante Leistungen

- b) schaffen eine **erhöhte Behandlungskontinuität** bei Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG.

➤ Outcomes: Kontinuität, Kontaktabbruch und Arzt- und Krankenhaus-Hopping

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

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

Verträge gemäß § 64b SGB V:

- e) **stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte** aufgrund einer psychischen Erkrankung. **Direkte 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 zu einer **Veränderung der Arzneimitteltherapie** durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die **Kosten der Arzneimittelversorgung sinken**, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.
- Die Hypothesen werden anhand des unter 3.1.4 im Feinkonzept beschriebenen Kostenvergleichs überprüft.
- j) führen zu einer **kosten-effektiveren Verwendung** der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.
- Die Hypothese wird im bekannten Verfahren der Gegenüberstellung von vermiedenen vollstationären Behandlungstagen (Variante A) und gewonnenen Arbeitstagen (Variante B) dargestellt.

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

5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

6. Aufbereitung der Sekundärdaten

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

Die Datenübermittlungen erfolgten im Zeitraum August bis Dezember 2019. Die Daten entsprachen weitgehend der konsentierten Datensatzbeschreibung. In wenigen Fällen war eine Neulieferung ausgewählter Tabellen erforderlich. Die letzte (korrigierte) Datenlieferung erfolgte im Dezember 2019.

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

- AOK Niedersachsen.

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

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- AOK Plus
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- BKK Mobil Oil
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Knappschaft
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016).

Durch die Fusion der Deutschen BKK mit der BARMER zum 01.01.2017 konnten nicht alle für EVA64 relevanten Daten der Deutschen BKK übernommen werden; Leistungsdaten eines nennenswerten Anteils von Versicherten der ehemaligen Deutschen BKK sind unvollständig. Da das Ausmaß der dadurch hervorgerufenen Verzerrung nicht quantifizierbar war, wurden die ehemaligen Versicherten der Deutschen BKK zu Gunsten einer höheren Datenqualität bei den Analysen vollständig ausgeschlossen. Aufgrund eines hohen Anteils fehlender Diagnosen bei stationären und PIA-Behandlungsfällen bei der DAK und der daher unsicheren Zuordnung zu Behandlungen konnten Patienten der DAK in diese Analyse nicht eingeschlossen werden.

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 3.494 Patienten der IG kamen für das Matching in Frage. Von diesen 3.494 Patienten verfügten 2.788 (80 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 2.788 Patienten der Modellklinik konnte wiederum für 2.570 (92 %) ein geeigneter Kontrollpatient gezogen werden (vgl. Tabelle 1).

Dabei wurden Kontrollpatienten nur aus den 10 Kliniken mit den niedrigsten Scores (d.h. höchste Ähnlichkeit zur Modellklinik) 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.

Der Anteil der Patienten mit PIA-Referenzfall war in der IG über alle Kohorten bei sowohl klinikneuen und -bekannten Patienten signifikant höher als in der KG. Dieser Gesamteffekt wurde hauptsächlich durch die Patienten der Kohorte 2 bewirkt. Der Anteil an Patienten mit vollstationärem bzw. teilstationärem Referenzfall war in der IG über alle Kohorten, bei klinikneuen und -bekannten Patienten geringer als in der KG. Auch hier wurden die Gesamteffekte hauptsächlich durch die Patienten der Kohorte 2 bewirkt. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterlag.

In Bezug auf das Behandlungsgeschehen vor patientenindividuellem Studieneinschluss ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen IG und KG hauptsächlich bei den klinikbekannten Patienten.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Kohorte 1	402	23.563	357 (88,8%)	18.188 (77,2%)	355 (88,3% ; 99,4%)	355 (1,5% ; 2,0%)
	Kohorte 2	1.658	11.897	1.430 (86,2%)	8.847 (74,4%)	1.236 (74,5% ; 86,4%)	1.236 (10,4% ; 14,0%)
	Kohorte 3	680	10.007	510 (75,0%)	7.325 (73,2%)	502 (73,8% ; 98,4%)	502 (5,0% ; 6,9%)
	Kohorte 4	754	9.841	491 (65,1%)	7.126 (72,4%)	477 (63,3% ; 97,1%)	477 (4,8% ; 6,7%)
	Gesamt	3.494	55.308	2.788 (79,8%)	41.486 (75,0%)	2.570 (73,6% ; 92,2%)	2.570 (4,6% ; 6,2%)
Klinikneu	Kohorte 1	149	10.835	130 (87,2%)	8.222 (75,9%)	129 (86,6% ; 99,2%)	129 (1,2% ; 1,6%)
	Kohorte 2	671	10.684	500 (74,5%)	8.070 (75,5%)	500 (74,5% ; 100,0%)	500 (4,7% ; 6,2%)
	Kohorte 3	559	9.443	400 (71,6%)	6.919 (73,3%)	399 (71,4% ; 99,8%)	399 (4,2% ; 5,8%)
	Kohorte 4	597	9.365	391 (65,5%)	6.800 (72,6%)	388 (65,0% ; 99,2%)	388 (4,1% ; 5,7%)
	Gesamt	1.976	40.327	1.421 (71,9%)	30.011 (74,4%)	1.416 (71,7% ; 99,6%)	1.416 (3,5% ; 4,7%)
Klinikbekannt	Kohorte 1	253	12.728	227 (89,7%)	9.966 (78,3%)	226 (89,3% ; 99,6%)	226 (1,8% ; 2,3%)
	Kohorte 2	987	1.213	930 (94,2%)	777 (64,1%)	736 (74,6% ; 79,1%)	736 (60,7% ; 94,7%)
	Kohorte 3	121	564	110 (90,9%)	406 (72,0%)	103 (85,1% ; 93,6%)	103 (18,3% ; 25,4%)
	Kohorte 4	157	476	100 (63,7%)	326 (68,5%)	89 (56,7% ; 89,0%)	89 (18,7% ; 27,3%)
	Gesamt	1.518	14.981	1.367 (90,1%)	11.475 (76,6%)	1.154 (76,0% ; 84,4%)	1.154 (7,7% ; 10,1%)

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 Kontrollpatienten
1	17,6	330
2	19,3	370
3	19,8	703
4	20,3	395
5	21,3	447
6	21,6	142
7	22,9	42
8	23,6	34
9	23,9	46
10	24,3	61

		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	2.570	2.570		355	355		1.236	1.236		502	502		477	477	
	linikneu	1.416	1.416		129	129		500	500		399	399		388	388	
	linikbekannt	1.154	1.154		226	226		736	736		103	103		89	89	
Mittleres Alter	gesamt	49,8	49,3	1,000	52,8	53,0	1,000	49,4	47,5	0,039	48,6	49,4	1,000	50,0	51,1	1,000
	linikneu	49,9	50,0	1,000	51,4	50,4	1,000	49,0	48,3	1,000	49,1	50,0	1,000	51,5	52,1	1,000
	linikbekannt	49,7	48,4	0,386	53,6	54,4	1,000	49,7	46,9	0,009	46,5	47,1	1,000	43,5	47,0	1,000
Anteil Frauen	gesamt	56,0%	54,1%	0,986	61,7%	58,9%	1,000	54,5%	52,8%	0,794	57,2%	56,0%	1,000	54,1%	52,2%	1,000
	linikneu	55,5%	54,7%	1,000	58,9%	57,4%	1,000	55,4%	53,0%	1,000	56,9%	58,1%	1,000	53,1%	52,6%	1,000
	linikbekannt	56,5%	53,4%	0,429	63,3%	59,7%	1,000	53,9%	52,6%	0,638	58,3%	47,6%	1,000	58,4%	50,6%	1,000
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	44,9%	44,9%	1,000	63,7%	63,7%	1,000	59,5%	59,5%	1,000	20,5%	20,5%	1,000	18,7%	18,7%	1,000
	linikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
	linikbekannt	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	67,4%	49,9%	<0,001	74,9%	72,7%	1,000	74,5%	43,7%	<0,001	57,6%	54,4%	1,000	53,5%	44,2%	0,054
	linikneu	58,8%	47,6%	<0,001	53,5%	53,5%	1,000	67,6%	46,6%	<0,001	55,6%	52,4%	1,000	52,3%	42,0%	0,045
	linikbekannt	77,9%	52,7%	<0,001	87,2%	83,6%	1,000	79,2%	41,7%	<0,001	65,0%	62,1%	1,000	58,4%	53,9%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	27,2%	45,5%	<0,001	22,0%	24,5%	1,000	21,4%	50,1%	<0,001	36,3%	41,6%	0,832	36,7%	53,5%	<0,001
	linikneu	35,9%	50,1%	<0,001	42,6%	42,6%	1,000	28,4%	50,6%	<0,001	38,8%	45,1%	0,766	40,5%	57,0%	<0,001
	linikbekannt	16,6%	39,9%	<0,001	10,2%	14,2%	1,000	16,7%	49,7%	<0,001	26,2%	28,2%	1,000	20,2%	38,2%	0,094
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	0,0%	3,3%	<0,001	0,0%	2,0%	0,249	0,0%	4,7%	<0,001	0,0%	2,0%	0,047	0,0%	1,9%	0,066
	linikneu	0,0%	1,3%	<0,001	0,0%	3,1%	1,000	0,0%	1,8%	0,059	0,0%	0,8%	1,000	0,0%	0,8%	1,000
	linikbekannt	0,0%	5,6%	<0,001	0,0%	1,3%	1,000	0,0%	6,7%	<0,001	0,0%	6,8%	0,189	0,0%	6,7%	0,227
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	1,3%	<0,001	0,0%	0,8%	1,000	0,0%	1,5%	<0,001	0,0%	2,0%	0,047	0,0%	0,4%	1,000
	linikneu	0,0%	1,0%	0,003	0,0%	0,8%	1,000	0,0%	1,0%	0,510	0,0%	1,8%	0,227	0,0%	0,3%	1,000
	linikbekannt	0,0%	1,7%	<0,001	0,0%	0,9%	1,000	0,0%	1,9%	0,002	0,0%	2,9%	1,000	0,0%	1,1%	1,000
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	13,9%	13,9%	1,000	18,6%	19,4%	1,000	19,2%	16,7%	0,481	6,2%	8,2%	1,000	4,8%	8,4%	0,259
	linikneu	4,2%	4,7%	1,000	3,9%	7,0%	1,000	4,6%	6,6%	0,863	4,8%	2,8%	1,000	3,4%	3,6%	1,000
	linikbekannt	25,7%	25,1%	0,809	27,0%	26,5%	1,000	29,1%	23,6%	0,063	11,7%	29,1%	0,033	11,2%	29,2%	0,041
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	1,1%	1,5%	1,000	6,2%	6,2%	1,000	0,3%	0,9%	0,481	0,4%	1,0%	1,000	0,2%	0,0%	1,000
	linikneu	0,4%	0,6%	1,000	0,8%	2,3%	1,000	0,4%	0,8%	1,000	0,5%	0,3%	1,000	0,3%	0,0%	1,000
	linikbekannt	2,0%	2,6%	0,809	9,3%	8,4%	1,000	0,3%	1,0%	0,362	0,0%	3,9%	1,000	0,0%	0,0%	
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	37,3%	20,4%	<0,001	55,8%	54,9%	1,000	48,5%	15,7%	<0,001	14,3%	14,5%	1,000	18,7%	13,2%	0,216
	linikneu	2,6%	1,6%	0,449	3,9%	3,1%	1,000	3,4%	1,8%	0,821	1,3%	0,8%	1,000	2,6%	1,8%	1,000
	linikbekannt	79,8%	43,5%	<0,001	85,4%	84,5%	1,000	79,1%	25,1%	<0,001	65,0%	68,0%	1,000	88,8%	62,9%	0,001
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	42,8%	48,8%	<0,001	43,4%	46,8%	1,000	42,8%	52,6%	<0,001	40,6%	43,8%	1,000	44,4%	45,9%	1,000
	linikneu	41,0%	45,2%	0,167	46,5%	53,5%	1,000	39,8%	45,2%	0,578	39,1%	43,1%	1,000	42,8%	44,6%	1,000
	linikbekannt	44,9%	53,3%	<0,001	41,6%	42,9%	1,000	44,8%	57,6%	<0,001	46,6%	46,6%	1,000	51,7%	51,7%	1,000

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

P-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur.

7. Darstellung Modellvorhaben Psychiatrische Klinik Lüneburg gemeinnützige GmbH

Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V an der Psychiatrischen Klinik Lüneburg gGmbH begann zum 01.01.2014 mit einer Laufzeit von acht Jahren.

An der Psychiatrischen Klinik Lüneburg waren laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 232 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie und 71 in der Tagesklinik vorgesehen. Hinzu kamen 56 Betten/Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 27 in der Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Lediglich die Allgemeine Psychiatrie, nicht jedoch die Kinder- und Jugendpsychiatrie, war Bestandteil des Vertrages nach § 64b SGB V.

Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschlossen vollstationäre und teilstationäre Leistungen, ambulante Behandlung mit Einbezug der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Home-Treatment, andere Arten der häuslichen und familiären Betreuung sowie Notfallbehandlung. Es handelte sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit einem jährlich zu vereinbarenden Budget, inklusiv einer Zielgröße für die Umsteuerung stationärer Behandlungstage in stationsersetzende Behandlungsformen und der daraus resultierenden Leistungsmengen im stationären und im stationsersetzenden Bereich.

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

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2015 und 2016 folgende Versorgungsmodule auf: Home-Treatment, Krisenmanagement/Notfallbehandlung, sektorenübergreifende Sitzungen/Fallkonferenzen, Akut-Tagesklinik mit flexibler und bedürfnisangepasster Behandlung. Zudem erfolgte in ambulanten sowie teil- und vollstationären Gruppen eine settingübergreifende, flexible, bedürfnisangepasste Behandlung. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik vor Modellbeginn keine § 64b-SGB-V-ähnliche Struktur.

Wie bei allen Modellverträgen nach § 64b SGB V umfasste das vereinbarte Gesamtbudget alle Leistungsbereiche des Modellvertrages (stationär, teilstationär, ambulant/PIA/Home-Treatment). Innerhalb des Gesamtbudgets wurden Teilbudgets für den nach Umsteuerung entsprechend der Zielgröße verbleibenden stationären Anteil und für den nach Umsteuerung sich ergebenden stationsersetzenden Anteil (teilstationär, ambulant/PIA/Home-Treatment) ausgewiesen. Am Jahresende erfolgte bezogen auf die Abweichung der IST-Daten von der Vereinbarung ein Ausgleich im Verhältnis 50 zu 50.

Grundlage für die Festlegung des Gesamtbudgets für das Jahr 2014 bildete der aus dem Regelvergütungsbudget gemäß § 3 Abs. 2 Ziffer 3b BpflV ausgliederte Budgetanteil der AOK Niedersachsen für voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung zuzüglich der in der psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) erbrachten Behandlungsleistungen und deren Vergütungsvolumen.

Die Abrechnung im Beobachtungszeitraum erfolgte in allen drei Leistungsbereichen der Modellklinik über unterjährige Budget-Abschlagszahlungen. Es erfolgte keine auf den einzelnen Behandlungsfall bezogene Abrechnung der erbrachten Leistungen.

Im ersten Modelljahr wurden nur Patienten mit Hauptwohnsitz im Landkreis Harburg als Modellpatienten behandelt bzw. konnten entsprechend vergütet werden (siehe § 1 (3) der Vergütungsvereinbarung als Anlage zum Modellvertrag). Demnach wurden auch nur diese Patienten in der Evaluation für diesen Zeitraum berücksichtigt.

8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

Ca. 70 % der eingeschlossenen klinikneuen Patienten und ca. 65 % der eingeschlossenen klinikbekannten Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschusses 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)	129	124
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	66,7 %	69,4 %
• Zwei Diagnosen	31,0 %	28,2 %
• Drei Diagnosen	2,3 %	2,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	7	7
2. F33 & F43	4	4
3. F32 & F43	4	4

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)	225	218
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	63,6 %	65,1 %
• Zwei Diagnosen	31,1 %	28,4 %
• Drei Diagnosen	4,9 %	6,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	13	12
2. IG: F33 & F41 / KG: F32 & F43	5	5
3. IG: F10 & F32 / KG: F33 & F41	5	5

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

Das patientenindividuelle Matching (siehe Kapitel 6.1) konnte die weitgehende Vergleichbarkeit zwischen IG und KG herstellen. Weitere Erläuterungen zum Matching sind im entsprechend Kapitel zu finden. Da die fehlenden Angaben zu Schulabschluss und Berufsabschluss (beides 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 I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Population				
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	86	86	129	124
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,3 %	2,3 %	1,6 %	2,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	10,5 %	10,5 %	7,8 %	8,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	17,4 %	17,4 %	18,6 %	19,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	2,3 %	3,5 %	3,1 %	2,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	59,3 %	58,1 %	70,5 %	68,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	3,5 %	3,5 %	11,6 %	11,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,2 %	1,2 %	2,3 %	1,6 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	3,5 %	3,5 %	9,3 %	8,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,6 %	1,6 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	7,0 %	6,5 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,0 %
Alter ¹				
• Mittelwert	56,4	54,1	51,4	51,2
• Median	52	51	48	50
• (Interquartilsabstand)	(43 - 73)	(40 - 69)	(37 - 65)	(33 - 65)
Geschlecht				
• Frauen	55,8 %	51,2 %	58,9 %	56,5 %
• Männer	44,2 %	48,8 %	41,1 %	43,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	40,7 %	45,3 %	46,5 %	46,8 %
• PIA	59,3 %	54,7 %	53,5 %	53,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,8 %	1,6 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,3 %	4,7 %	5,4 %	4,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	11,6 %	7,0 %	10,1 %	8,1 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	0,0 %	3,5 %	2,3 %	3,2 %
Höchster beruflicher Abschluss				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	2,3 %	2,3 %	3,9 %	4,0 %
	14,0 %	14,0 %	17,1 %	15,3 %
	0,0 %	1,2 %	0,0 %	0,8 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	1,2 %	0,0 %	0,8 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	7,0 %	7,0 %	9,3 %	7,3 %
	76,7 %	74,4 %	69,8 %	71,8 %
Pflegestufe				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	18,6 %	17,4 %	15,5 %	13,7 %
	81,4 %	79,1 %	84,5 %	83,9 %
	0,0 %	3,5 %	0,0 %	2,4 %
Schwere psychische Störungen				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	20,9 %	26,7 %	21,7 %	31,5 %
	19,8 %	17,4 %	22,5 %	22,6 %
	59,3 %	55,8 %	55,8 %	46,0 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	46,5 %	48,8 %	52,7 %	52,4 %
	4,7 %	2,3 %	5,4 %	2,4 %
	48,8 %	41,9 %	41,1 %	39,5 %
	0,0 %	7,0 %	0,8 %	5,6 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	143	142	225	218
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	3,1 %	2,8 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	6,3 %	6,3 %	6,7 %	6,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	5,6 %	5,6 %	6,2 %	5,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	6,3 %	6,3 %	14,7 %	13,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	18,2 %	18,3 %	15,6 %	15,1 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	49,7 %	50,0 %	61,3 %	62,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,1 %	2,1 %	7,6 %	7,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	1,3 %	0,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	4,2 %	2,8 %	10,2 %	8,7 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	7,0 %	7,7 %	11,6 %	13,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	1,3 %	1,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,7 %	0,7 %	1,3 %	1,4 %
Alter ¹				
• Mittelwert	53,5	56,6	53,6	54,8
• Median	51	55	51	52
• (Interquartilsabstand)	(38 - 72)	(40 - 72)	(38 - 69)	(38 - 70)
Geschlecht				
• Frauen	62,9 %	61,3 %	63,1 %	60,1 %
• Männer	37,1 %	38,7 %	36,9 %	39,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	9,1 %	14,1 %	12,4 %	15,6 %
• PIA	90,9 %	85,9 %	87,6 %	84,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,7 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,9 %	4,9 %	6,2 %	4,6 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	7,7 %	3,5 %	5,8 %	2,8 %
• Abitur/Fachabitur	2,1 %	4,2 %	2,2 %	3,2 %
• Abschluss unbekannt	8,4 %	4,9 %	8,0 %	6,9 %
• Fehlende Angabe	76,2 %	82,4 %	76,4 %	82,6 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	7,7 %	0,7 %	6,7 %	1,4 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	7,7 %	11,3 %	8,9 %	8,7 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	1,4 %	0,0 %	0,9 %
• Bachelor	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,5 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,5 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	8,4 %	2,8 %	8,0 %	5,5 %
• Fehlende Angabe	76,2 %	82,4 %	76,4 %	82,6 %
Pflegestufe				
• Ja	8,4 %	21,8 %	10,2 %	22,0 %
• Nein	91,6 %	74,6 %	89,8 %	75,2 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	3,5 %	0,0 %	2,8 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	30,1 %	31,7 %	30,2 %	26,6 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	42,0 %	52,1 %	45,8 %	57,8 %
• Weder A noch B	28,0 %	16,2 %	24,0 %	15,6 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	41,3 %	34,5 %	41,8 %	36,7 %
• Familienversicherter	9,1 %	4,9 %	5,8 %	3,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	48,3 %	57,0 %	51,6 %	56,4 %
• Fehlende Angabe	1,4 %	3,5 %	0,9 %	3,2 %

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 den vier Analysen U1-U4 dargestellt (siehe auch Kapitel 8 auf Seite 40). 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. Grafiken, für die nicht mindestens 50 Fälle pro Gruppe vorhanden waren, wurden nicht dargestellt, da eine Aussagefähigkeit nicht gegeben ist.

- 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 keinem 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 des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den linikneuen Patienten mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG vergleichbar. Hier war jedoch der Anteil im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG und in den restlichen Jahren jedoch geringer (prä: -1,2; 1. Jahr: +5,1; 2. Jahr: -3,3; 3. Jahr: -1,3; 4. Jahr: -8,5 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Hier war die Fallzahl in U1 generell sehr gering (siehe letzter Abschnitt unter Kapitel 7 zu der Veränderung der Patienten im ersten Modelljahr). Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im Jahr vor Referenzfall noch einen größeren Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt auf. In den ersten drei Jahren nach Referenzfall sank dieser Anteil in der IG jedoch unter den der KG, während sich die Anteile im vierten Jahr nach Referenzfall angleichen (prä: +5,0; 1. Jahr: -3,0; 2. Jahr: -4,2; 3. Jahr: -2,7; 4. Jahr: +0,6 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede gab es hier jedoch erneut nicht. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war im Wesentlichen im Verlauf und Niveau bei den linikneuen und linikbekannten Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede gab es nicht.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 1,9; KG: 4,8 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 23,0; KG: 18,2 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 7,7; 3,3 und 2,4 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 5,6; 4,1 und 7,2 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Der Peak im Jahr nach Referenzfall war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (DiD = +7,7 vollstationäre

Tage). Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war jedoch statistisch nicht signifikant.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass die jüngeren (jünger als medianes Alter) linikneuen Patienten in der IG stets weniger vollstationäre Behandlungstage als die jüngeren Patienten der KG aufwiesen; während die älteren Patienten in der IG stets mehr vollstationäre Behandlungstage hatten. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F30-39 (affektive Störungen), F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen, Anpassungsstörungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) auf (wobei die beiden letztgenannten nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F01 (Vaskuläre Demenz), F10 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) aufwiesen (wobei erst- und letztgenannte nur sehr wenige Fälle betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gingen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 160 im Anhang).

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG stets geringere vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf (prä: -2,1; 1. Jahr: -3,1; 2. Jahr: -3,4; 3. Jahr: -7,1; 4. Jahr: -6,4 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied bestand somit bereits im Jahr vor Referenzfall und war im Vergleich von IG und KG sowie zum Jahr vor Referenzfall statistisch nicht signifikant.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass sowohl für die jüngeren (jünger als medianes Alter) linikbekannten Patienten als auch für die älteren Patienten die vollstationären Behandlungstage in der IG stets geringer als in der KG waren. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen linikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol), F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) auf (wobei erstgenannte nur sehr wenige Fälle betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline), F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) aufwiesen (wobei letztgenannte nur sehr wenige Fälle betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gingen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 160 im Anhang).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer 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 signifikant niedriger als in der KG (DiD

= -7,3 teilstationäre Tage). Während die teilstationäre Behandlungsdauer in der IG kaum anstieg (+1,5 teilstationäre Tage), stieg diese in der KG stärker an (+8,8 teilstationäre Tage). Die weiteren Jahre waren zwischen IG und KG vergleichbar. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den gesamten vier Jahren nach Referenzfall war statistisch nicht signifikant. Bei den klambekannt Patienten zeigte sich bereits im Jahr vor Referenzfall eine geringere Anzahl teilstationärer Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG. Im zweiten Jahr nach Referenzfall sanken diese Tage sowohl in der IG als auch in der KG, stiegen dann aber ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es aber nicht.

U2: Bei den klambneuen 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: +36,1 %-Punkte; KG: +48,8 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in beiden Gruppen an; hier war jedoch der Anstieg in der IG größer als in der KG (IG: +17,1 %; KG: +13,8 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG eine etwas geringere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage im Vergleich zur KG (IG: +16,2; KG: +18,5 vollstationäre Tage). Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg dagegen in der IG und KG im vergleichbaren Maße an (IG: +5,9; KG: +6,6 teilstationäre Tage).

U3: Bei den klambneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** in der IG in geringerem Maße im Vergleich zur KG an (IG: +34,9; KG: +46,6 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = 0,6). Die restlichen Jahre waren zwischen IG und KG vergleichbar. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg zum ersten Jahr nach Referenzfall dagegen in der IG etwas stärker an (IG: +15,5; KG: +13,5 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant.

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich ein etwas geringerer Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG (IG: +15,9; KG: +17,8). Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant. Die vollstationären Behandlungstage waren im zweiten Jahr nach Referenzfall zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Auch die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG etwas weniger stark als in der KG (IG: +4,7; KG: +6,5 teilstationäre Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = -1,8 teilstationäre Tage).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, dass der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG sowohl bei den linikneuen Patienten als auch bei den linikbekannten Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG weniger stark anstieg als in der KG. Auch war der Anteil in den weiteren zwei Jahren in der IG stets geringer als in der KG. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG vergleichbar stark an. In der IG waren diese Anteile ab dem zweiten Jahr stets leicht größer. Bei den linikbekannten Patienten war ein vergleichbarer Verlauf mit stets (leicht) höheren Anteilen in der IG im Vergleich zur KG zu beobachten.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Dabei war der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der IG etwas geringer als in der KG (IG: +15,8 vollstationäre Tage; KG: +18,3 vollstationäre Tage). Auch lagen die vollstationären Tage in der IG stets unter denen der KG (prä: -1,8; 1. Jahr: -4,3; 2. Jahr: -0,6; 3. Jahr: -2,4 vollstationäre Tage). Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ein stärkeres Absinken vollstationärer Behandlungstage in der IG verglichen mit der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach (IG: +1,5; KG: +17,6 vollstationäre Tage). Die durchschnittlichen vollstationären Behandlungstage blieben in der IG ab dem ersten Jahr nach Referenzfall unter denen der KG (prä: +8,0; 1.Jahr: --8,0; 2.Jahr: -1,2; 3.Jahr: -2,4 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten wies einen etwas geringeren Peak in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zur KG auf und war ansonsten zwischen IG und KG vergleichbar. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich in der IG ein geringerer Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und war in den weiteren Jahren zwischen beiden Gruppen vergleichbar.

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)	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	9,3 %	53,5 %	14,5 %	10,1 %	6,1 %	10,5 %	48,4 %	17,8 %	11,4 %	14,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,8 %	17,8 %	4,0 %	3,4 %	3,5 %	2,4 %	21,8 %	1,7 %	3,5 %	2,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	10,1 %	58,9 %	15,3 %	11,8 %	8,8 %	12,1 %	62,9 %	18,6 %	13,2 %	17,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,8 %	0,8 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %	5,6 %	3,4 %	3,5 %	3,7 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,0 %	14,7 %	10,5 %	11,8 %	14,9 %	18,5 %	18,5 %	16,1 %	13,2 %	9,2 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,9	23,0	7,7	3,3	2,4	4,8	18,2	5,6	4,1	7,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,2	1,8	0,8	0,9	1,5	1,1	9,9	1,5	0,9	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,2	24,8	8,4	4,2	3,9	5,9	28,0	7,1	5,0	8,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,0	1,1	0,0	0,0	0,4	1,1	0,7	1,3	0,6
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,7	2,3	0,7	0,8	2,6	1,8	2,3	1,7	1,5	1,0

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)	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	29,8 %	23,1 %	14,7 %	13,2 %	15,2 %	24,8 %	26,1 %	18,9 %	15,9 %	14,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	9,3 %	8,4 %	4,3 %	5,1 %	3,7 %	7,8 %	4,6 %	3,3 %	2,4 %	3,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	34,7 %	26,7 %	16,1 %	15,7 %	16,8 %	30,3 %	28,9 %	20,3 %	17,4 %	16,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,8 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %	4,2 %	6,0 %	4,6 %	5,2 %	5,3 %	3,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,6 %	12,9 %	16,1 %	12,2 %	11,5 %	17,0 %	17,0 %	16,0 %	18,8 %	14,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	12,1	11,8	7,3	5,2	5,7	14,2	14,9	10,7	12,3	12,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	2,1	0,3	2,5	1,6	1,6	3,8	2,0	1,6	0,8	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	14,2	12,2	9,8	6,8	7,3	18,0	17,0	12,3	13,1	13,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,0	0,1	0,9	1,2	1,0	1,2	1,8	1,0	0,9
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,9	1,4	1,8	1,0	0,9	1,8	1,6	1,6	2,3	1,6

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

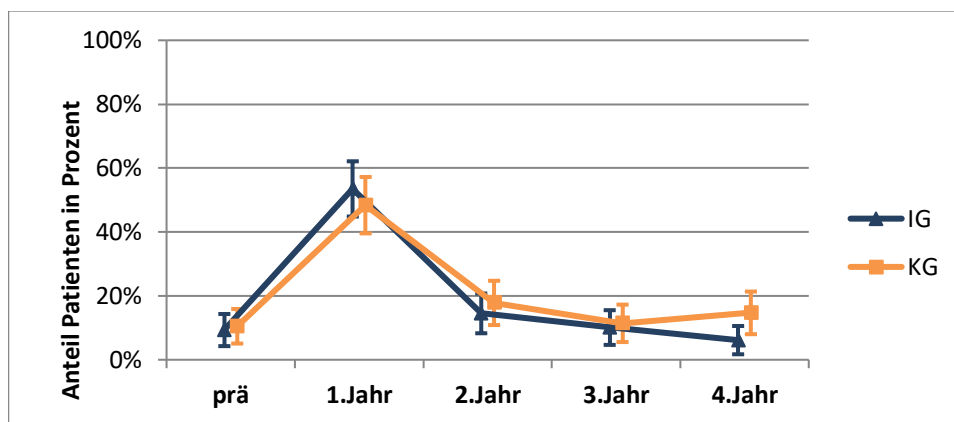
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

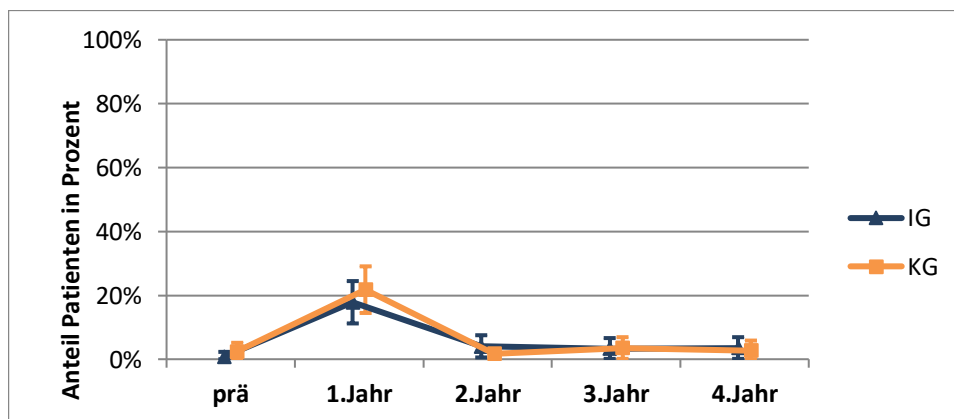
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

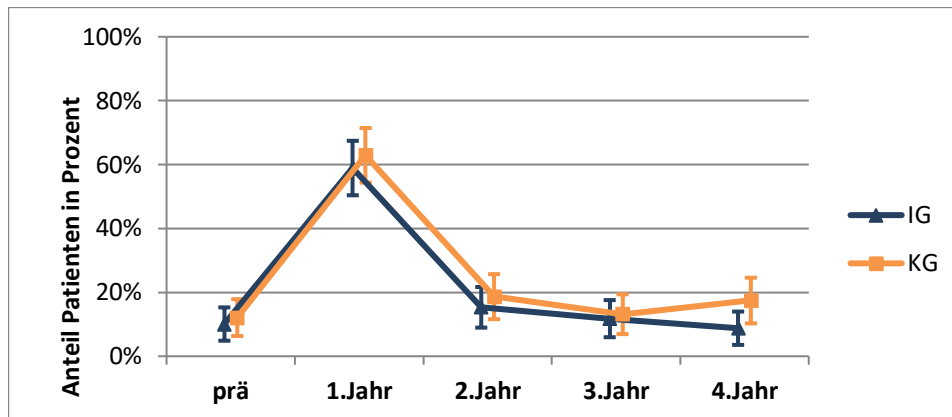
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



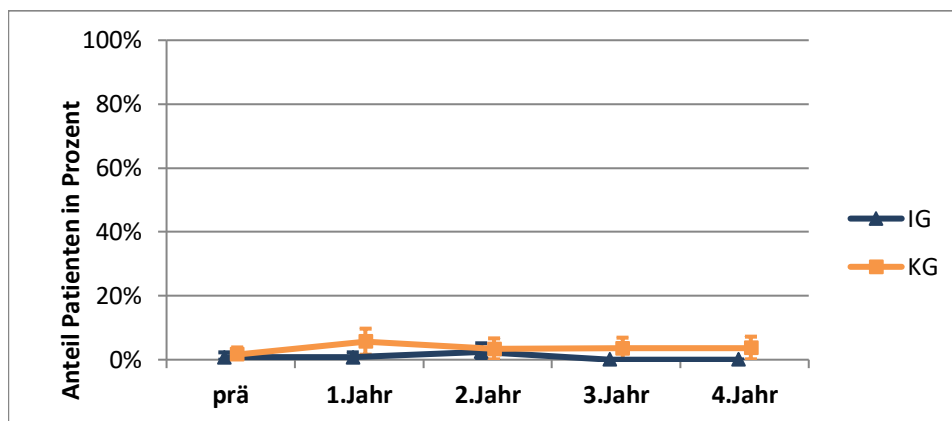
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



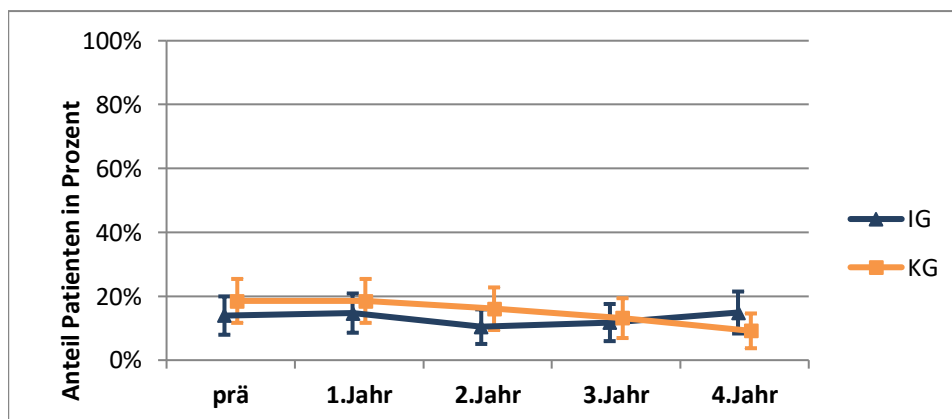
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

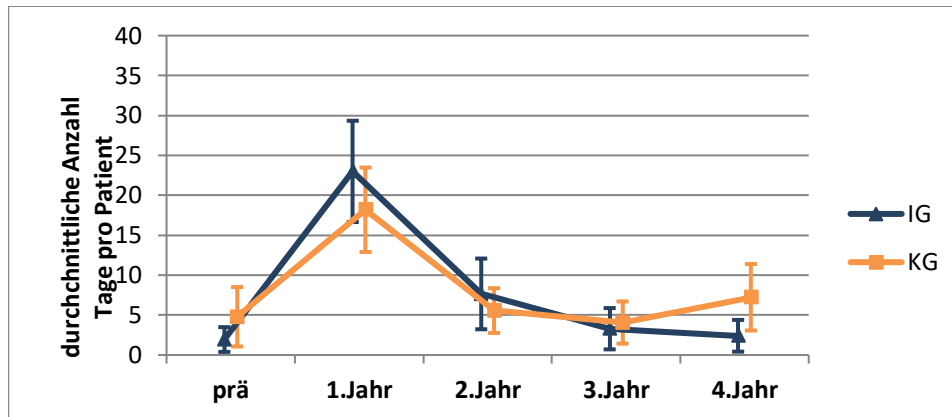


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

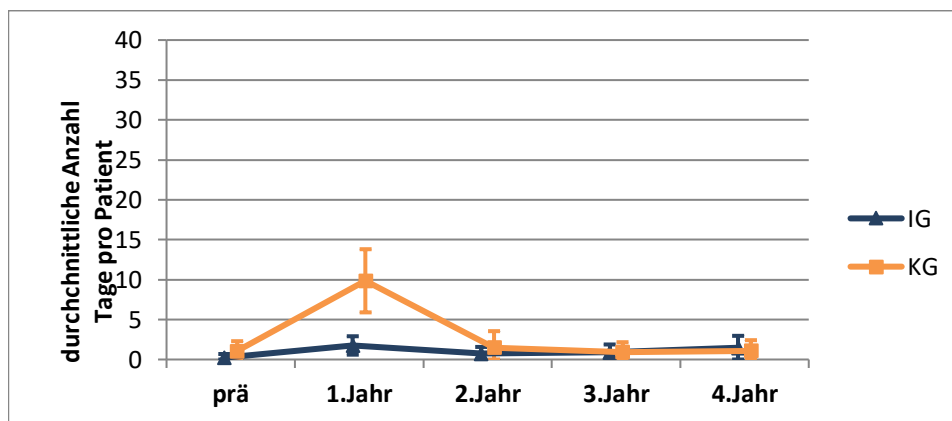


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

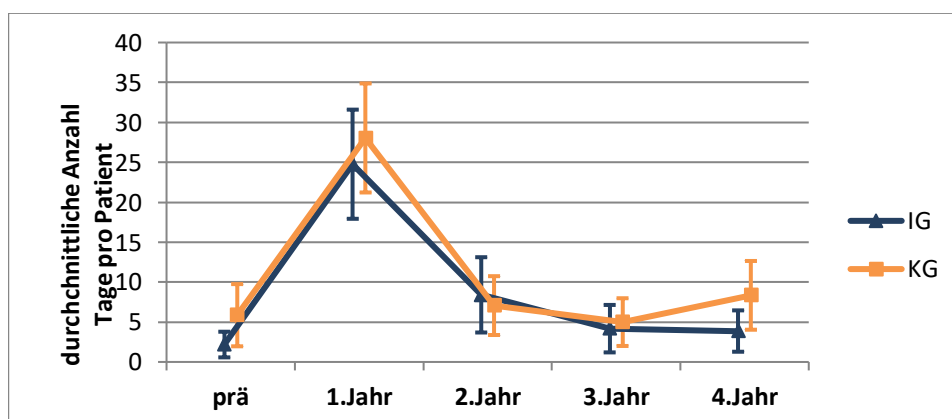
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



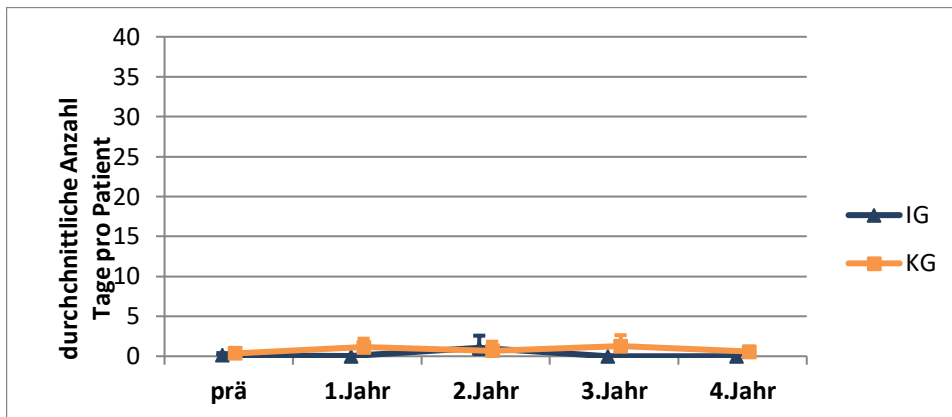
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



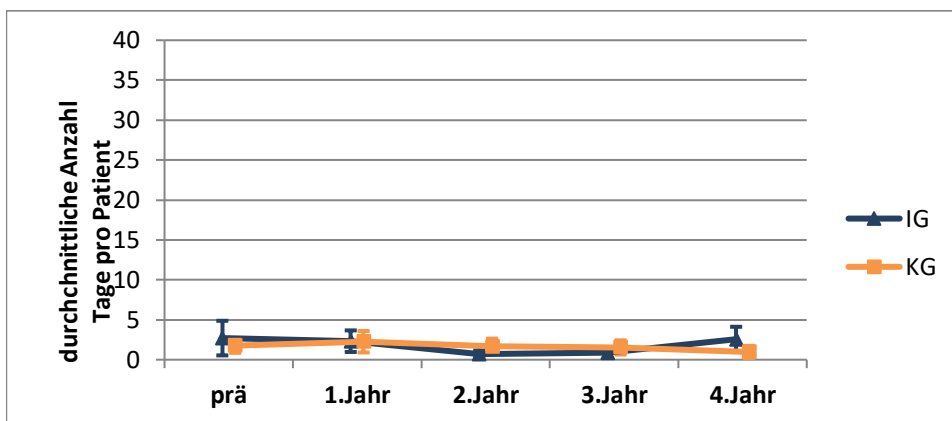
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



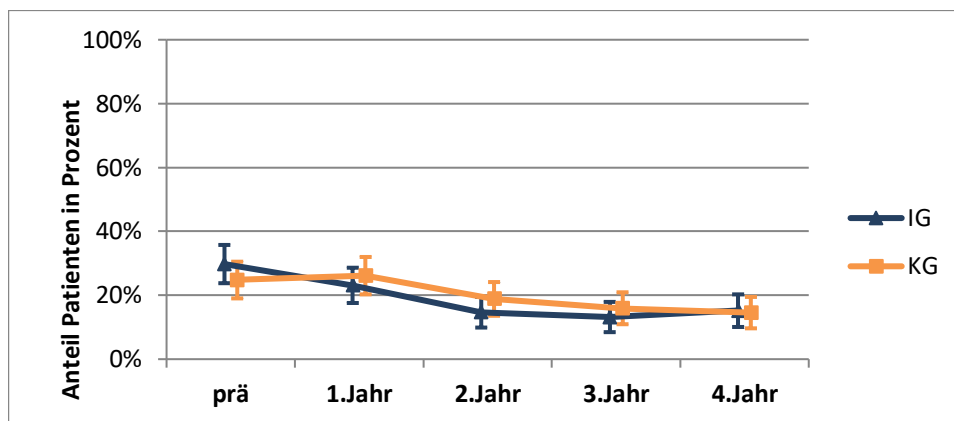
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

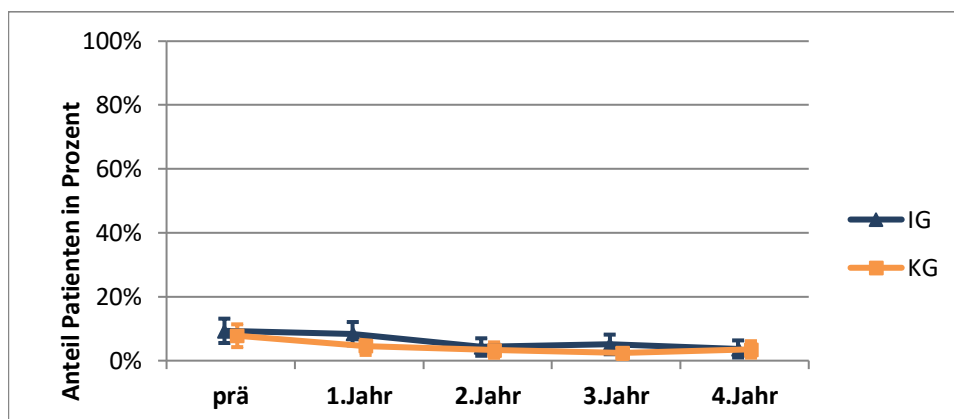
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

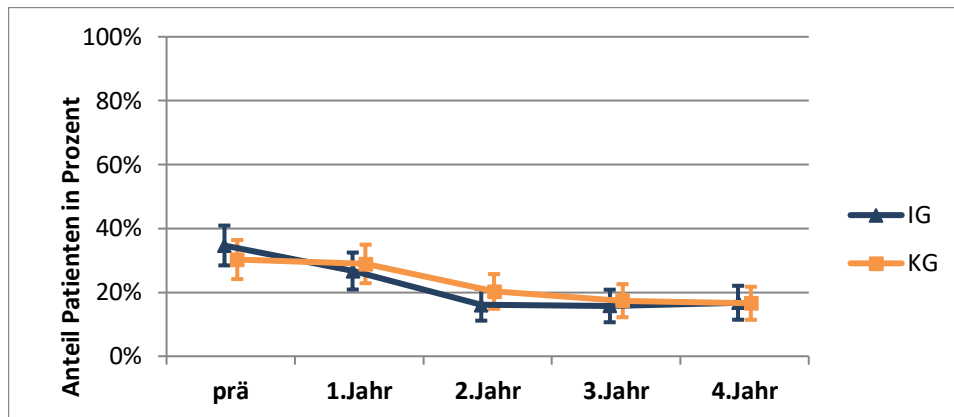
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



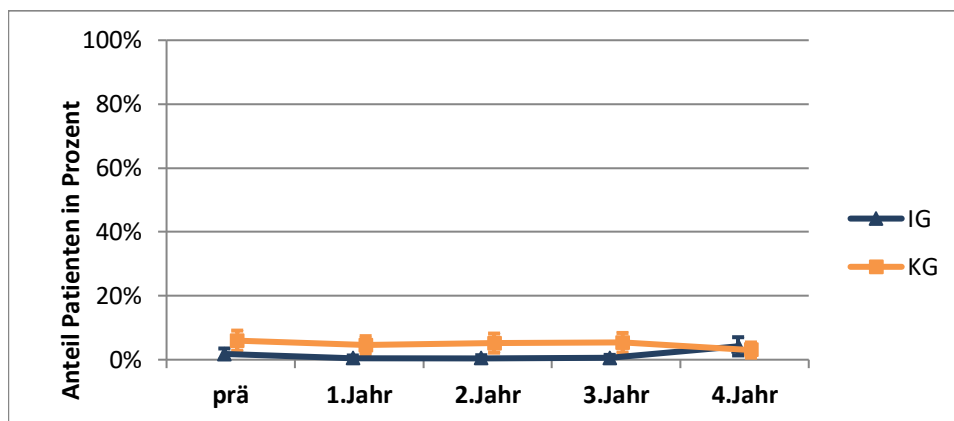
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



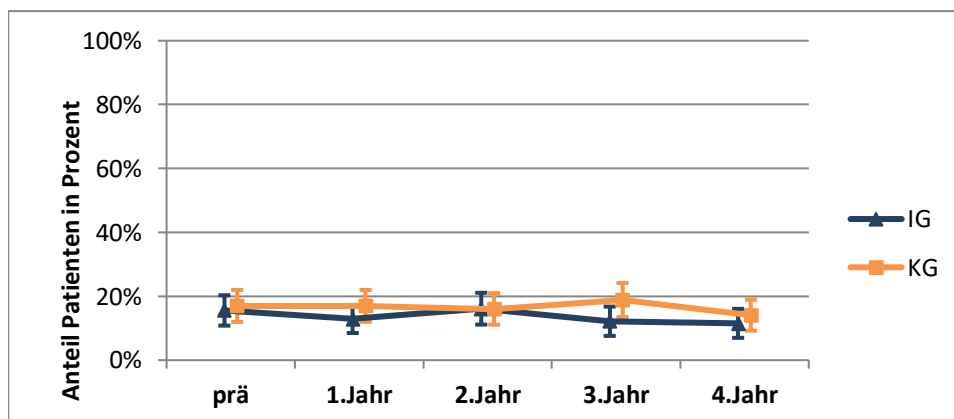
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

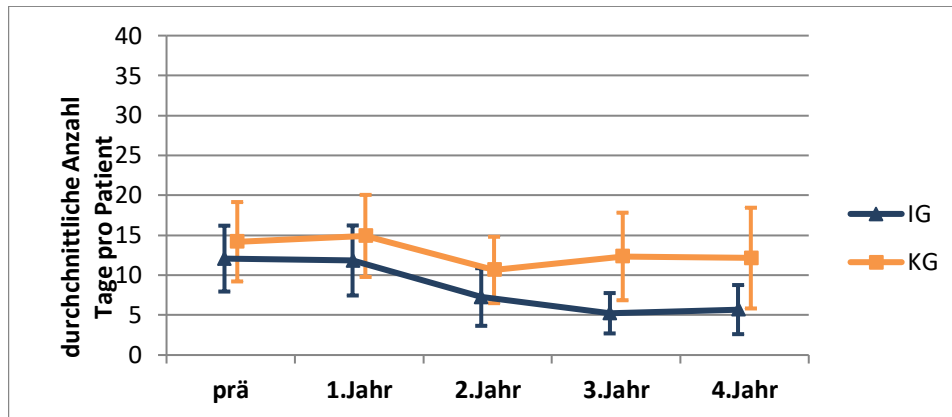


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

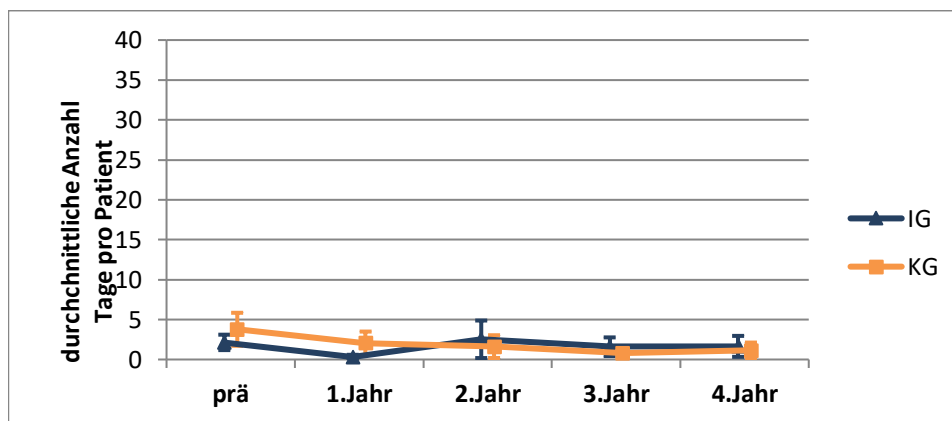


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

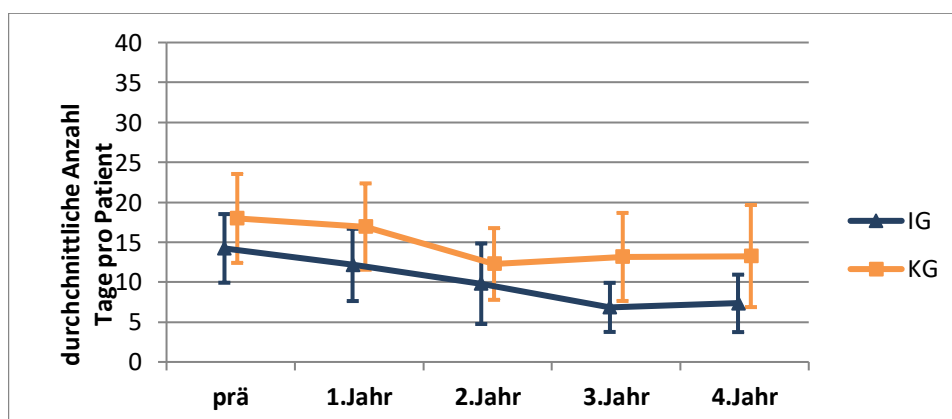
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



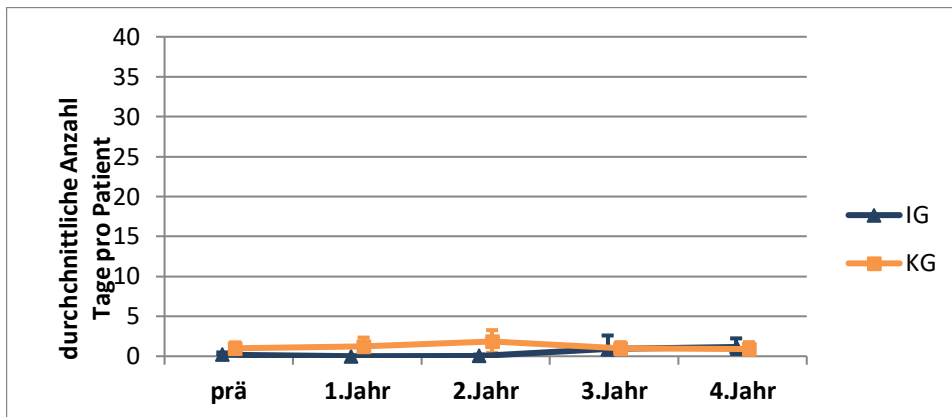
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

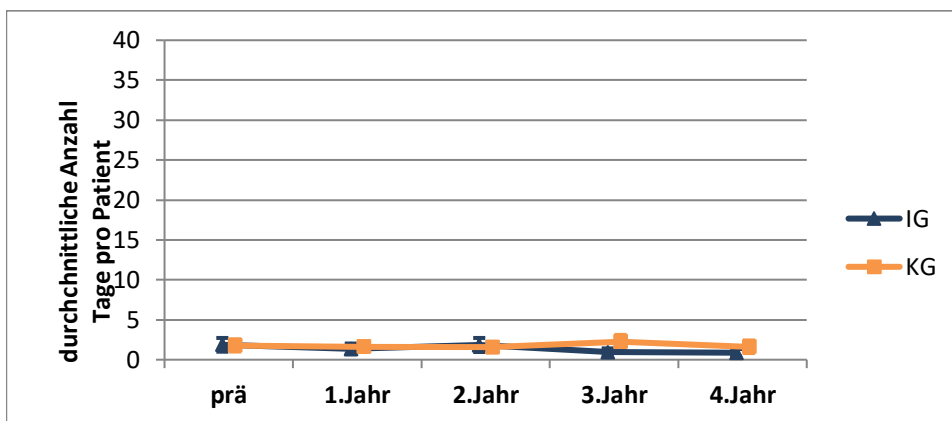


Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,58 0,56...4,44	2,40 0,22...25,85	7,65* 0,47...14,83	-7,26*** -10,57...-3,96
DID Jahr 2	0,89 0,29...2,77	8,03 0,47...136,36	4,90 -2,27...12,08	0,13 -3,17...3,44
DID Jahr 3	1,00 0,30...3,39	3,08 0,21...45,50	2,14 -5,04...9,32	0,79 -2,52...4,10
DID Jahr 4	0,41 0,11...1,50	4,16 0,27...65,27	-1,39 -8,56...5,79	1,15 -2,15...4,46
DID Jahr 1-4	—	—	3,33 -2,61...9,26	-1,30 -3,99...1,39

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,58 0,29...1,16	1,61 0,56...4,69	-0,97 -8,99...7,06	-0,08 -2,74...2,57
DID Jahr 2	0,47 0,22...1,01	1,03 0,30...3,54	-1,44 -9,46...6,59	2,45 -0,21...5,10
DID Jahr 3	0,50 0,23...1,10	1,65 0,45...6,06	-5,03 -13,05...3,00	2,28 -0,38...4,93
DID Jahr 4	0,71 0,32...1,56	0,79 0,22...2,84	-4,14 -12,17...3,89	2,02 -0,64...4,67
DID Jahr 1-4	—	—	-2,89 -9,24...3,46	1,66 -0,44...3,76

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	1.416	1.416	1.416	1.416
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	9,1 %	45,2 %	9,4 %	58,2 %
	0,5 %	17,6 %	0,6 %	14,3 %
	9,5 %	54,3 %	9,8 %	66,5 %
	1,2 %	2,0 %	1,7 %	3,1 %
	15,9 %	13,8 %	15,7 %	17,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär^{3,4} (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	1,9	18,1	2,7	21,2
	0,1	6,0	0,3	6,9
	2,1	24,1	3,0	28,1
	0,2	0,5	0,5	1,1
	2,6	1,9	1,8	2,4

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

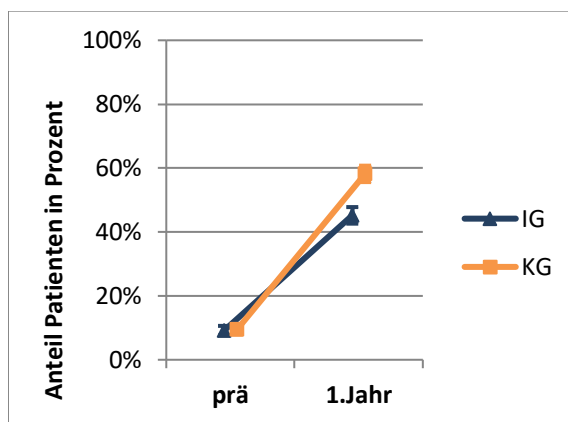
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

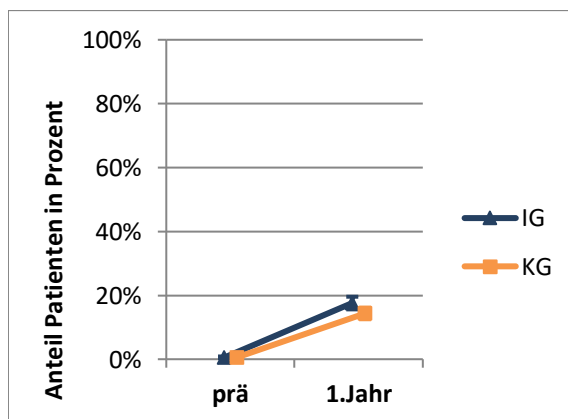
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

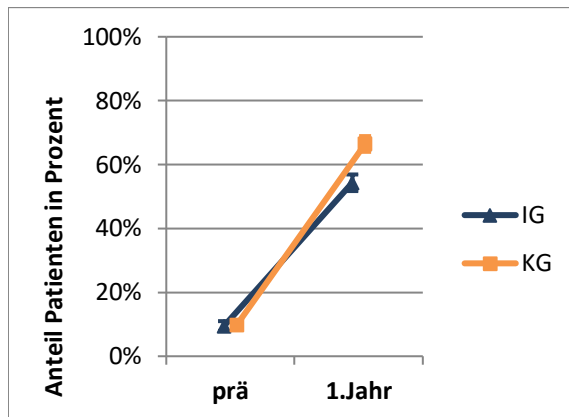
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



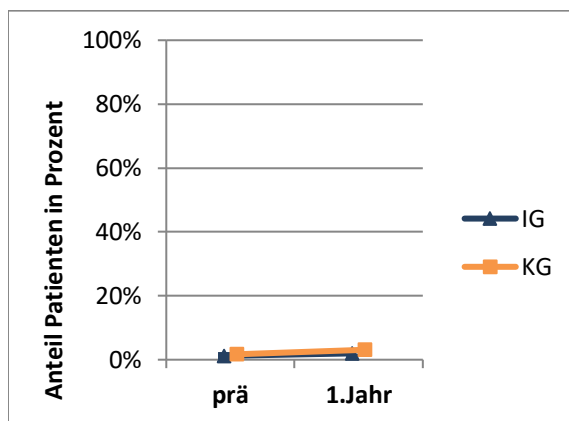
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



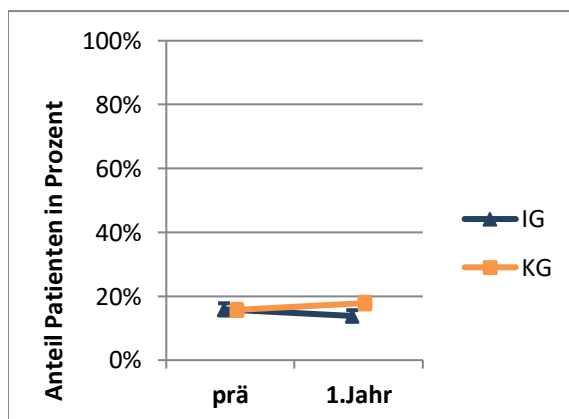
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

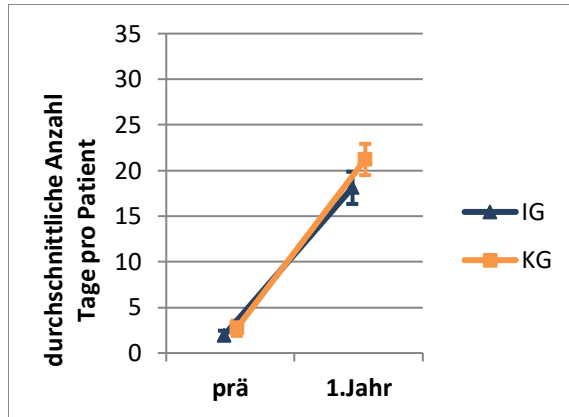


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

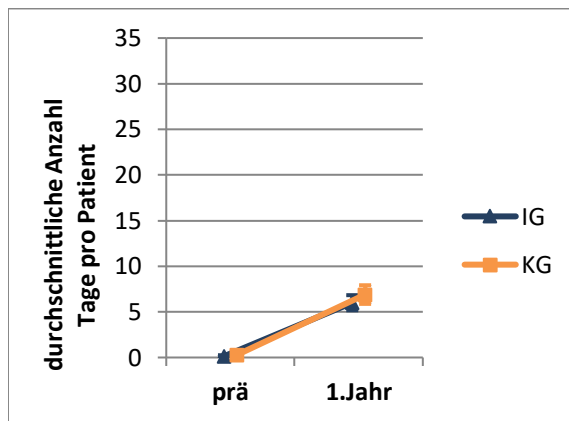


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

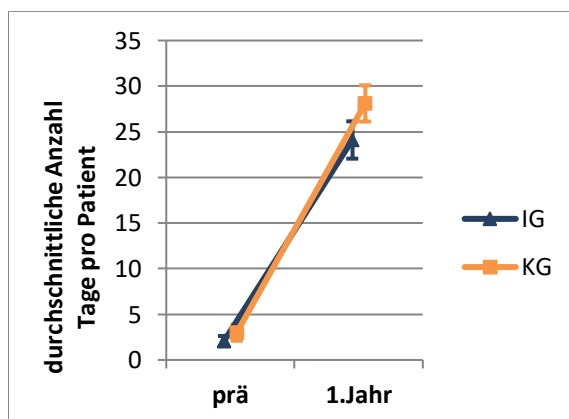
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



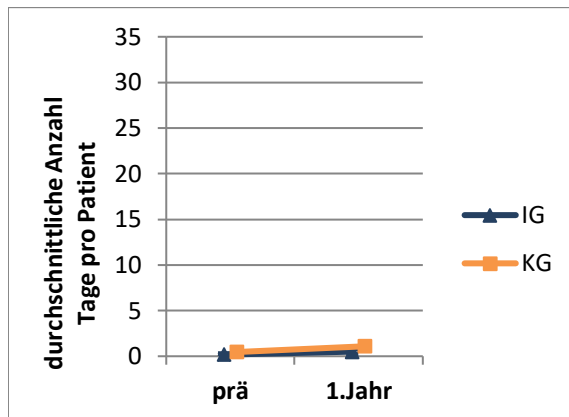
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



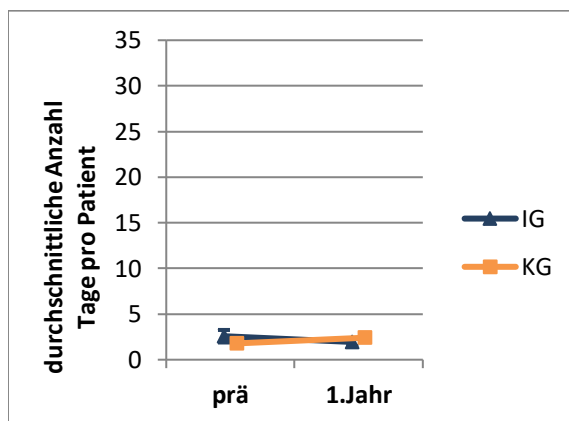
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



- 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)	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	9,5 %	44,4 %	12,1 %	9,6 %	56,2 %	12,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,5 %	16,0 %	4,5 %	0,8 %	14,3 %	2,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	9,8 %	53,0 %	14,5 %	10,2 %	64,3 %	14,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,3 %	2,2 %	1,7 %	1,8 %	3,4 %	2,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,8 %	12,7 %	12,2 %	14,8 %	17,1 %	13,8 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,1	18,0	4,6	3,1	20,9	4,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,2	4,9	1,8	0,4	6,9	0,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,3	22,8	6,4	3,5	27,7	5,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,5	0,7	0,5	1,3	0,8
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,4	1,6	1,4	1,6	2,2	1,6

- 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

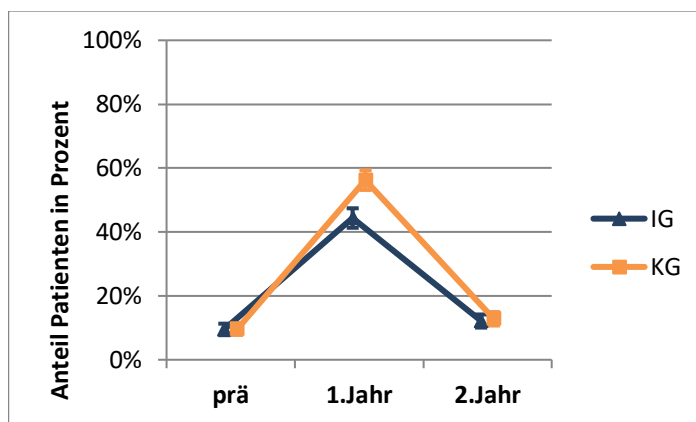
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

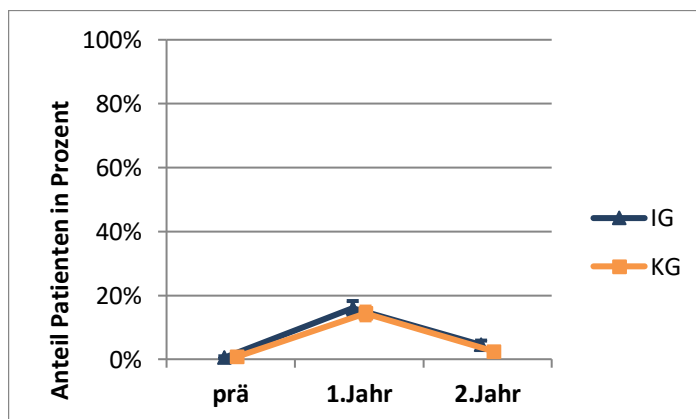
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

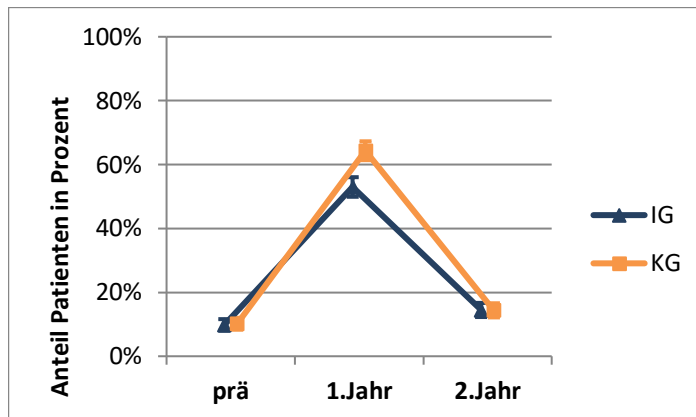
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



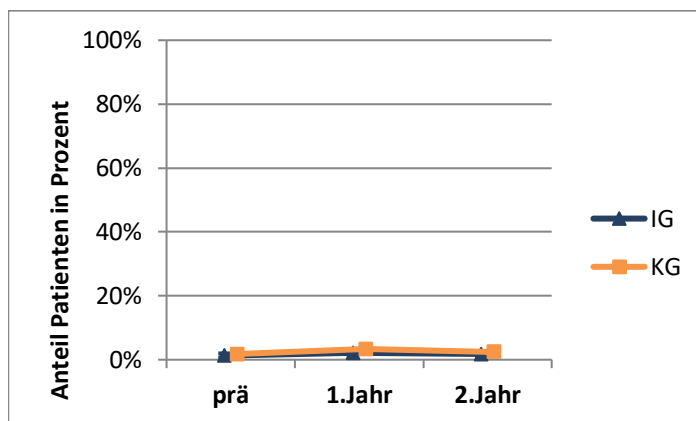
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



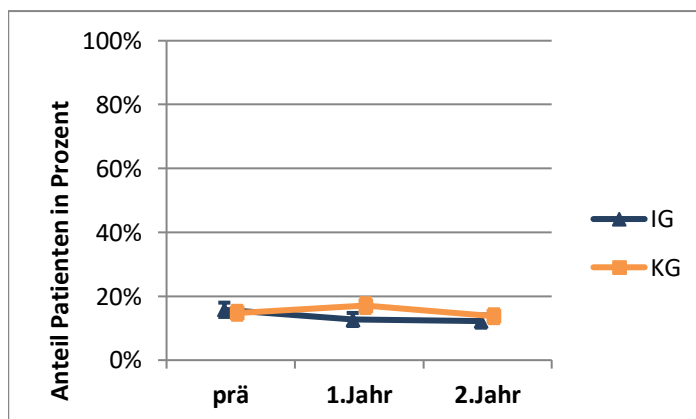
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

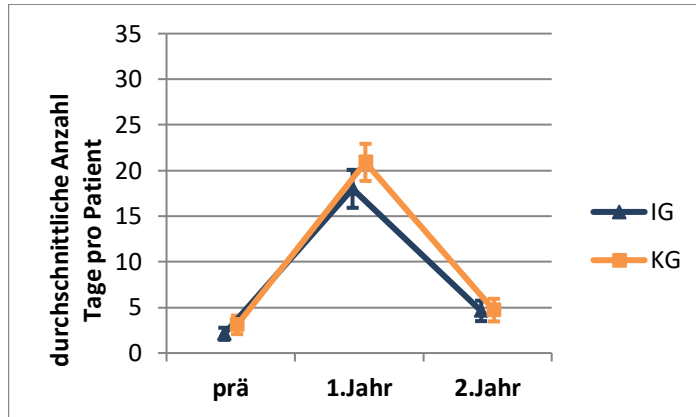


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

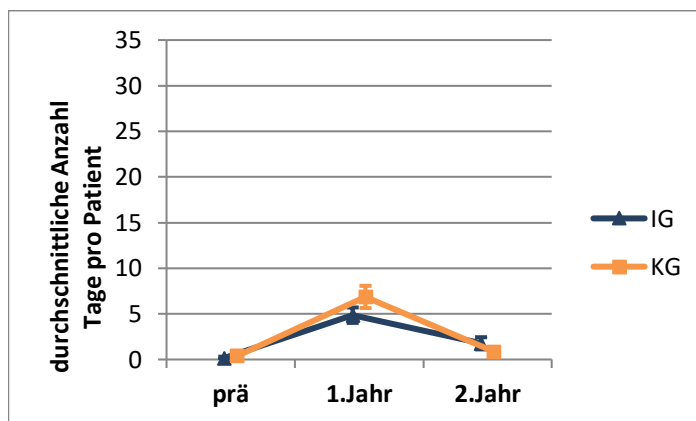


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

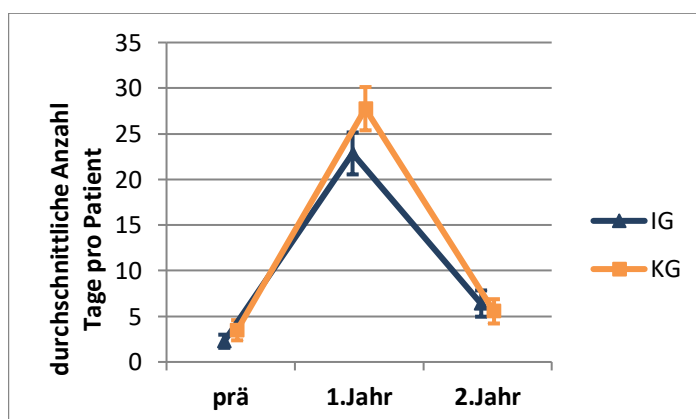
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



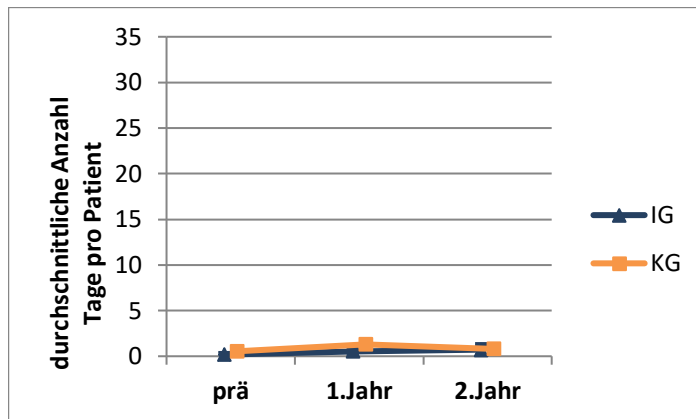
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

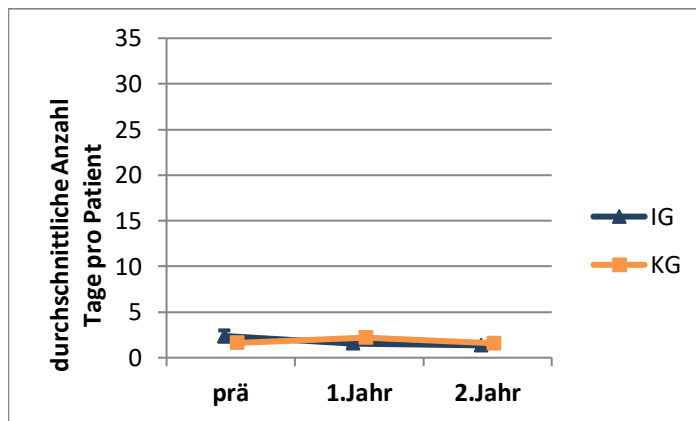


Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,57** 0,39...0,84	1,86 0,59...5,87	-1,92 -4,67...0,83	-1,77* -3,14...-0,41
DID Jahr 2	0,95 0,62...1,46	3,18 0,92...10,95	0,89 -1,86...3,64	1,12 -0,25...2,48

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)	622	622	591	569	612	612	584	567
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	10,0 %	42,8 %	12,5 %	10,4 %	10,3 %	57,2 %	14,9 %	13,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,5 %	15,1 %	4,9 %	4,7 %	1,1 %	15,5 %	2,4 %	3,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	10,5 %	51,1 %	15,1 %	13,2 %	11,1 %	65,8 %	16,6 %	15,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,1 %	2,1 %	2,0 %	1,4 %	2,1 %	3,1 %	2,7 %	3,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,1 %	11,9 %	11,7 %	10,2 %	16,7 %	17,3 %	14,4 %	10,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,0	17,8	5,2	4,0	3,8	22,1	5,8	6,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,1	4,4	1,8	1,4	0,6	7,2	0,9	1,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,2	22,2	7,0	5,5	4,4	29,3	6,7	7,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,5	1,1	0,6	0,7	1,3	0,8	0,8
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,6	1,6	1,0	1,1	1,6	2,2	1,5	1,6

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)	949	949	898	865	938	938	911	881
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	28,1 %	28,0 %	16,3 %	15,3 %	14,8 %	50,9 %	22,9 %	21,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	8,9 %	11,0 %	5,6 %	7,1 %	2,1 %	10,8 %	3,2 %	2,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	32,5 %	33,3 %	17,9 %	18,4 %	16,4 %	58,0 %	24,3 %	22,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	4,8 %	3,7 %	2,9 %	2,3 %	16,4 %	8,4 %	7,0 %	5,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	13,9 %	14,8 %	13,6 %	12,1 %	16,3 %	18,6 %	15,1 %	15,2 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	13,7	15,3	9,4	7,8	5,7	23,3	10,6	10,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,6	2,8	1,7	2,2	0,9	4,8	1,3	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	14,4	18,1	11,1	10,0	6,6	28,1	12,0	11,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	1,3	1,0	0,8	0,8	4,6	2,8	2,3	1,5

<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	1,5	1,9	1,6	1,8	2,0	2,3	2,1	2,0
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

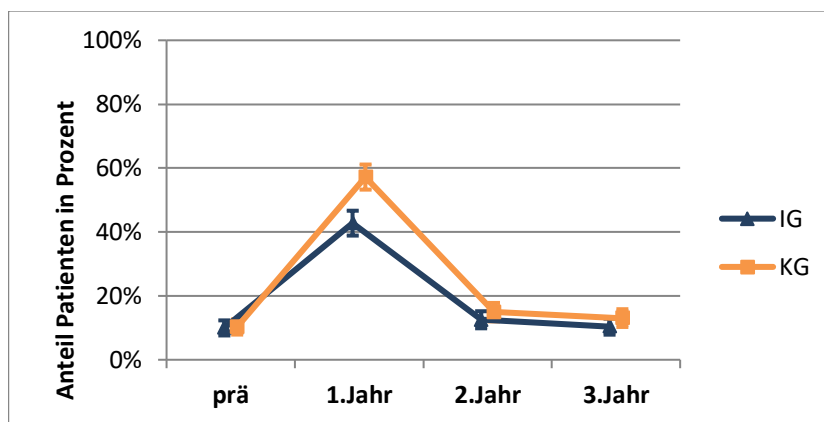
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

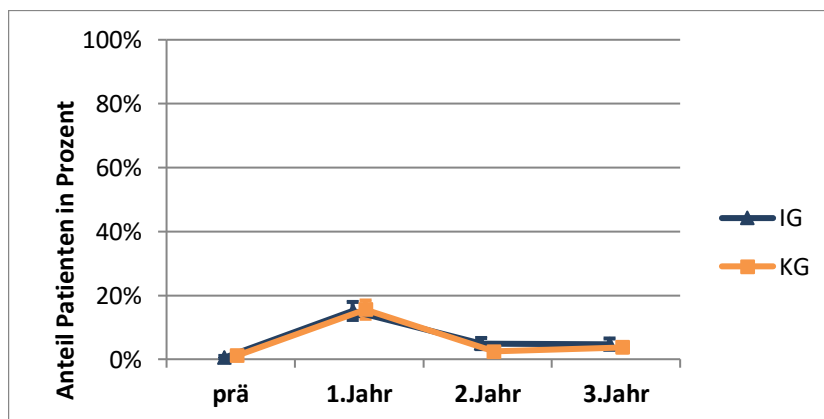
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

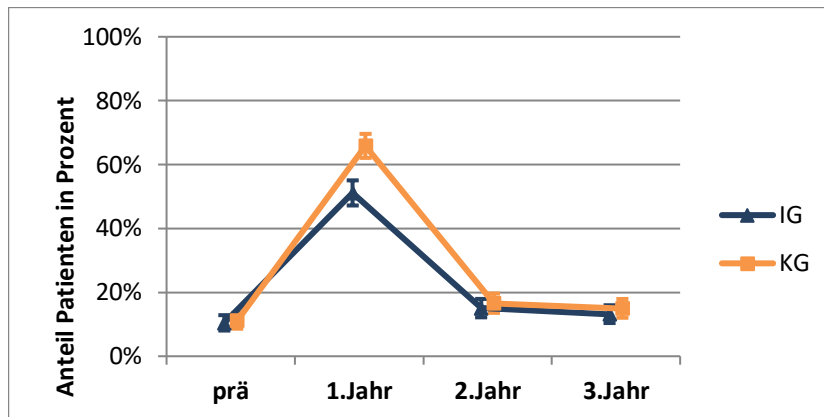
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



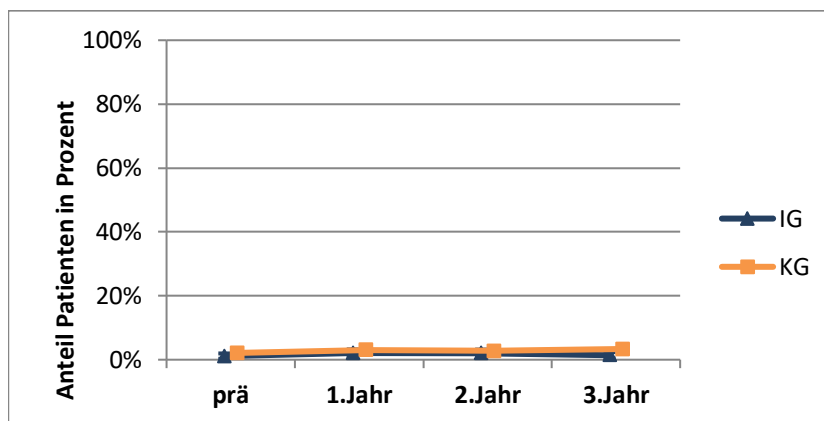
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



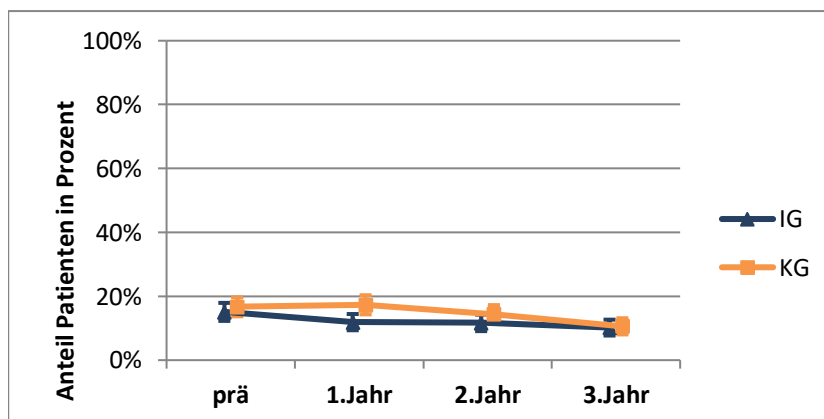
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

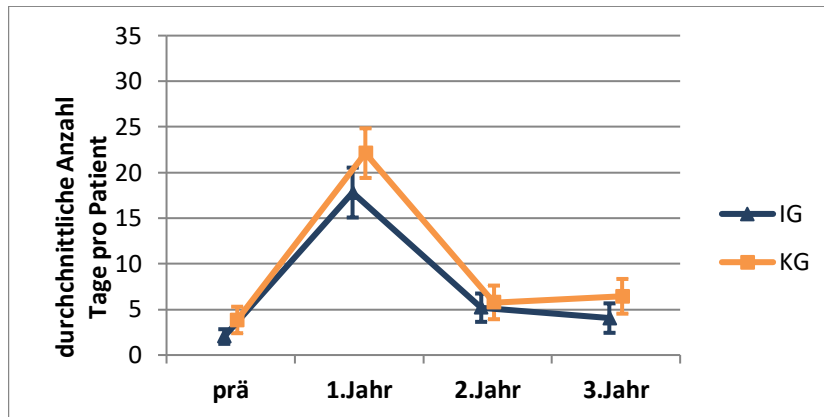


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

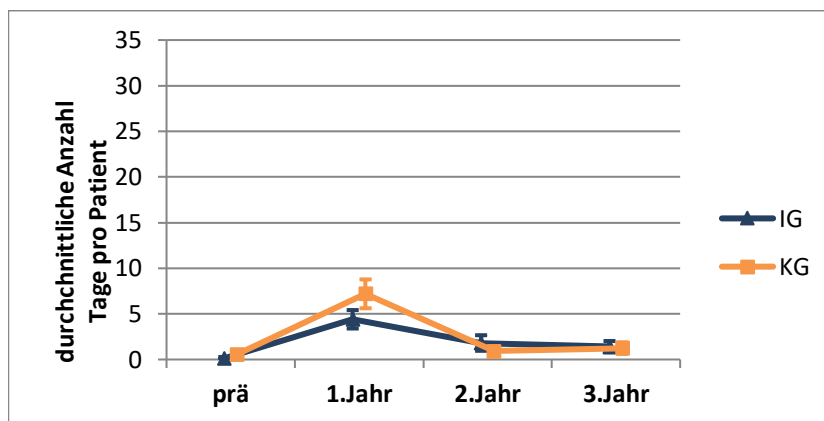


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

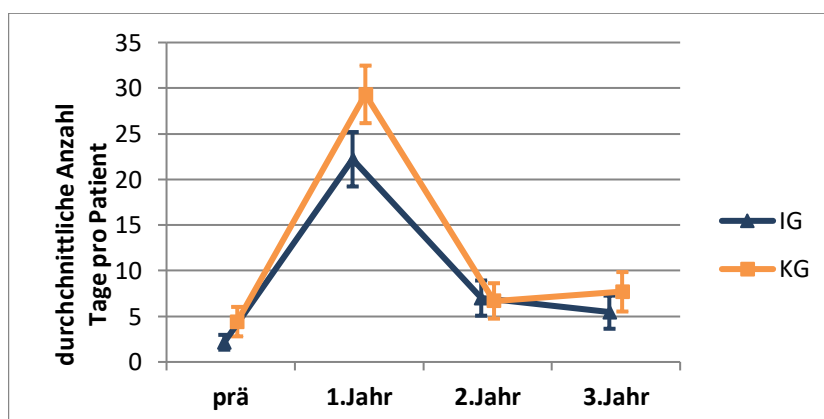
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



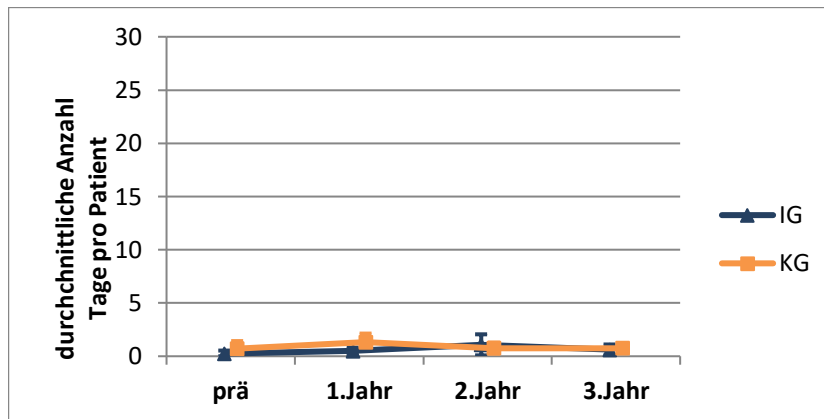
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



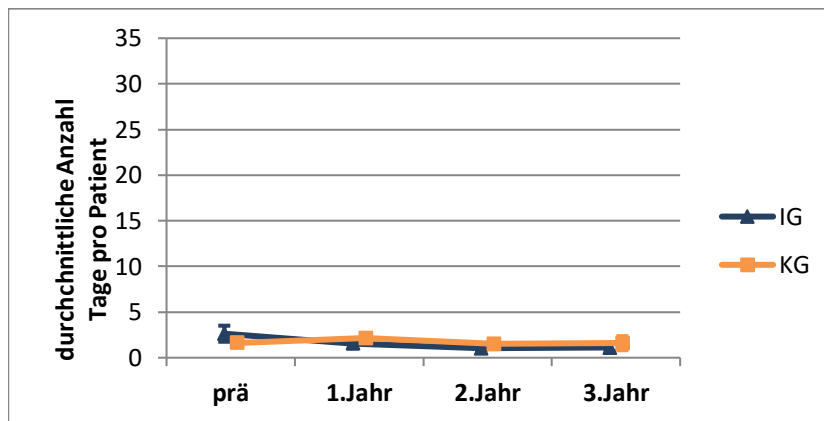
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



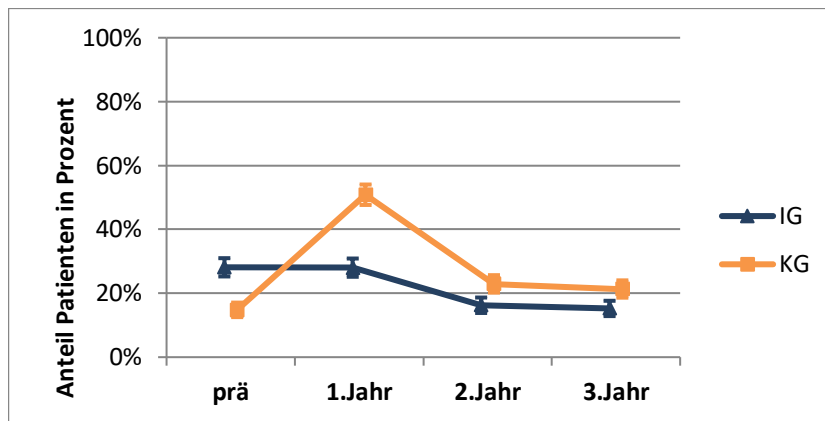
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

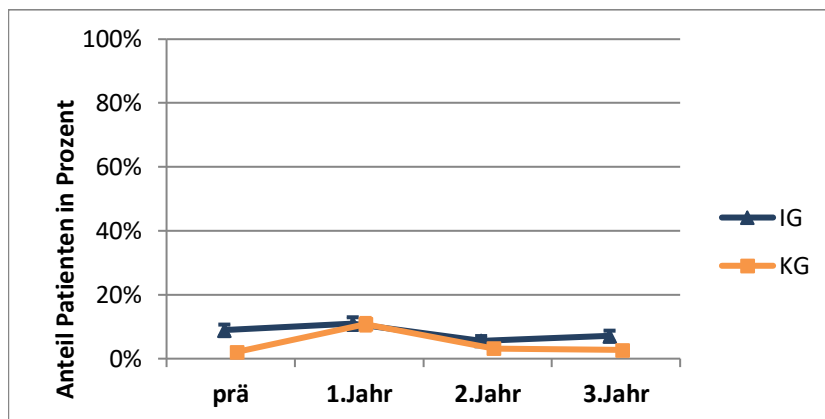
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

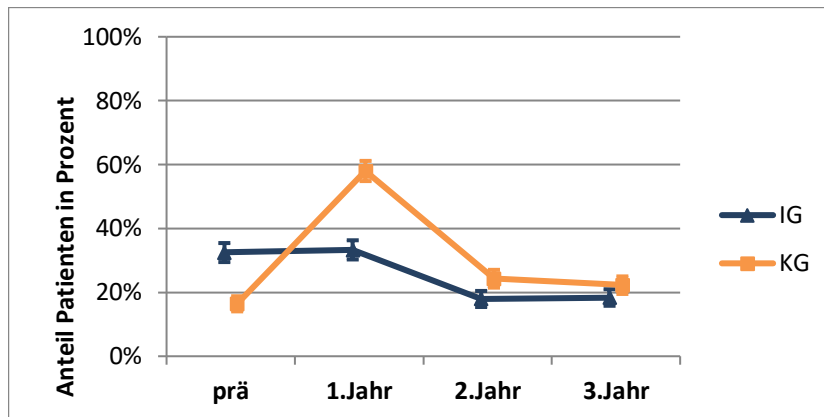
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



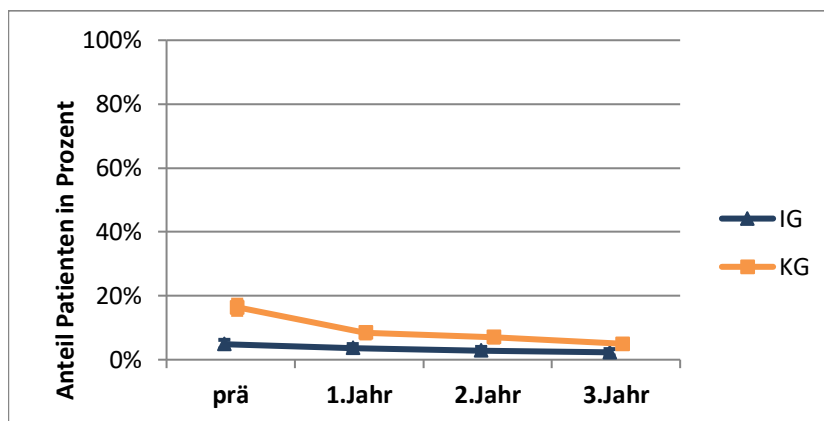
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



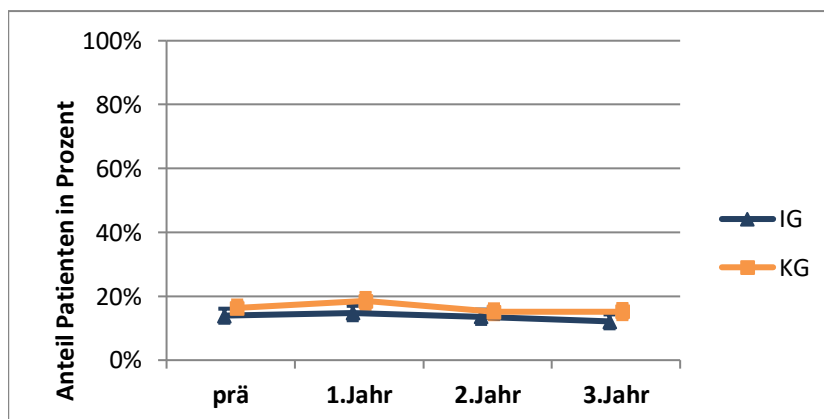
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

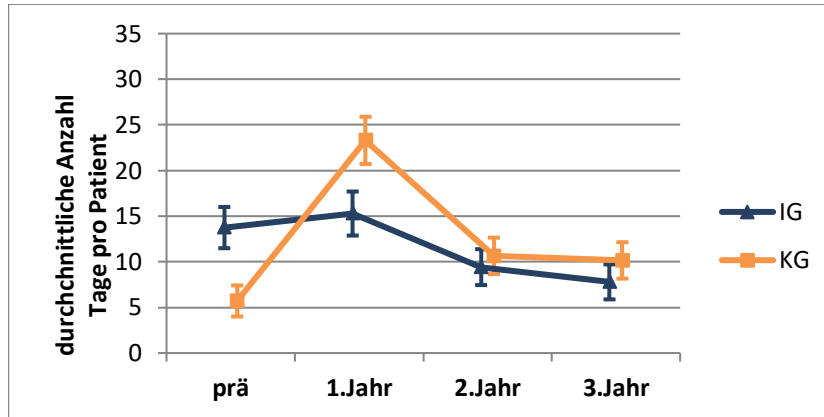


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

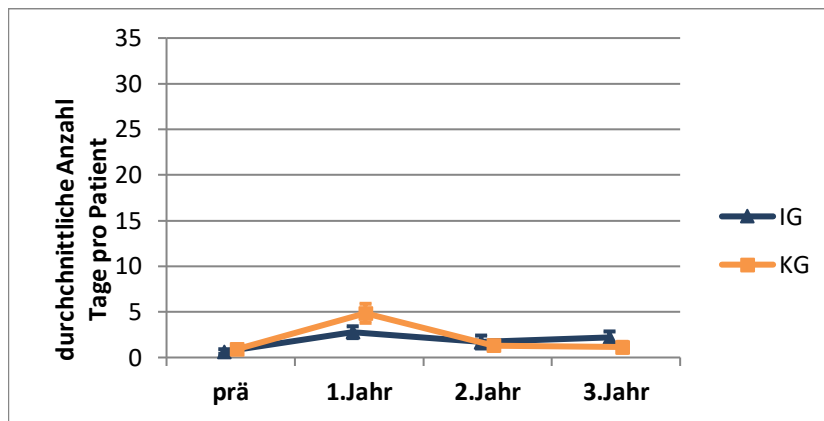


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

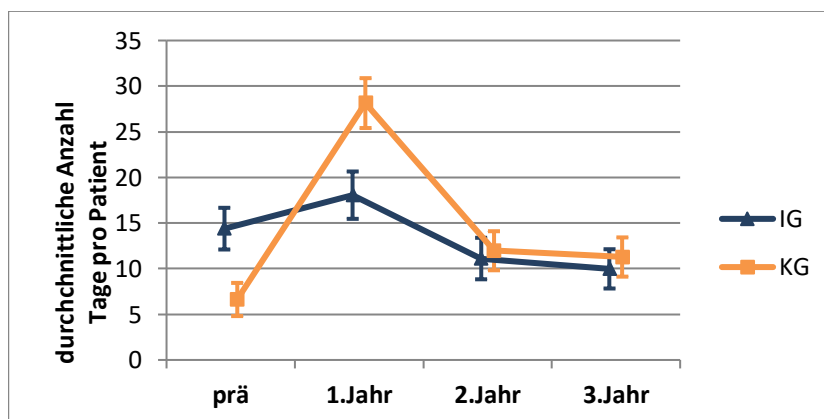
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



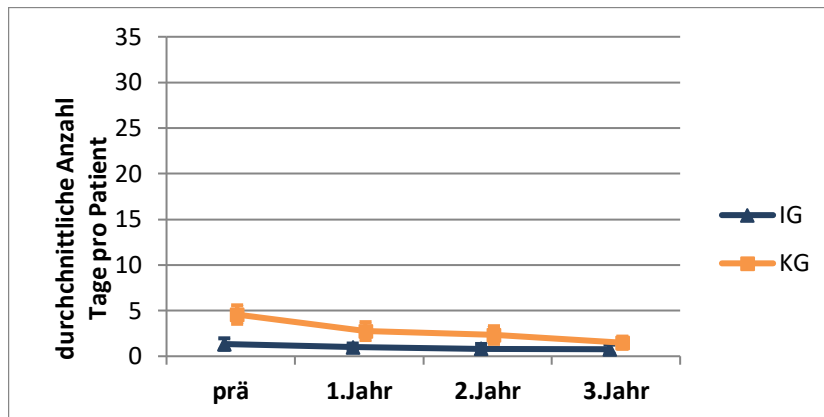
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



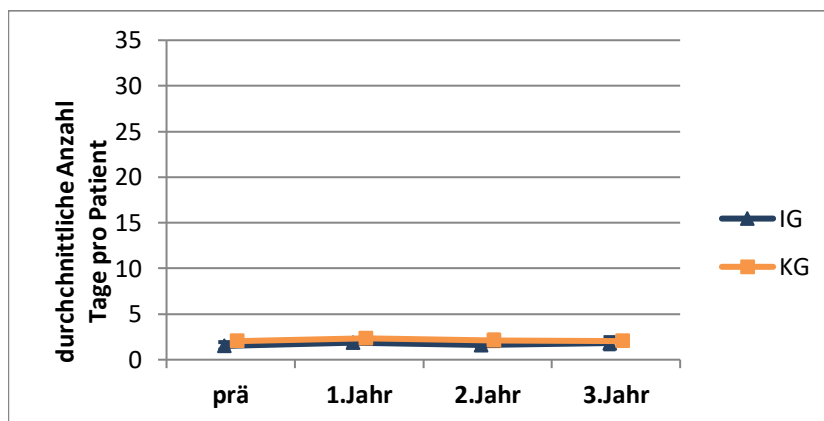
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



- 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 linikneuen Patienten nach einem vergleichbaren Anfangsniveau über die Beobachtungszeit stets mehr durchschnittliche **PIA**-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG (1. Jahr: +2,4; 2. Jahr: +2,0; 3. Jahr: +1,2; 4. Jahr: +1,8 PIA-Kontakte). Dabei war der stärkere Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach statistisch signifikant (DiD = +2,4 PIA-Kontakte). Auch der Vergleich vom Jahr vor Referenzfall zum zweiten Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = +1,9 PIA-Kontakte). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich für Patienten der IG und KG vergleichbare Verläufe auf vergleichbarem Niveau. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG waren nicht ersichtlich.

Das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war in Verlauf und im Niveau zwischen IG und KG vergleichbar. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier ein zwischen IG und KG vergleichbarer Verlauf. Hier war jedoch die Anzahl an Kontakten in der IG stets etwas geringer im Vergleich zur KG (prä: -1,1; 1. Jahr: -1,4; 2. Jahr: -1,7; 3. Jahr: -1,4; 4. Jahr: -1,0 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren erneut nicht ersichtlich.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein erneut ein stärkerer Anstieg der Kontakte in der **PIA** in der IG als in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +5,1 Kontakte; KG: +3,2 Kontakte). Dies ist analog zur Beobachtung in U1.

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

und der KG auch erneut vergleichbar an (IG: +0,6 Kontakte; KG: +1,1 Kontakte). Hier wies die IG in beiden betrachteten Jahren jedoch um 1,3 bzw. 0,8 mehr Kontakte als die KG auf.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U1 und U2, ein stärkerer Anstieg der **PIA**-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war für das erste und zweite Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD, 1. Jahr = +1,9; 2. Jahr: +0,8 PIA-Kontakte).

Der Verlauf der Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** war erneut zwischen IG und KG vergleichbar mit stets mehr Kontakten in der IG als in der KG (prä: +1,3; 1. Jahr: +1,0; 2. Jahr: +0,8 Kontakte). Dieser Unterschied bestand bereits im Jahr vor Referenzfall und war im Vergleich mit dem Jahr nach Referenzfall statistisch nicht signifikant.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse der vorherigen Untersuchungen wider. Die **PIA**-Kontakte linikneuer Patienten stiegen sowohl in der IG als auch in der KG im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser Anstieg in der IG erneut stärker ausfiel verglichen mit der KG. Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder und blieb in der IG etwas größer als in der KG. Bei den linikbekanntem Patienten war die PIA-Inanspruchnahme in der IG stets größer als in der KG, wobei diese Unterschiede über die Zeit abnahmen (prä: +4,7; 1. Jahr: +3,6; 2. Jahr: +2,3; 3. Jahr: +1,7 PIA-Kontakte).

Auch die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war, analog zu U1, zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den linikbekanntem Patienten zeigte sich hier auch ein vergleichbarer Verlauf mit vergleichbarer Höhe zwischen beiden Gruppen (prä: +0,4; 1. Jahr: +0,2; 2. Jahr: +1,0; 3. Jahr: +0,7 Kontakte).

Weiterhin war die Inanspruchnahme von ambulanten Kontakten bei **anderen Vertragsärzten** in der IG stets geringer als in der KG. Bei den linikbekanntem Patienten der U1 vergrößerte sich dieser Unterschied weiter im vierten Jahr nach Referenzfall, so dass hier ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall erkennbar wurde (DiD = -3,7 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)	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	127	128	120	115	109	122	124	116	112	106
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	5,9	3,7	3,2	3,2	0,1	3,4	1,7	2,0	1,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,6	2,1	2,3	2,2	2,1	2,5	2,6	3,0	2,0	2,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	6,1	7,0	7,0	7,7	8,1	10,5	10,0	10,6	12,2	10,7
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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,5	0,7	0,3	0,5	0,4	3,6	1,6	1,8	1,6	3,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										

• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,3	0,1	0,0	0,3	0,5	0,4	0,6	0,3	0,2	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	13,0	5,9	5,2	4,3	4,9	9,4	11,6	13,4	6,3	8,0

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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)	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	222	224	206	194	186	217	217	210	204	194
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	7,7	10,2	7,9	6,6	6,2	8,3	10,2	7,4	7,0	6,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	0,9	1,1	0,8	0,9	0,8	2,0	2,5	2,4	2,3	1,8

• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,4	9,8	7,6	9,3	9,3	12,9	14,6	12,2	13,9	16,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,4	0,0	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,3	0,3	0,2	0,4	0,6	0,6	0,7	0,6	1,6	1,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,9	1,1	0,1	0,5
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	14,4	5,2	8,3	5,6	4,2	19,2	19,4	22,0	15,9	15,7

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

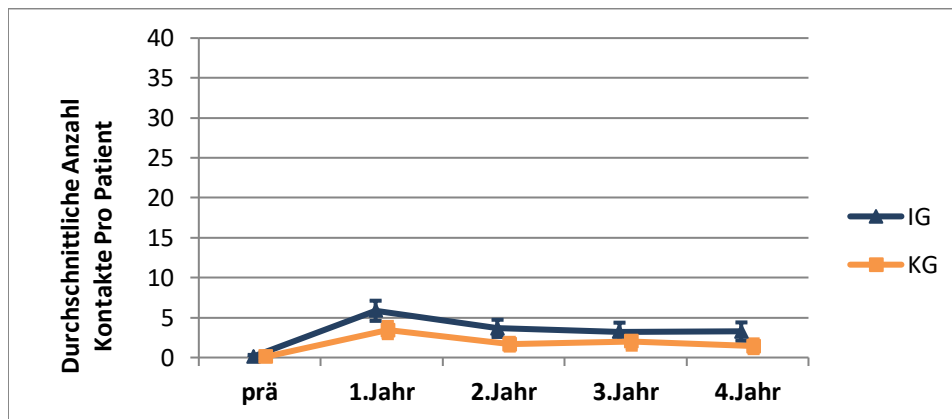
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

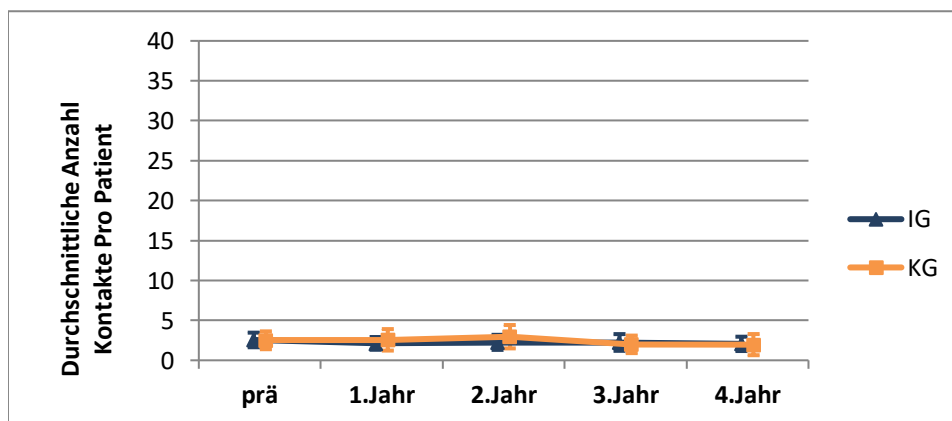
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

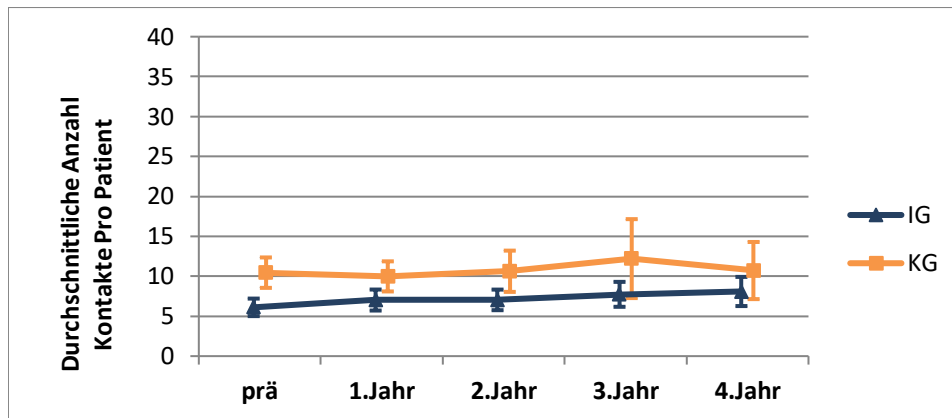
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

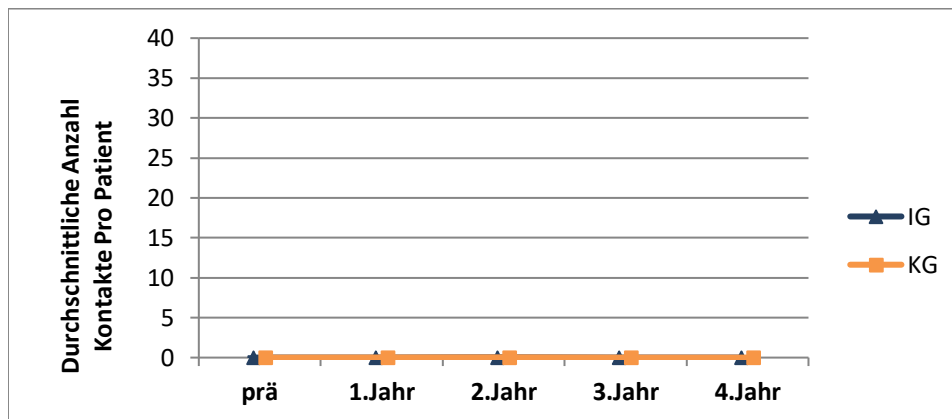


- bei anderen Vertragsärzten (E)

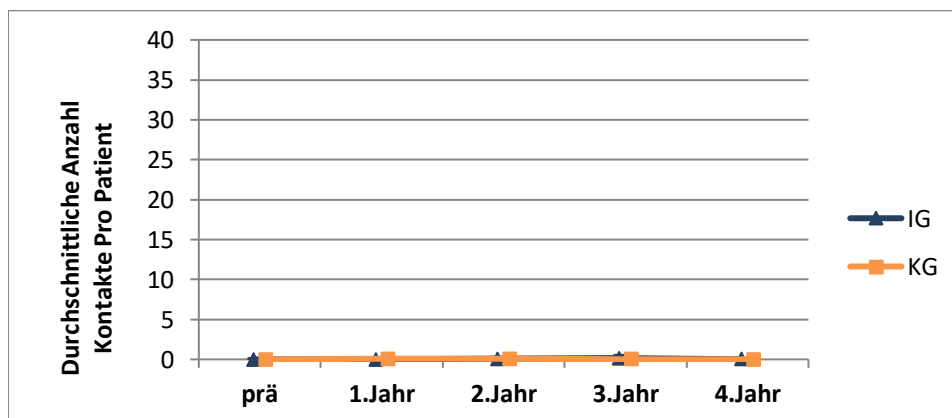


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

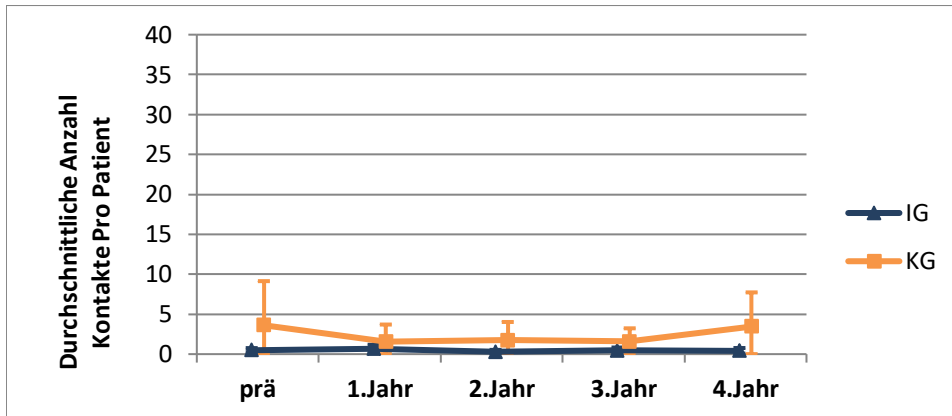
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

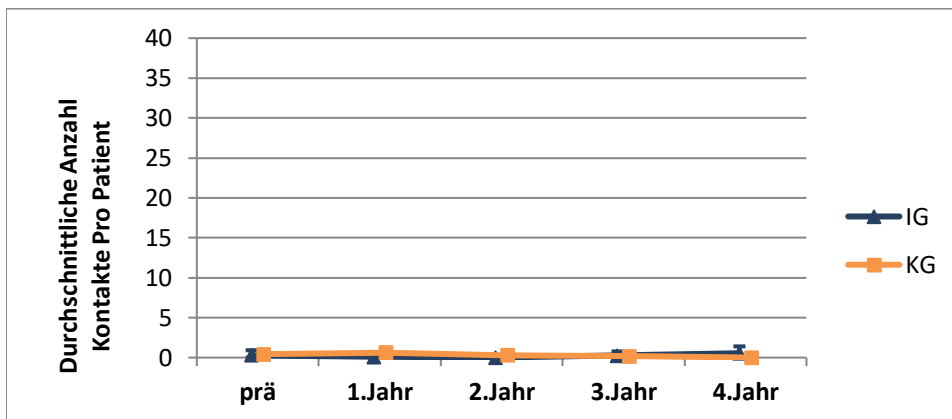


- bei anderen Vertragsärzten (F)

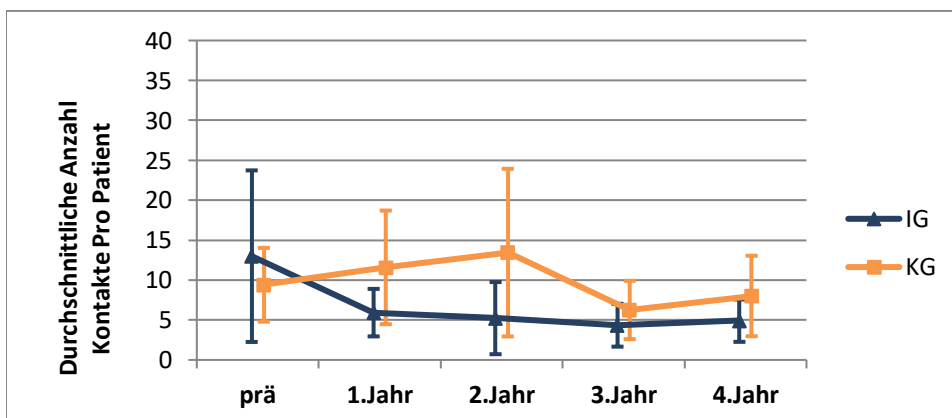


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



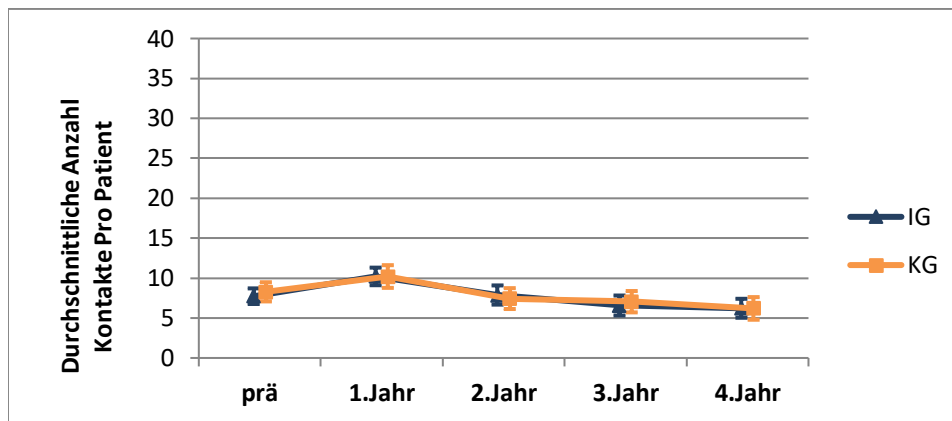
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

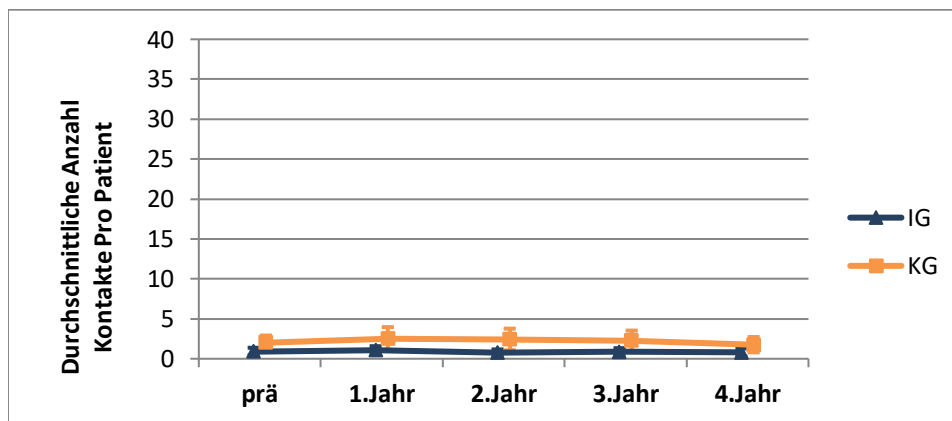
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

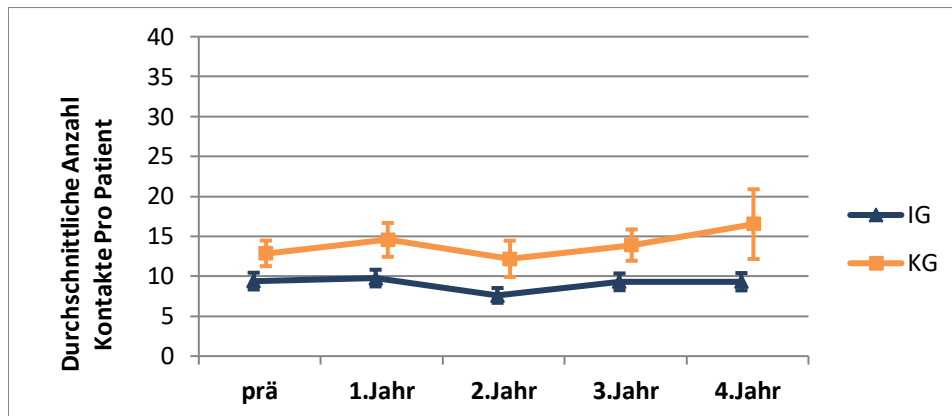
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

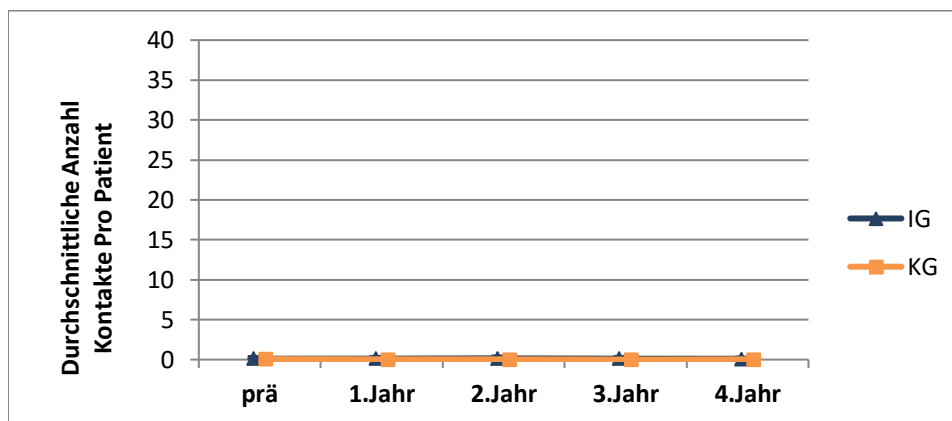


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

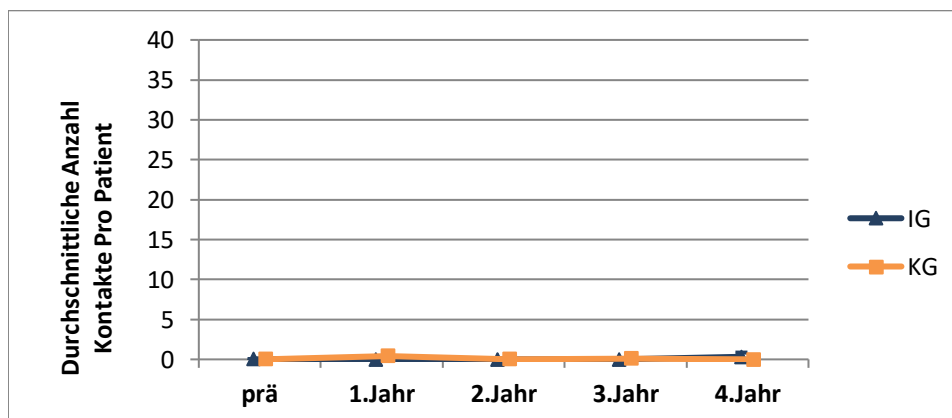


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

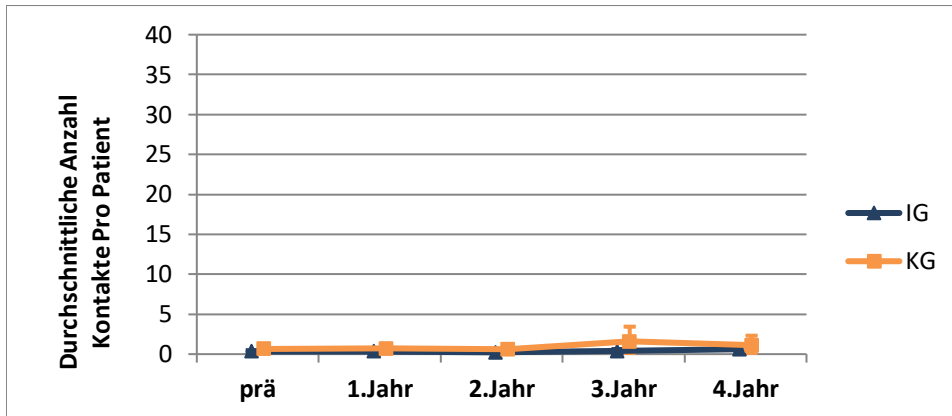
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

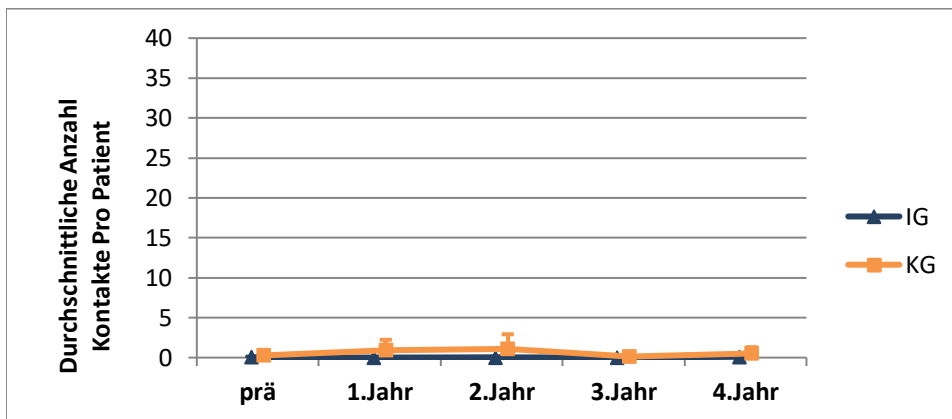


- bei anderen Vertragsärzten (F)



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)

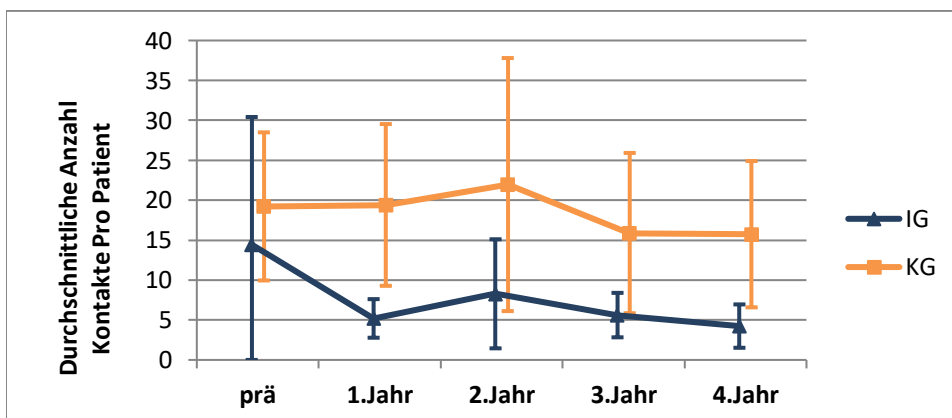


Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	2,36** 0,63...4,09	-0,48 -2,51...1,55	1,38 -2,89...5,66
DID Jahr 2	1,87* 0,14...3,60	-0,69 -2,73...1,34	1,00 -3,28...5,27
DID Jahr 3	1,07 -0,66...2,80	0,18 -1,85...2,21	0,26 -4,02...4,53
DID Jahr 4	1,58 -0,15...3,30	0,05 -1,98...2,08	2,08 -2,20...6,36

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,56 -1,71...2,82	-0,32 -2,04...1,41	-1,31 -4,90...2,27
DID Jahr 2	0,71 -1,56...2,97	-0,51 -2,24...1,21	-1,25 -4,84...2,33
DID Jahr 3	-0,39 -2,65...1,87	-0,25 -1,98...1,47	-1,58 -5,17...2,00
DID Jahr 4	0,17 -2,10...2,43	0,18 -1,54...1,91	-3,71* -7,30...-0,13

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)	1.416	1.416	1.416	1.416
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.416	1.416	1.416	1.416
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.375	1.393	1.385	1.390
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	5,2	0,1	3,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,9	3,5	1,6	2,7
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	7,6	10,2	9,9	11,9
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
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,5	1,5	1,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,4	0,3	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	17,4	11,2	11,6	11,5

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

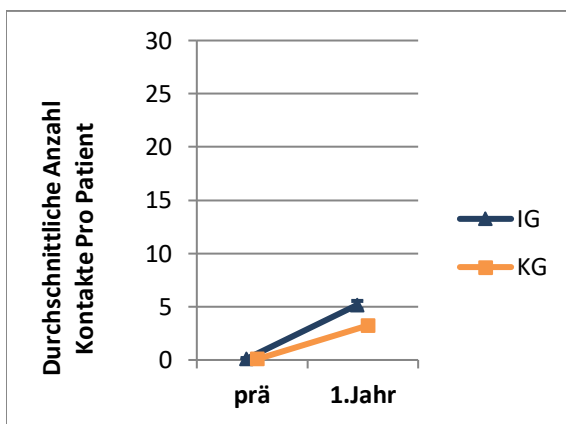
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

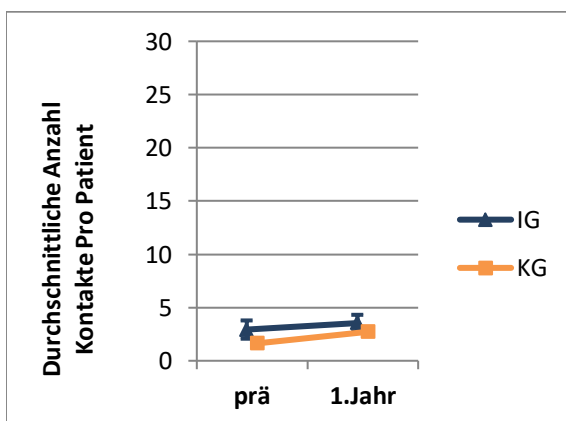
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

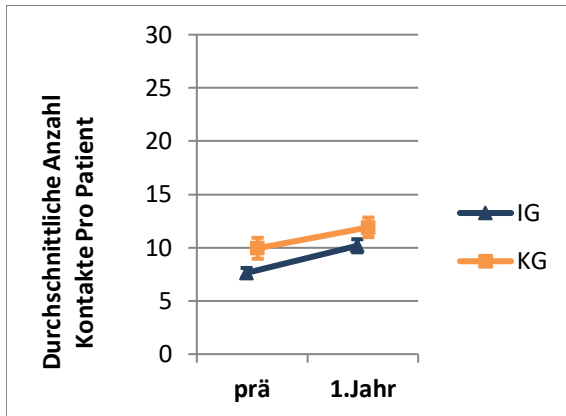
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

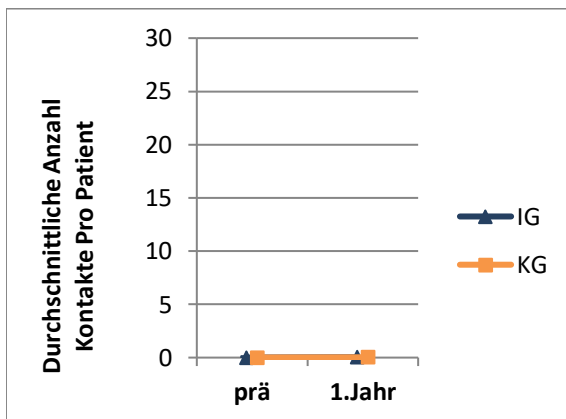


- bei anderen Vertragsärzten (E)

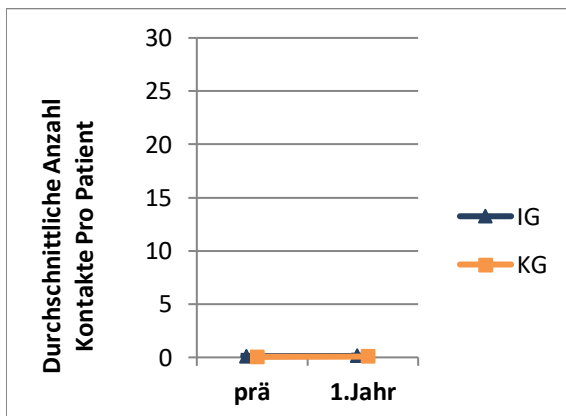


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

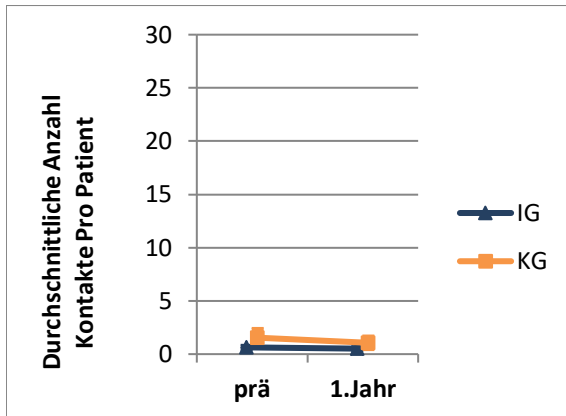
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

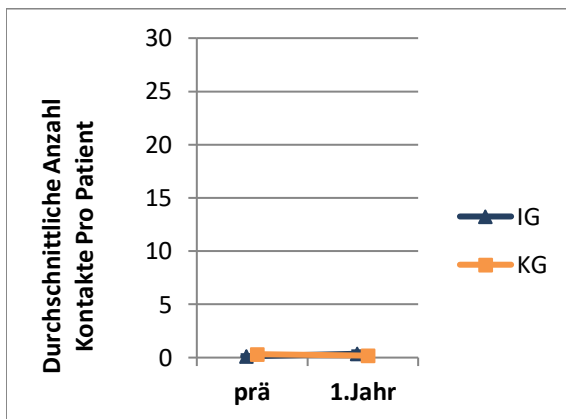


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

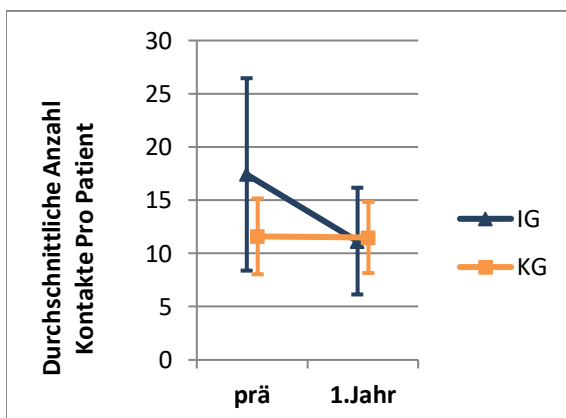


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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)	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	990	1.008	946	992	996	942
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	5,3	2,7	0,1	3,4	1,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,9	3,7	3,5	1,6	2,7	2,6
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	7,1	9,7	9,0	9,6	11,7	11,9
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	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,7	0,5	0,6	1,3	0,8	1,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,3	0,4	0,2	0,2	0,1

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	19,1	11,9	6,1	12,8	12,1	10,8
---	------	------	-----	------	------	------

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

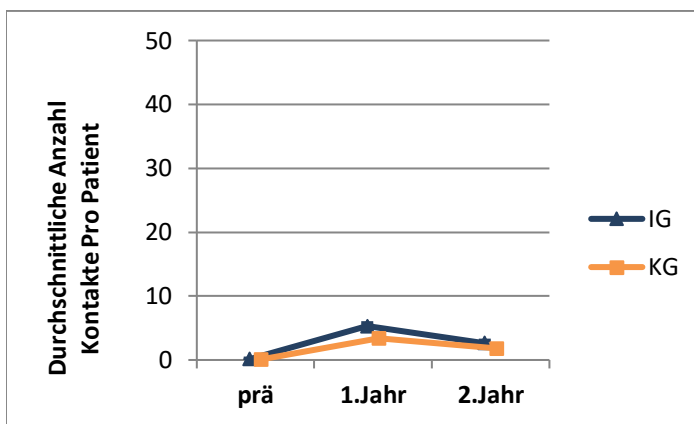
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

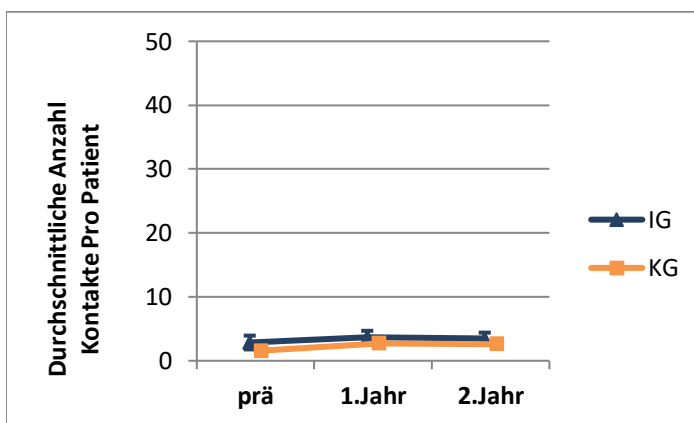
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

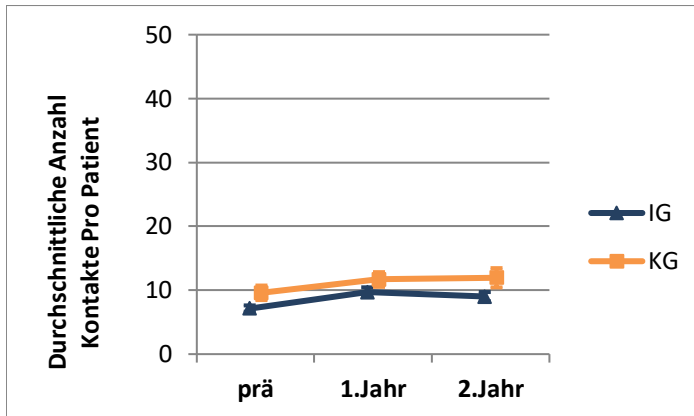
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

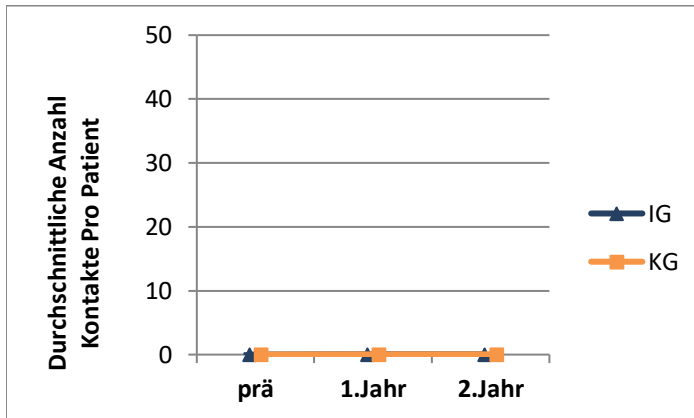


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

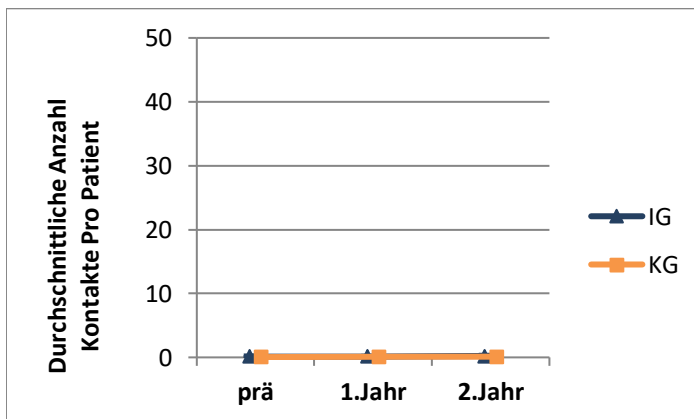


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

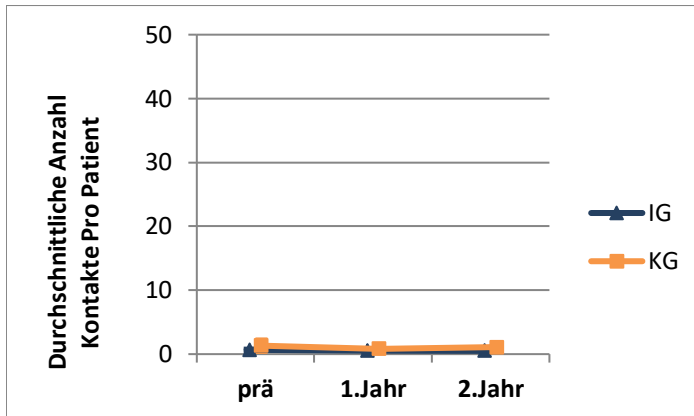
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

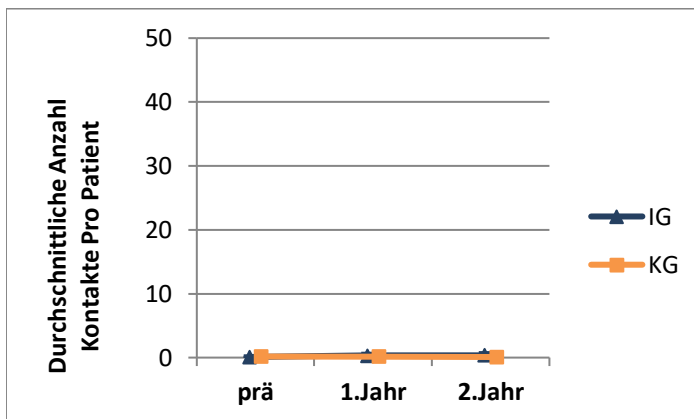


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

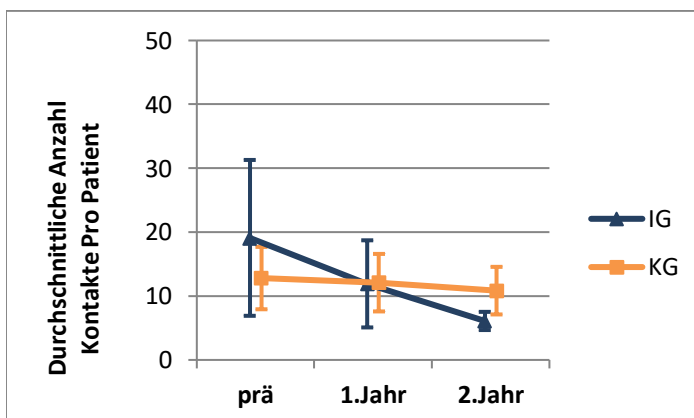


Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,88*** 1,27...2,49	-0,30 -1,80...1,20	0,50 -1,42...2,42
DID Jahr 2	0,79* 0,18...1,40	-0,47 -1,97...1,03	-0,37 -2,29...1,55

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)	622	622	591	569	612	612	584	567
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	622	622	591	569	612	612	584	567
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	603	614	572	547	596	601	566	551
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	5,6	2,9	2,6	0,1	3,5	1,8	1,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,2	2,9	3,0	2,3	1,7	2,5	2,6	2,3
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	6,6	9,4	8,7	8,4	9,5	11,2	12,4	12,2
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	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,1	0,5	0,0	0,1	0,1	0,3
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,5	0,5	0,4	1,8	1,0	1,2	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								

• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	22,0	14,4	5,7	6,4	12,6	11,9	9,7	7,8

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)	949	949	898	865	938	938	911	881
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	949	949	898	865	938	938	911	881
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	942	939	881	851	927	927	893	858
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	6,7	8,8	6,3	5,3	2,0	5,2	3,9	3,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	3,5	3,3	4,0	3,5	3,0	3,1	3,0	2,7
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	11,0	9,3	10,6	10,5	12,1	14,0	14,4	14,7

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

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

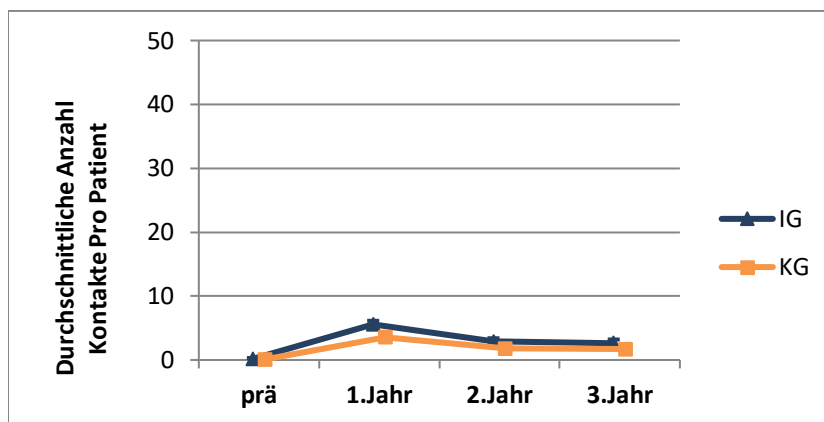
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

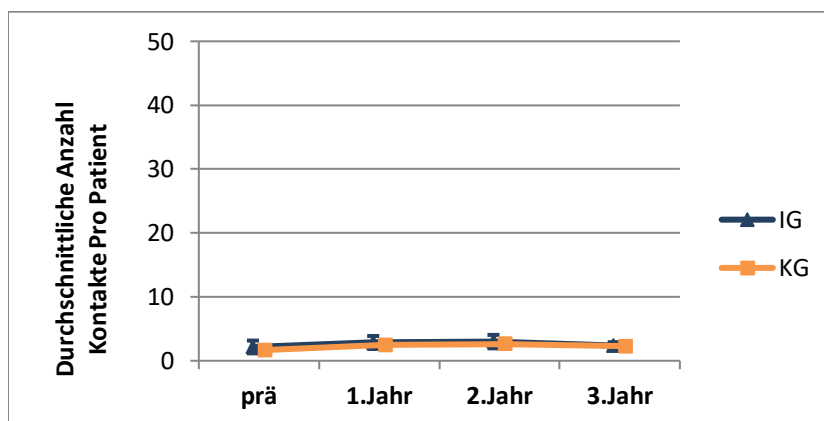
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

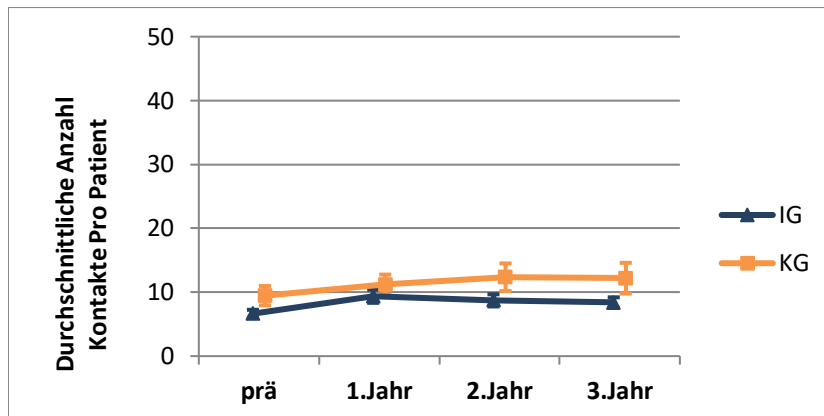
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

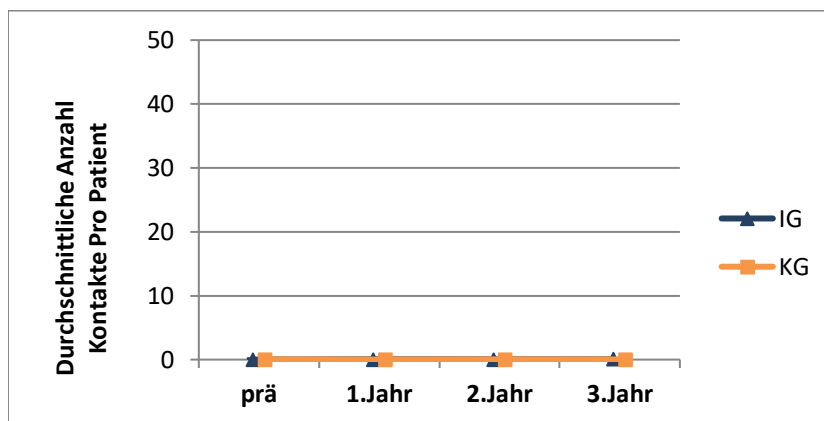


- bei anderen Vertragsärzten (E)

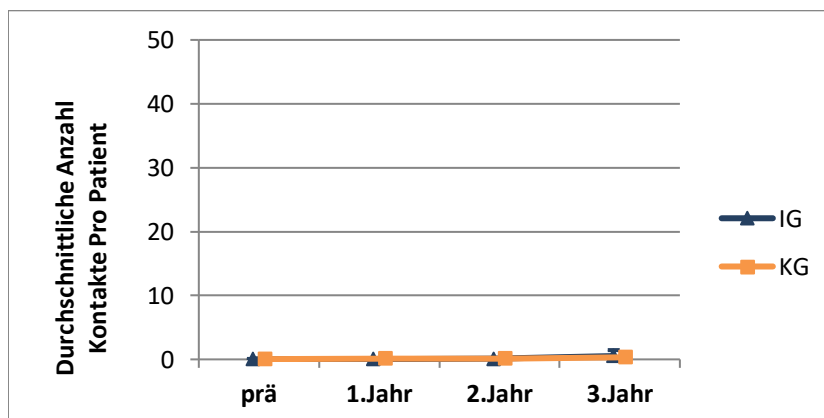


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

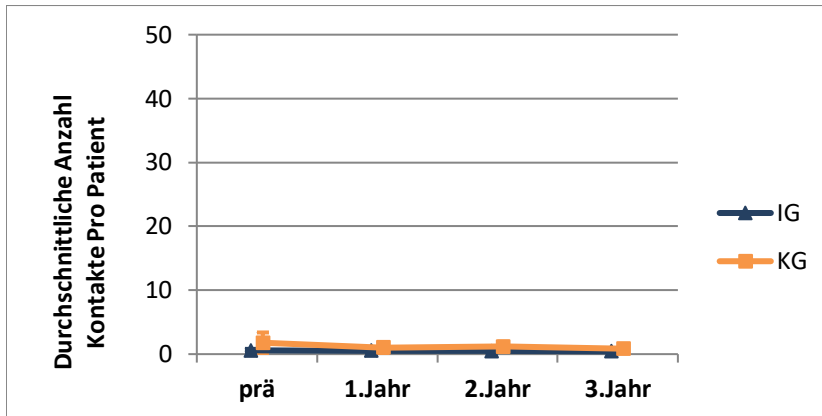
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

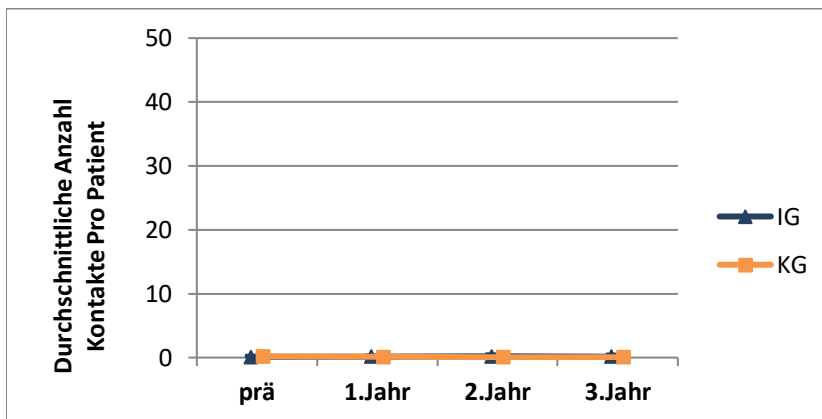


- bei anderen Vertragsärzten (F)

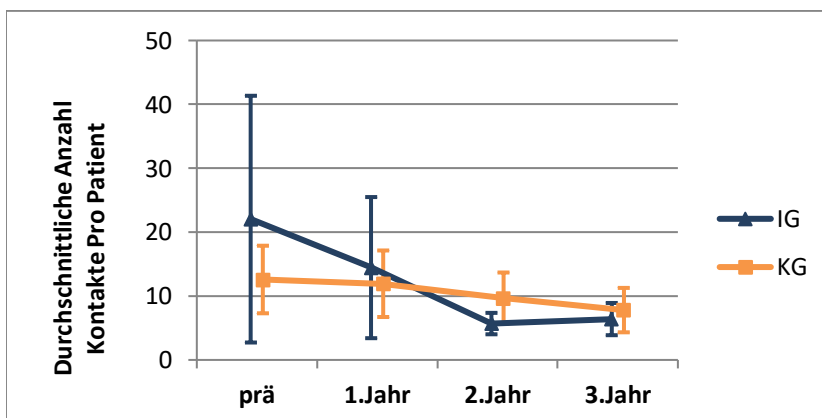


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



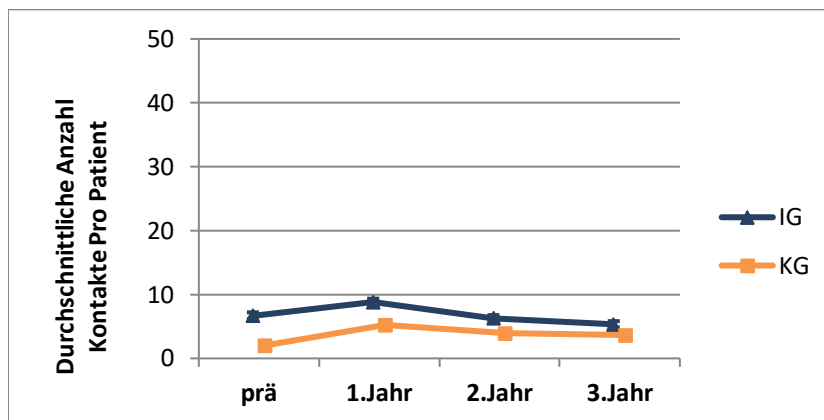
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

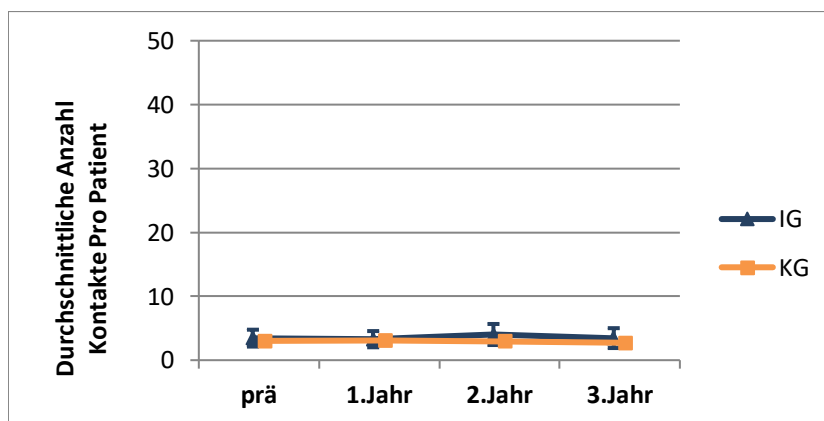
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

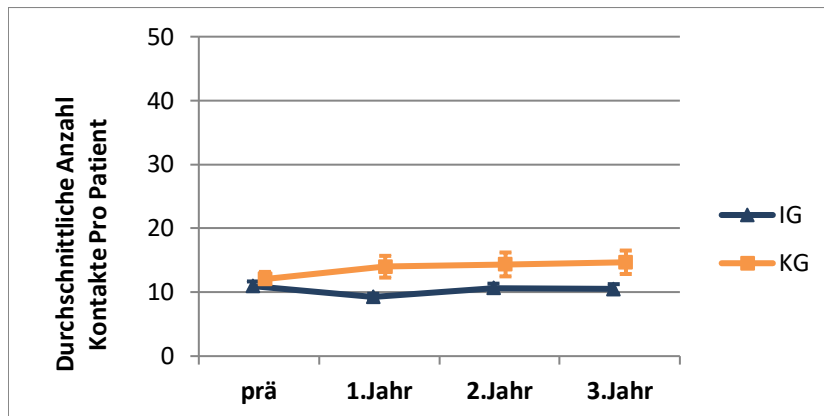
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

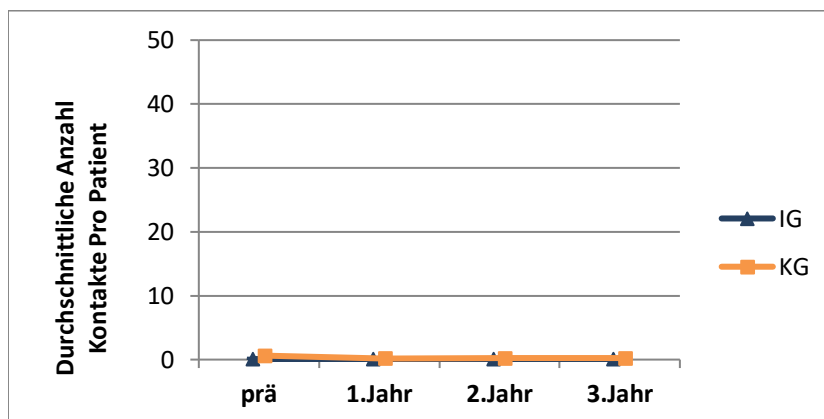


- bei anderen Vertragsärzten (E)

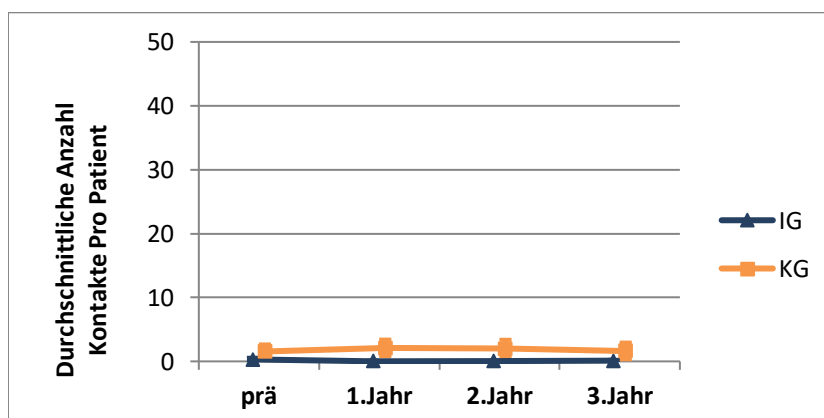


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

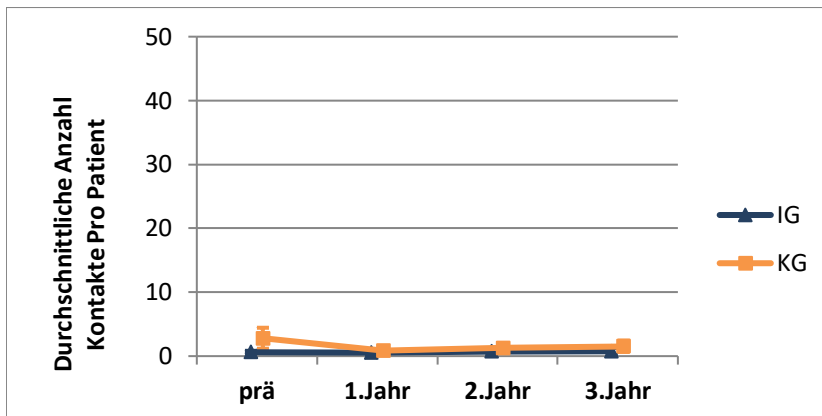
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

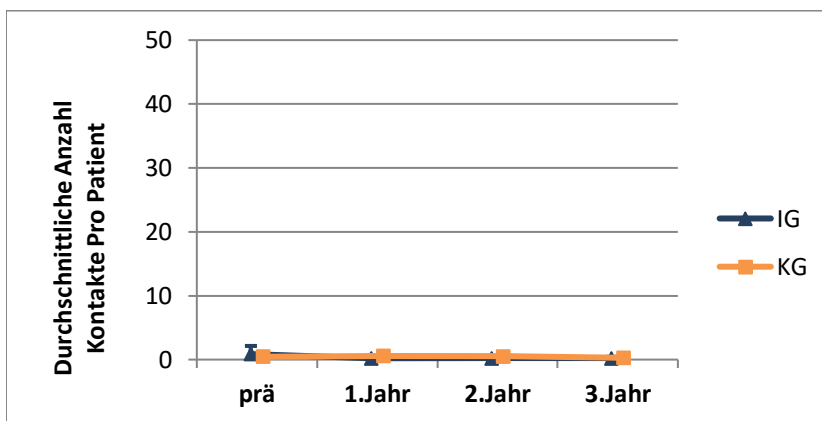


- bei anderen Vertragsärzten (F)

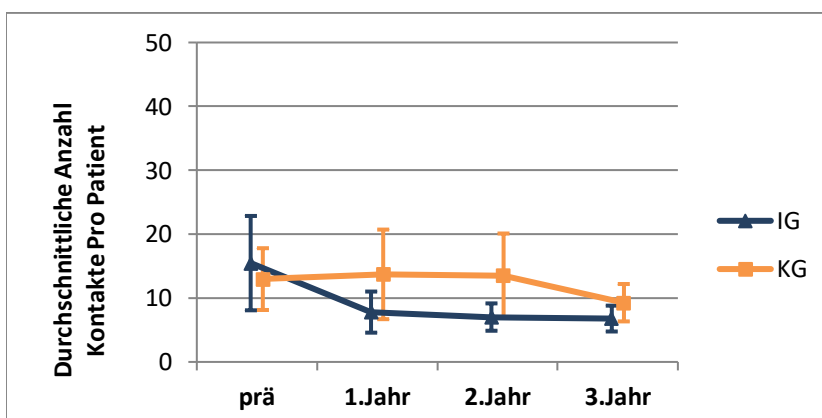


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- 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 linikneue Patienten der IG bei der Betrachtung von 7 und 30 Tagen im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall jeweils eine statistisch signifikant größere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall verglichen mit Patienten der KG (Gruppenschätzer: 7 Tage, 1 Jahr: +3,0; 2. Jahr: +14,3; 30 Tage: 1. Jahr: +3,7; 2. Jahr: +27,0). Bei einer 90-Tage Nachbeobachtung war der Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG erneut statistisch signifikant größer als in der KG (Gruppenschätzer: +3,0). Bei den linikbekannten Patienten gab es hier keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich jeweils ein größerer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: +4,4 %-Punkte; 30 Tage: +10,6 %-Punkte; 90 Tage: +9,9 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG bei 30 und 90 Tagen Nachbeobachtung statistisch signifikant größer als in der KG (30 Tage: +12,6 %-Punkte (DiD = +1,7); 90 Tage: +10,3 %-Punkte (DiD = +1,5)). Im zweiten Jahr nach Referenzfall war der jeweils größere Anteil der IG nicht mehr statistisch signifikant.

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 linikneue Patienten in der IG stets größer als in der KG. Auch bei den linikbekannten Patienten wies die IG stets eine größere Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor auf.

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 <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	98	25	19	13	109	31	19	26
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	13,3 %	32,0 %	42,1 %	7,7 %	6,4 %	9,7 %	15,8 %	7,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,3 %	16,0 %	5,3 %	15,4 %	1,8 %	6,5 %	5,3 %	7,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	37,8 %	40,0 %	42,1 %	76,9 %	45,0 %	32,3 %	36,8 %	42,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,3 %	12,0 %	21,1 %	15,4 %	10,1 %	16,1 %	21,1 %	11,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,0 %	8,0 %	0,0 %	0,0 %	3,7 %	9,7 %	0,0 %	3,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,0 %	0,0 %	5,3 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,6 %	56,0 %	47,4 %	23,1 %	11,0 %	22,6 %	21,1 %	19,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,8 %	20,0 %	21,1 %	23,1 %	42,2 %	38,7 %	36,8 %	46,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	51	14	10	<10	60	22	<10	12

Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,8 %	35,7 %	50,0 %	0,0 %	8,3 %	9,1 %	22,2 %	8,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,6 %	21,4 %	10,0 %	40,0 %	0,0 %	9,1 %	11,1 %	8,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	45,1 %	35,7 %	50,0 %	80,0 %	33,3 %	36,4 %	33,3 %	41,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,8 %	14,3 %	20,0 %	20,0 %	10,0 %	9,1 %	22,2 %	8,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,0 %	14,3 %	0,0 %	0,0 %	3,3 %	13,6 %	0,0 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	10,0 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,3 %	71,4 %	60,0 %	40,0 %	11,7 %	27,3 %	33,3 %	25,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,3 %	7,1 %	10,0 %	20,0 %	50,0 %	36,4 %	44,4 %	41,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	31	<10	<10	<10	32	<10	<10	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	9,7 %	22,2 %	44,4 %	0,0 %	3,1 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	35,5 %	33,3 %	11,1 %	50,0 %	0,0 %	22,2 %	20,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,7 %	33,3 %	55,6 %	75,0 %	31,3 %	44,4 %	40,0 %	60,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,7 %	22,2 %	22,2 %	25,0 %	18,8 %	22,2 %	40,0 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	22,2 %	0,0 %	0,0 %	6,3 %	11,1 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	11,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,2 %	77,8 %	55,6 %	50,0 %	9,4 %	22,2 %	20,0 %	20,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,5 %	0,0 %	11,1 %	25,0 %	50,0 %	22,2 %	40,0 %	40,0 %

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			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	93	21	18	11	97	30	16	25
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,6 %	42,9 %	66,7 %	36,4 %	12,4 %	10,0 %	25,0 %	12,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,7 %	42,9 %	16,7 %	27,3 %	9,3 %	20,0 %	12,5 %	12,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	53,8 %	61,9 %	66,7 %	81,8 %	69,1 %	70,0 %	62,5 %	52,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,0 %	28,6 %	33,3 %	45,5 %	28,9 %	43,3 %	37,5 %	24,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,2 %	9,5 %	11,1 %	9,1 %	4,1 %	16,7 %	0,0 %	8,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	9,5 %	11,1 %	9,1 %	3,1 %	0,0 %	6,3 %	8,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,4 %	81,0 %	88,9 %	63,6 %	21,6 %	40,0 %	37,5 %	28,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	21,5 %	0,0 %	5,6 %	9,1 %	16,5 %	6,7 %	25,0 %	36,0 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	49	13	10	<10	54	21	<10	12
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,4 %	38,5 %	70,0 %	40,0 %	14,8 %	9,5 %	25,0 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	32,7 %	46,2 %	30,0 %	60,0 %	11,1 %	28,6 %	25,0 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	57,1 %	69,2 %	90,0 %	80,0 %	70,4 %	66,7 %	75,0 %	58,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,5 %	30,8 %	30,0 %	60,0 %	33,3 %	38,1 %	25,0 %	25,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,1 %	15,4 %	10,0 %	20,0 %	3,7 %	19,0 %	0,0 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	15,4 %	20,0 %	0,0 %	3,7 %	0,0 %	0,0 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,2 %	84,6 %	100,0 %	100,0 %	25,9 %	47,6 %	50,0 %	41,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11,1 %	9,5 %	12,5 %	25,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	31	<10	<10	<10	28	<10	<10	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	12,9 %	22,2 %	66,7 %	25,0 %	10,7 %	11,1 %	0,0 %	40,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	51,6 %	66,7 %	33,3 %	75,0 %	10,7 %	22,2 %	25,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	54,8 %	66,7 %	88,9 %	75,0 %	64,3 %	77,8 %	100,0 %	60,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	22,6 %	44,4 %	22,2 %	75,0 %	46,4 %	55,6 %	25,0 %	20,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	22,2 %	11,1 %	25,0 %	7,1 %	22,2 %	0,0 %	20,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	22,2 %	22,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,5 %	88,9 %	100,0 %	100,0 %	25,0 %	44,4 %	25,0 %	40,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	22,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10,7 %	0,0 %	0,0 %	40,0 %

--	--	--	--	--	--	--	--	--

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	79	19	15	11	88	28	15	20
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,8 %	47,4 %	66,7 %	36,4 %	14,8 %	14,3 %	26,7 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	30,4 %	42,1 %	20,0 %	36,4 %	18,2 %	39,3 %	20,0 %	15,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,0 %	94,7 %	93,3 %	90,9 %	85,2 %	92,9 %	93,3 %	70,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,0 %	47,4 %	60,0 %	63,6 %	48,9 %	71,4 %	40,0 %	40,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,9 %	10,5 %	20,0 %	9,1 %	6,8 %	17,9 %	0,0 %	15,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,1 %	10,5 %	20,0 %	18,2 %	6,8 %	0,0 %	13,3 %	10,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,5 %	78,9 %	93,3 %	63,6 %	33,0 %	60,7 %	46,7 %	45,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,3 %	0,0 %	0,0 %	9,1 %	4,5 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	40	11	<10	<10	48	19	<10	12
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,5 %	36,4 %	57,1 %	40,0 %	16,7 %	10,5 %	25,0 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	45,0 %	45,5 %	42,9 %	80,0 %	20,8 %	52,6 %	37,5 %	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	82,5 %	100,0 %	85,7 %	100,0 %	83,3 %	94,7 %	87,5 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	60,0 %	54,5 %	57,1 %	80,0 %	47,9 %	63,2 %	25,0 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,5 %	18,2 %	14,3 %	20,0 %	8,3 %	21,1 %	0,0 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	18,2 %	14,3 %	20,0 %	8,3 %	0,0 %	12,5 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,5 %	81,8 %	100,0 %	100,0 %	37,5 %	73,7 %	62,5 %	50,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,3 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	25	<10	<10	<10	22	<10	<10	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,0 %	14,3 %	50,0 %	25,0 %	13,6 %	12,5 %	0,0 %	40,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	68,0 %	71,4 %	50,0 %	75,0 %	27,3 %	37,5 %	50,0 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	76,0 %	100,0 %	83,3 %	100,0 %	77,3 %	100,0 %	100,0 %	60,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	60,0 %	71,4 %	50,0 %	75,0 %	63,6 %	62,5 %	25,0 %	60,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	28,6 %	16,7 %	25,0 %	9,1 %	25,0 %	0,0 %	20,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,0 %	28,6 %	16,7 %	25,0 %	4,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	88,0 %	85,7 %	100,0 %	100,0 %	45,5 %	62,5 %	50,0 %	60,0 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	9,1 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %
----------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Klinikbekannte Patienten
A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	105	54	52	48	113	77	65	73
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	23,8 %	18,5 %	23,1 %	33,3 %	21,2 %	31,2 %	29,2 %	17,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,5 %	5,6 %	5,8 %	2,1 %	8,8 %	7,8 %	4,6 %	5,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	33,3 %	25,9 %	19,2 %	27,1 %	54,9 %	40,3 %	47,7 %	38,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,6 %	7,4 %	11,5 %	8,3 %	13,3 %	1,3 %	3,1 %	13,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,0 %	1,9 %	1,9 %	0,0 %	4,4 %	5,2 %	0,0 %	6,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,4 %	25,9 %	28,8 %	35,4 %	30,1 %	37,7 %	33,8 %	23,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	43,8 %	55,6 %	61,5 %	43,8 %	32,7 %	33,8 %	33,8 %	42,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	85	40	38	43	103	72	64	68
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	28,2 %	22,5 %	23,7 %	32,6 %	23,3 %	31,9 %	29,7 %	19,1 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,6 %	7,5 %	7,9 %	2,3 %	9,7 %	6,9 %	4,7 %	5,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,3 %	25,0 %	23,7 %	27,9 %	56,3 %	40,3 %	46,9 %	39,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,2 %	10,0 %	13,2 %	7,0 %	14,6 %	1,4 %	3,1 %	13,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,2 %	2,5 %	2,6 %	0,0 %	4,9 %	5,6 %	0,0 %	7,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,6 %	30,0 %	31,6 %	34,9 %	33,0 %	38,9 %	34,4 %	25,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,8 %	52,5 %	55,3 %	44,2 %	30,1 %	33,3 %	34,4 %	39,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	50	28	30	27	77	66	57	62
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	24,0 %	25,0 %	26,7 %	40,7 %	26,0 %	33,3 %	29,8 %	19,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,0 %	10,7 %	10,0 %	0,0 %	11,7 %	7,6 %	5,3 %	3,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,0 %	32,1 %	30,0 %	37,0 %	53,2 %	37,9 %	43,9 %	41,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,0 %	10,7 %	16,7 %	7,4 %	16,9 %	1,5 %	3,5 %	14,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,0 %	3,6 %	3,3 %	0,0 %	6,5 %	6,1 %	0,0 %	8,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,0 %	35,7 %	36,7 %	40,7 %	37,7 %	40,9 %	35,1 %	22,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,0 %	46,4 %	46,7 %	37,0 %	28,6 %	33,3 %	36,8 %	38,7 %

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			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	94	45	45	45	93	63	50	53
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	42,6 %	40,0 %	46,7 %	55,6 %	36,6 %	47,6 %	46,0 %	45,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,0 %	8,9 %	13,3 %	11,1 %	24,7 %	15,9 %	18,0 %	9,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	55,3 %	55,6 %	37,8 %	62,2 %	76,3 %	66,7 %	64,0 %	66,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	31,9 %	24,4 %	24,4 %	22,2 %	29,0 %	22,2 %	28,0 %	30,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,1 %	2,2 %	2,2 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	2,0 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	11,1 %	4,4 %	2,2 %	9,7 %	7,9 %	6,0 %	9,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,4 %	51,1 %	57,8 %	64,4 %	54,8 %	58,7 %	66,0 %	54,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	22,3 %	20,0 %	28,9 %	11,1 %	14,0 %	7,9 %	14,0 %	17,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	77	35	34	41	85	58	49	49
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	48,1 %	48,6 %	50,0 %	56,1 %	40,0 %	50,0 %	46,9 %	49,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,8 %	8,6 %	14,7 %	12,2 %	27,1 %	15,5 %	18,4 %	10,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	58,4 %	51,4 %	38,2 %	61,0 %	78,8 %	65,5 %	63,3 %	69,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,8 %	28,6 %	29,4 %	22,0 %	31,8 %	20,7 %	26,5 %	30,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %	2,0 %	2,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,2 %	8,6 %	2,9 %	2,4 %	10,6 %	5,2 %	6,1 %	10,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,6 %	57,1 %	61,8 %	65,9 %	60,0 %	62,1 %	67,3 %	59,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,9 %	20,0 %	26,5 %	12,2 %	10,6 %	8,6 %	14,3 %	12,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	44	25	26	25	62	52	43	44
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	54,5 %	52,0 %	53,8 %	68,0 %	45,2 %	53,8 %	48,8 %	50,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,5 %	12,0 %	19,2 %	8,0 %	29,0 %	15,4 %	20,9 %	6,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	65,9 %	52,0 %	50,0 %	76,0 %	77,4 %	63,5 %	62,8 %	70,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	38,6 %	32,0 %	34,6 %	24,0 %	38,7 %	23,1 %	27,9 %	31,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,3 %	2,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	8,0 %	3,8 %	4,0 %	14,5 %	5,8 %	7,0 %	11,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,2 %	64,0 %	69,2 %	72,0 %	67,7 %	65,4 %	72,1 %	56,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,4 %	16,0 %	15,4 %	12,0 %	9,7 %	7,7 %	14,0 %	11,4 %

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	67	29	32	38	65	43	33	38
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	47,8 %	48,3 %	56,3 %	60,5 %	40,0 %	58,1 %	57,6 %	47,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,4 %	17,2 %	12,5 %	15,8 %	35,4 %	27,9 %	24,2 %	26,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,6 %	82,8 %	78,1 %	84,2 %	90,8 %	83,7 %	87,9 %	89,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,2 %	55,2 %	46,9 %	47,4 %	52,3 %	44,2 %	42,4 %	47,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,0 %	3,4 %	3,1 %	5,3 %	6,2 %	0,0 %	3,0 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,9 %	17,2 %	12,5 %	7,9 %	13,8 %	11,6 %	6,1 %	10,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,1 %	65,5 %	65,6 %	73,7 %	66,2 %	81,4 %	81,8 %	73,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,0 %	6,9 %	9,4 %	5,3 %	6,2 %	2,3 %	3,0 %	5,3 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	53	23	26	35	60	40	32	35
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	52,8 %	56,5 %	65,4 %	60,0 %	43,3 %	60,0 %	59,4 %	51,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	32,1 %	17,4 %	15,4 %	14,3 %	38,3 %	27,5 %	25,0 %	28,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,0 %	87,0 %	76,9 %	82,9 %	91,7 %	85,0 %	87,5 %	91,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	60,4 %	56,5 %	53,8 %	48,6 %	55,0 %	45,0 %	40,6 %	48,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,7 %	6,7 %	0,0 %	3,1 %	5,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	17,0 %	17,4 %	15,4 %	5,7 %	13,3 %	10,0 %	3,1 %	8,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,4 %	69,6 %	76,9 %	71,4 %	71,7 %	85,0 %	84,4 %	80,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,8 %	4,3 %	7,7 %	5,7 %	5,0 %	2,5 %	3,1 %	2,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	31	15	19	20	40	36	27	31
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	58,1 %	60,0 %	68,4 %	70,0 %	50,0 %	61,1 %	63,0 %	51,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	38,7 %	26,7 %	21,1 %	5,0 %	37,5 %	25,0 %	25,9 %	25,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	96,8 %	93,3 %	89,5 %	90,0 %	90,0 %	83,3 %	85,2 %	93,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	67,7 %	60,0 %	57,9 %	50,0 %	65,0 %	47,2 %	40,7 %	51,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,0 %	0,0 %	3,7 %	6,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,6 %	13,3 %	15,8 %	10,0 %	20,0 %	11,1 %	3,7 %	9,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	83,9 %	80,0 %	84,2 %	75,0 %	77,5 %	83,3 %	88,9 %	77,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,0 %	5,0 %	2,8 %	3,7 %	3,2 %



¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Klinikneue Patienten

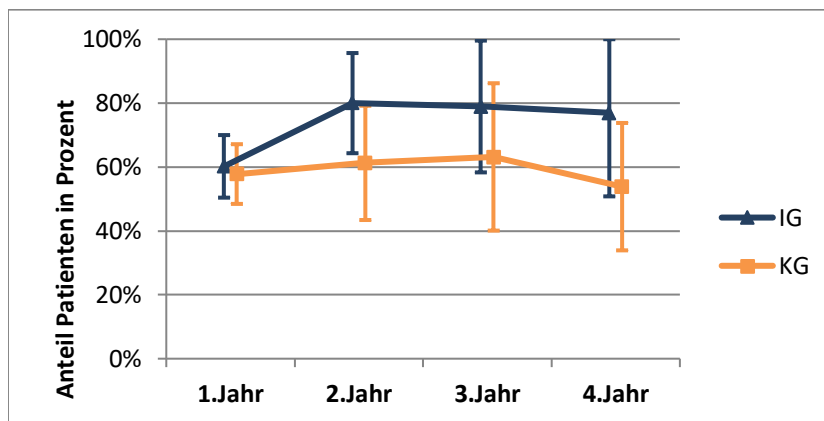
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

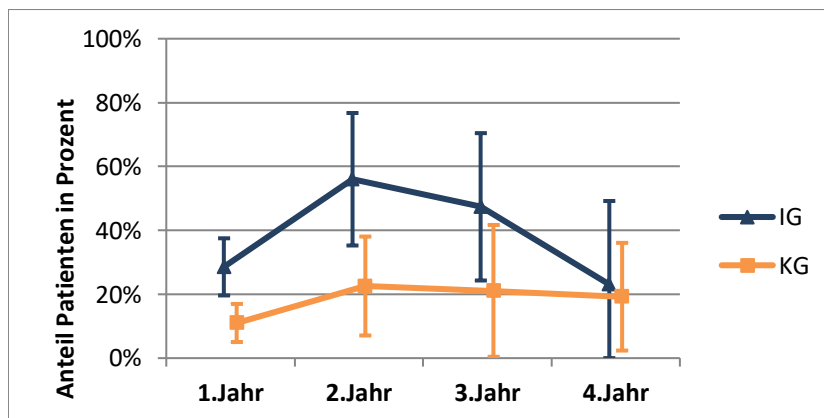
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



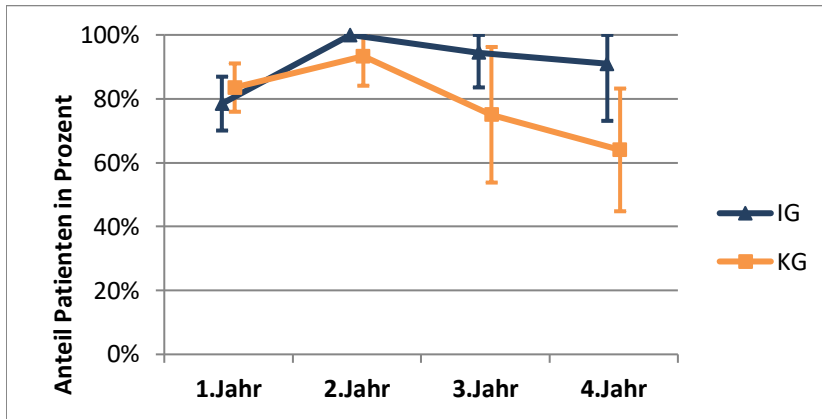
- Alle (psychiatrischer Sektor)



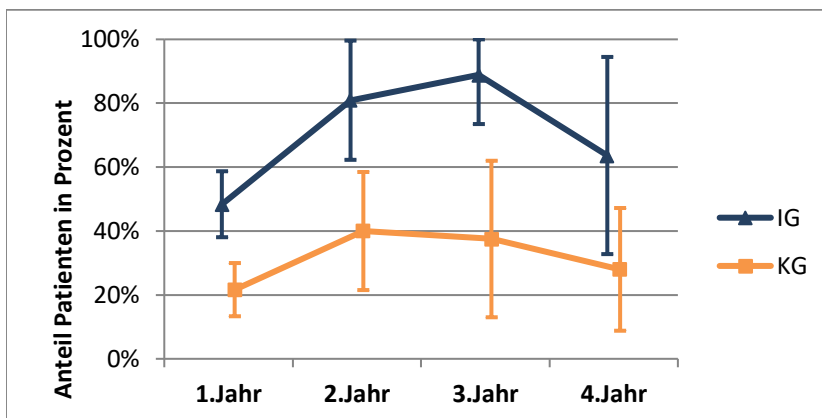
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



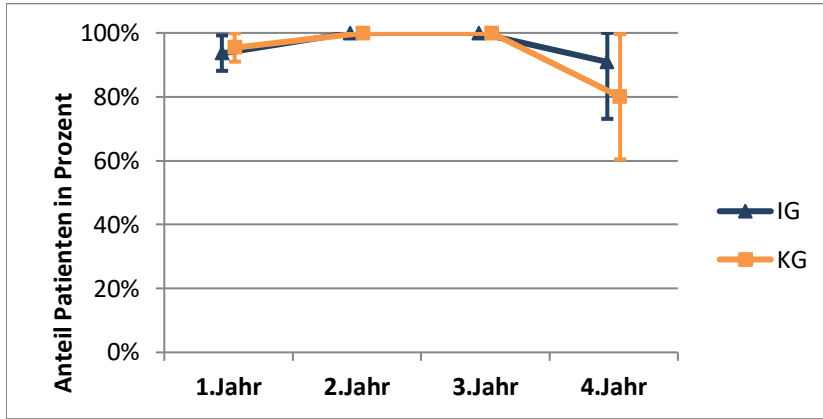
- Alle (psychiatrischer Sektor)



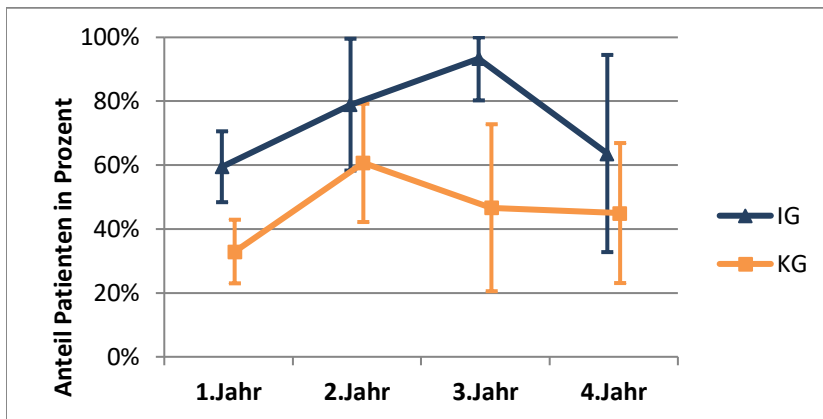
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Klinikbekannte Patienten

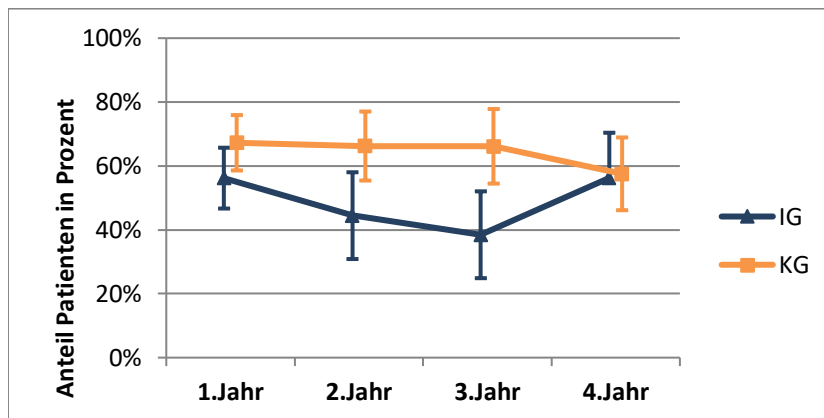
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

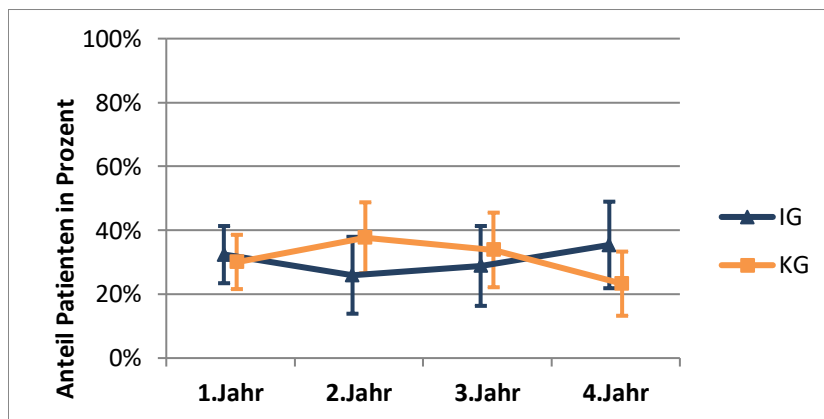
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



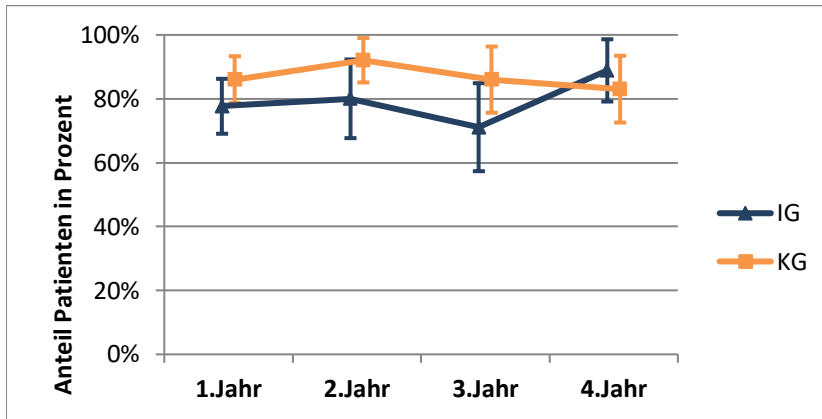
- Alle (psychiatrischer Sektor)



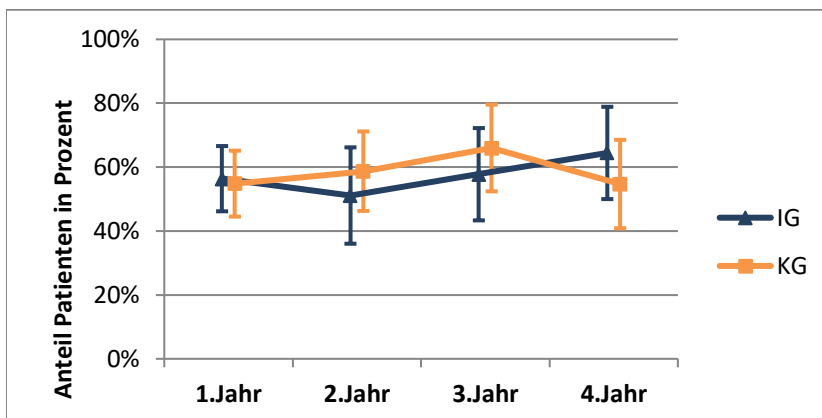
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



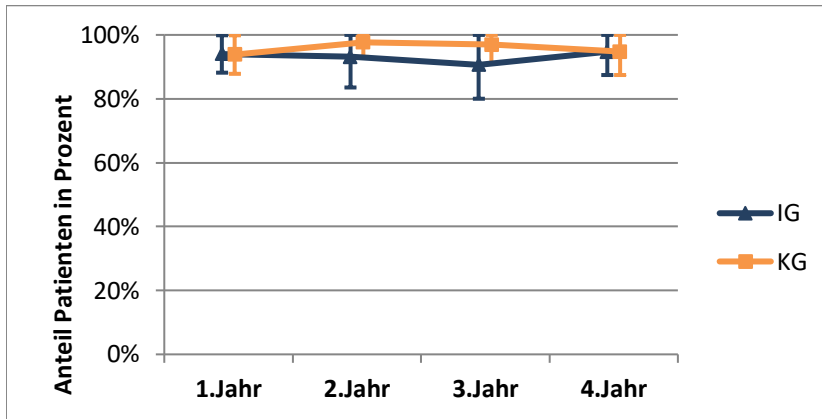
- Alle (psychiatrischer Sektor)



Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

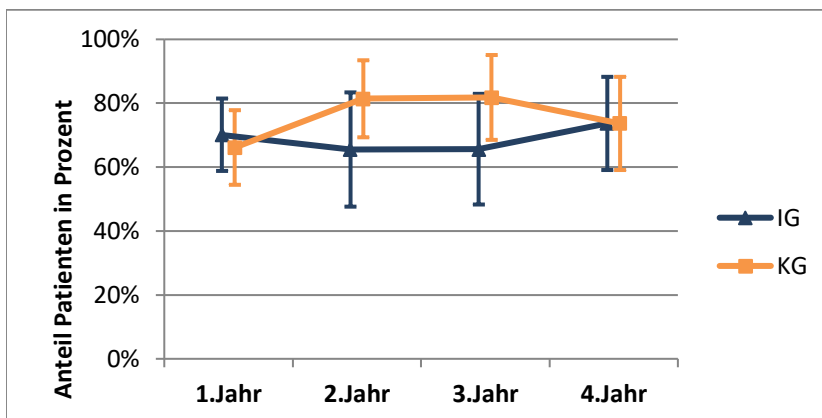


Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	2,98** 1,37...6,50	3,65*** 1,82...7,32	2,97** 1,46...6,04
Gruppe Jahr 2	14,31** 2,01...102,11	27,03** 2,54...288,15	4,47 0,79...25,30
Gruppe Jahr 3	6,49 0,37...113,67	46,75 0,24...INF	42,27 0,54...INF
Gruppe Jahr 4	0,80 0,12...5,29	6,25 0,40...96,44	2,01 0,18...22,85

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	1,38 0,71...2,67	1,36 0,65...2,81	1,74 0,73...4,14
Gruppe Jahr 2	0,80 0,31...2,07	1,24 0,44...3,45	0,40 0,07...2,24
Gruppe Jahr 3	0,95 0,35...2,55	1,53 0,48...4,87	0,37 0,06...2,38
Gruppe Jahr 4	2,30 0,89...5,93	2,12 0,80...5,59	1,11 0,36...3,44

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.022	1.258
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	10,8 %	7,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,8 %	7,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	42,2 %	46,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,1 %	11,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,5 %	2,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,5 %	17,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,8 %	40,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	486	628
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	11,5 %	8,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,0 %	11,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	44,7 %	45,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,4 %	12,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,5 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,2 %	21,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,2 %	37,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	232	285
Schwere psychische Erkrankungen (B)		

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	11,2 %	4,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,8 %	15,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	43,1 %	41,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,1 %	13,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,3 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	1,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,5 %	21,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,8 %	40,4 %

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	938	1.146
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	23,9 %	13,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,1 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,0 %	72,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	23,1 %	29,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,7 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,8 %	32,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,9 %	16,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	441	571
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	24,5 %	14,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,6 %	22,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	72,1 %	75,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,2 %	34,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	6,3 %	6,7 %
	3,4 %	7,2 %
	51,5 %	39,4 %
	12,2 %	11,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	201	261
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	22,9 %	8,4 %
	34,8 %	28,4 %
	71,1 %	76,2 %
	27,9 %	36,8 %
	5,5 %	5,0 %
	5,0 %	5,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,2 %	37,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,9 %	11,1 %

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 <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	830	1.015
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	29,3 %	16,3 %
	23,5 %	26,0 %
	85,7 %	87,5 %
	45,9 %	50,3 %
	6,3 %	7,4 %
	8,1 %	10,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,7 %	43,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,1 %	6,6 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	384	492
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	30,5 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	32,6 %	33,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,8 %	90,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,1 %	54,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,4 %	9,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,5 %	11,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,1 %	52,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,6 %	3,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	179	225
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	29,1 %	11,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	43,6 %	42,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	89,9 %	91,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,1 %	56,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,9 %	8,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,1 %	8,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,9 %	53,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,6 %	4,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

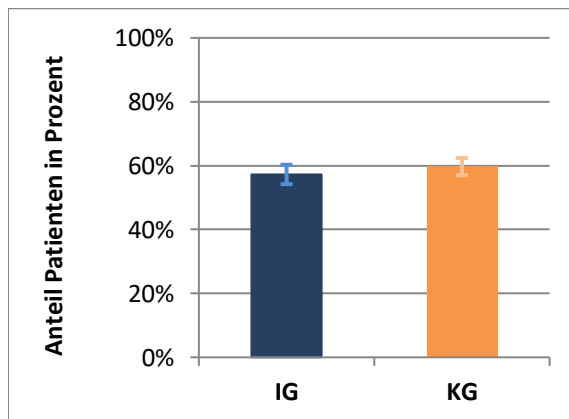
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

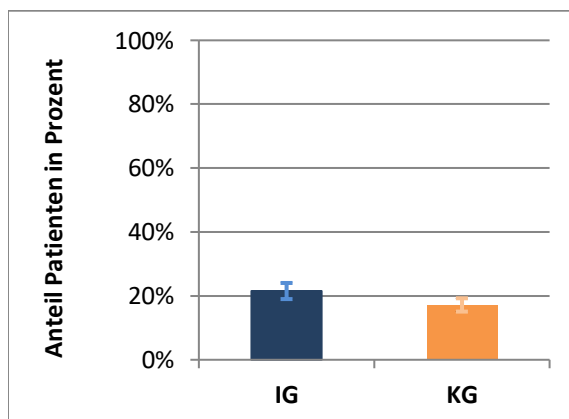
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

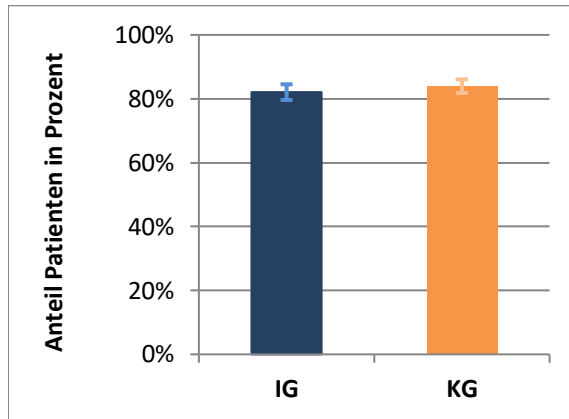
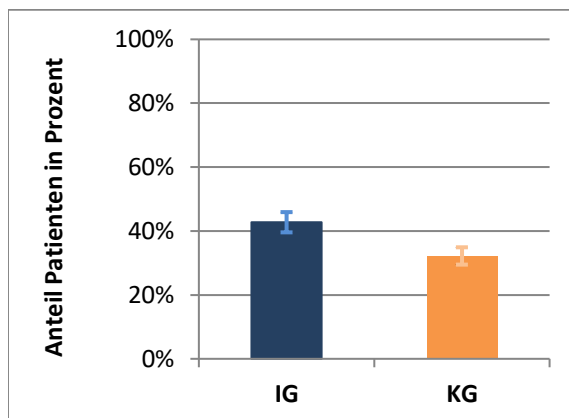
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

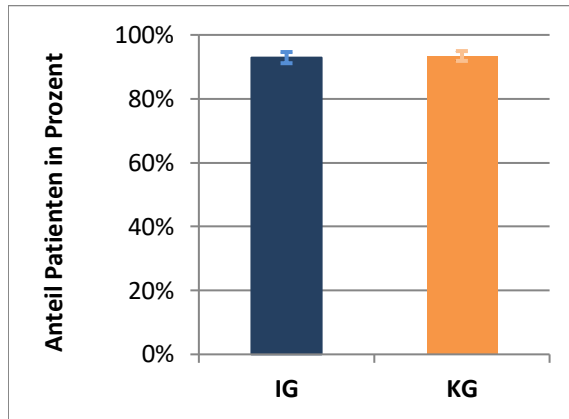
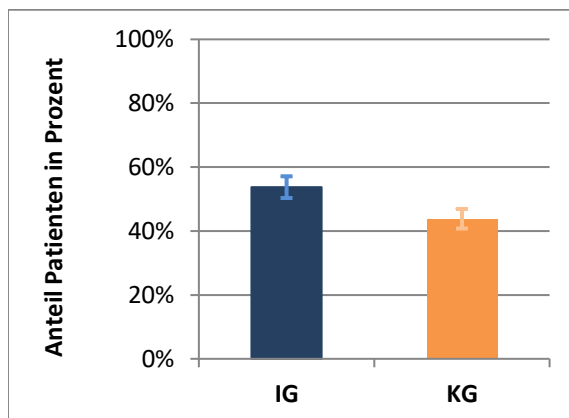
- Alle



- 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 <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	724	202	882	203
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	10,4 %	15,8 %	7,6 %	7,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,1 %	11,4 %	7,5 %	11,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	42,0 %	37,6 %	46,5 %	33,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,8 %	9,4 %	10,3 %	9,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,5 %	3,0 %	2,6 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,1 %	1,5 %	2,3 %	3,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,3 %	29,2 %	17,2 %	20,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	43,4 %	39,1 %	40,5 %	46,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	352	117	426	104
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	11,1 %	13,7 %	8,5 %	7,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,9 %	13,7 %	11,3 %	14,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	44,3 %	41,0 %	44,1 %	35,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,0 %	9,4 %	12,2 %	7,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,3 %	2,6 %	2,8 %	3,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,8 %	1,7 %	2,3 %	1,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,1 %	29,9 %	22,3 %	25,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,1 %	35,0 %	38,3 %	44,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	179	63	199	47
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	11,2 %	11,1 %	4,5 %	6,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,7 %	20,6 %	14,1 %	23,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	41,9 %	34,9 %	37,2 %	36,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,5 %	6,3 %	13,1 %	10,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,6 %	3,2 %	2,5 %	2,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	0,0 %	0,0 %	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,3 %	34,9 %	21,1 %	29,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,9 %	34,9 %	43,2 %	36,2 %

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	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	663	165	795	179
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	23,2 %	31,5 %	12,5 %	16,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,7 %	18,8 %	15,8 %	19,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,2 %	66,1 %	72,2 %	59,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	23,7 %	24,2 %	29,6 %	27,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,6 %	4,2 %	5,4 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,5 %	6,1 %	5,7 %	7,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,1 %	49,1 %	30,6 %	38,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,7 %	15,8 %	16,9 %	19,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	315	94	380	94
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	24,1 %	29,8 %	13,2 %	18,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	26,0 %	23,4 %	23,2 %	23,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,1 %	68,1 %	74,2 %	57,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,3 %	26,6 %	35,3 %	27,7 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	6,3 %	4,3 %	7,1 %	10,6 %
	4,1 %	8,5 %	7,4 %	7,4 %
	52,7 %	53,2 %	38,7 %	45,7 %
	13,3 %	12,8 %	11,8 %	17,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	152	48	177	43
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	23,0 %	29,2 %	7,3 %	18,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	35,5 %	33,3 %	26,6 %	30,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	69,1 %	66,7 %	72,3 %	60,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,6 %	27,1 %	39,0 %	32,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,6 %	4,2 %	5,6 %	4,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,6 %	10,4 %	4,0 %	7,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,6 %	60,4 %	36,2 %	48,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,5 %	10,4 %	13,0 %	11,6 %

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	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
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	588	134	706	146
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,2 %	42,5 %	15,9 %	26,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,3 %	24,6 %	26,2 %	28,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,7 %	85,1 %	87,0 %	82,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	45,6 %	44,0 %	50,1 %	45,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,5 %	7,5 %	7,1 %	11,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,7 %	9,0 %	9,5 %	13,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,7 %	63,4 %	43,5 %	54,1 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	7,0 %	7,5 %	7,6 %	6,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	270	75	331	78
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,9 %	38,7 %	15,4 %	26,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,0 %	29,3 %	35,6 %	35,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	89,3 %	85,3 %	90,0 %	84,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,7 %	52,0 %	54,4 %	46,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,7 %	5,3 %	9,4 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,0 %	10,7 %	11,8 %	14,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	65,6 %	65,3 %	52,6 %	62,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,3 %	6,7 %	4,5 %	3,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	135	34	155	38
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,1 %	35,3 %	11,6 %	23,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	43,0 %	44,1 %	44,5 %	39,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,9 %	85,3 %	90,3 %	86,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	55,6 %	58,8 %	58,1 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,1 %	5,9 %	7,1 %	10,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,1 %	11,8 %	5,8 %	18,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,1 %	76,5 %	55,5 %	60,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,7 %	2,9 %	4,5 %	2,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

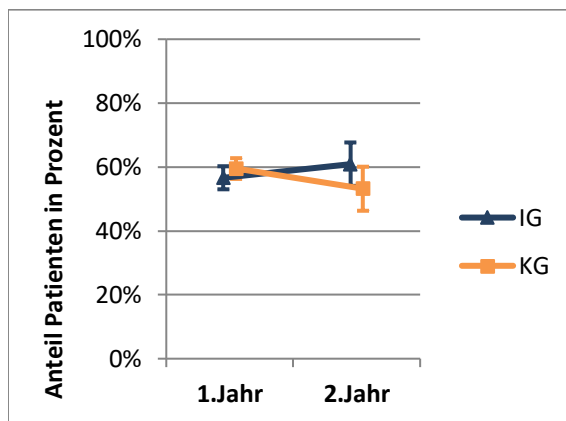
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie

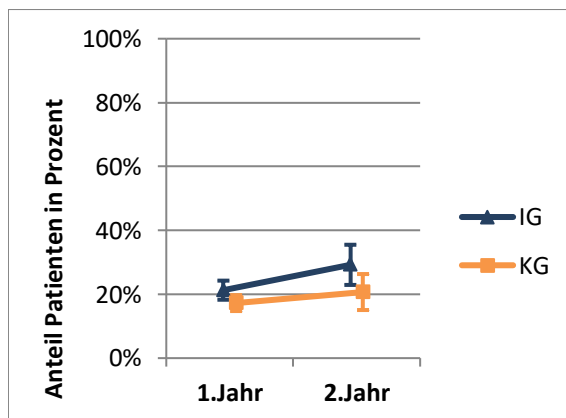
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



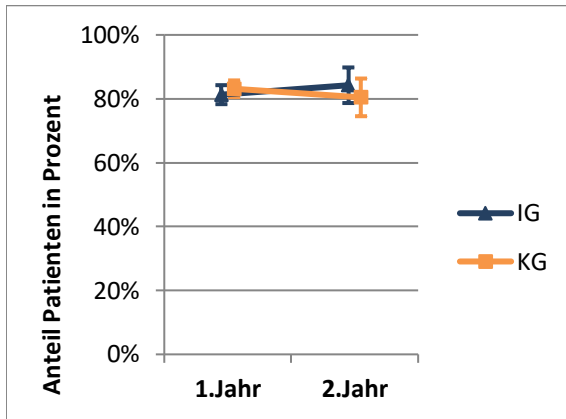
- Alle (psychiatrischer Sektor)



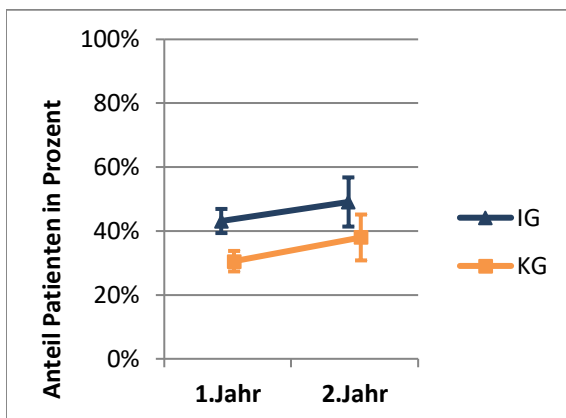
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



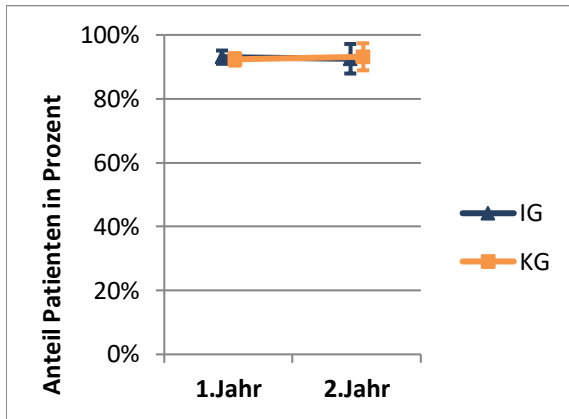
- Alle (psychiatrischer Sektor)



Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

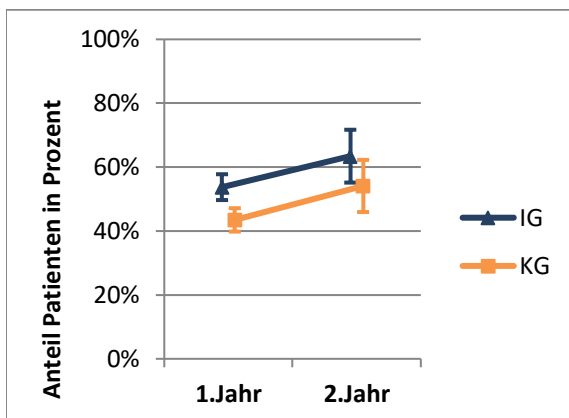


Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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	1,27 0,98...1,64	1,70*** 1,36...2,13	1,50** 1,20...1,90
Gruppe Jahr 2	1,47 0,91...2,38	1,41 0,89...2,21	1,40 0,85...2,32

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		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	428	122	108	548	140	120
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	11,4 %	16,4 %	20,4 %	6,8 %	7,9 %	12,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,9 %	12,3 %	14,8 %	7,3 %	11,4 %	5,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	41,4 %	36,9 %	38,9 %	46,2 %	32,1 %	39,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,0 %	11,5 %	14,8 %	9,5 %	8,6 %	10,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,7 %	3,3 %	0,9 %	3,3 %	3,6 %	0,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,4 %	0,0 %	2,8 %	2,6 %	2,9 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,8 %	32,0 %	35,2 %	16,8 %	22,1 %	18,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,8 %	37,7 %	32,4 %	40,0 %	47,1 %	41,7 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	218	80	70	280	85	67
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	11,5 %	15,0 %	24,3 %	7,5 %	8,2 %	17,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,8 %	12,5 %	18,6 %	9,3 %	16,5 %	10,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	44,5 %	42,5 %	40,0 %	41,4 %	34,1 %	35,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,1 %	12,5 %	17,1 %	10,4 %	7,1 %	10,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,9 %	3,8 %	1,4 %	3,2 %	4,7 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,9 %	0,0 %	2,9 %	2,5 %	2,4 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,8 %	31,3 %	42,9 %	20,0 %	28,2 %	26,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,0 %	33,8 %	24,3 %	41,4 %	43,5 %	41,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	125	47	45	138	39	42
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	12,0 %	12,8 %	28,9 %	4,3 %	7,7 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,2 %	17,0 %	22,2 %	12,3 %	25,6 %	11,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	41,6 %	34,0 %	44,4 %	33,3 %	35,9 %	33,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,4 %	6,4 %	11,1 %	10,1 %	7,7 %	11,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	4,3 %	2,2 %	2,9 %	2,6 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,8 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %	5,1 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,2 %	34,0 %	51,1 %	19,6 %	33,3 %	26,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,4 %	38,3 %	22,2 %	47,8 %	35,9 %	40,5 %

--	--	--	--	--	--	--

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		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	385	99	97	492	122	105
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,2 %	31,3 %	34,0 %	11,8 %	15,6 %	20,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,6 %	20,2 %	23,7 %	15,0 %	19,7 %	16,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,9 %	60,6 %	63,9 %	70,7 %	60,7 %	63,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,2 %	29,3 %	23,7 %	29,7 %	27,9 %	23,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,6 %	4,0 %	3,1 %	5,5 %	9,8 %	4,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	2,0 %	7,2 %	5,9 %	4,9 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,3 %	50,5 %	57,7 %	29,5 %	40,2 %	36,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	19,5 %	16,2 %	16,5 %	16,5 %	18,9 %	20,0 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	189	63	62	248	75	60
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	25,4 %	27,0 %	40,3 %	12,1 %	14,7 %	18,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,8 %	20,6 %	29,0 %	19,8 %	25,3 %	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	69,3 %	66,7 %	71,0 %	71,0 %	58,7 %	61,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,6 %	30,2 %	25,8 %	33,1 %	24,0 %	18,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,8 %	4,8 %	3,2 %	6,5 %	13,3 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	3,2 %	9,7 %	8,5 %	6,7 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,3 %	49,2 %	67,7 %	35,1 %	46,7 %	43,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,8 %	14,3 %	9,7 %	13,3 %	17,3 %	20,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	101	35	39	122	35	37
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,8 %	28,6 %	41,0 %	7,4 %	14,3 %	10,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	32,7 %	28,6 %	35,9 %	23,8 %	31,4 %	27,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,3 %	62,9 %	79,5 %	68,9 %	60,0 %	59,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,7 %	22,9 %	15,4 %	33,6 %	25,7 %	13,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,0 %	5,7 %	5,1 %	5,7 %	5,7 %	5,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,0 %	5,7 %	7,7 %	5,7 %	8,6 %	10,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,4 %	57,1 %	74,4 %	35,2 %	48,6 %	37,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,9 %	14,3 %	5,1 %	14,8 %	14,3 %	18,9 %

--	--	--	--	--	--	--

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	341	86	80	439	104	81
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,2 %	41,9 %	42,5 %	15,5 %	26,0 %	22,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,0 %	24,4 %	23,8 %	25,5 %	29,8 %	30,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,0 %	82,6 %	86,3 %	87,5 %	85,6 %	87,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,8 %	45,3 %	43,8 %	49,4 %	46,2 %	44,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,2 %	7,0 %	8,8 %	6,8 %	14,4 %	8,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,3 %	7,0 %	16,3 %	9,8 %	12,5 %	7,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,3 %	62,8 %	65,0 %	42,6 %	58,7 %	50,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,5 %	9,3 %	6,3 %	7,1 %	5,8 %	4,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	161	52	48	214	63	44
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	31,7 %	38,5 %	43,8 %	15,0 %	23,8 %	20,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,2 %	25,0 %	31,3 %	33,2 %	36,5 %	43,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,7 %	86,5 %	87,5 %	88,3 %	87,3 %	84,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	54,7 %	50,0 %	50,0 %	51,4 %	46,0 %	38,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,3 %	5,8 %	10,4 %	7,9 %	20,6 %	6,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	9,6 %	18,8 %	12,1 %	12,7 %	9,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,6 %	63,5 %	72,9 %	49,5 %	65,1 %	59,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,3 %	7,7 %	4,2 %	5,6 %	3,2 %	6,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	88	25	30	102	31	24
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	31,8 %	36,0 %	46,7 %	10,8 %	19,4 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	39,8 %	40,0 %	33,3 %	42,2 %	38,7 %	41,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	86,4 %	84,0 %	90,0 %	88,2 %	83,9 %	79,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,0 %	48,0 %	43,3 %	53,9 %	45,2 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,7 %	8,0 %	6,7 %	6,9 %	12,9 %	4,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	12,0 %	16,7 %	5,9 %	19,4 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,7 %	76,0 %	73,3 %	54,9 %	61,3 %	50,0 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	1,1 %	4,0 %	0,0 %	5,9 %	3,2 %	12,5 %
----------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

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		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	544	304	259	915	371	340
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	18,0 %	20,4 %	20,5 %	8,9 %	11,9 %	13,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,5 %	7,6 %	6,2 %	12,2 %	10,8 %	12,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,8 %	33,2 %	30,1 %	40,9 %	34,5 %	42,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,1 %	8,2 %	9,7 %	9,4 %	6,5 %	6,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,2 %	0,3 %	0,8 %	2,3 %	1,6 %	0,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,8 %	3,6 %	3,1 %	4,4 %	4,9 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,2 %	27,3 %	27,0 %	21,5 %	23,2 %	25,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,3 %	47,0 %	47,9 %	44,0 %	45,3 %	39,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	441	247	220	705	297	286
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	20,4 %	22,3 %	20,5 %	9,6 %	12,1 %	14,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	8,2 %	6,9 %	7,3 %	14,6 %	11,1 %	13,6 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 7 Tagen 	37,0 %	36,4 %	33,2 %	43,1 %	36,0 %	43,7 %
	8,2 %	8,9 %	10,5 %	10,6 %	6,1 %	5,9 %
	0,2 %	0,0 %	0,9 %	2,7 %	1,7 %	0,7 %
	2,3 %	2,8 %	3,6 %	5,0 %	5,4 %	3,1 %
	28,1 %	27,9 %	28,2 %	24,7 %	24,2 %	26,9 %
	42,4 %	44,9 %	44,1 %	39,7 %	43,1 %	37,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	237	139	130	435	198	207
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	25,3 %	25,9 %	23,8 %	9,4 %	14,1 %	15,0 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 7 Tagen 	9,7 %	10,1 %	8,5 %	19,1 %	13,1 %	15,9 %
	37,1 %	41,0 %	41,5 %	46,2 %	39,9 %	42,5 %
	9,3 %	11,5 %	11,5 %	11,3 %	6,6 %	6,8 %
	0,0 %	0,0 %	0,8 %	3,2 %	1,5 %	1,0 %
	2,5 %	3,6 %	3,8 %	3,4 %	4,5 %	3,4 %
	34,2 %	33,8 %	32,3 %	29,4 %	28,3 %	30,0 %
	36,7 %	36,0 %	38,5 %	36,6 %	38,4 %	35,7 %

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		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	477	241	222	792	308	284
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	38,4 %	42,3 %	41,9 %	17,0 %	22,4 %	26,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,4 %	11,2 %	13,1 %	23,5 %	20,8 %	24,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	63,1 %	63,5 %	58,6 %	65,8 %	64,6 %	69,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	23,1 %	22,4 %	23,0 %	25,8 %	20,5 %	25,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,0 %	0,4 %	1,4 %	4,0 %	2,6 %	3,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,7 %	7,9 %	6,8 %	7,7 %	8,8 %	7,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,1 %	52,7 %	53,6 %	39,6 %	42,2 %	48,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	19,9 %	18,3 %	20,7 %	20,1 %	17,9 %	15,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	390	200	191	596	241	236
Schwere psychische Erkrankungen (A)						

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	41,3 %	46,5 %	43,5 %	18,3 %	24,1 %	28,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,9 %	10,5 %	14,1 %	28,0 %	23,2 %	25,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,4 %	67,0 %	61,3 %	68,6 %	66,0 %	72,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	24,1 %	25,0 %	25,1 %	28,4 %	19,9 %	26,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,8 %	0,0 %	1,0 %	5,0 %	2,9 %	3,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,1 %	7,0 %	6,8 %	8,4 %	8,3 %	6,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,8 %	55,5 %	56,0 %	45,1 %	46,9 %	51,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,4 %	15,5 %	17,8 %	15,3 %	17,0 %	11,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	209	122	112	366	163	169
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	47,4 %	52,5 %	49,1 %	18,0 %	26,4 %	29,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,2 %	13,9 %	18,8 %	35,0 %	28,2 %	29,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,5 %	66,4 %	63,4 %	73,2 %	66,9 %	71,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,3 %	28,7 %	25,9 %	31,1 %	21,5 %	32,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,5 %	0,0 %	0,9 %	5,7 %	2,5 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,2 %	7,4 %	7,1 %	6,8 %	8,6 %	7,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,8 %	63,9 %	64,3 %	51,9 %	52,8 %	56,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,9 %	13,1 %	16,1 %	12,0 %	13,5 %	9,5 %

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		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	354	154	166	647	217	192
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	48,0 %	55,2 %	54,8 %	22,3 %	30,0 %	33,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,4 %	14,3 %	12,7 %	32,9 %	31,8 %	37,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	89,0 %	89,0 %	80,1 %	83,0 %	82,9 %	88,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	43,2 %	40,9 %	41,0 %	45,6 %	41,5 %	39,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,5 %	1,3 %	4,2 %	5,6 %	3,2 %	5,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,7 %	11,7 %	14,5 %	14,8 %	14,7 %	12,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,3 %	67,5 %	66,3 %	51,8 %	58,5 %	65,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,0 %	3,9 %	7,8 %	8,2 %	7,8 %	5,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	287	129	145	476	176	161

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	50,2 %	58,9 %	57,9 %	24,8 %	31,3 %	34,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,2 %	14,0 %	13,8 %	38,0 %	36,4 %	39,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	90,6 %	91,5 %	83,4 %	85,9 %	83,5 %	90,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	44,9 %	41,1 %	45,5 %	47,3 %	40,9 %	41,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,1 %	0,8 %	4,1 %	7,1 %	3,4 %	6,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,9 %	10,9 %	14,5 %	14,3 %	14,8 %	11,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,9 %	69,8 %	70,3 %	58,6 %	64,8 %	66,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,8 %	3,1 %	5,5 %	5,3 %	7,4 %	4,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	155	85	82	279	122	112
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	56,1 %	67,1 %	65,9 %	23,3 %	33,6 %	36,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,2 %	17,6 %	18,3 %	46,6 %	43,4 %	45,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	93,5 %	91,8 %	86,6 %	88,5 %	84,4 %	92,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,3 %	42,4 %	45,1 %	49,8 %	42,6 %	49,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,3 %	1,2 %	3,7 %	9,0 %	4,1 %	6,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,8 %	9,4 %	15,9 %	15,4 %	12,3 %	13,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,8 %	80,0 %	79,3 %	65,2 %	73,0 %	73,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,9 %	1,2 %	2,4 %	2,9 %	6,6 %	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

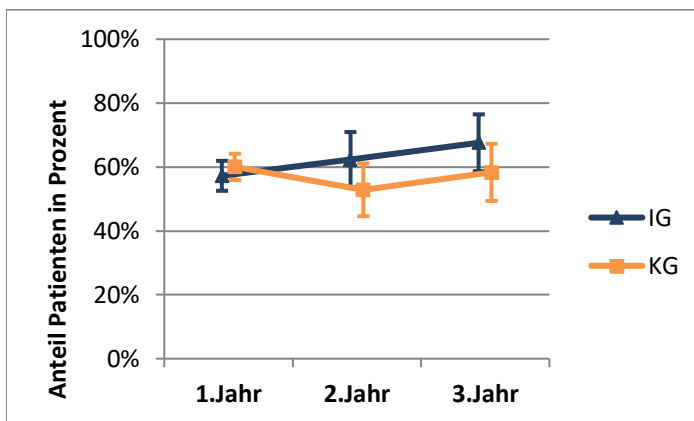
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

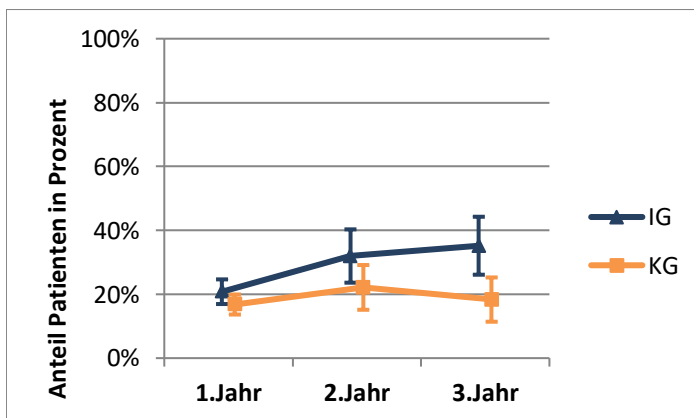
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



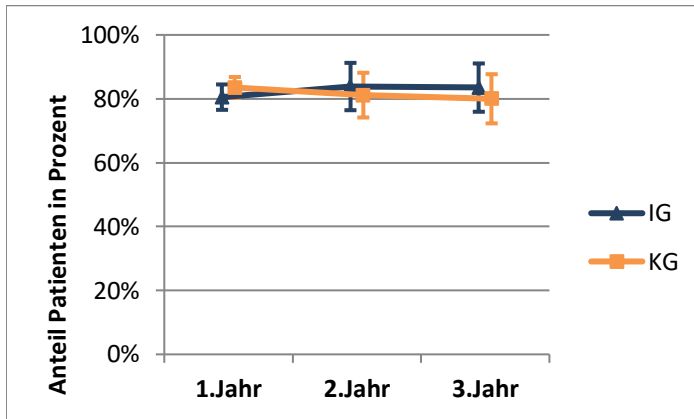
- Alle (psychiatrischer Sektor)



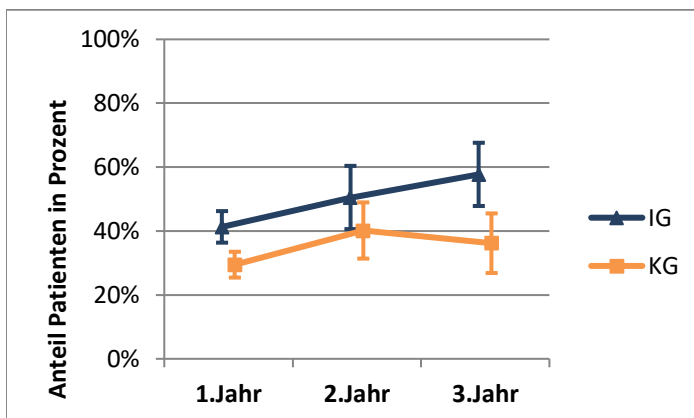
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



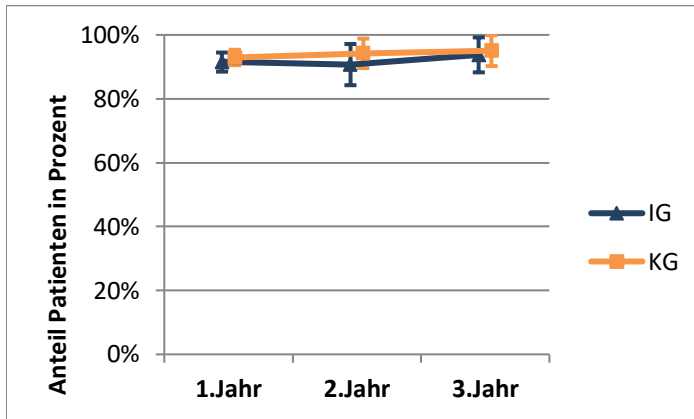
- Alle (psychiatrischer Sektor)



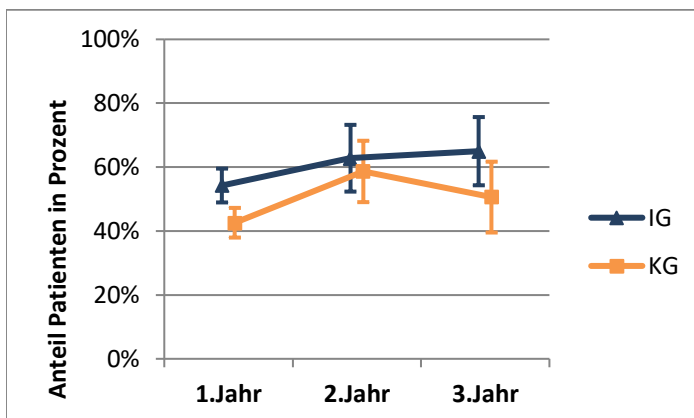
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Klinikbekannte Patienten

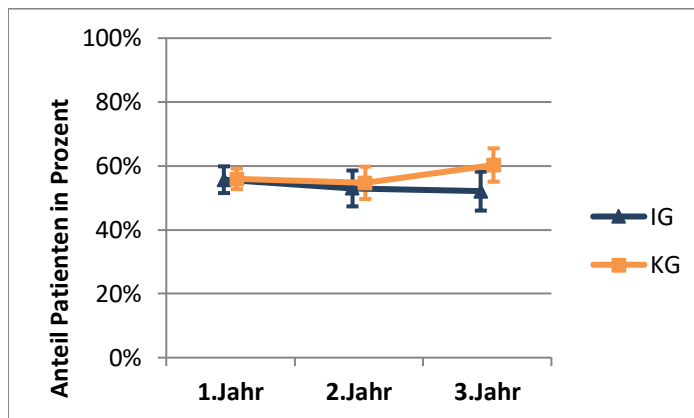
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

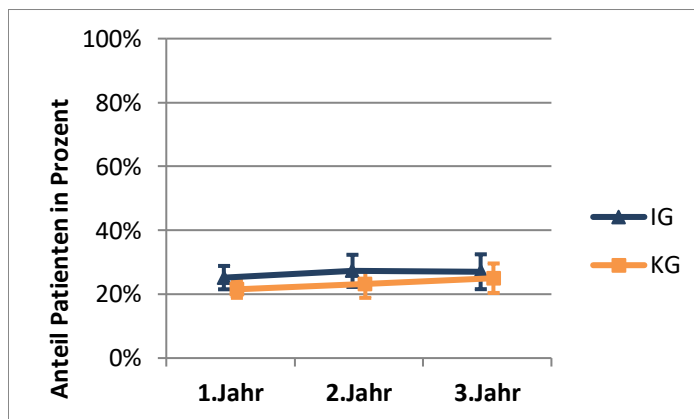
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



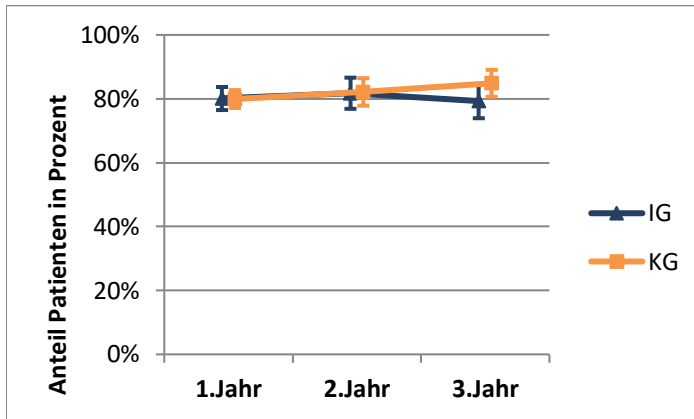
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



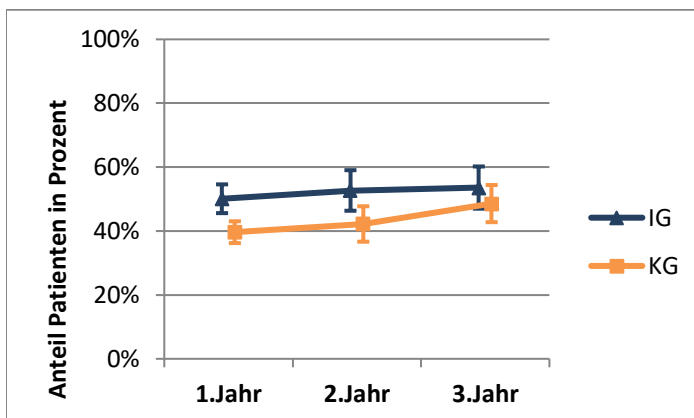
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



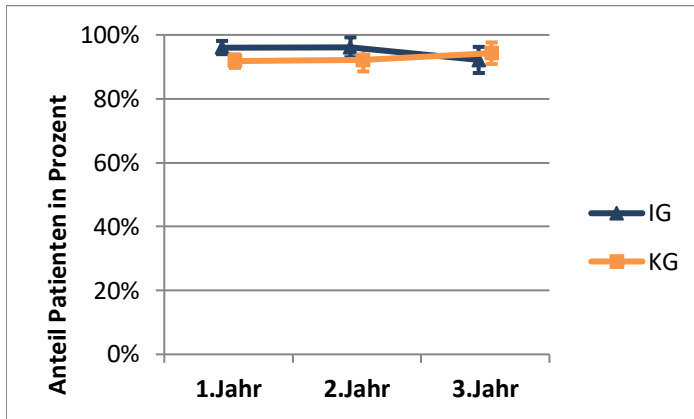
- Alle (psychiatrischer Sektor)



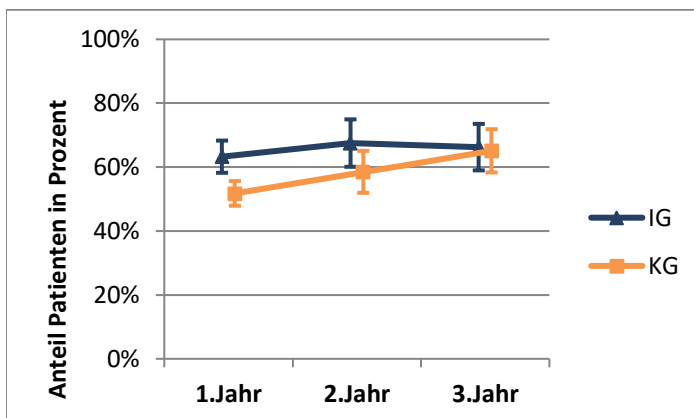
Klinikbekannte Patienten

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 Klinikaufhalten 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 durchschnittlich kumulierten Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen für Patienten mit schweren psychischen Störungen A (nur Diagnosekriterium).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit schweren psychischen Störungen A, Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, wies ein statistisch signifikant geringerer **Anteil an Patienten** der IG nach Modellstart **keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem** (ambulant oder stationär) im Vergleich zur KG auf. Die durchschnittliche Anzahl an Kontaktabbrüchen pro Patient war für 90 und 180 Tage Nachbeobachtung in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (90 Tage: Gruppenschätzer = -0,2; 180 Tage: Gruppenschätzer = -0,1). Auch war die **Dauer der Kontaktabbrüche** in der IG statistisch signifikant geringer für die Betrachtung der 90 und 180 Tage Nachbeobachtung im Vergleich zur KG (90 Tage: Gruppenschätzer = -43,3 Tage; 180 Tage: DiD = -36,1 Tage).

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

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

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

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	935	935	936	936	935	935	936	936
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	70	255	71	298	70	255	71	298
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	24	103	23	128	24	103	23	128
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	11	40	15	52	11	40	15	52
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	32	125	38	136	32	125	38	136
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	13	49	16	59	13	49	16	59
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	19	12	28	<10	19	12	28

* 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)	816	935	819	936	816	935	819	936
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)	25,9 %	25,5 %	19,3 %	42,6 %	25,9 %	23,9 %	17,5 %	37,6 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	24,0 %	20,8 %	12,1 %	39,7 %	24,0 %	17,6 %	15,2 %	37,5 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	9,5 %	20,4 %	15,8 %	13,3 %	0,0 %	12,6 %	5,3 %	6,3 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	9,1 %	14,3 %	7,7 %	15,3 %	0,0 %	12,2 %	0,0 %	5,1 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	9,1 %	5,0 %	8,3 %	11,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	16,7 %	5,3 %	11,1 %	10,7 %	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)	262,7	303,8	283,8	308,2	297,4	344,4	296,5	349,2	
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	242,3	300,2	319,8	309,2	290,2	345,6	292,2	346,4	
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)									
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	234,3	263,8	164,7	230,6	0,0	301,2	211,5	299,1	
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	220,5	295,4	127,5	211,6	0,0	308,3	0,0	271,0	
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)									
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	151,0	193,7	138,3	221,4	0,0	0,0	0,0	291,7	
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	151,0	182,0	138,3	219,1	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	350	406	341	408	350	406	341	408

• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,1	0,3	0,1	0,4	0,0	0,2	0,0	0,3
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	15,2	78,8	13,3	124,9	12,7	71,0	9,9	109,7
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung B⁴	149	177	162	191	149	177	162	191
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,1	0,2	0,1	0,4	0,0	0,2	0,0	0,3
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	15,8	70,6	12,0	117,7	11,7	63,9	9,0	101,0

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 EBM: Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt

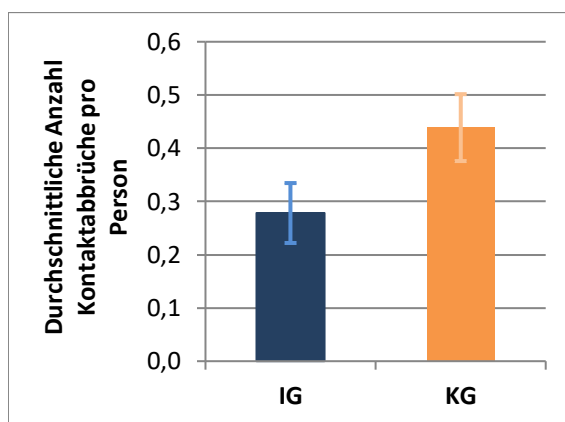
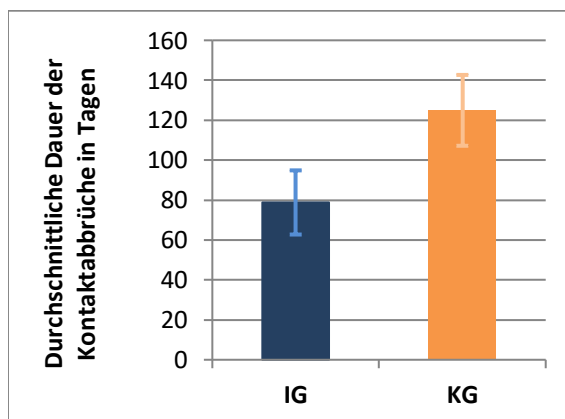
³ mindestens Diagnostikkriterium erfüllt: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor

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:

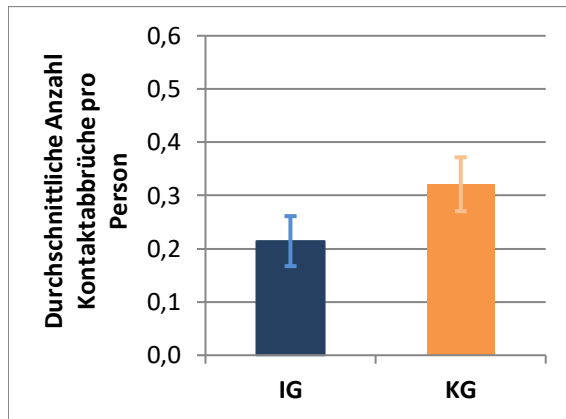
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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**

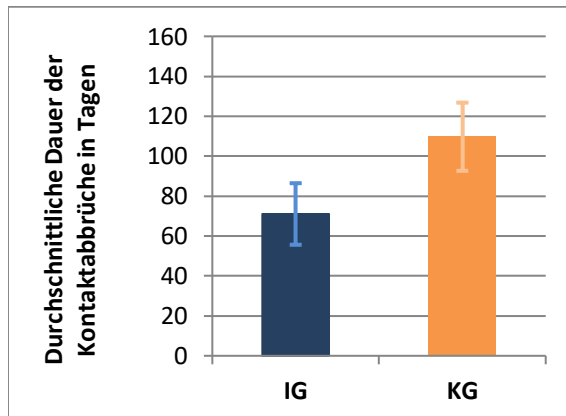


Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	-0,15*** -0,24...-0,07	-43,29*** -67,17...-19,41	-0,10** -0,17...-0,03	-36,10** -59,06...-13,14

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

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

8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Nur wenige Patienten wechselten mehr als einmal den Arzt bzw. das Krankenhaus (**Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping**). Dies war in der IG und der KG bei linikneuen und linikbekannten 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)	129	129	129	129	129	124	124	124	124	124
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	127	128	120	115	109	122	124	116	112	106
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%	0,0%	1,6%	0,8%	0,0%	0,0%	1,6%	2,4%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Patienten (n)	225	225	225	225	225	218	218	218	218	218
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	222	224	206	194	186	217	217	211	204	194
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)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,5%	1,4%	1,4%
• Vier (B)	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

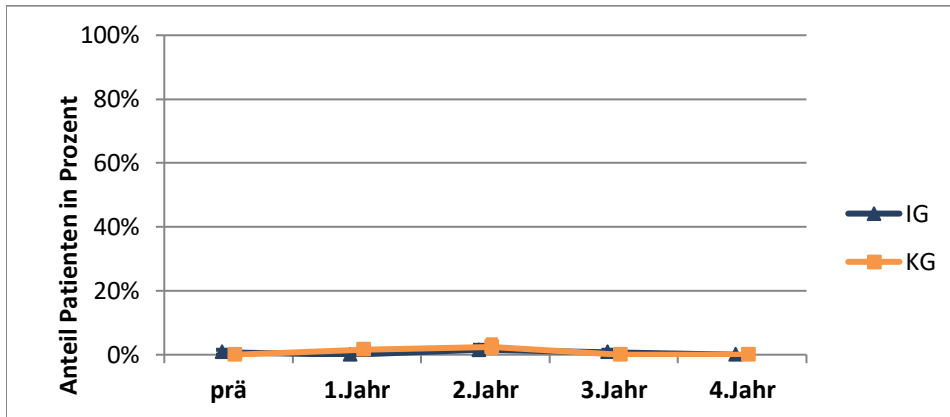
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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.

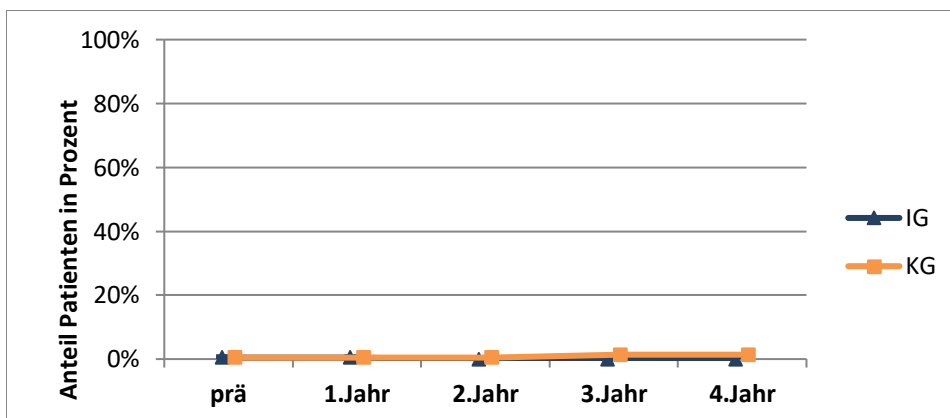


Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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)	1.416	1.416	1.416	1.416
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.375	1.393	1.385	1.390
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)	0,4%	0,6%	0,3%	1,1%
• Vier (B)	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%

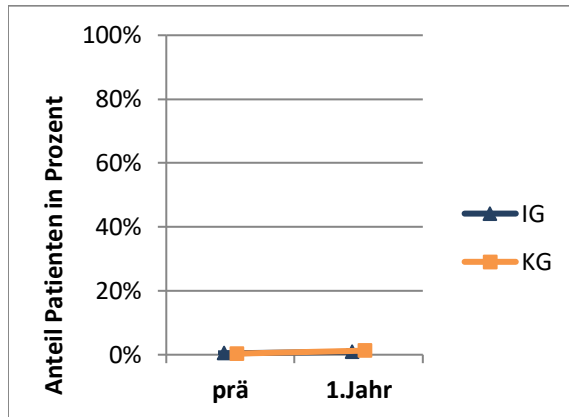
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.021	1.021	1.021	1.012	1.012	1.012
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	990	1.008	946	992	996	943
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)	0,4%	0,8%	0,9%	0,4%	1,2%	1,0%
• Vier (B)	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%

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

Abbildung 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.

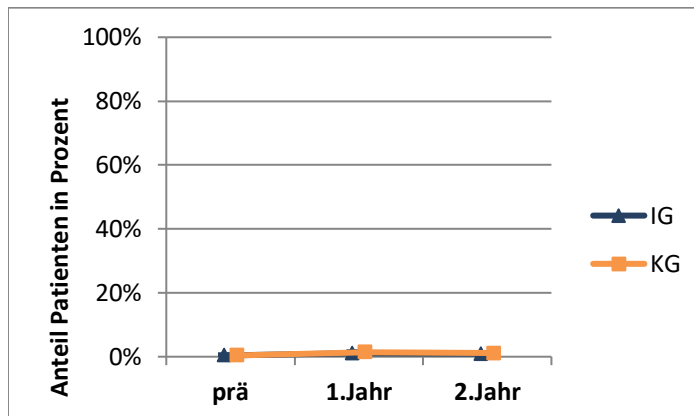


Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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)	622	622	622	622	612	612	612	612
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	603	614	572	548	596	601	566	552
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%	0,6%	0,8%	0,6%	0,5%	1,1%	1,5%	1,5%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	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)	949	949	949	949	938	938	938	938
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	942	939	881	852	927	927	894	858
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,1%	0,7%	0,1%	0,4%	1,5%	1,4%	2,1%	2,2%
• Vier (B)	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,5%	0,2%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%

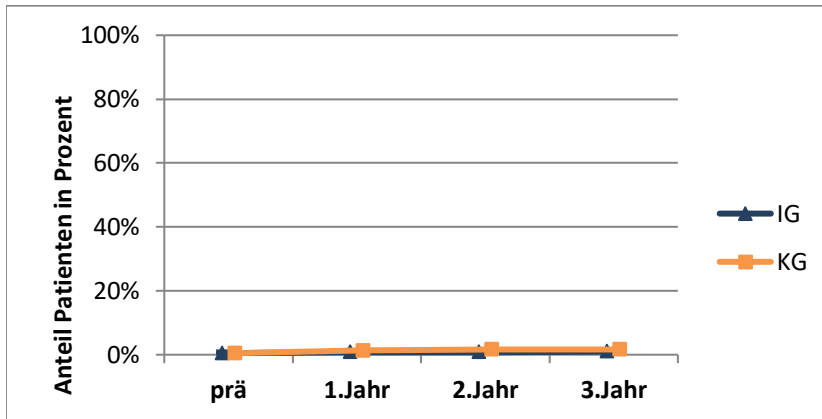
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 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:

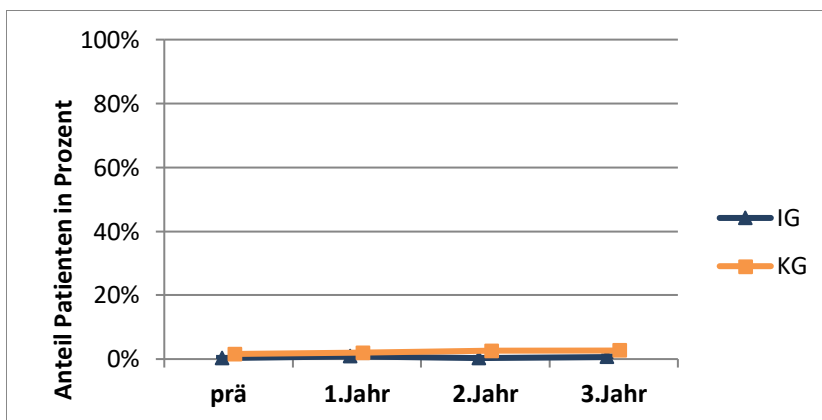
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 bezüglich der Anzahl an **AU-Episoden** bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe auf vergleichbarem Niveau. Auch bei den linikbekannten Patienten war der Verlauf mit einem leichten Absinken der AU-Episoden über die Zeit zwischen IG und KG vergleichbar. Die Anzahl an AU-Episoden sank zwar in der IG etwas stärker als in der KG, statistisch signifikante Unterschiede gab es hier jedoch nicht.

Die durchschnittliche Anzahl an **AU-Tagen** verzeichnete bei den linikneuen Patienten, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, einen starken Peak im Jahr nach Referenzfall. Dieser Anstieg war in der IG größer als in der KG (IG: +63,6; KG: +44,1 AU-Tage). Während die Anzahl an AU-Tagen im Jahr vor Referenzfall in der IG noch wesentlich geringer als in der KG waren (-11,6 AU-Tage), stiegen diese in der IG zum ersten Jahr nach Referenzfall stärker an (+7,9 AU-Tage). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Die Fallzahlen in dieser Analyse waren sehr gering.

In der IG verzeichneten die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) ab dem ersten Jahr nach Referenzfall mehr AU-Tage als die jüngeren Patienten der KG (siehe Kapitel 14.2). Unter den älteren klinikneuen Patienten war die Anzahl der AU-Tage in der IG geringer als in der KG (ausgenommen im zweiten Jahr nach Referenzfall). Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach

Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F30-39 (affektive Störungen), F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) auf (wobei die beiden letztgenannten nur sehr wenige Fälle betraf), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F30-39 (affektive Störungen), F10 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und F43 (schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen aufwiesen (wobei letztgenannte nur sehr wenige Fälle betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 161 im Anhang).

Bei den linikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein höheres Niveau an AU-Tagen im Vergleich zu den klinikneuen Patienten zu erkennen, welches jedoch in der IG wesentlich geringer im Vergleich zur KG ausfiel. Während die Patienten der IG auf einem geringerem AU-Tage-Niveau starteten als die KG (prä = -8,6 AU-Tage), drehte sich dieses Verhältnis im ersten Jahr nach Referenzfall, so dass hier die IG mehr AU-Tage als die KG aufwies (+14,4 AU-Tage). Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall war die Anzahl an AU-Tagen in der IG erneut geringer als in der KG (2. Jahr: -7,5; 3. Jahr: -7,6; 4. Jahr: -13,7 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es jedoch auch hier nicht.

Bezüglich der Altersstruktur gab es bei den klinikbekannten Patienten zwischen IG und KG keine wesentlichen Unterschiede (siehe Kapitel 14.2). Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) und F43 (schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen) auf (wobei alle genannten nur sehr wenige Fälle betrafen), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F30-39 (affektive Störungen), und F43 (schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen) und F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) aufwiesen (wobei die beiden letztgenannten 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 161 im Anhang).

U2: Bei den linikneuen 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 (IG: +0,4; KG: +0,6 AU-Episoden). Auch die Anzahl an **AU-Tagen** stieg in der IG und in der KG in vergleichbarem Maße an (IG: +48,0; KG: +48,9 AU-Tage).

U3: Bei den linikneuen 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. Dabei war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG nur etwas geringer als in der KG (IG: +47,3; KG: +48,6 AU-Tage). Während im Jahr vor und nach Referenzfall die Anzahl an AU-Tagen in der IG numerisch über denen der KG lagen, waren diese im zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer. 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** linikneuer und linikbekannter Patienten zwischen den Gruppen parallele Verläufe erkennbar. Auch bei der Anzahl an **AU-Tagen** spiegelten sich die oben beschriebenen Muster wider. Bei den linikneuen Patienten war ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Dieser war in der IG niedriger (im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall). Im Wesentlichen waren die Verläufe vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten war die Anzahl an AU-Tage im Jahr vor Referenzfall in der IG wesentlich größer als in der KG (+20,9 AU-Tage). Dieses Verhältnis drehte sich ab dem ersten Jahr nach Referenzfall, so dass hier die AU dann stets weniger AU-Tage aufwies (1. Jahr: -4,8; 2. Jahr: -2,8; 3. Jahr: -3,4 AU-Tage).

In U1 war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall bei den linikneuen und linikbekannten Patienten in der IG niedriger als in der KG. In U2-4 wies dagegen die IG im Jahr vor Referenzfall eine stets höhere Anzahl an AU-Tagen bei den linikneuen und linikbekannten Patienten der IG im Vergleich zur KG auf.

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)	68	68	68	68	67	65	65	65	65	63
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,0	0,3	0,3	0,4	0,8	1,2	0,5	0,3	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	15,7	79,3	15,1	12,5	12,9	27,3	71,4	15,3	6,9	12,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	17,6%	11,8%	7,4%	5,9%	1,5%	24,6%	4,6%	0,0%	3,1%	3,2%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,0	2,9	0,7	0,0	0,0	1,6	1,3	1,1	1,6	1,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

¹Versichertenstatus=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)	94	94	94	94	94	80	80	80	80	80
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	1,0	0,9	0,5	0,6	0,5	1,0	1,1	0,7	0,8	0,8
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	35,6	52,9	17,5	17,5	19,8	44,1	38,5	25,0	25,1	33,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	10,6%	3,2%	2,1%	2,1%	3,2%	15,0%	8,8%	7,5%	5,0%	3,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	0,0	0,0	0,0	1,1	0,6	1,4	1,5	1,1	0,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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

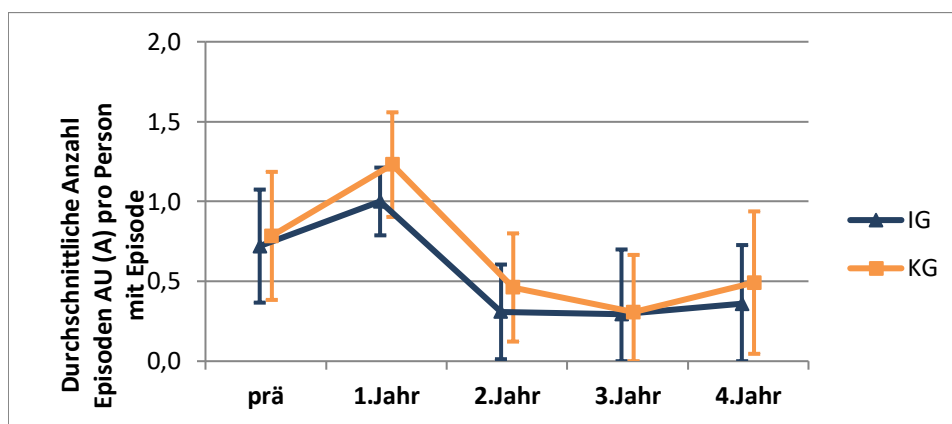
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

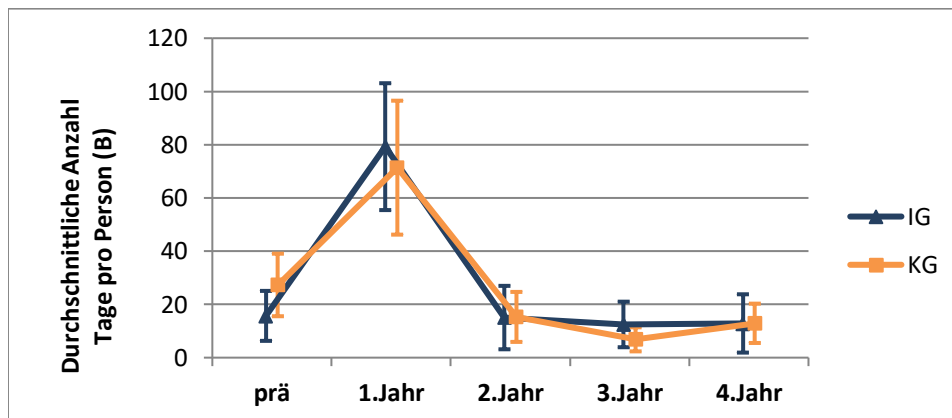
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

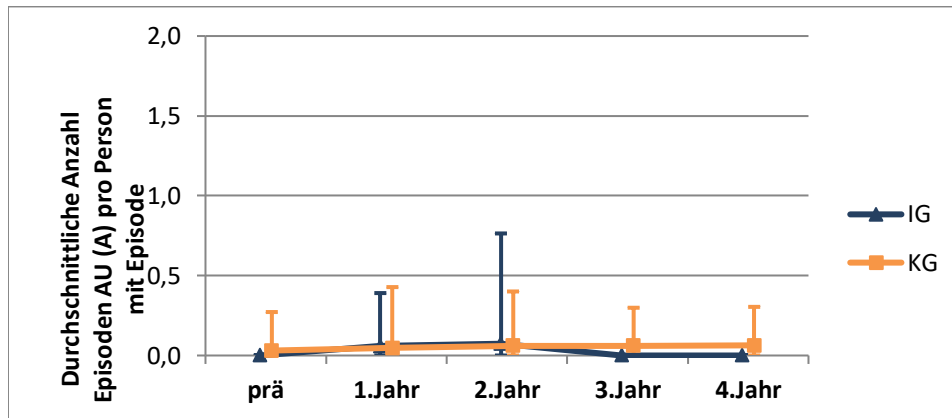


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

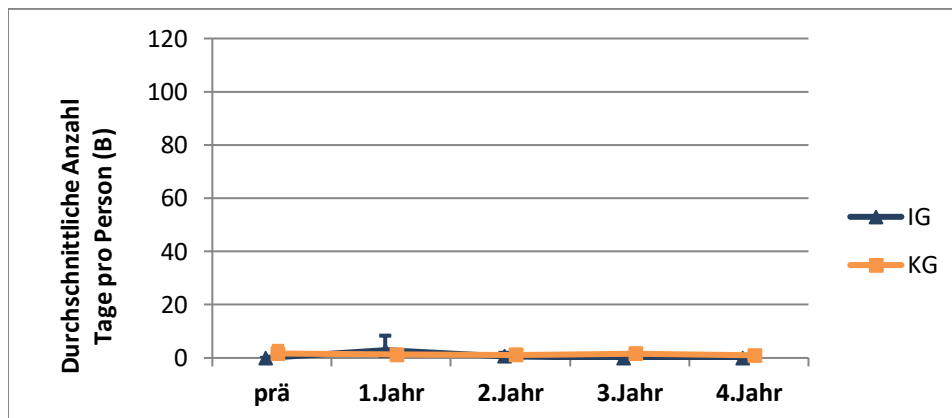


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



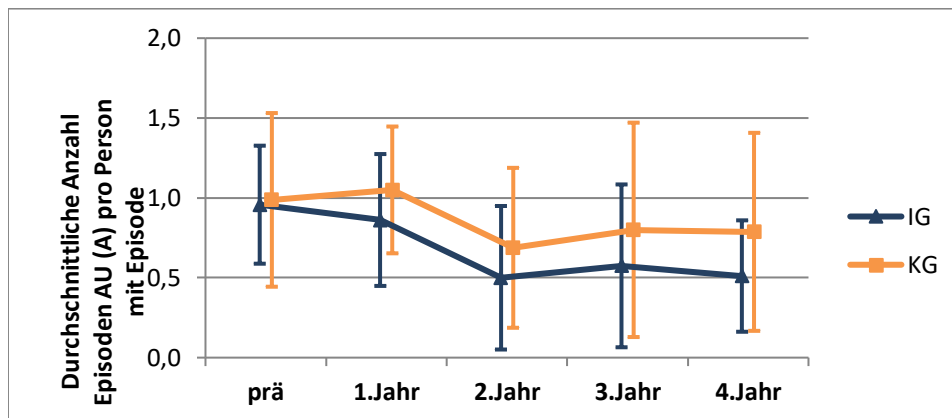
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

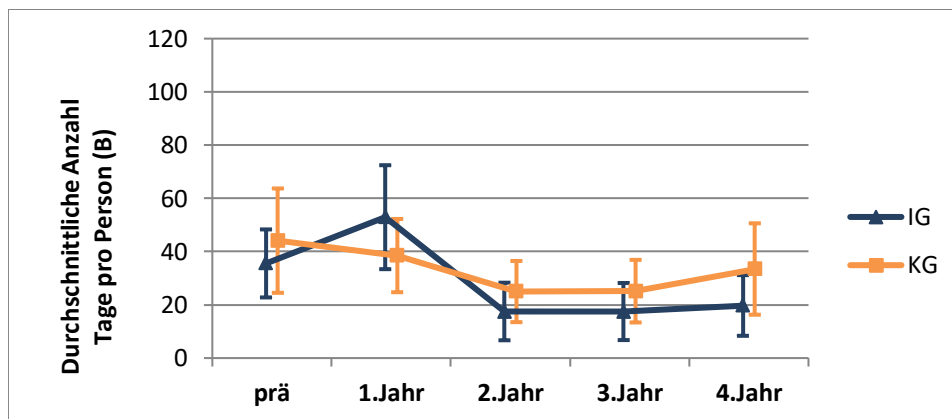
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

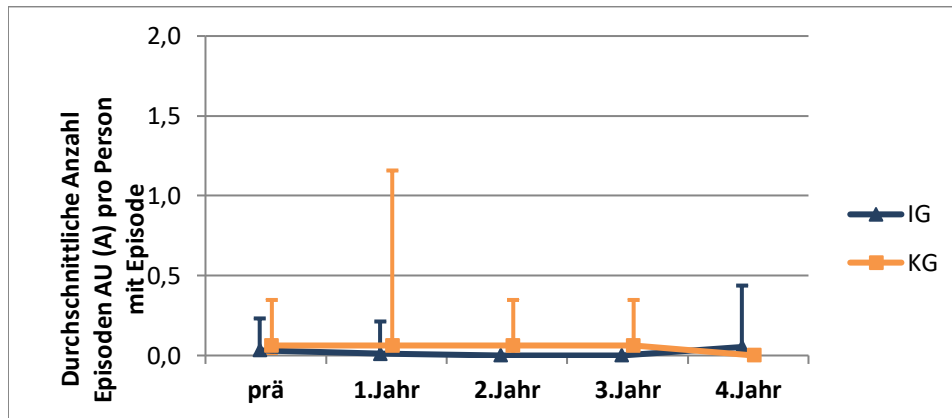


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)

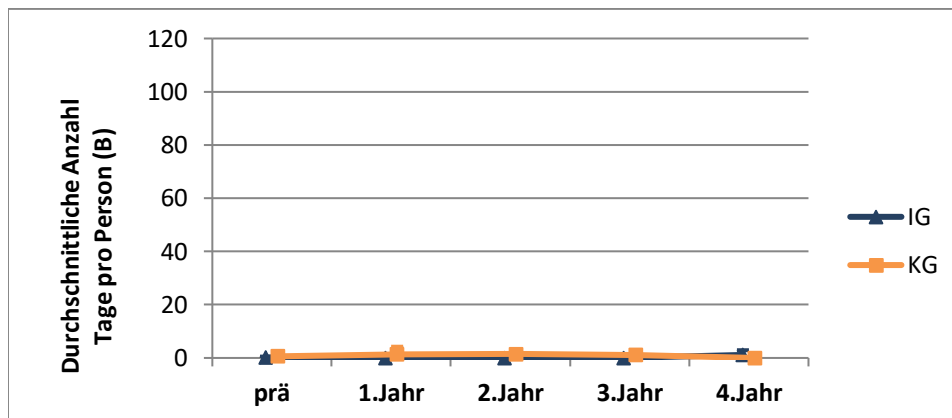


Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,17 -0,57...0,24	19,51 -7,65...46,67
DID Jahr 2	-0,09 -0,50...0,32	11,37 -15,80...38,53
DID Jahr 3	0,05 -0,36...0,46	17,21 -9,95...44,37
DID Jahr 4	-0,06 -0,47...0,35	11,77 -15,39...38,93
DID Jahr 1-4	—	14,96 -8,38...38,31

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

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,16 -0,69...0,38	22,98 -4,29...50,26
DID Jahr 2	-0,16 -0,69...0,38	1,07 -26,21...28,35
DID Jahr 3	-0,20 -0,73...0,34	0,91 -26,37...28,19
DID Jahr 4	-0,25 -0,78...0,29	-5,14 -32,41...22,14
DID Jahr 1-4	—	4,96 -16,82...26,73

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)	777	777	780	780
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)² • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	0,6 24,7 21,1%	1,0 72,7 9,3%	0,6 18,4 18,5%	1,1 67,3 9,9%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	0,0 0,3 0,4%	0,0 1,4 0,0%	0,0 0,2 0,1%	0,0 0,7 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 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

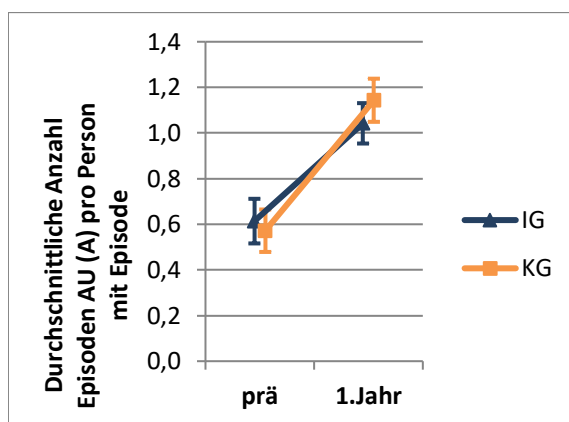
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

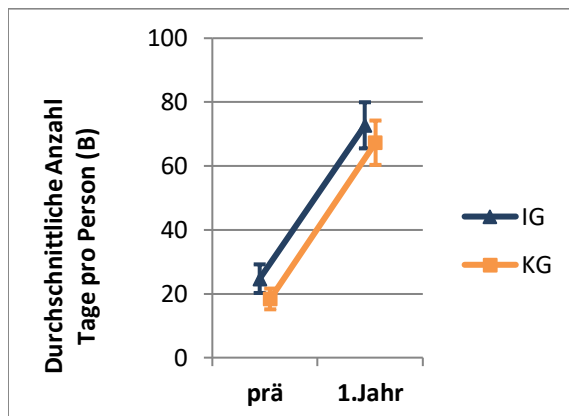
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

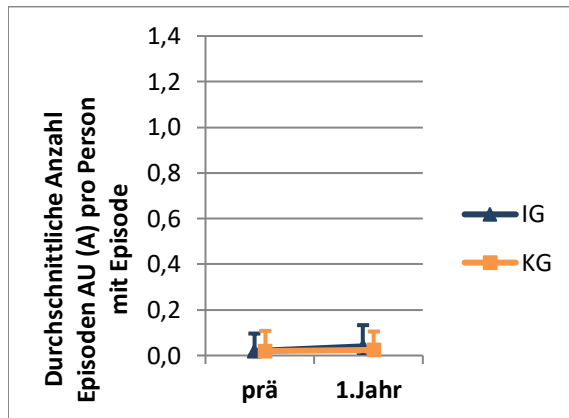


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

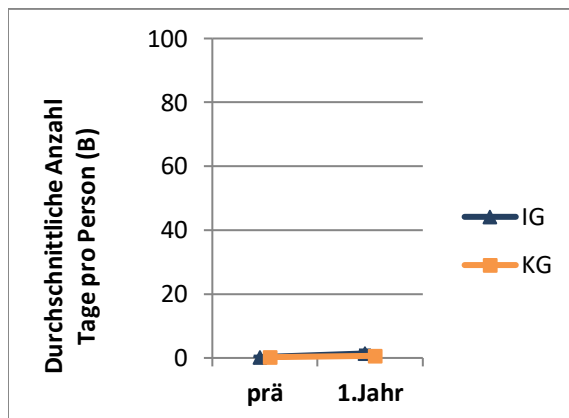


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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)	562	562	558	561	561	559
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,0	0,4	0,6	1,1	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	24,2	71,5	16,7	17,8	66,5	19,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	21,5%	9,1%	4,7%	19,1%	10,2%	3,6%
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	1,5	0,9	0,3	0,6	0,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,4%	0,0%	0,2%	0,2%	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 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

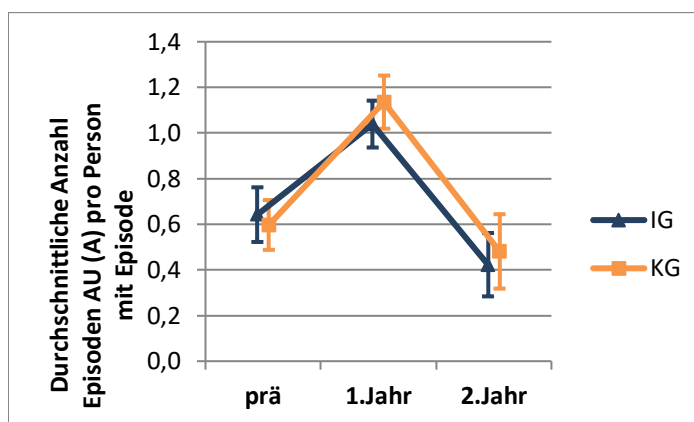
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

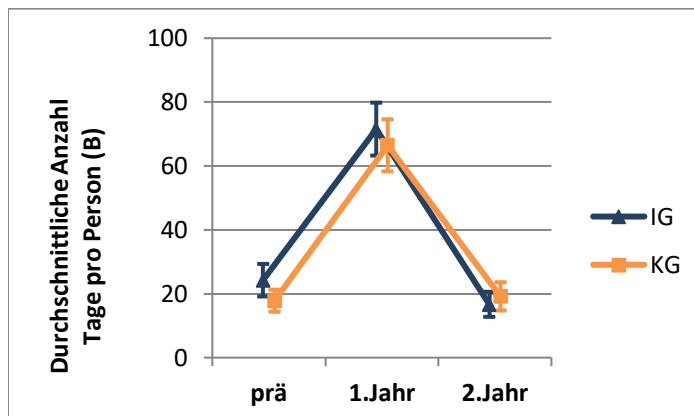
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

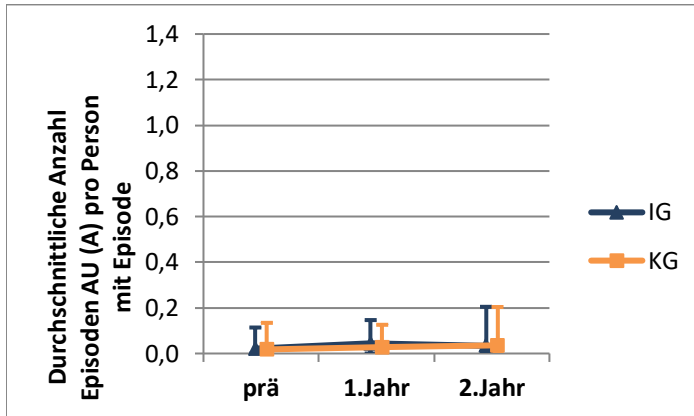


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)

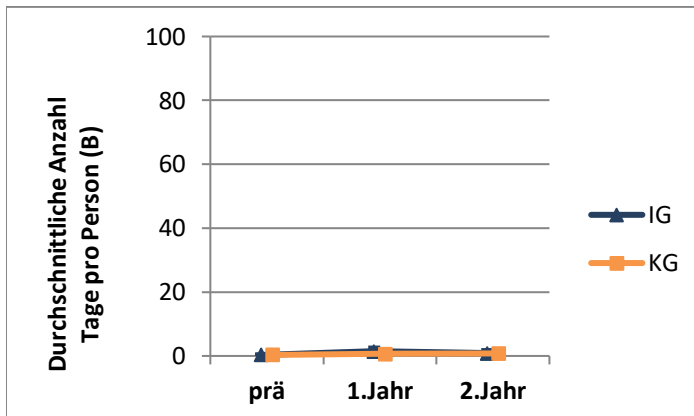


Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,14 -0,30...0,02	-1,33 -12,56...9,89
DID Jahr 2	-0,11 -0,26...0,05	-8,95 -20,17...2,27

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 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)	343	343	342	339	345	345	345	342
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,0	0,4	0,3	0,7	1,2	0,5	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	22,1	67,8	16,1	12,5	20,3	67,8	19,9	15,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	21,0%	8,2%	5,0%	4,1%	20,3%	10,1%	3,5%	4,1%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	1,4	1,4	0,9	0,4	0,7	0,7	0,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%

¹ Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich 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)	409	409	409	408	451	451	449	443
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,8	0,9	0,6	0,5	0,6	1,3	0,6	0,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	39,7	40,6	17,9	13,6	18,8	45,4	20,8	17,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	11,5%	3,2%	2,2%	1,5%	8,4%	7,1%	4,9%	2,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,1	1,4	0,7	0,8	4,1	2,6	2,2	1,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	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 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

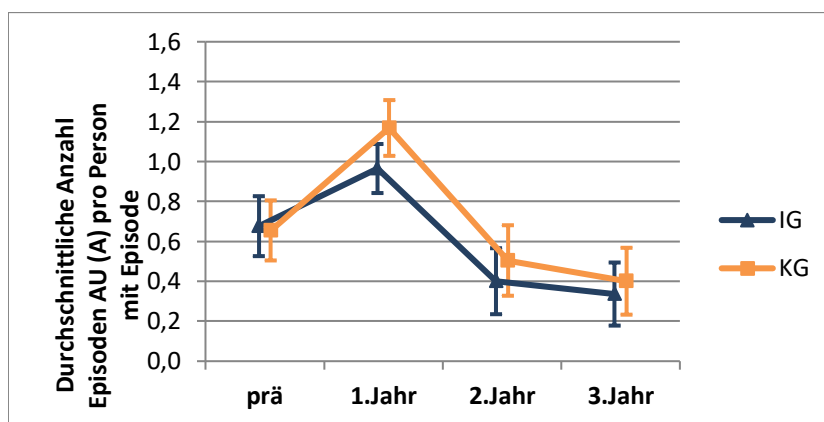
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

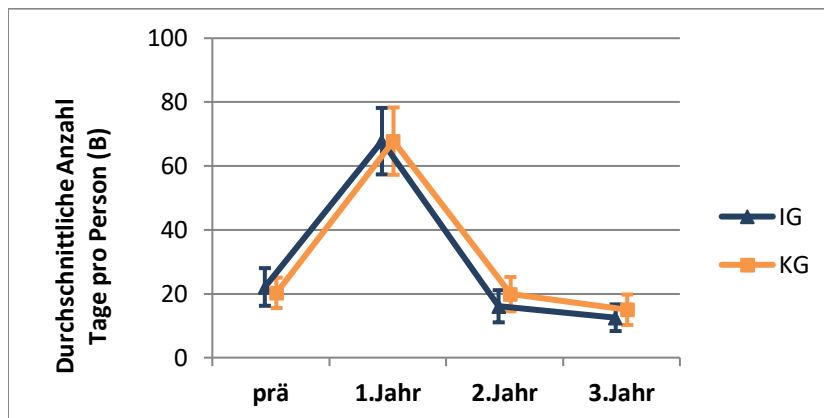
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

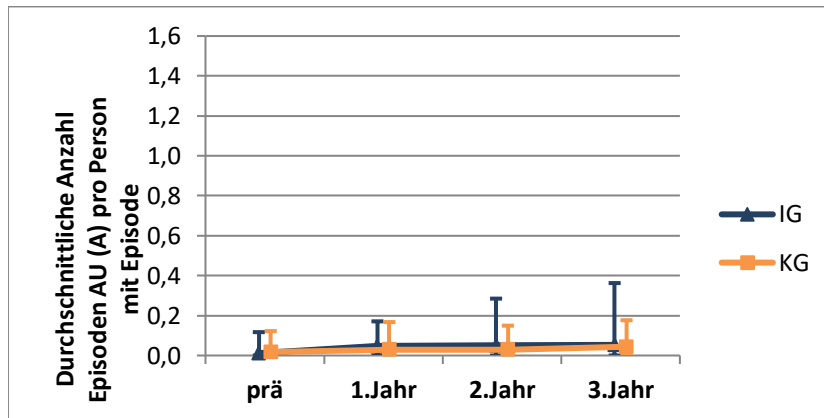


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

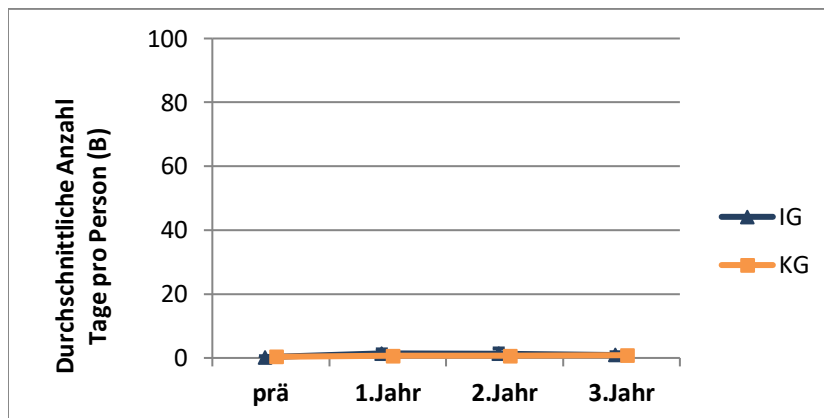


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



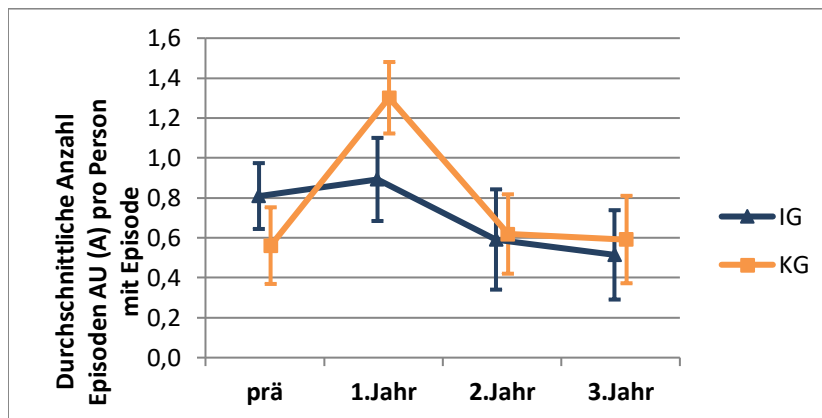
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

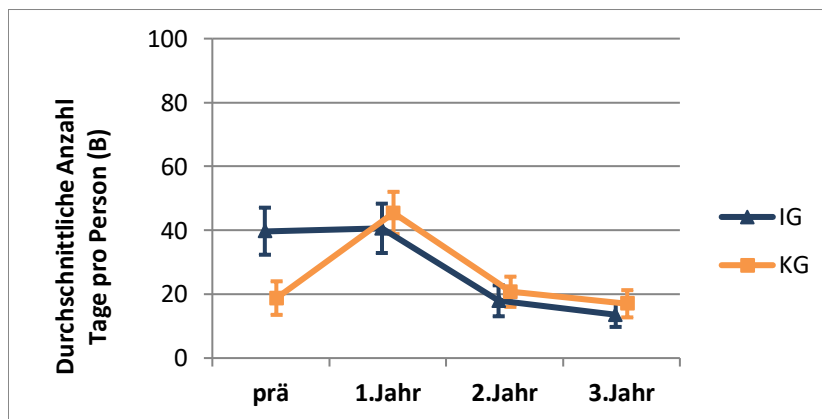
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

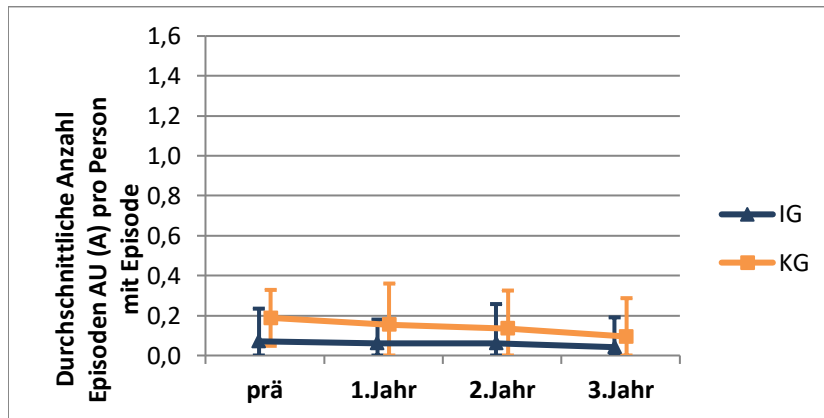


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

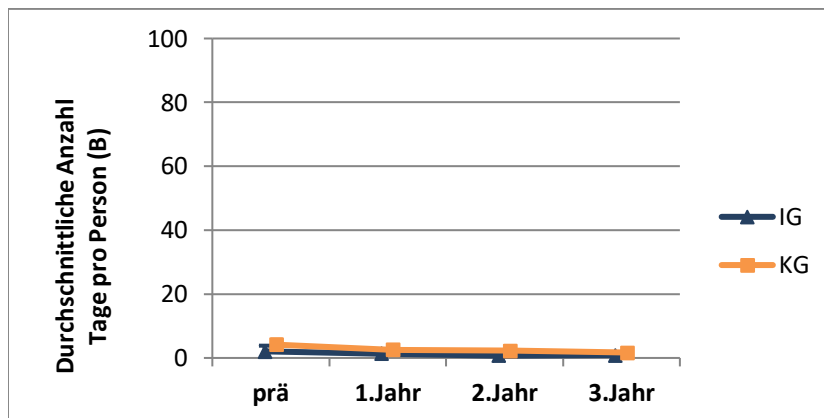


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- 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 linikneuen 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 zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 30,1 %; KG: 29,2 %). Die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** war jedoch in der IG etwas größer als in der KG (IG: 131,4; KG: 114,3 Tage). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	602	780
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	30,1% 131,4	29,2% 114,3
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	265	369
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	15,1% 125,2	16,0% 111,0
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	130	177
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	6,6% 132,3	8,2% 98,2

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

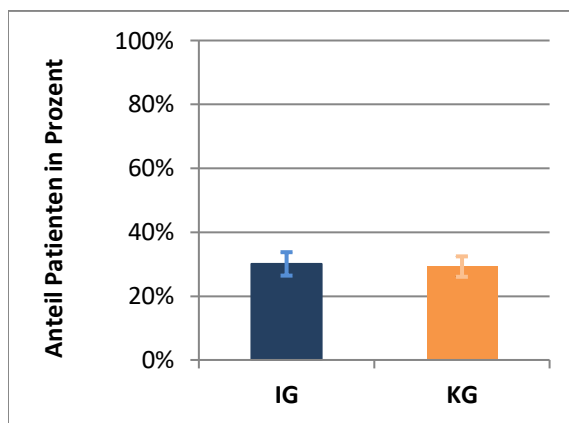
Klinikneue Patienten

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)

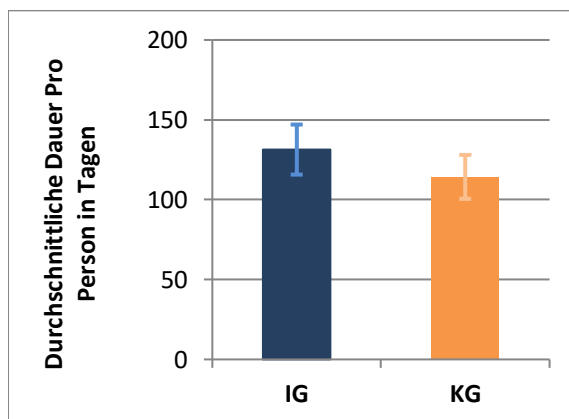


Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,06 0,84...1,34	18,88 -2,42...40,19

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 linikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach etwas an (IG: +0,3; KG: +0,6). Danach sank der Score erneut auf den Wert vor Referenzfall. Dabei waren zwischen IG und KG keine statistisch signifikanten Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,5-4,0) mit stets leicht geringeren Komorbiditäts-Scores in der IG im Vergleich zur KG (prä: -0,2; 1. Jahr: -0,5; 2. Jahr: -0,3; 3. Jahr: -0,4; 4. Jahr: -0,4). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Komorbiditäts-Scores in IG und KG vergleichbar an (IG: +0,5; KG: +0,6), wobei die IG einen stets leicht niedrigeren Komorbiditäts-Score als die KG aufwies (prä: -0,5; 1. Jahr: -0,6).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse aus U1 und U2 wider. D.h. im ersten Jahr nach

Referenzfall war ein kleiner Peak erkennbar, welcher zwischen IG und KG vergleichbar war. Dabei war der Komorbiditäts-Score in der IG stets etwas geringer als in der KG.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war analog zu obiger Beschreibung bei den linikneuen Patienten ein leichter Anstieg des Komorbiditäts-Scores vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zu erkennen und die Scores in der IG waren stets geringer als in der KG. Der Verlauf war jedoch parallel. Auch bei den linikbekannten Patienten war ein vergleichbarer Verlauf zwischen IG und KG und ein nur sehr kleiner Peak im ersten Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Hier wies die IG erneut ab dem Jahr nach Referenzfall einen geringeren Score im Vergleich zur KG auf. Dieser Unterschied bestand jedoch hier im Jahr vor Referenzfall nicht.

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)	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,1	3,4	3,1	3,1	3,2	3,7	4,3	3,7	3,8	3,7

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)	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,6	3,6	3,5	3,5	3,6	3,8	4,0	3,8	3,9	4,0

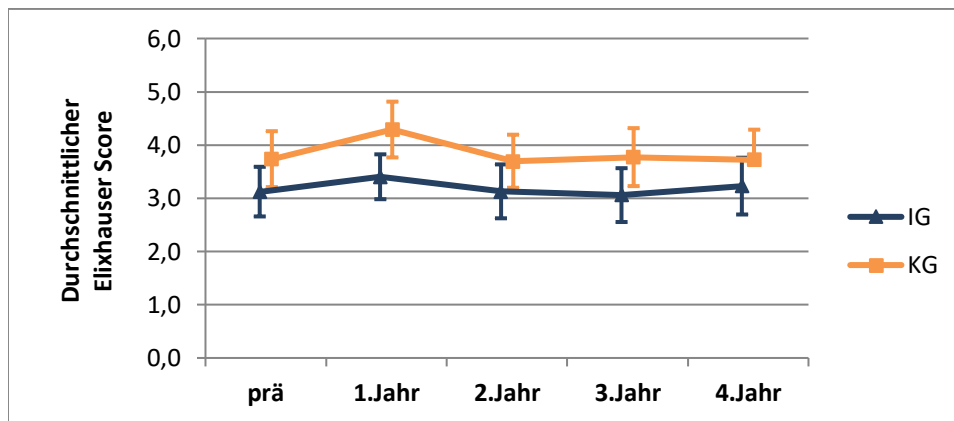
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

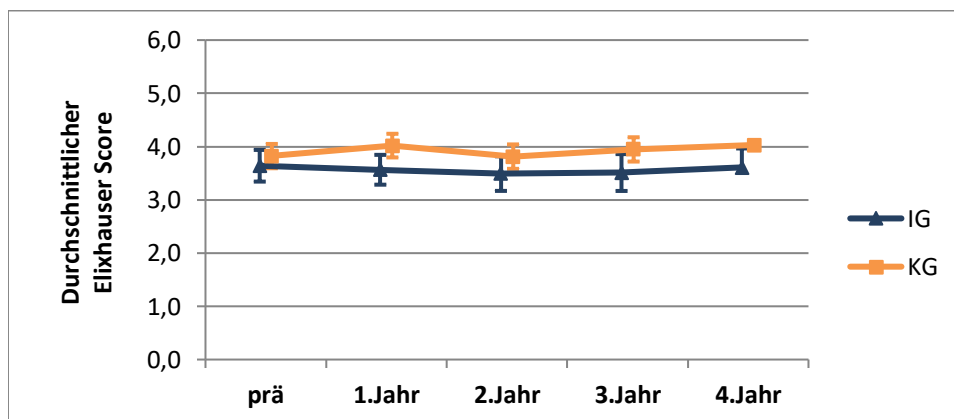


Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,28 -1,16...0,61
DID Jahr 2	0,10 -0,78...0,99
DID Jahr 3	-0,04 -0,92...0,85
DID Jahr 4	0,19 -0,70...1,07

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

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,27 -0,91...0,36
DID Jahr 2	-0,25 -0,89...0,39
DID Jahr 3	-0,49 -1,13...0,14
DID Jahr 4	-0,44 -1,07...0,20

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)	1.416	1.416	1.416	1.416
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,6	3,5	4,2

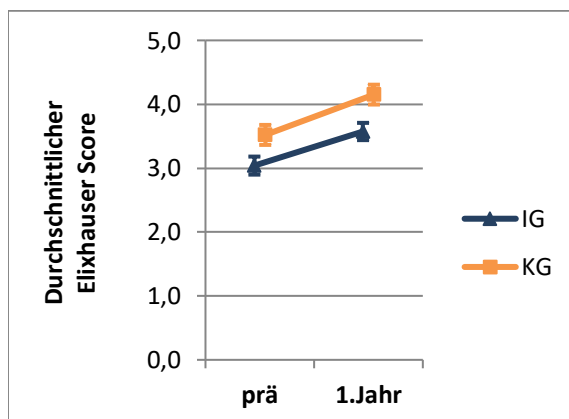
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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)	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,5	3,1	3,4	4,1	3,6

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

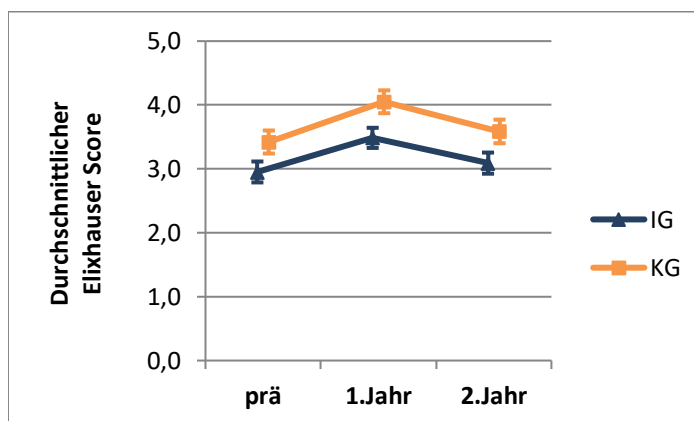


Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,10 -0,39...0,20
DID Jahr 2	-0,02 -0,31...0,28

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)	622	622	591	569	612	612	584	567
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,5	3,1	3,0	3,4	4,0	3,5	3,5

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	949	949	898	865	938	938	911	881
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,7	3,8	3,6	3,6	3,7	4,1	3,9	3,9

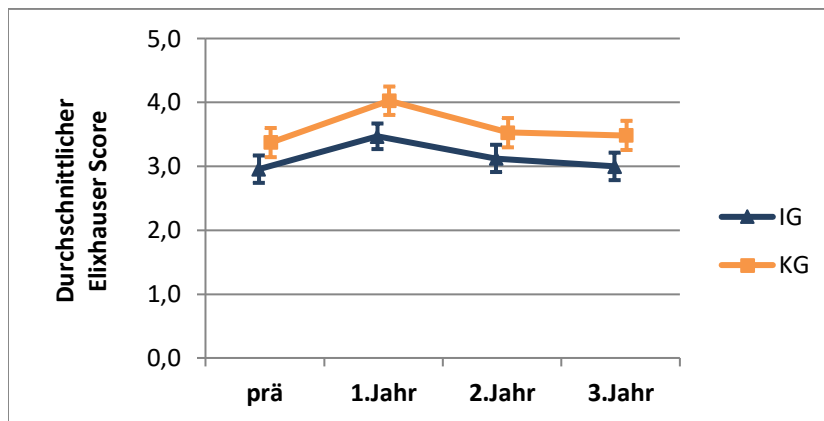
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

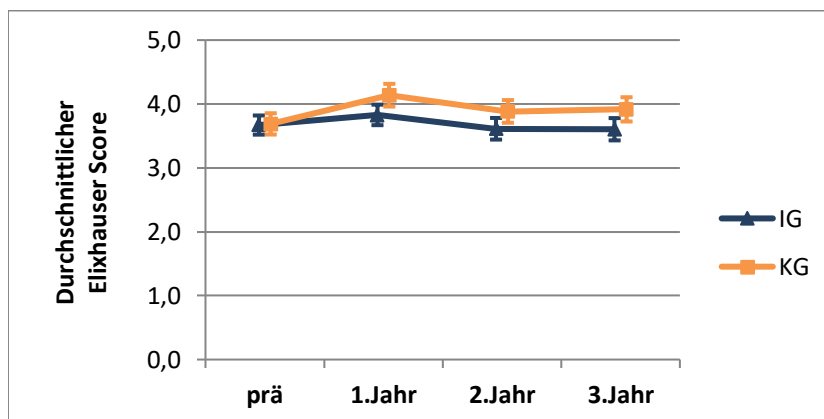


Klinikbekannte Patienten

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 linikneuen Patienten etwas höher (+1,9 %-Punkte) und bei den linikbekannten Patienten höher (+7,2 %-Punkte). Beide Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant.

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

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war, analog zu U2, die Anzahl Personen, die nach drei Jahren nach Referenzfall verstarben, zwischen IG und KG numerisch vergleichbar (+0,8 %-Punkte). In der inferenzstatistischen Betrachtung wurde dieser Unterschied nach Aufnahme von Alter, Komorbidität und Pflegestufe statistisch signifikant. Der Gruppeneffekt, also der Vergleich ohne weitere Berücksichtigung von Prädiktoren, zeigte keine statistisch signifikanten Unterschiede.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiederholte sich das Muster der leicht erhöhten Mortalität linikneuer Patienten in der IG im Vergleich zur KG für die 2-Jahres-Mortalität (+2,3 %-Punkte). Die 2-Jahres-Mortalität war bei den linikbekannten Patienten auch leicht erhöht (+1,6 %-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)	129	124
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	14,0 %	12,1 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	225	218
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	19,1 %	11,9 %

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

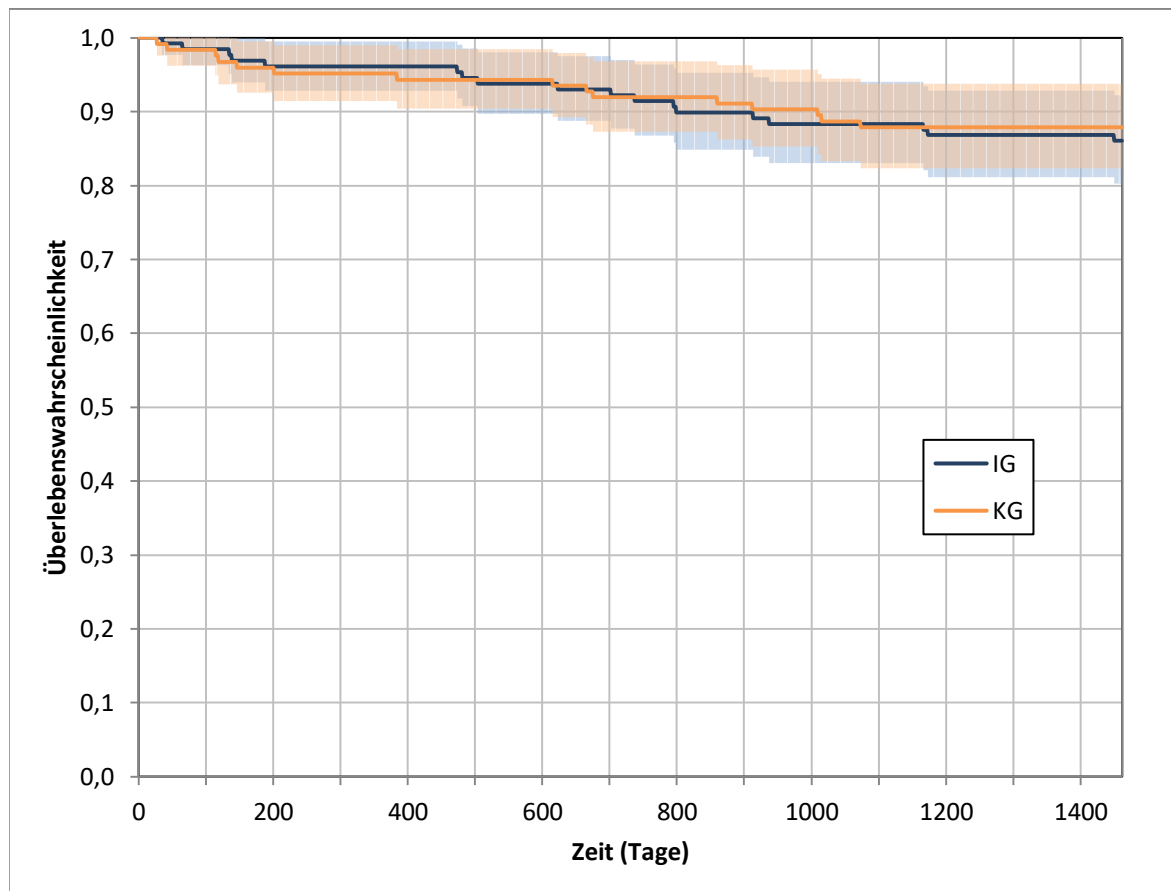
Klinikneue Patienten

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

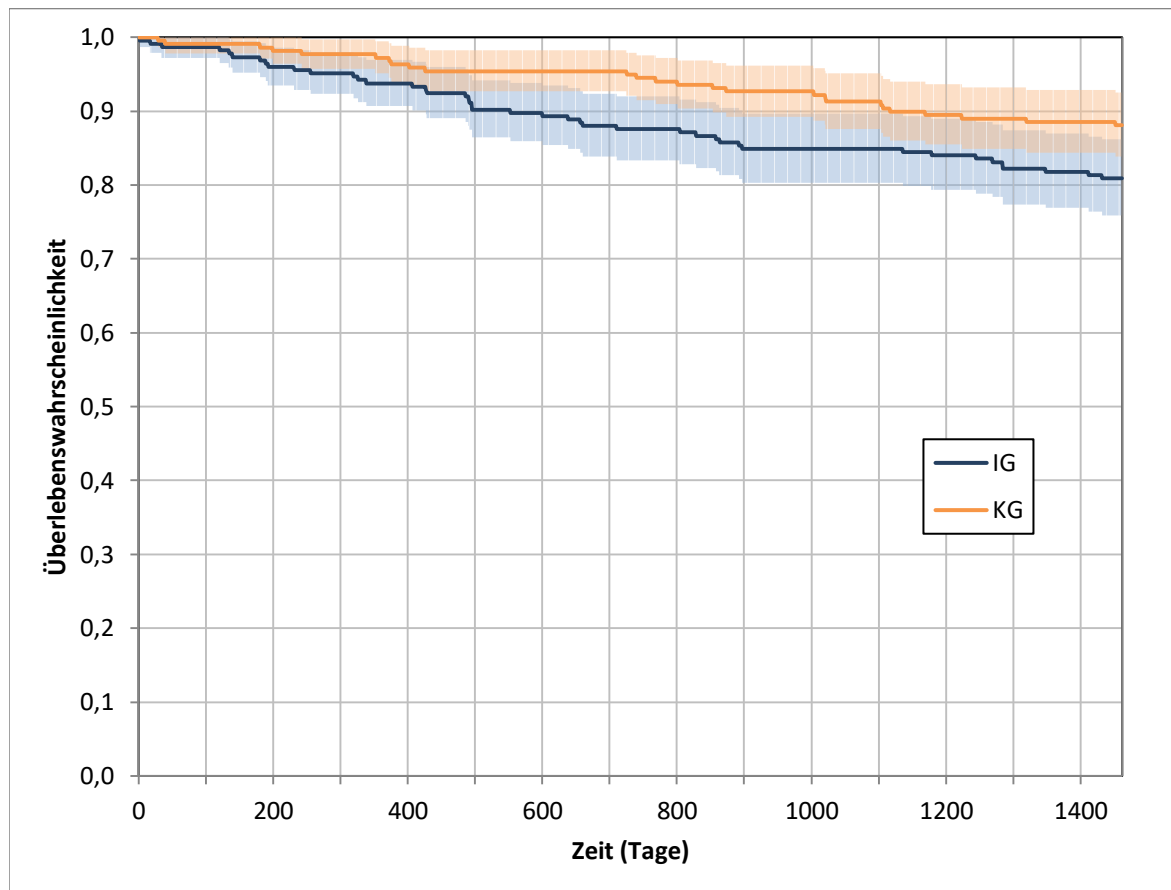


Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,17 0,57...2,40

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,60 0,97...2,63

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	1.416	1.416
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	5,2 %	5,2 %

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

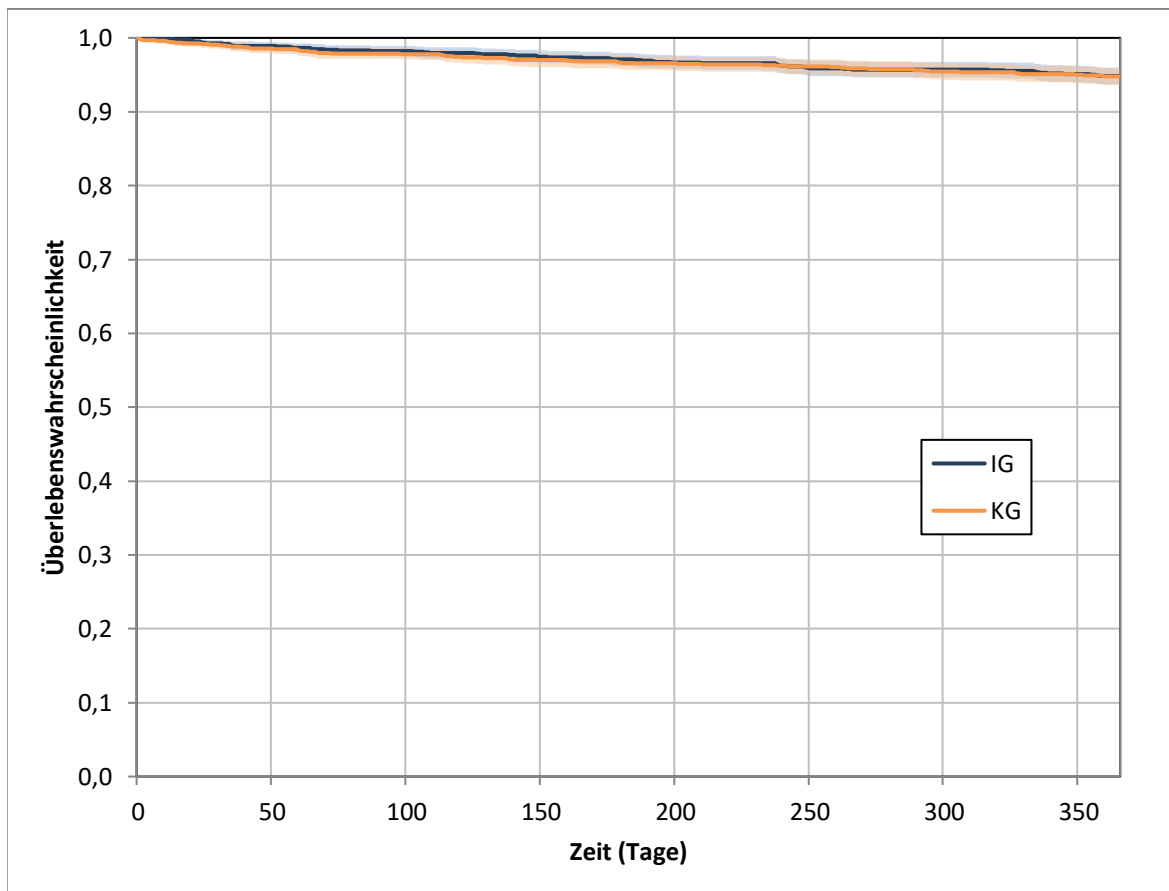
Klinikneue Patienten

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)	1.021	1.012
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A) 	8,4 %	7,6 %

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

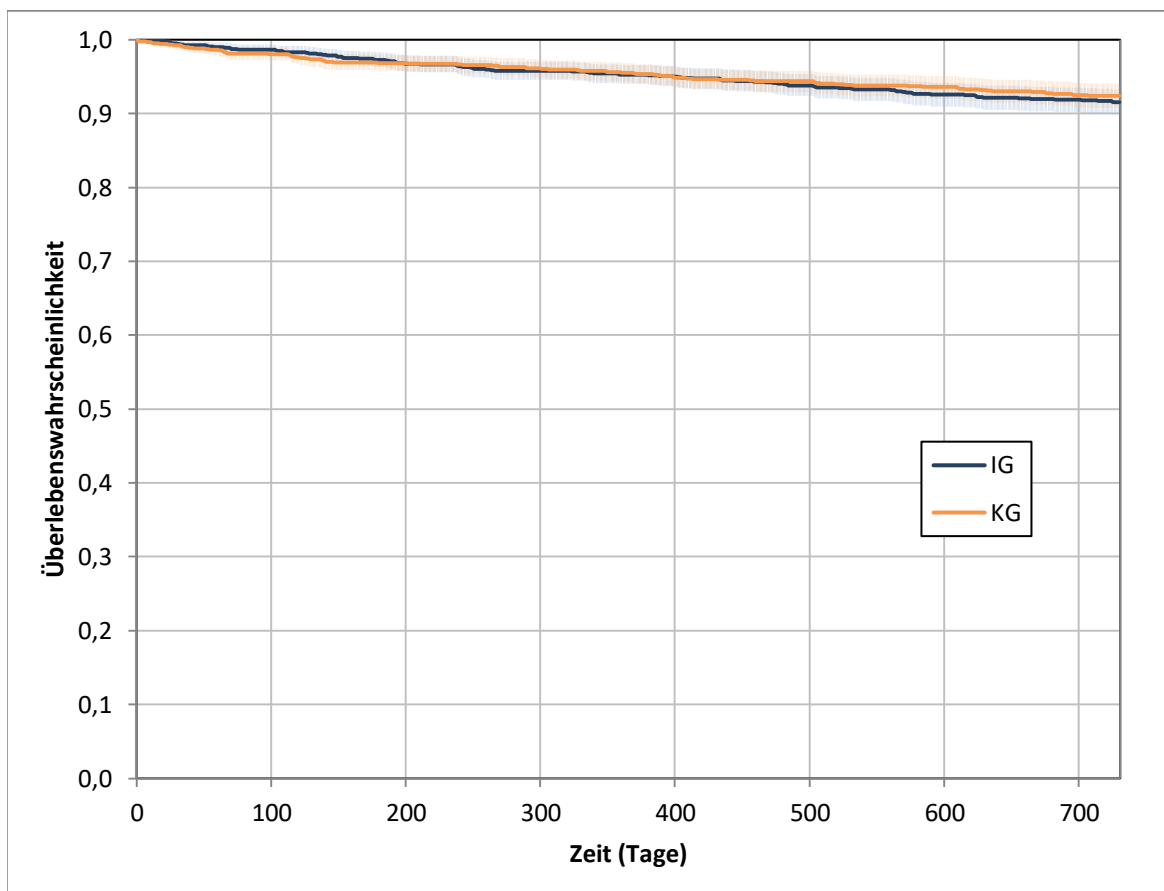


Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,44* 1,05...1,98

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)	622	612
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	11,7 %	9,5 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	949	938
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	11,1 %	9,5 %

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

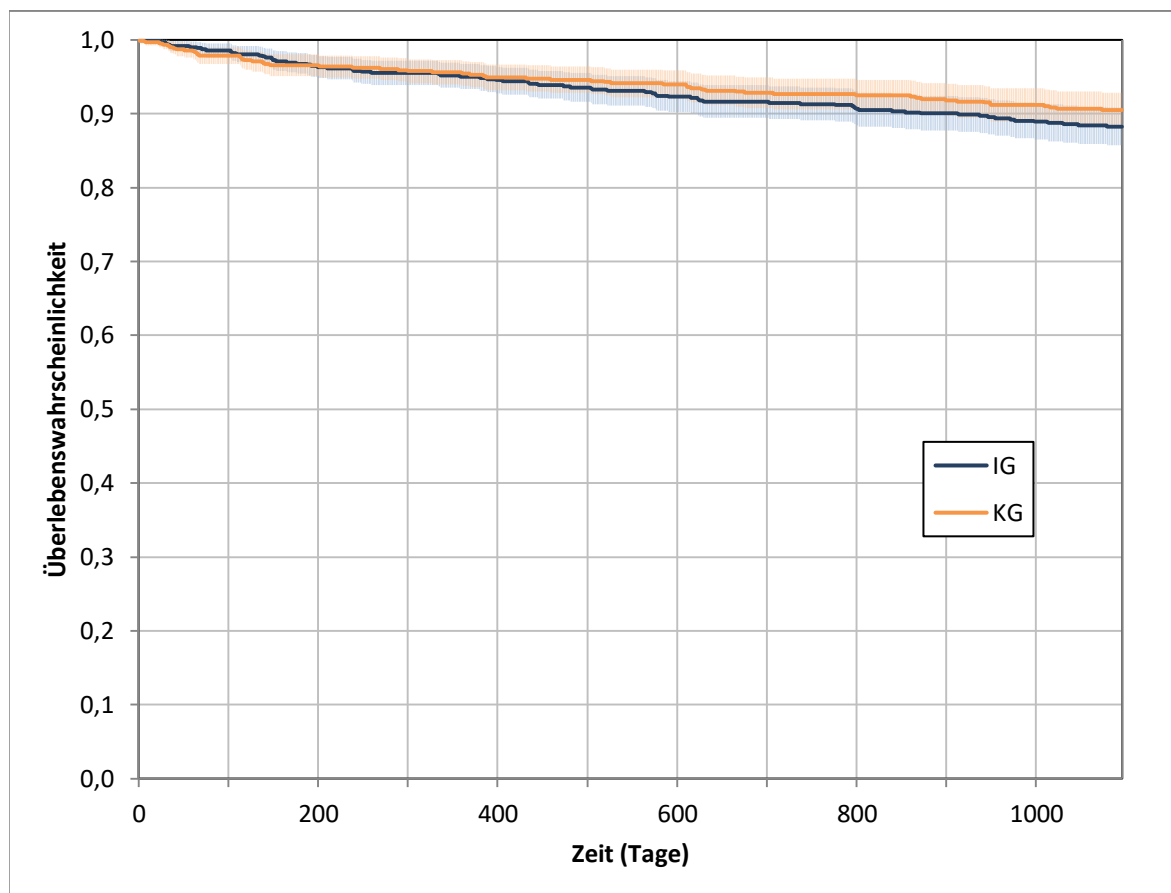
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



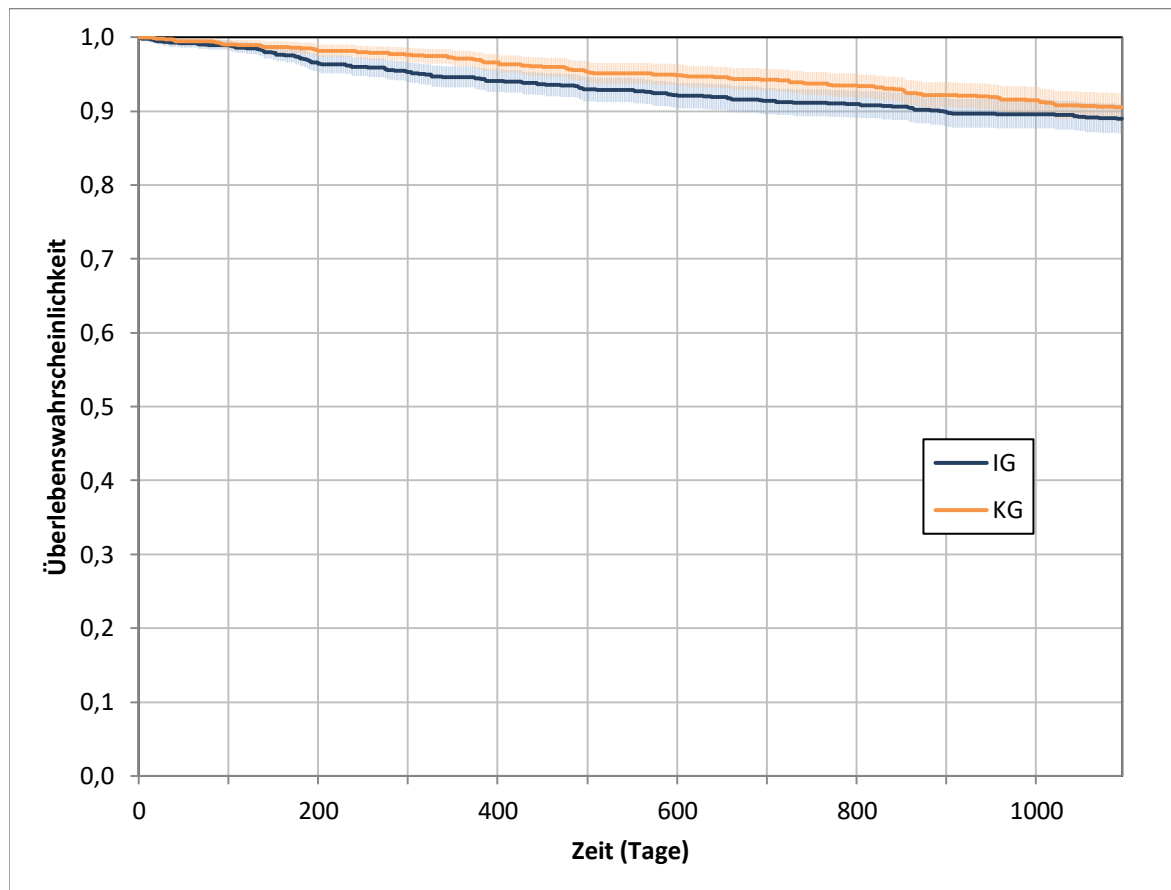
Klinikbekannte Patienten

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 linikneuen Patienten der IG geringer als in der KG (-6,3 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer als in der KG (-7,0 %-Punkte). Beide Unterschiede waren statistisch nicht signifikant. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall, zu mit der KG vergleichbaren Anteilen, eine rezidivierende depressive Störung (+0,1 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG höher als in der KG (+2,9 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall in vergleichbarer Höhe zur KG (-0,2 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG größer als in der KG (+3,2 %-Punkte). Dieser Unterschied war erneut statistisch nicht signifikant.

U2: Bei den linikneuen 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 11,8 %-Punkte geringer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 1,3 %-Punkte geringer ausgeprägt als in der KG. Auch die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 1,4 %-Punkte geringer als in der KG.

U3: Bei den linikneuen 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 in der IG erneut geringer als in der KG (-10,1 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Gruppenschätzer = 0,6). Auch das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war in der IG geringer als in der KG (-1,9 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war zwischen IG und KG vergleichbar (+0,8 %-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 linikneuen Patienten der IG erneut geringer als in der KG (-13,3 %-Punkte). Auch bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-4,2 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu leicht geringeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-1,5 %-Punkte). Auch bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-2,0 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu etwas geringeren Anteilen als die Patienten der KG (-1,8 %-Punkte). Auch bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-5,3 %-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	111	109
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	42	43
• Jegliche depr. Episode ³	76	77
• ohne Suchterkrankung ⁵	80	66
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	28,6 %	34,9 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	7,9 %	7,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	22,5 %	22,7 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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	182	192
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	69	45
• Jegliche depr. Episode ³	123	111
• ohne Suchterkrankung ⁵	113	111
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	13,0 %	20,0 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	6,5 %	3,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	21,2 %	18,0 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

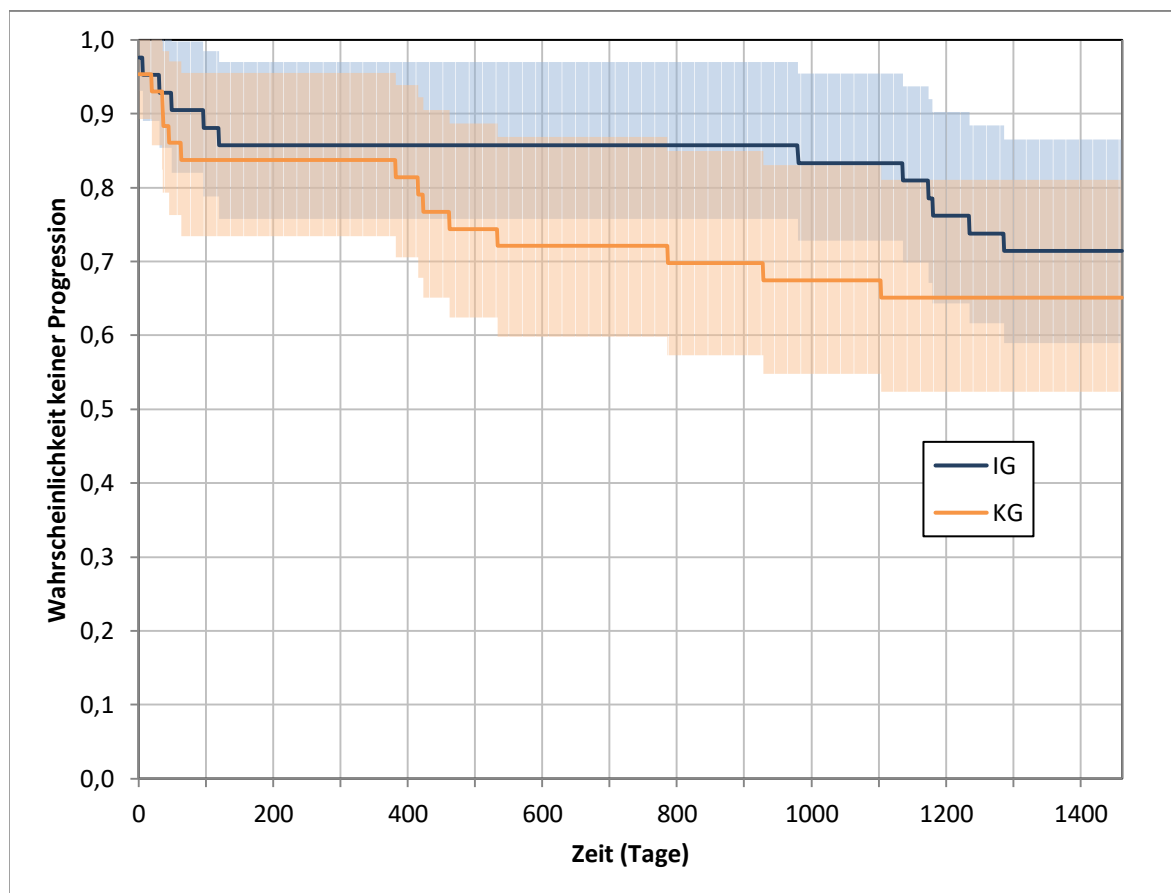
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

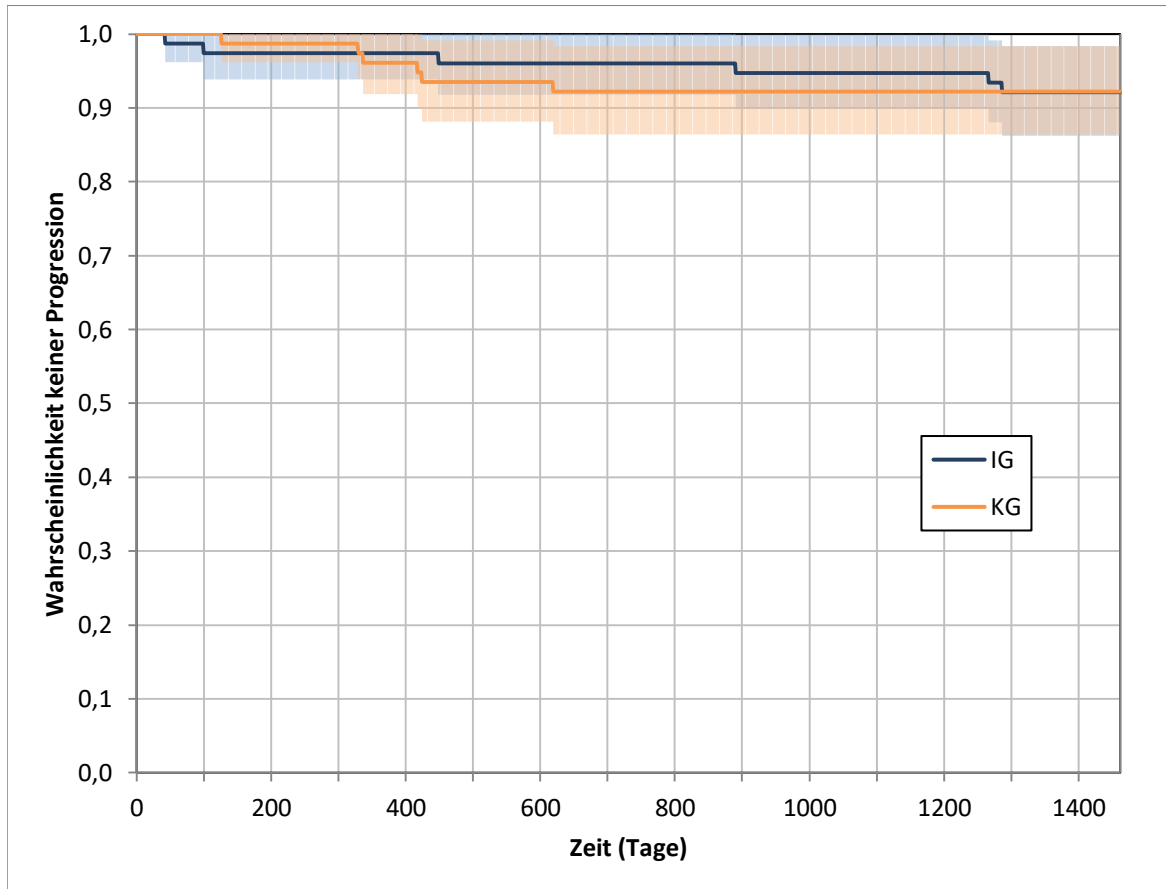
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

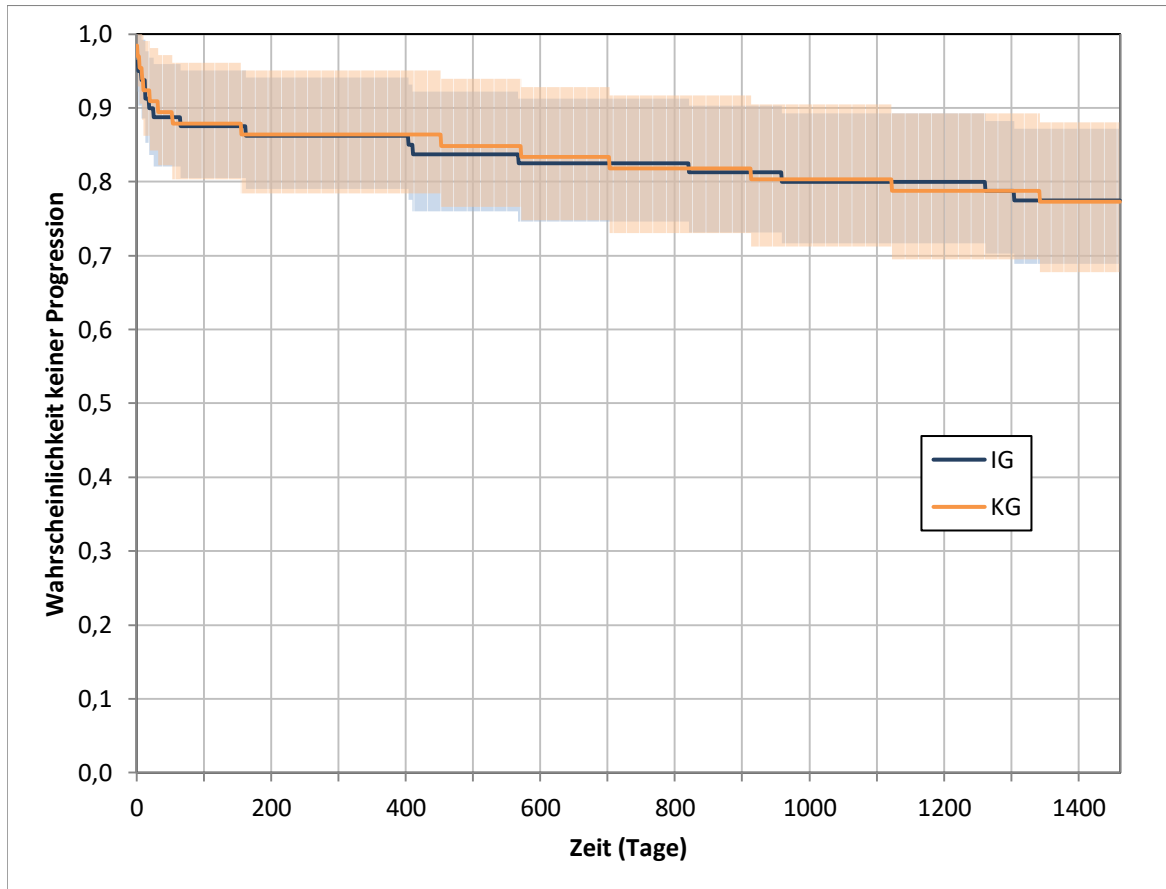
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)



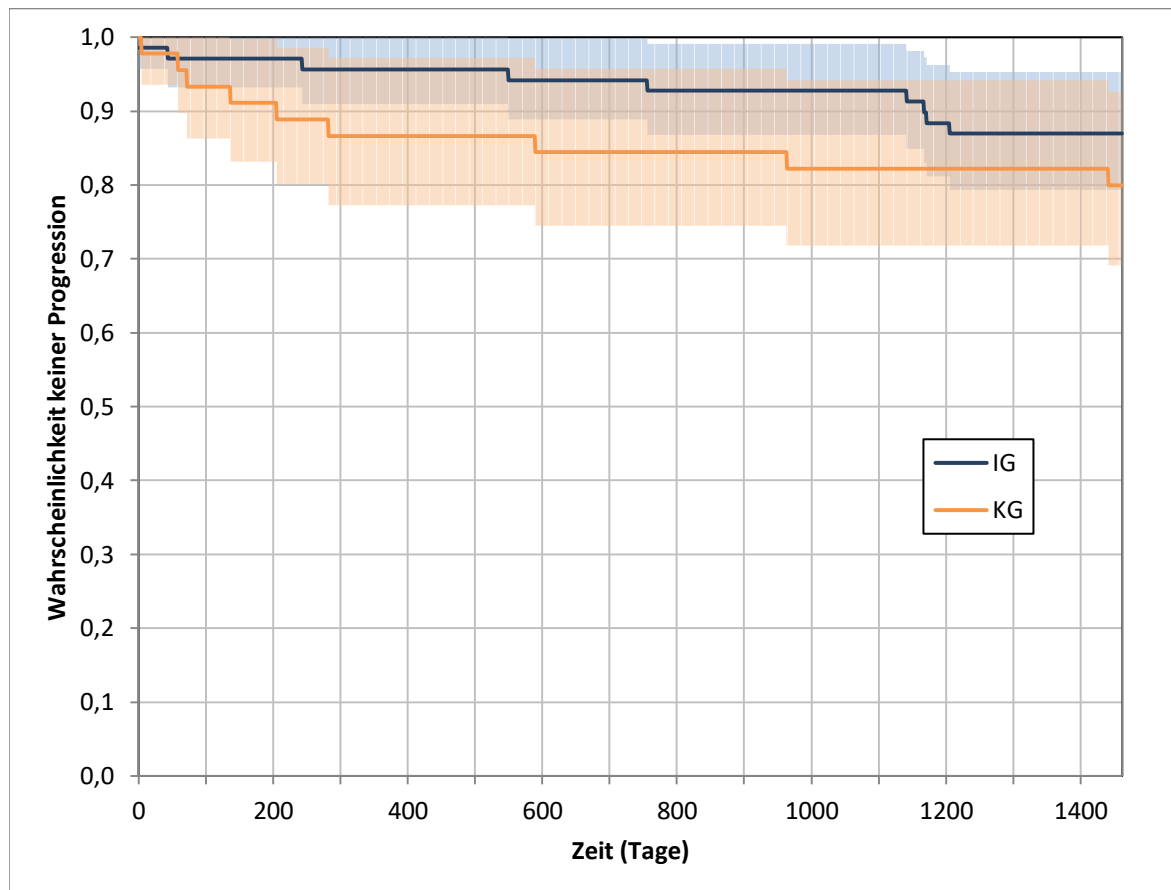
Klinikbekannte Patienten

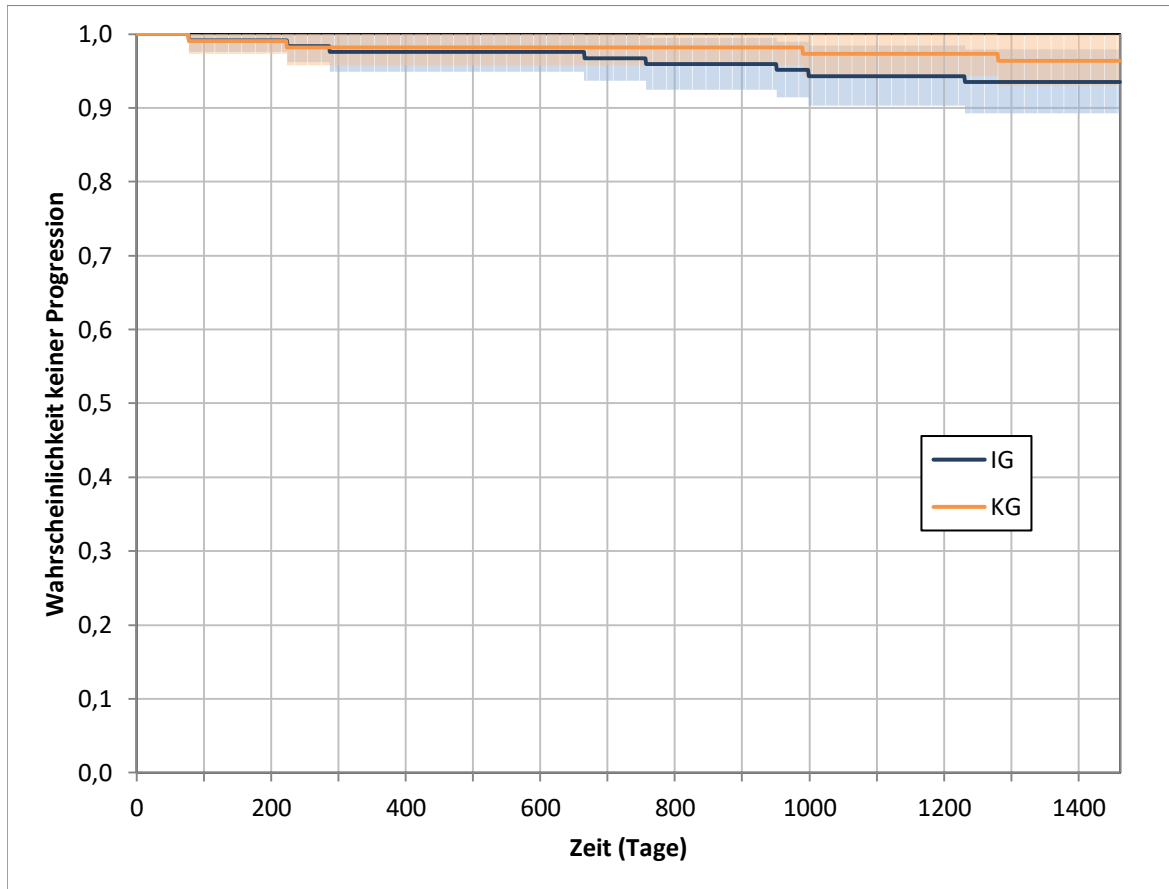
Legende für die folgenden Abbildungen:

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)

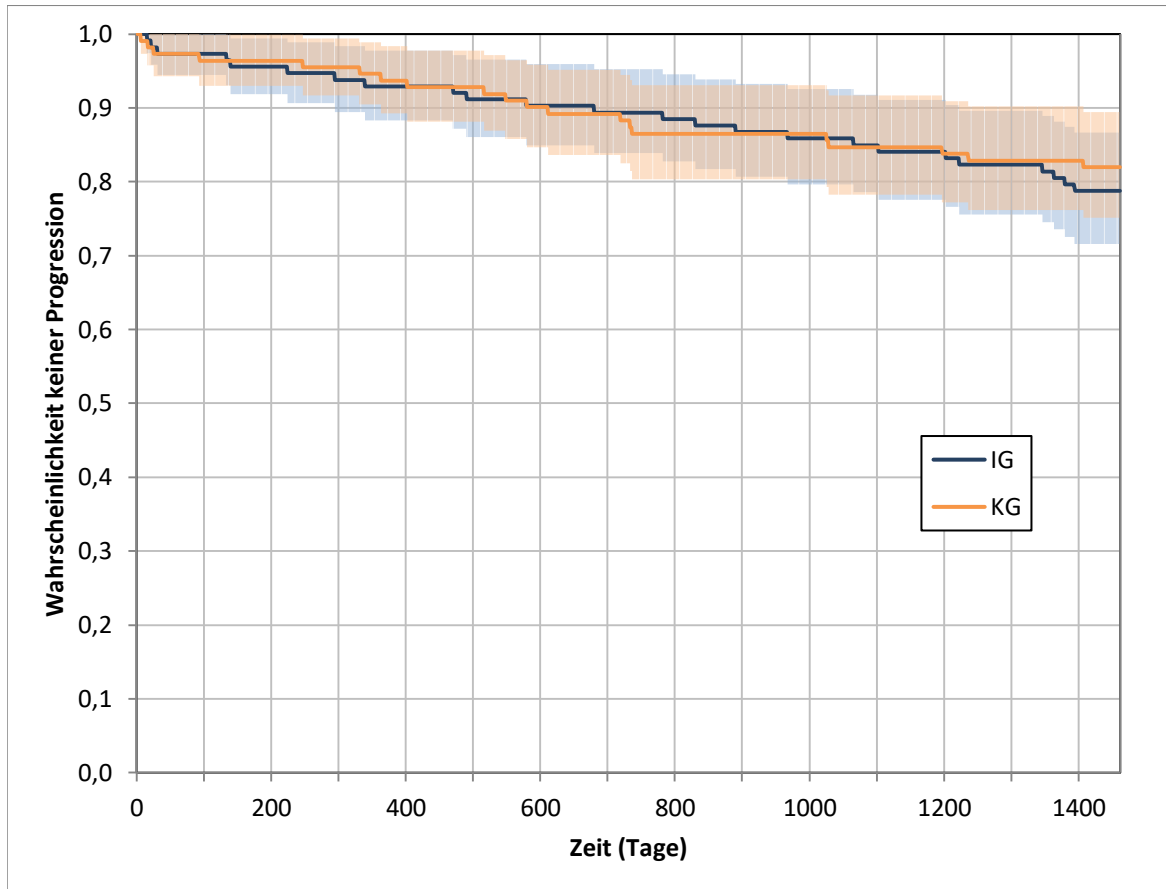


Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,80 0,35...1,83	1,33 0,39...4,47	0,96 0,46...2,01

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	0,56 0,20...1,52	2,15 0,61...7,50	0,96 0,51...1,81

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	1.343	1.342
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	530	424
• Jegliche depr. Episode ³	831	823
• ohne Suchterkrankung ⁵	904	848
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	13,4 %	25,2 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	1,2 %	2,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	17,8 %	19,2 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

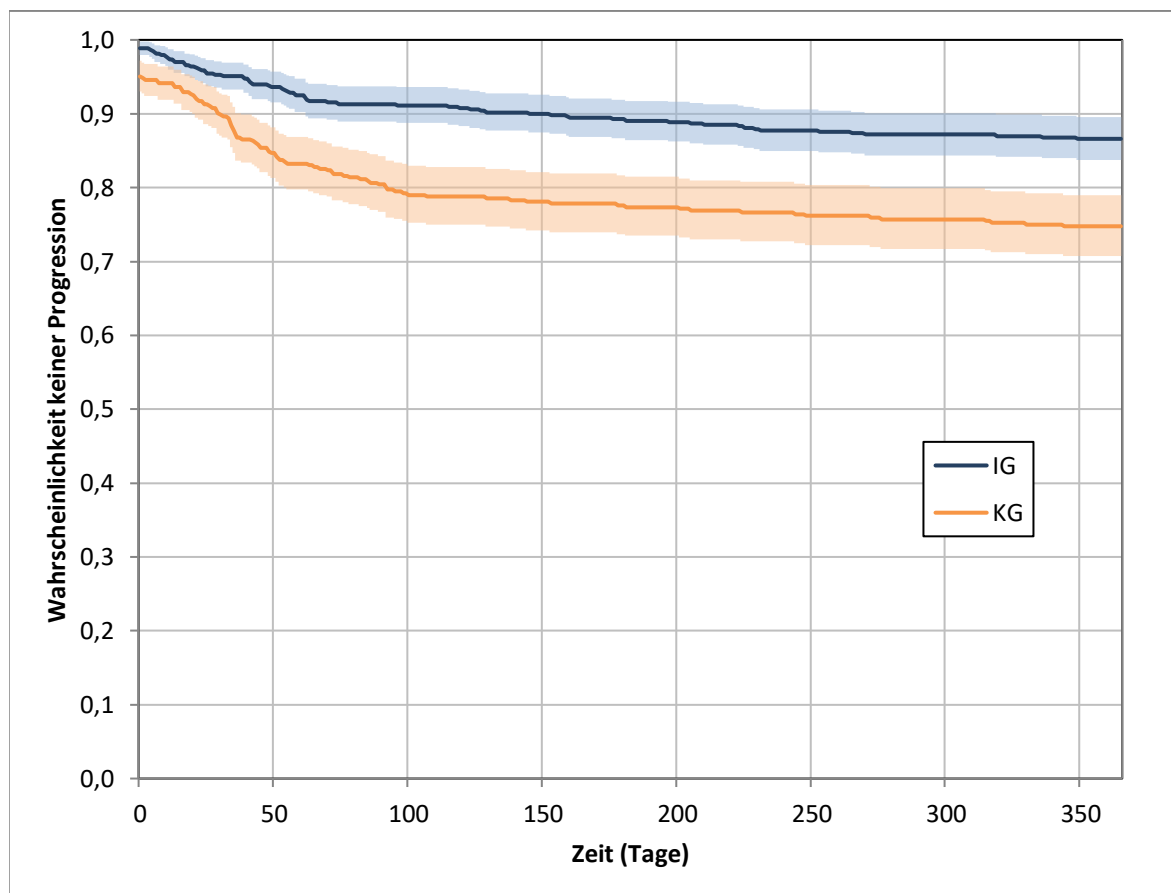
Klinikneue Patienten

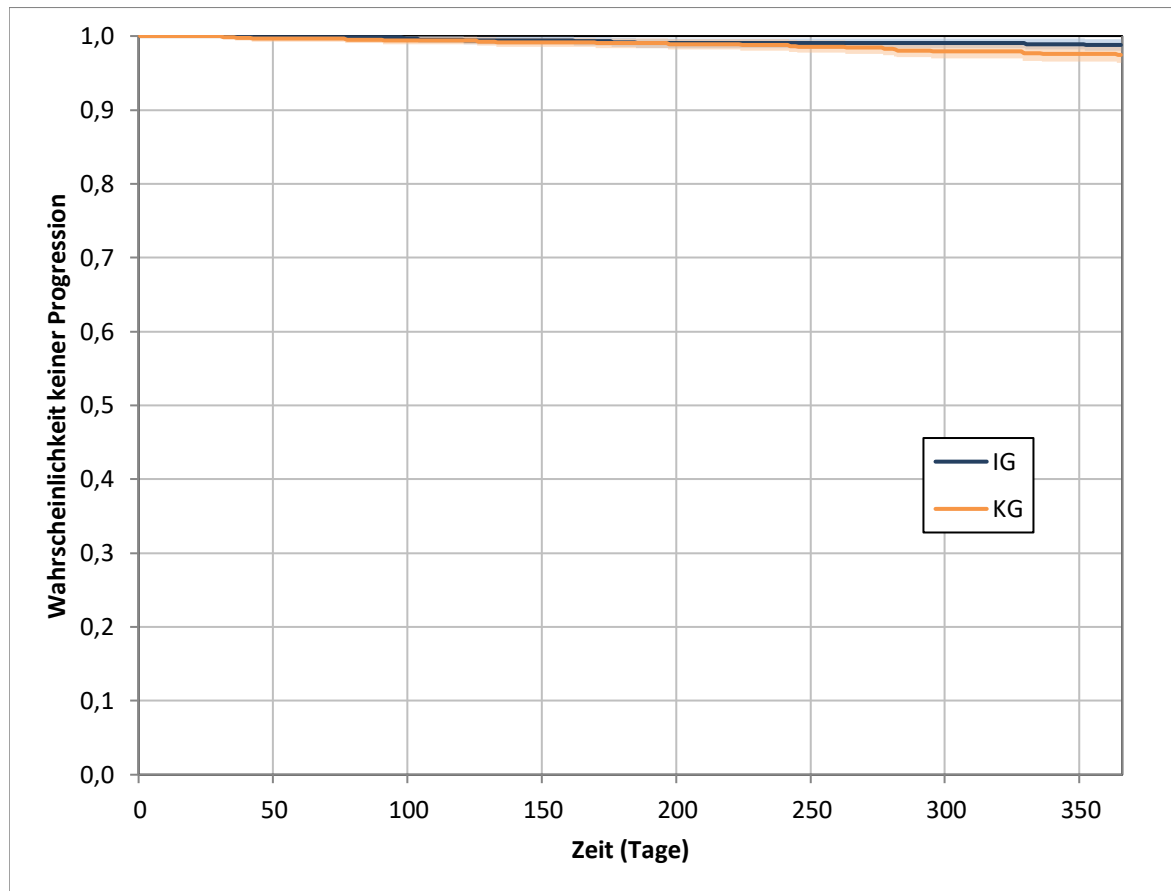
Legende für die folgenden Abbildungen:

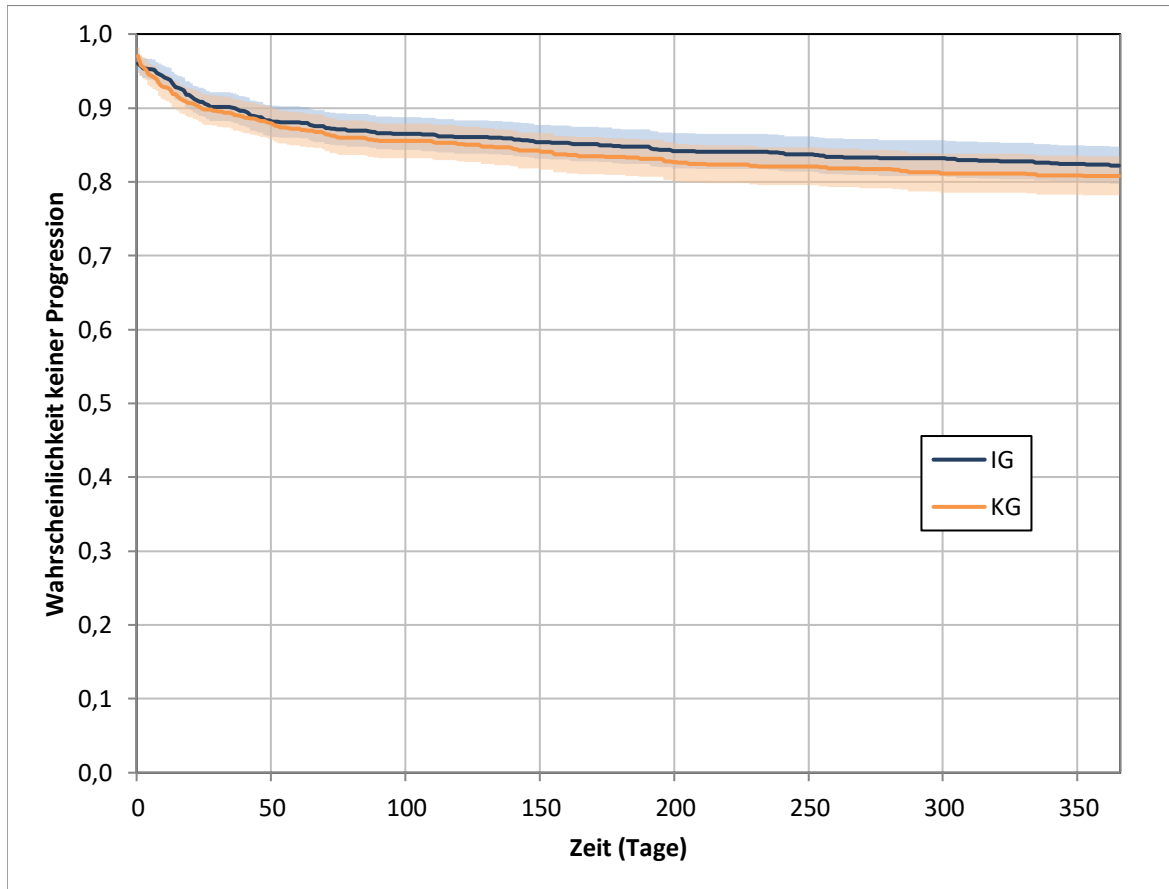
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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	935	935
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	399	314
• Jegliche depr. Episode ³	603	592
• ohne Suchterkrankung ⁵	630	594
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	16,3 %	26,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	2,5 %	4,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	23,5 %	22,7 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

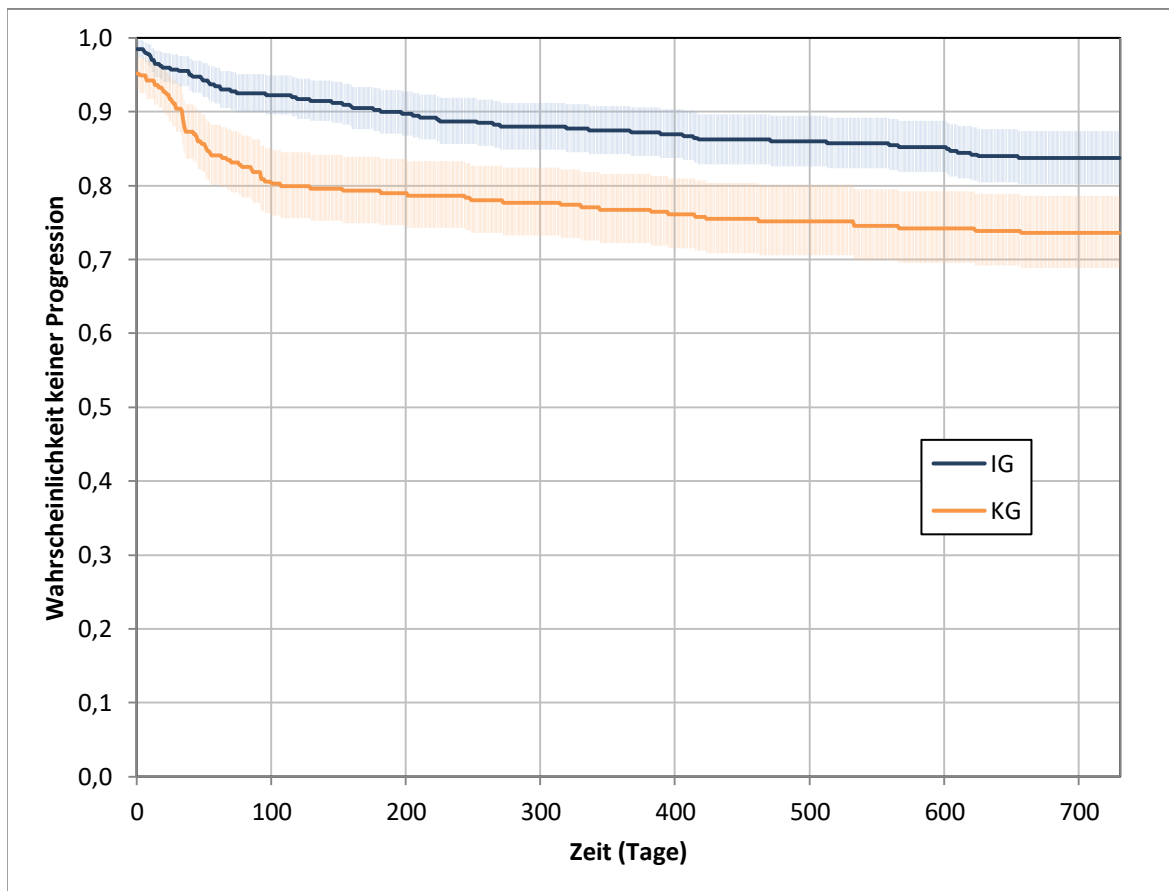
Klinikneue Patienten

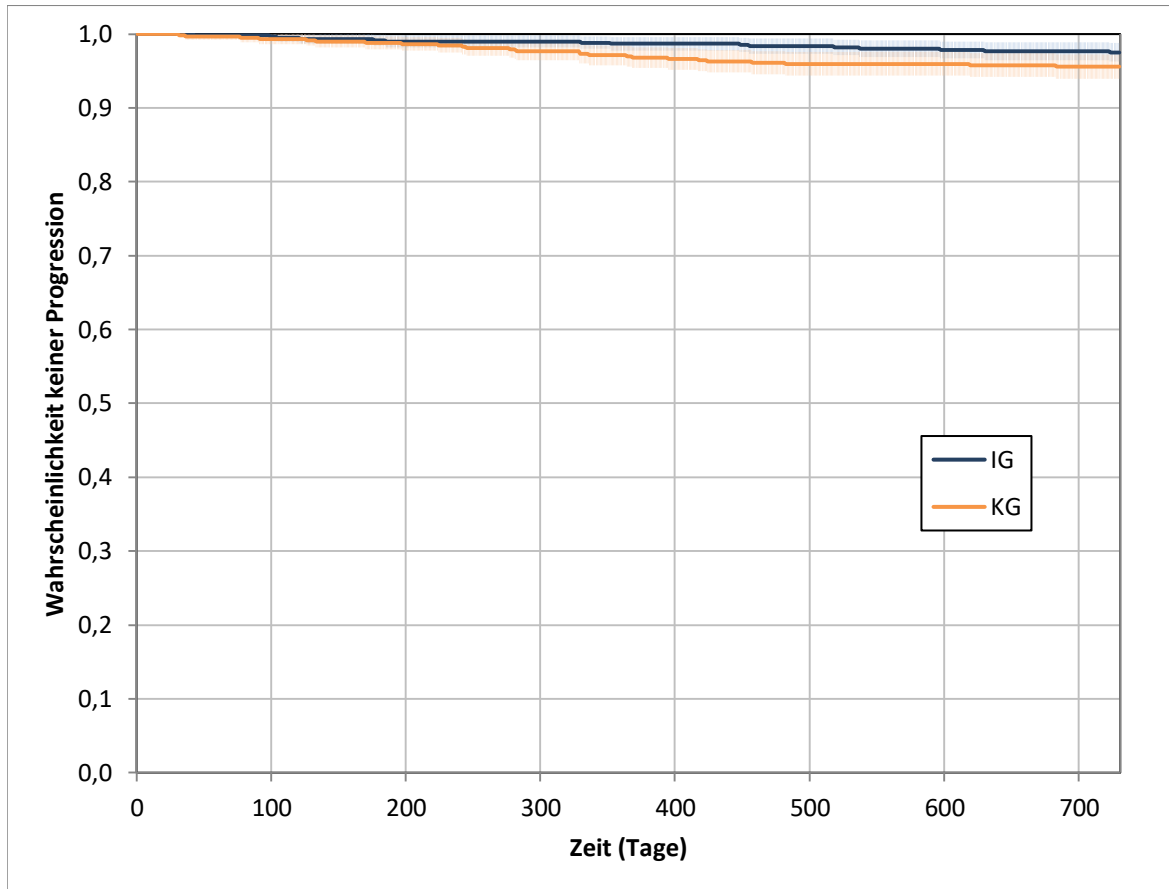
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

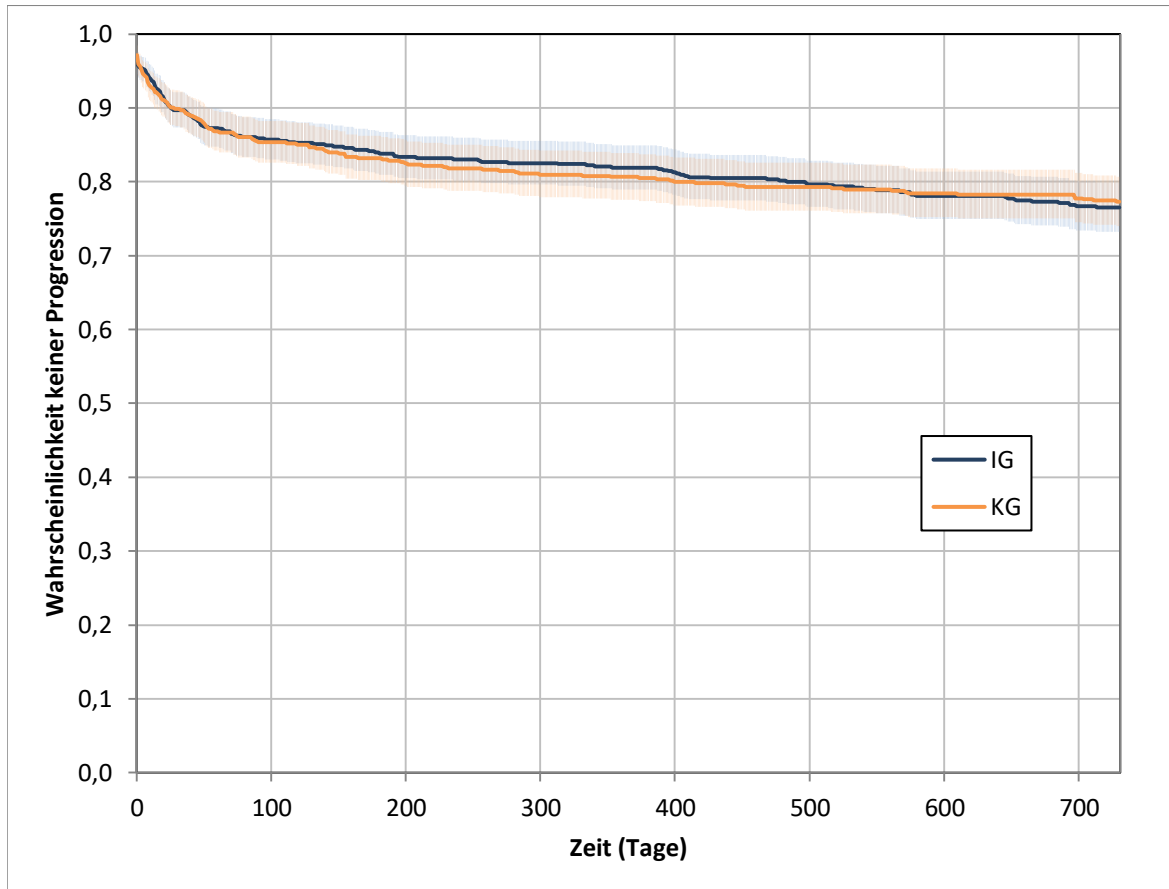
Progression C (→ Suchterkrankung)

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	0,62** 0,44...0,87	0,59 0,31...1,12	1,01 0,78...1,29

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	549	554
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	253	200
• Jegliche depr. Episode ³	368	362
• ohne Suchterkrankung ⁵	369	356
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	18,2 %	31,5 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	4,3 %	5,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	25,2 %	27,0 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	844	849
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	285	214
• Jegliche depr. Episode ³	451	425
• ohne Suchterkrankung ⁵	463	400
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	11,2 %	15,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	5,1 %	7,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	14,9 %	20,3 %

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

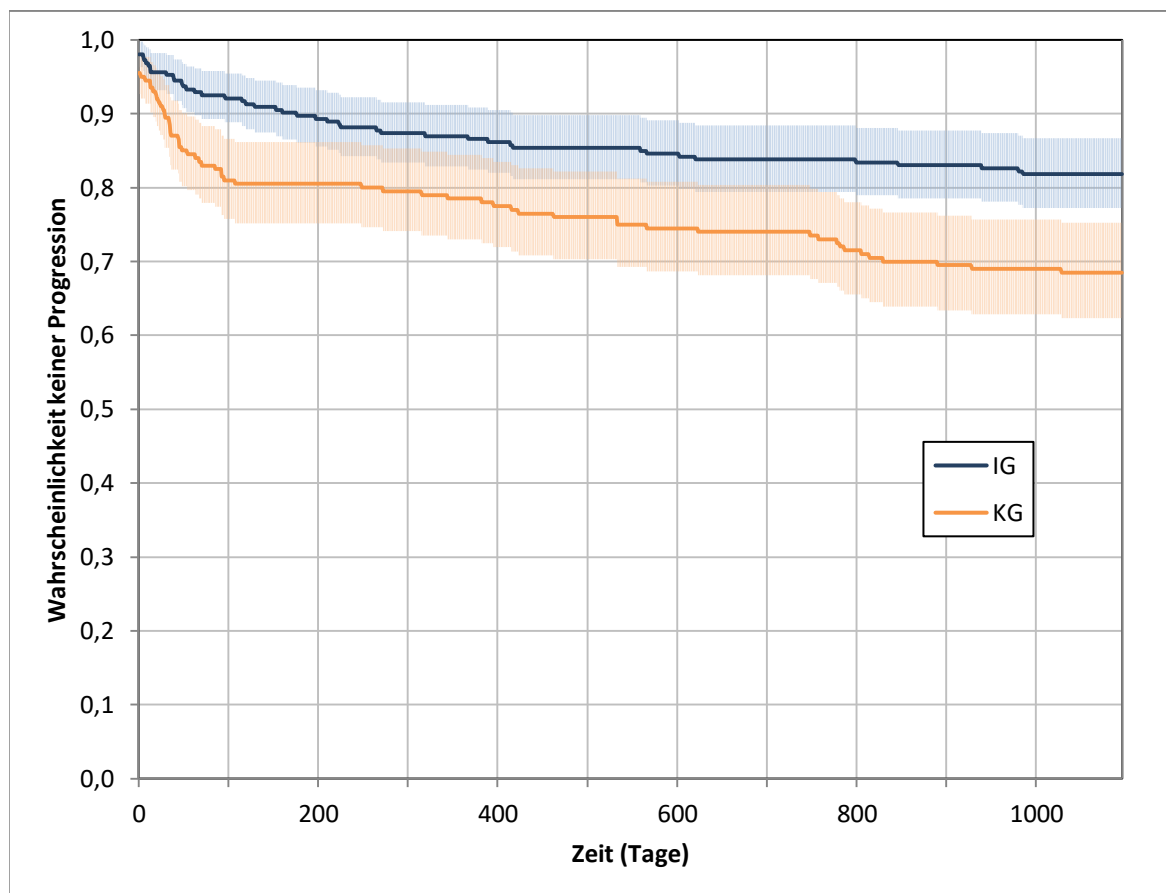
Klinikneue Patienten

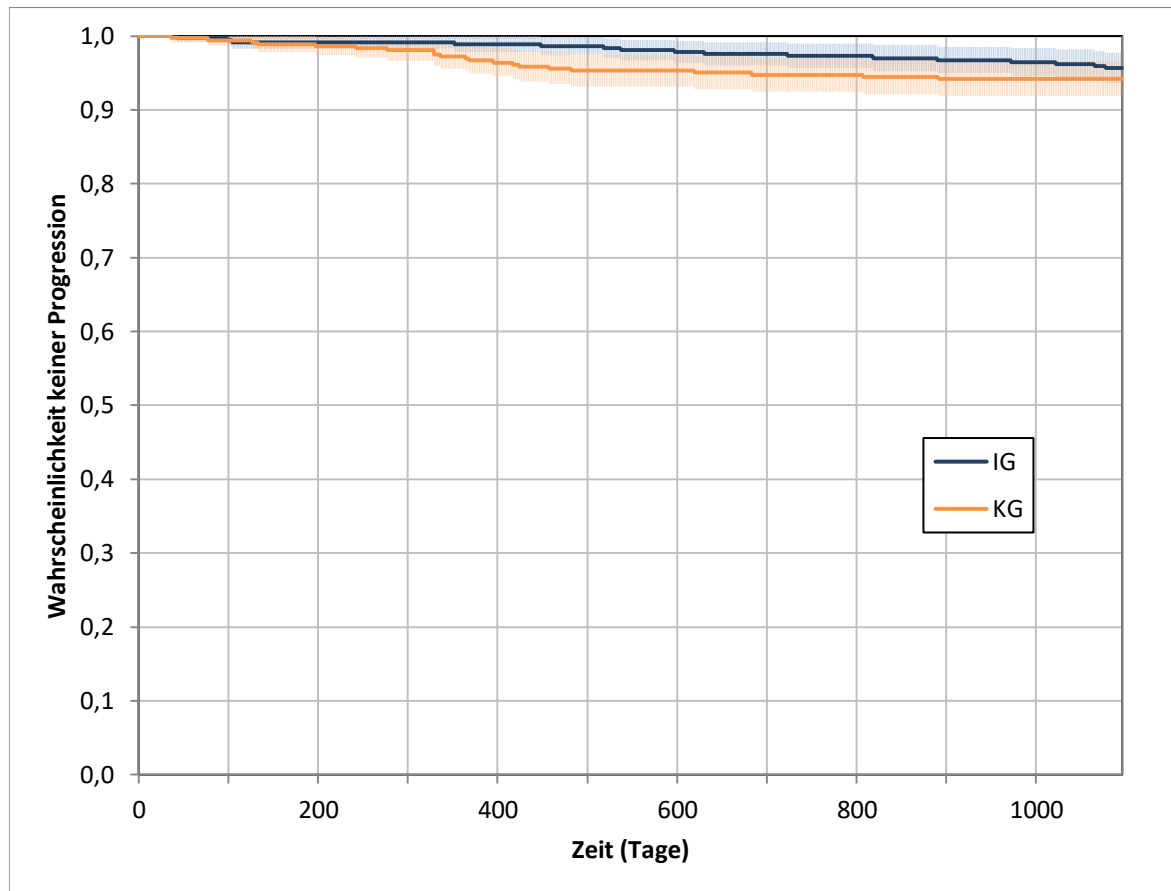
Legende für die folgenden Abbildungen:

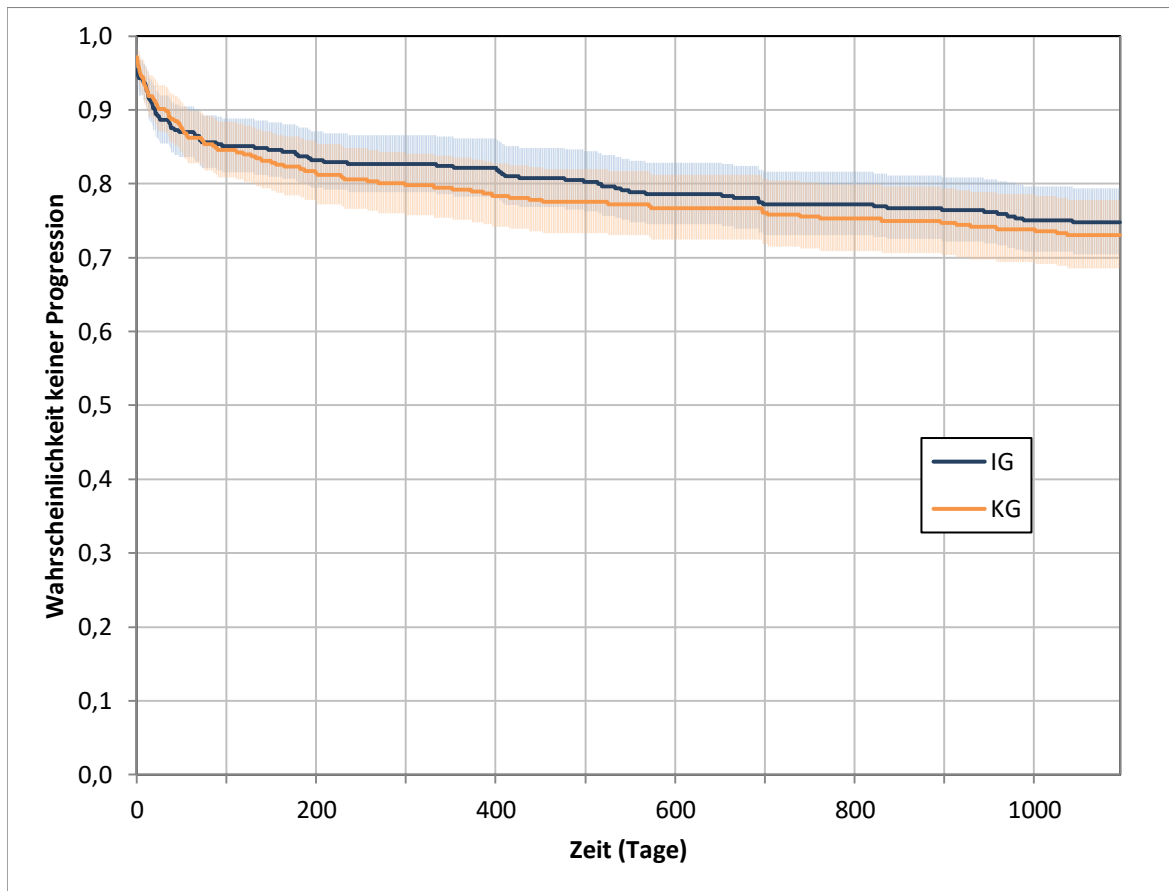
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

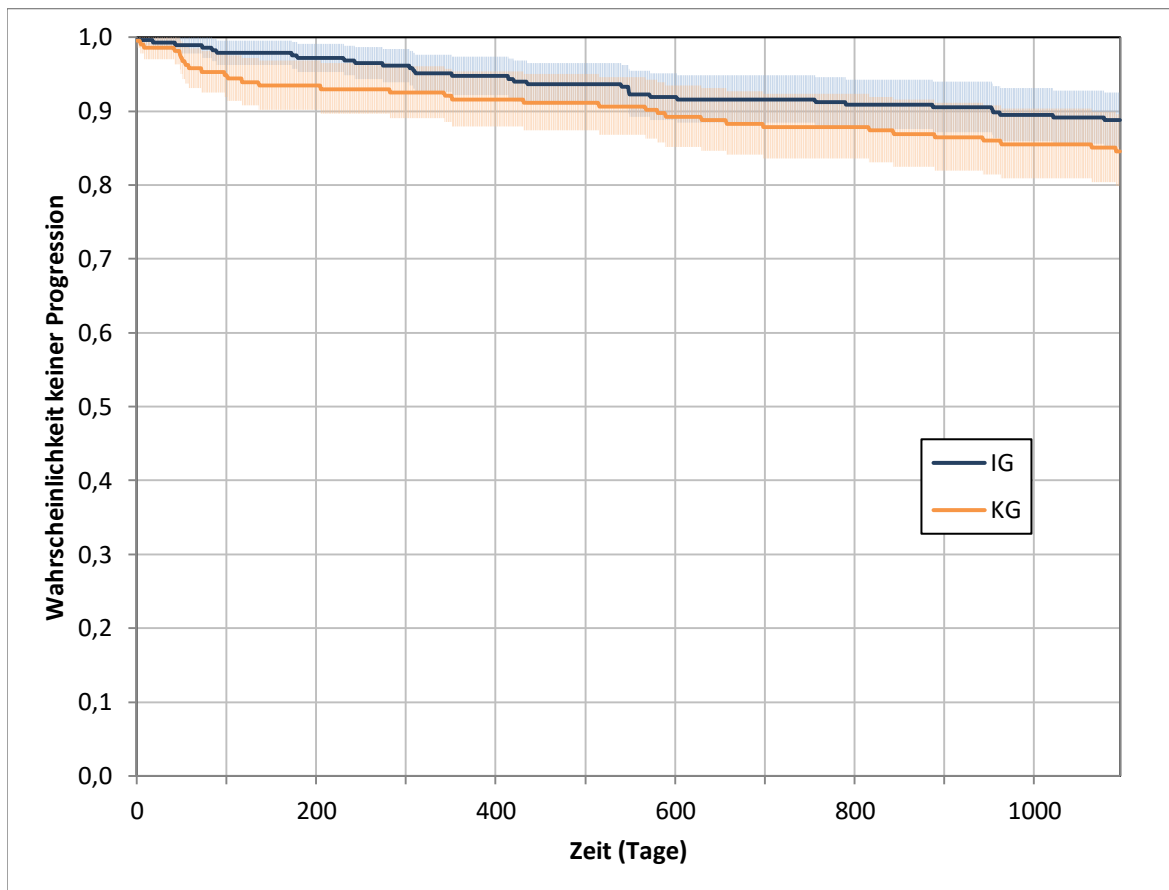
Klinikbekannte Patienten

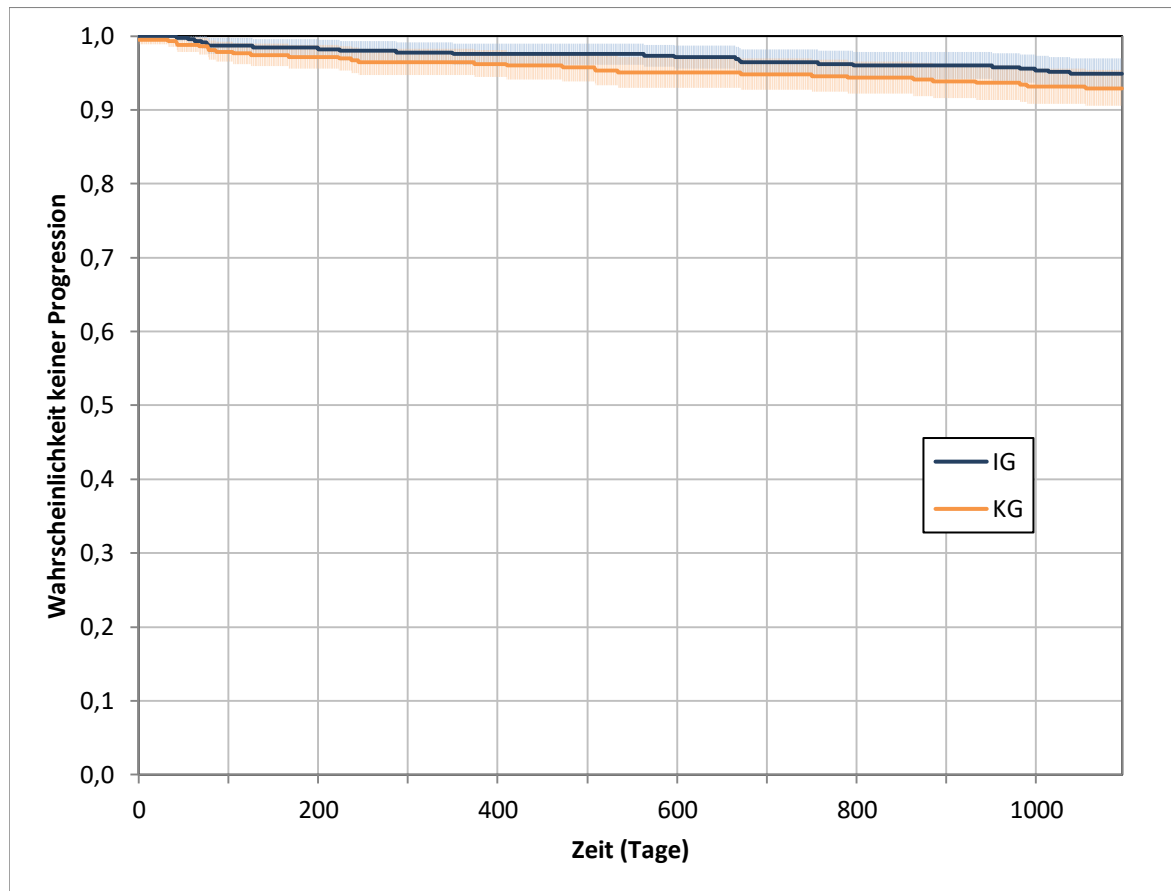
Legende für die folgenden Abbildungen:

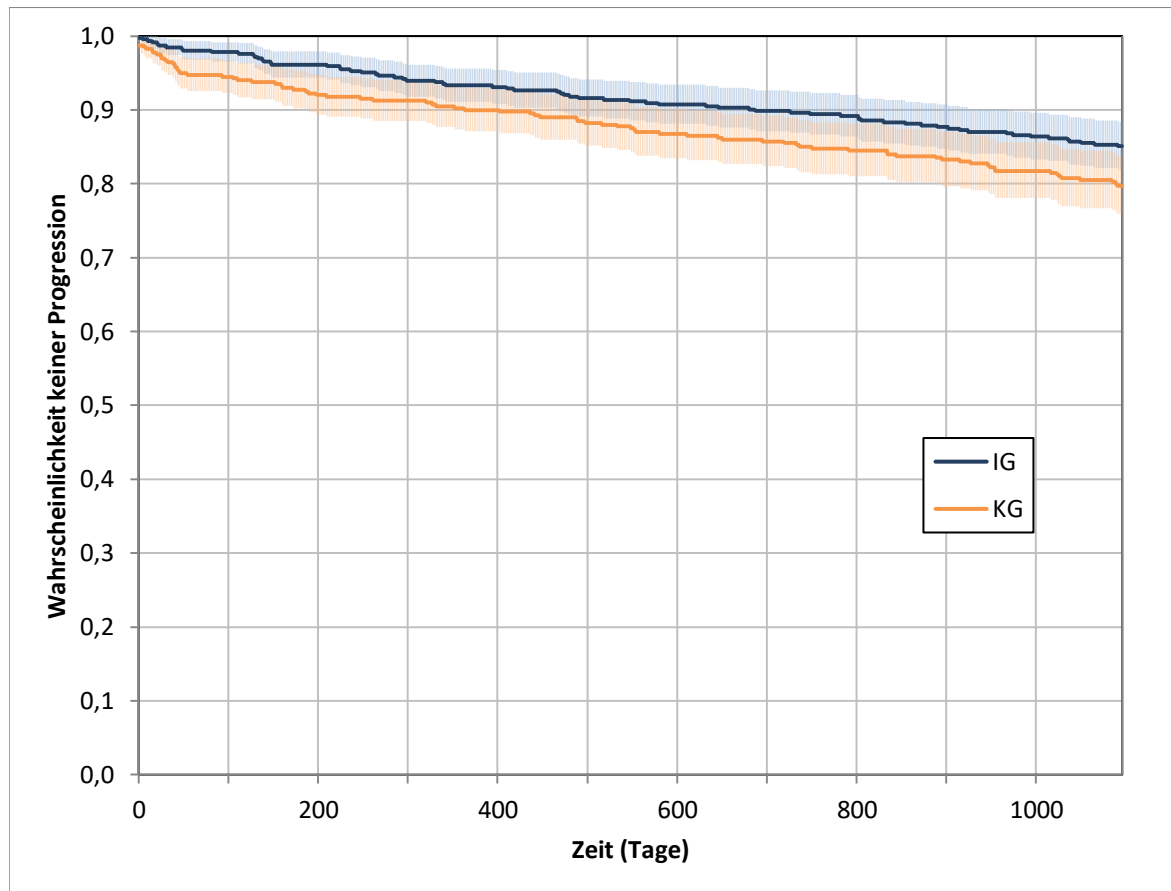
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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. (3) aufgeführte Outcomes genutzt, auf ihre Anwendbarkeit für die verfügbaren Sekundärdaten geprüft und wo nötig angepasst (siehe 6.2.2).

Bei diesen Outcomes wird kein Zeitreihenvergleich erstellt, da 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 linikneuen 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: 4,7 %; KG: 5,9 %) sowie Anteile an Personen mit Alkoholabhängigkeit und Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 1,3 %; KG: 1,7 %).

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 niedriger als in der KG waren (IG: 1,3 %; KG: 4,1 %). Eine inferenzstatistische Aussage konnte aufgrund der geringen Fallzahlen nicht getroffen werden. Der Anteil an Personen mit einer Demenz und ohne Antipsychotikaverordnung war in der IG etwas größer als in der KG (IG: 53,0 %; KG: 40,0 %). Dieser Unterschied erreichte jedoch keine statistische Signifikanz. 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 vergleichbar (IG: 42,2 %; KG: 44,4 %). Auch der Anteil der Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 7,4 %; KG: 6,0 %).

Der Anteil der Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war in der IG etwas geringer als in der KG (IG: 84,3 %; KG: 88,9 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Auch

der Anteil an Erwachsenen mit Schizophrenie und einer ersten Episode mit einer antipsychotischen Medikation war in der IG etwas geringer als in der KG (IG: 86,5 %; KG: 90,7 %). Dieser Unterschied war erneut statistisch nicht signifikant. 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)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelte Alkoholabhängigkeit³ 	127	118
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	4,7 %	5,9 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ 	154	175
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	1,3 %	1,7 %

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)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	<p>160 1,3 %</p>	<p>171 4,1 %</p>
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	<p>22 68,2 %</p>	<p>22 45,5 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>83 53,0 %</p>	<p>80 40,0 %</p>

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)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen 	<p>619 42,2 %</p>	<p>502 44,4 %</p>
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode⁷ Anteil Personen mit Psychotherapie⁸ innerhalb von 90 Tagen 	<p>421 7,4 %</p>	<p>463 6,0 %</p>

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 (\geq 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)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² • Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	83 84,3 %	99 88,9 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ • Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	52 86,5 %	54 90,7 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ • Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	20 25,0 %	22 22,7 %

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

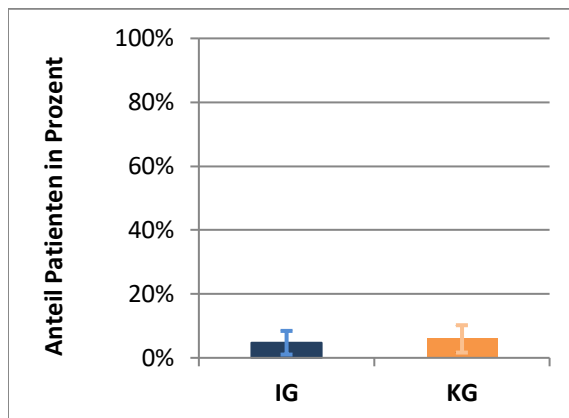
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

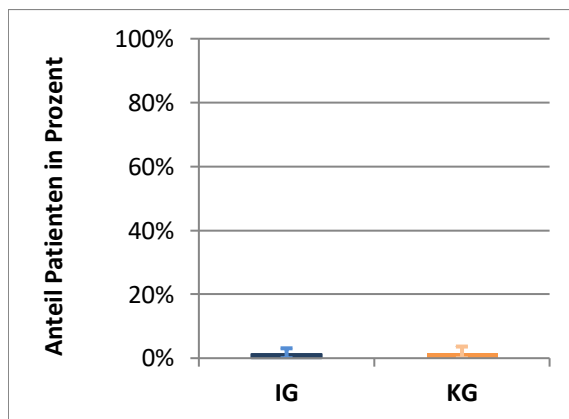
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

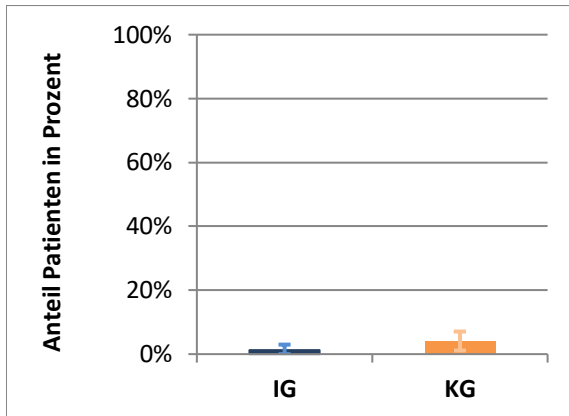
Alkoholabhängigkeit B



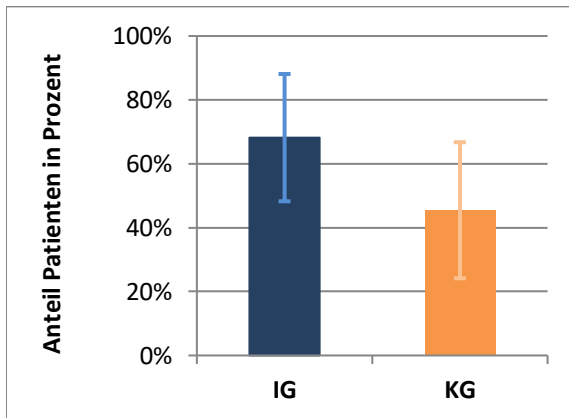
Alkoholabhängigkeit C



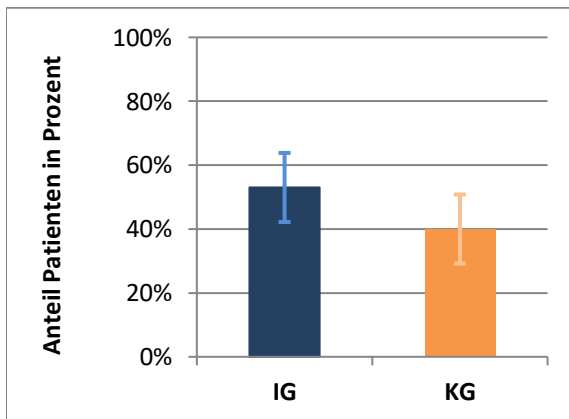
Demenz D



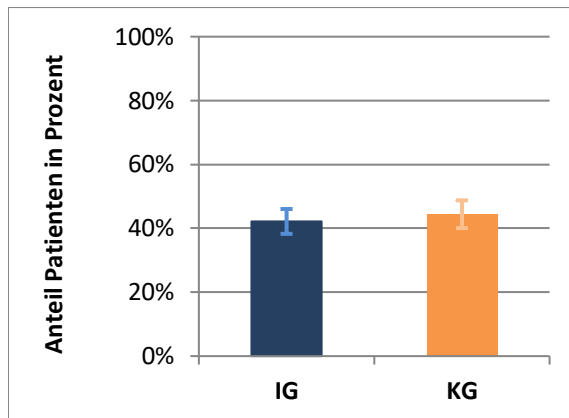
Demenz E



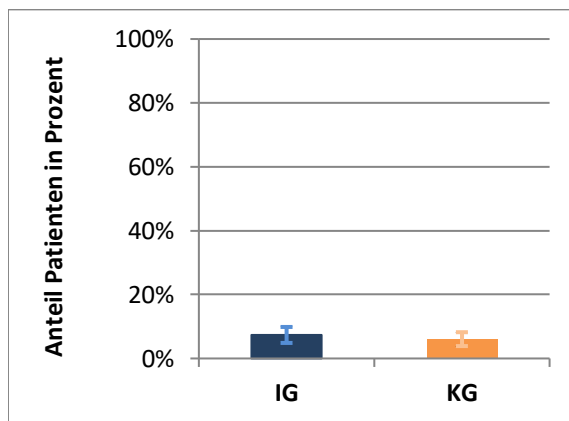
Demenz F



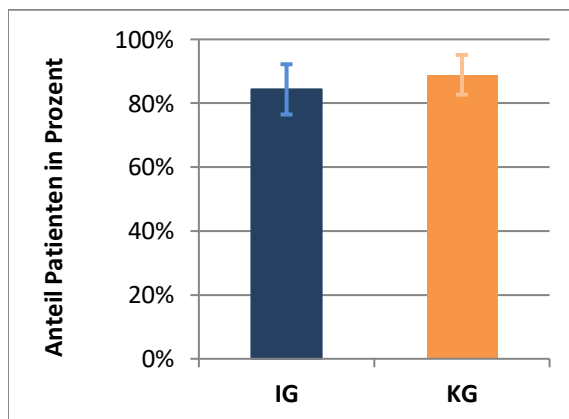
Depression G



Depression I



Schizophrenie J



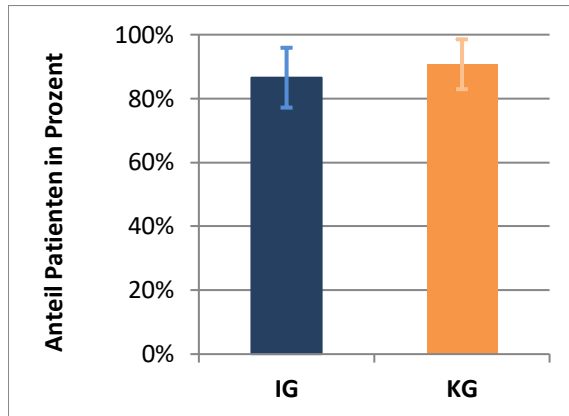
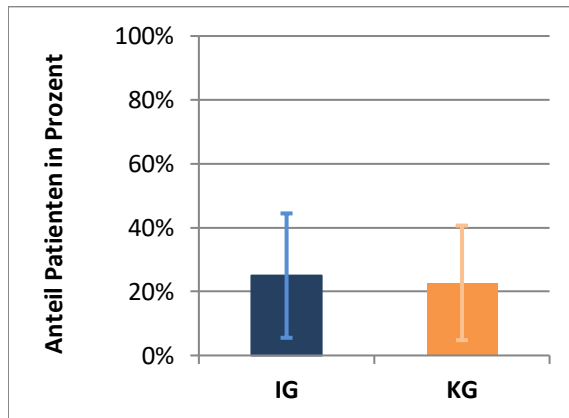
Schizophrenie K**Schizophrenie L**

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

Klinikneue Patienten

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	1,33 0,68...2,60	1,02 0,80...1,31	1,20 0,70...2,06	0,73 0,30...1,83	0,83 0,22...3,08	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 linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung traten bei Patienten der IG und KG im Präzeitraum überwiegend keine Fälle auf (vgl. Tabelle 63 und Abbildung 36). Im Referenzfall hatten Patienten der IG und KG etwa gleichmäßig häufig Behandlungen im vollstationären Setting und in der PIA. Insgesamt fünf Individuen der IG wurden im Home-Treatment betreut.

Bei den linikbekannten Patienten wurden relativ viele Patienten der IG und KG im Präzeitraum und zum Referenzfall ausschließlich in der PIA behandelt (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 37).

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung hatten signifikant mehr Patienten der IG ihren Referenzfall in der PIA bzw. im Home-Treatment (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 38). Gleichzeitig hatten Patienten der IG ihren Referenzfall signifikant weniger oft im vollstationären bzw. im tagesklinischen Setting. Dieses Behandlungsmuster setzte sich im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr fort.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatten signifikant mehr Patienten der IG ihren Referenzfall in der PIA bzw. im Home-Treatment. Gleichzeitig hatten signifikant weniger Patienten der IG ihren Referenzfall im tagesklinischen bzw. vollstationären Setting (vgl. Tabelle 66 und Abbildung 39). Dieses Behandlungsmuster setzte sich im ersten und zweiten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr fort. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr hatten in der IG signifikant weniger Patienten keinen Fall mehr.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung hatten die Patienten der IG ihren Referenzfall signifikant häufiger in der PIA bzw. im Home-Treatment (vgl. Tabelle 67 und Abbildung 40). Gleichzeitig hatte die IG signifikant weniger oft ihren Referenzfall im vollstationären bzw. im tagesklinischen Setting. Auch hier setzte sich dieses Behandlungsmuster bis ins dritte patientenindividuelle Nachbeobachtungsjahr fort.

Bei den klambekanntem Patienten wurden signifikant mehr Patienten der IG im Präzeitraum in der PIA behandelt (vgl. Tabelle 68 und Abbildung 41). Gleichzeitig hatten signifikant weniger Patienten der IG im Präzeitraum keinen Behandlungsfall. Ihren Referenzfall hatten signifikant mehr Patienten der IG in der PIA bzw. im Home-Treatment. Signifikant weniger Patienten der IG hatten ihren Referenzfall im vollstationären bzw. im tagesklinischen Setting. Dieses Behandlungsmuster setzte sich bis ins dritte patientenindividuelle Nachbeobachtungsjahr fort. Vom ersten Nachbeobachtungsjahr bis ins dritte Nachbeobachtungsjahr hatten signifikant weniger Patienten der IG keinen Behandlungsfall mehr.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

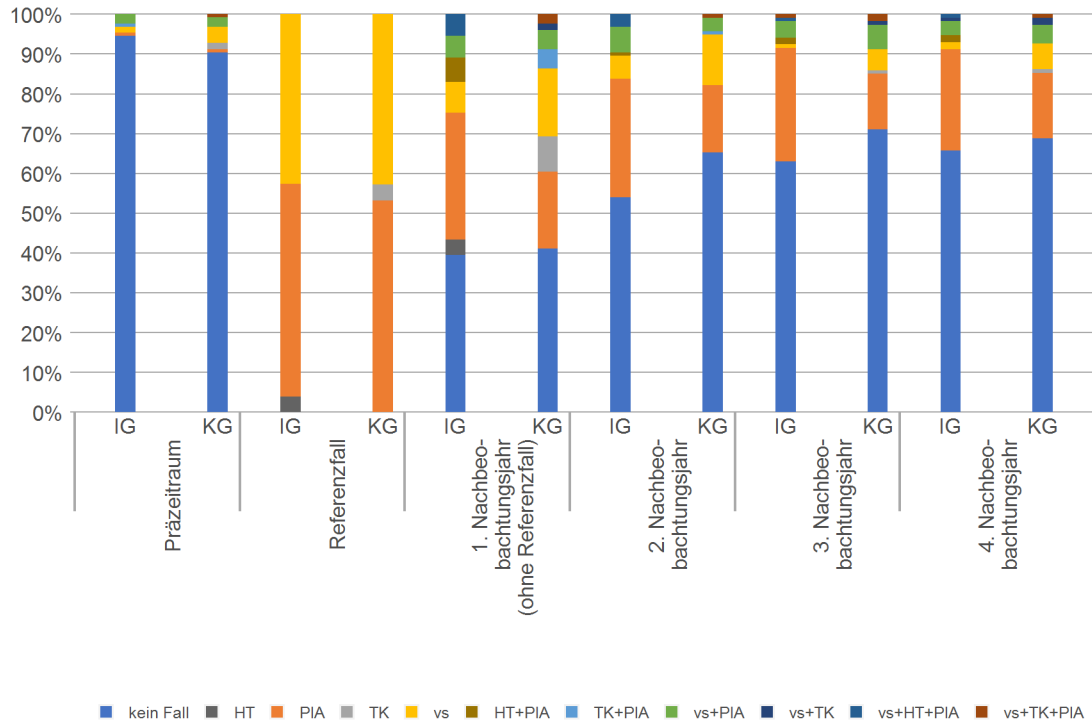
Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	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	1,000					3	0,926		<10	1,000	<10	<10	1,000		<10	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA							<10		0,222	<10		0,717	<10		1,000	<10		1,000
TK+HT+PIA																		
vs+TK								<10	1,000					<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+PIA	<10	<10	1,000				<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+HT																		
TK+PIA	<10		1,000					<10	0,274		<10	1,000						
TK+HT																		
HT+PIA							<10		0,139	<10		1,000	<10		1,000	<10		1,000
vs	<10	<10	1,000	55	53	1,000	10	21	0,274	<10	15	0,640	<10	<10	0,889	<10	<10	1,000
TK		<10	1,000		<10	0,256		11	0,018					<10	1,000		<10	1,000
PIA	<10	<10	1,000	69	66	1,000	41	24	0,274	37	20	0,217	34	16	0,110	29	18	1,000
HT				<10		0,256	<10		0,390									
kein Fall	122	112	1,000				51	51	1,000	67	77	0,640	75	81	1,000	75	75	1,000
Gesamtergebnis	129	124	1,000	129	124	0,092	129	124	<0,001	124	118	0,164	119	114	0,401	114	109	1,000

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

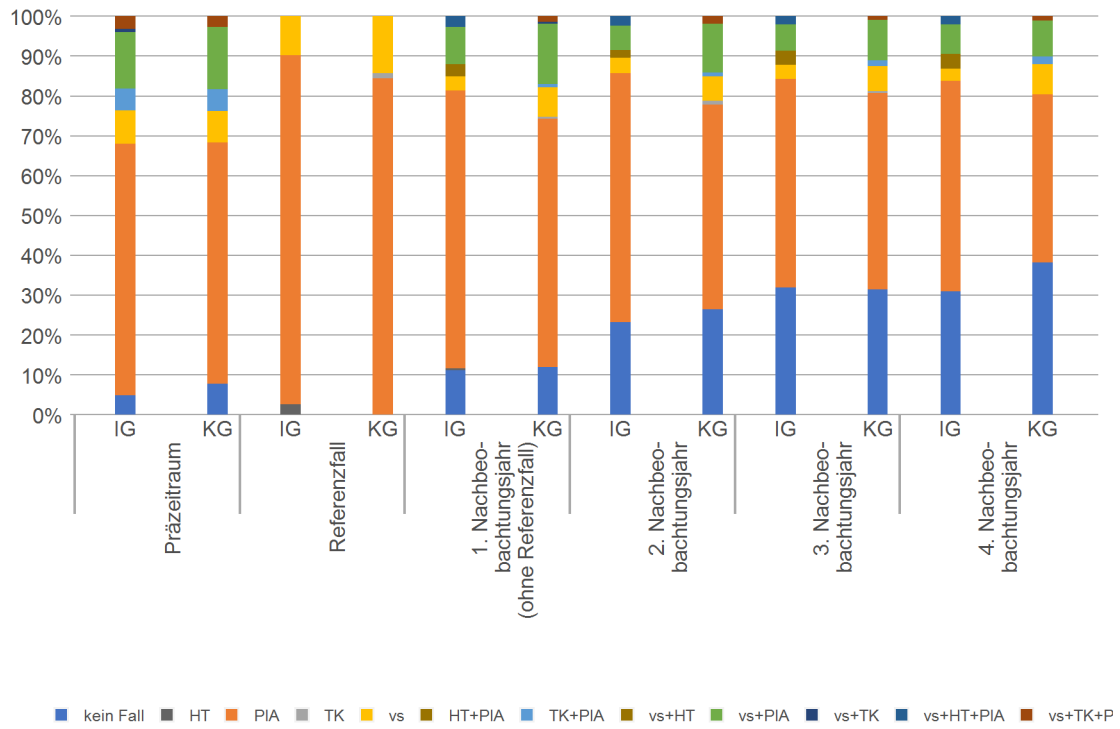
Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	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	1,000					<10	1,000		<10	0,931		<10	1,000		<10	0,993
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA							<10		0,525	<10		0,569	<10		0,954	<10		0,607
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10		1,000					<10	1,000									
vs+PIA	32	34	1,000				21	33	0,856	13	26	0,408	13	21	1,000	14	18	0,993
vs+HT							<10		1,000	<10		1,000						
TK+PIA	12	12	1,000					<10	1,000		<10	1,000		<10	1,000		<10	0,607
TK+HT																		
HT+PIA							<10		0,856	<10		1,000	<10		0,167	<10		0,153
vs	19	17	1,000	22	31	0,587	<10	16	1,000	<10	13	1,000	<10	13	1,000	<10	15	0,537
TK					<10	0,587		<10	1,000		<10	1,000		<10	1,000			
PIA	142	132	1,000	197	184	0,587	157	136	1,000	132	109	0,267	103	102	1,000	101	84	0,313
HT				<10		0,175	<10		1,000									
kein Fall	11	17	1,000				25	26	1,000	49	56	1,000	63	65	1,000	59	76	0,607
Gesamtergebnis	225	218	1,000	225	218	0,062	225	218	0,046	211	212	0,031	197	207	0,087	191	199	0,007

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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

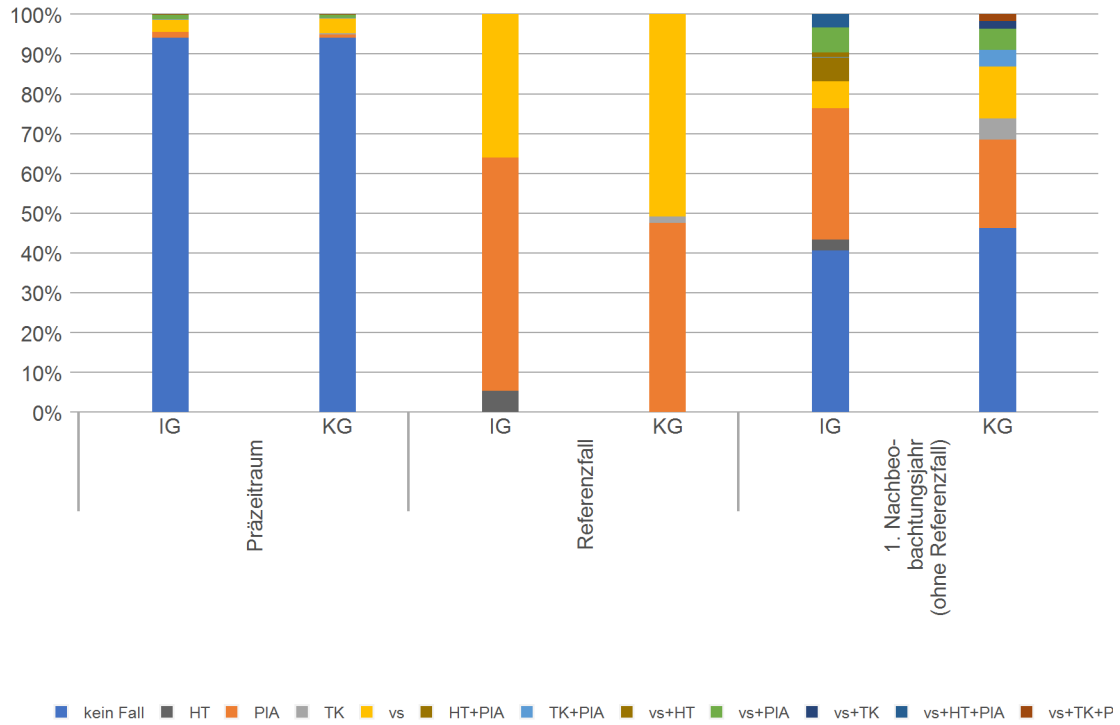
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Home-Treatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten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

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA	<10	<10	1,000					25	<0,001
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA							46		<0,001
TK+HT+PIA									
vs+TK	<10		1,000					27	<0,001
vs+PIA	15	11	1,000				89	76	0,336
vs+HT							16		<0,001
TK+PIA	<10	<10	1,000				<10	58	<0,001
TK+HT									
HT+PIA							85		<0,001
vs	43	54	1,000	509	719	<0,001	96	185	<0,001
TK	<10	<10	1,000		23	<0,001		76	<0,001
PIA	19	10	1,000	832	674	<0,001	468	313	<0,001
HT				75		<0,001	38		<0,001
kein Fall	1.333	1.333	1,000				575	656	0,005
Gesamtergebnis	1.416	1.416	1,000	1.416	1.416	<0,001	1.416	1.416	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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 = Home-Treatment.

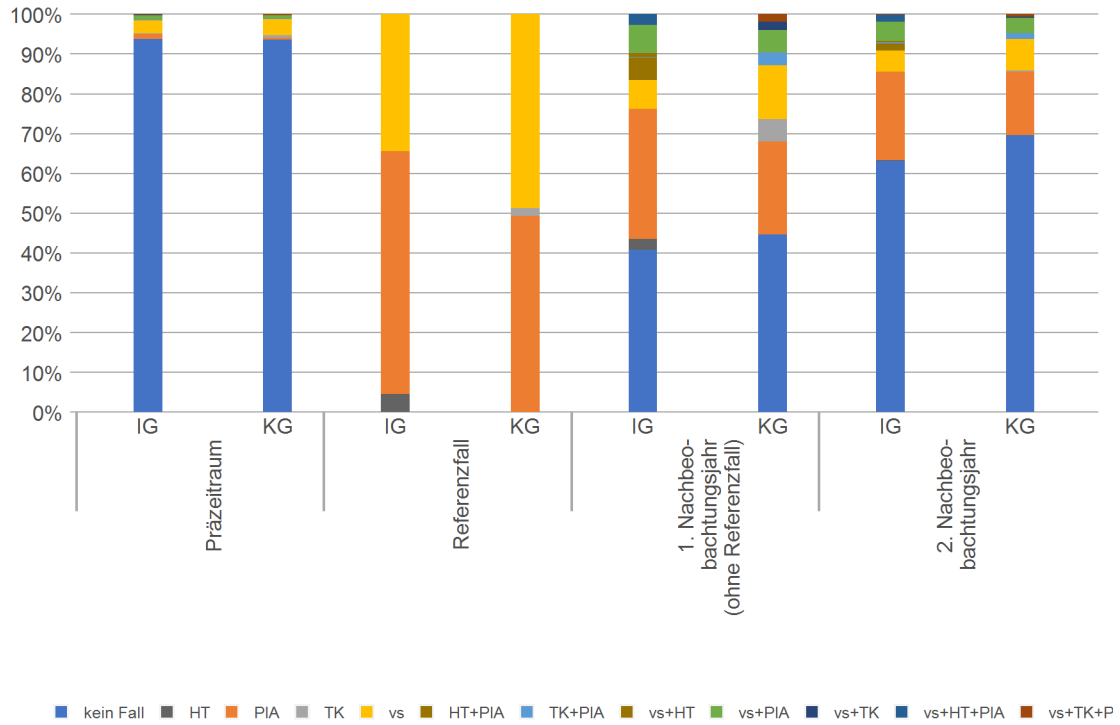
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr		
	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	1,000					19	<0,001	<10	<10	1,000
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA							28		<0,001	17		0,001
TK+HT+PIA												
vs+TK	<10		1,000					21	<0,001		<10	1,000
vs+PIA	12	<10	1,000				71	58	0,298	47	38	1,000
vs+HT							10		0,014	<10		0,809
TK+PIA	<10	<10	1,000				<10	32	<0,001	<10	14	0,044
TK+HT												
HT+PIA							57		<0,001	18		<0,001
vs	33	42	1,000	351	493	<0,001	74	136	<0,001	52	77	0,183
TK	<10	<10	1,000		20	<0,001		58	<0,001		<10	1,000
PIA	13	<10	0,912	623	499	<0,001	335	236	<0,001	216	155	0,007
HT				47		<0,001	27		<0,001	<10		1,000
kein Fall	958	948	1,000				417	452	0,179	614	673	0,026
Gesamtergebnis	1.021	1.012	1,000	1.021	1.012	<0,001	1.021	1.012	<0,001	973	967	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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

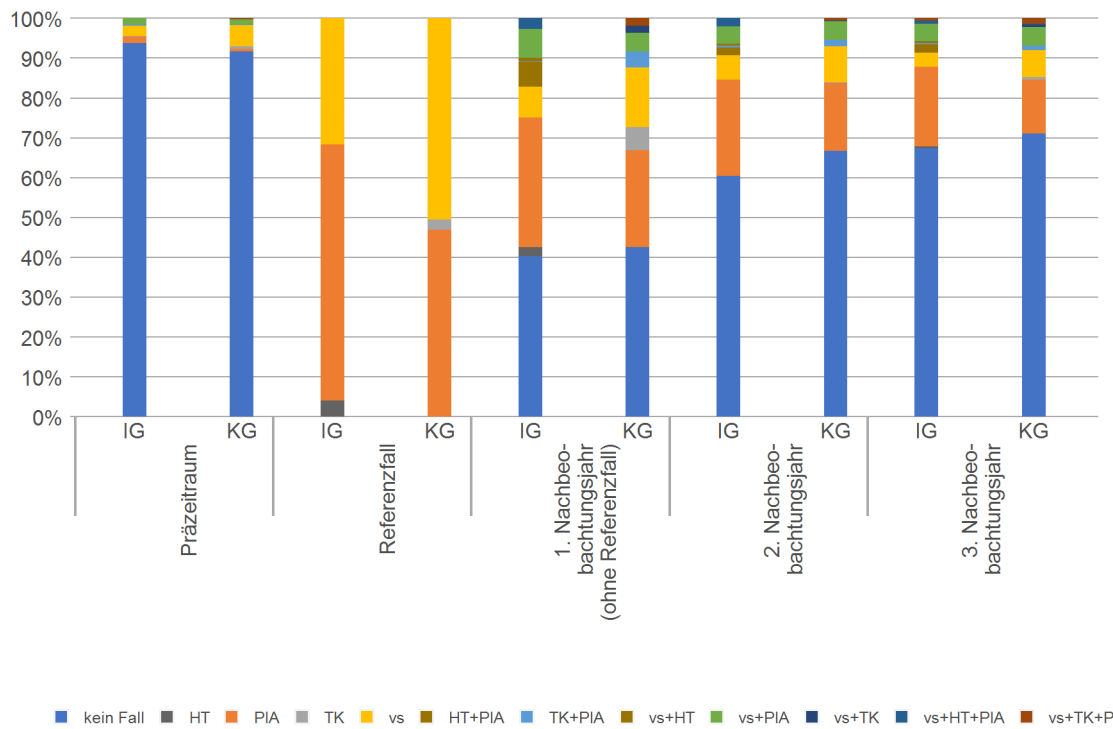
Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	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	1,000				11	0,012		<10	1,000	<10	<10	1,000	
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA							17	<0,001	12		0,017	<10	<10	1,000	
TK+HT+PIA															
vs+TK							11	0,012		<10	1,000		<10	1,000	
vs+PIA	10	<10	1,000				45	29	0,228	26	28	1,000	25	27	1,000
vs+HT							<10		0,228	<10		1,000	<10		1,000
TK+PIA	<10	<10	1,000				<10	25	<0,001	<10	<10	0,463	<10	<10	1,000
TK+HT															
HT+PIA							39		<0,001	12		0,017	12		0,017
vs	16	33	0,135	197	309	<0,001	48	91	<0,001	36	53	0,463	20	39	0,155
TK	<10	<10	1,000		16	<0,001		36	<0,001		<10	1,000		<10	1,000
PIA	10	<10	1,000	400	287	<0,001	202	149	0,012	143	99	0,024	114	77	0,051
HT				25		<0,001	14		0,004				<10		1,000
kein Fall	583	561	1,000				251	260	0,483	357	390	0,217	383	403	1,000
Gesamtergebnis	622	612	0,253	622	612	<0,001	622	612	<0,001	591	584	<0,001	569	567	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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 = Home-Treatment.

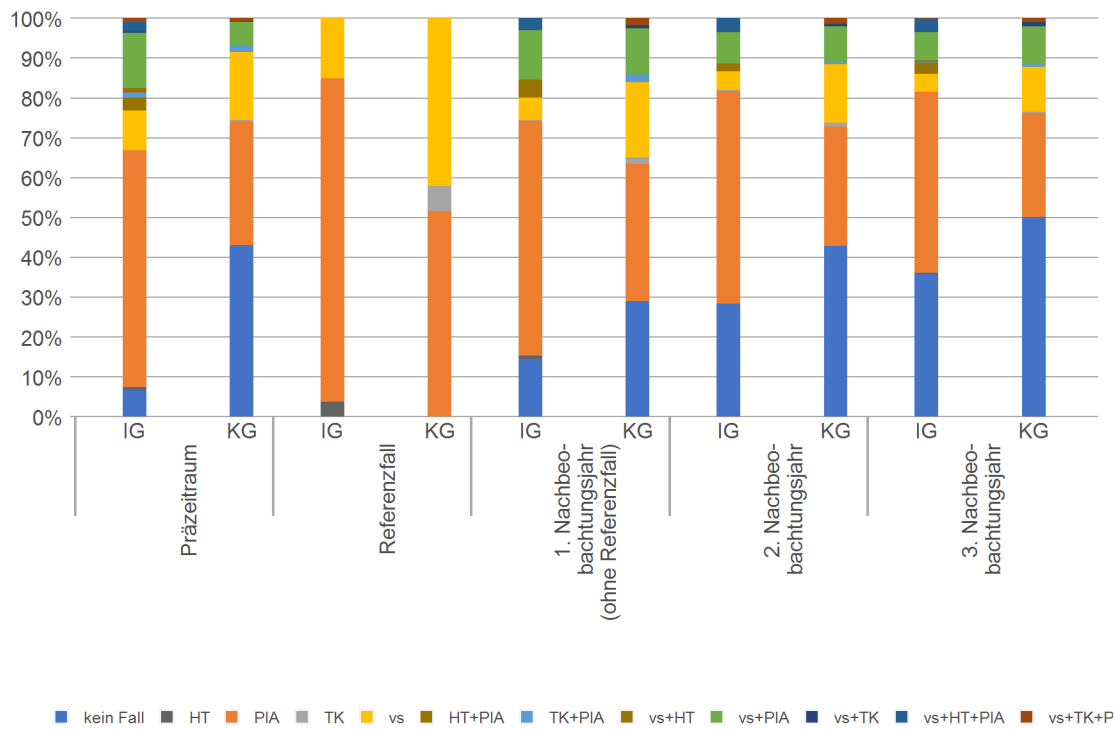
Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	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	1,000				16	<0,001		13	0,006	<10	<10	0,288	
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA	24		<0,001				28	<0,001	31	<0,001	29	<0,001			
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10	<10	1,000				<10	<10	0,148	<10	<10	0,518		10	0,033
vs+PIA	132	57	<0,001				117	110	0,741	70	82	0,518	61	83	0,350
vs+HT	10		0,027				10		0,018	<10		0,518	<10	0,350	
TK+PIA	13	14	1,000				18	<0,001		<10	0,518	<10	<10	0,350	
TK+HT															
HT+PIA	30		<0,001				33	<0,001	13		0,005	24		<0,001	
vs	96	161	<0,001	143	396	<0,001	54	176	<0,001	43	133	<0,001	39	99	<0,001
TK		<10	0,975		58	<0,001	<10	15	0,005	<10	<10	0,367		<10	0,487
PIA	564	291	<0,001	771	484	<0,001	560	323	<0,001	479	273	<0,001	392	230	<0,001
HT	<10		0,212	35		<0,001	<10		0,072				<10		0,483
kein Fall	64	404	<0,001				138	273	<0,001	255	391	<0,001	310	442	<0,001
Gesamtergebnis	949	938	<0,001	949	938	<0,001	949	938	<0,001	898	911	<0,001	865	881	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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 = Home-Treatment.

9.2 Leistungserbringung

Beschreibung Ergebnisse (U1)

U1: Die unterschiedliche Intensität der Behandlung linikneuer 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 linikbekannten Patienten befinden 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 vierjähriger Nachbeobachtung

Art	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	129	124	129	124	129	124	129	124	129	124	129	124	124	118	124	118	119	114	119	114	114	109	114	109
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	55	53	<10	<10	24	32	<10	22	19	20	0	<10	<10	16	<10	<10	<10	16	<10	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	1,1	0,1	0,5	1,2	1,0		0,4	0,9	0,8		1,1	0,7	0,6		0,2	0,2	0,6	0,1	0,1	0,2	1,0	0,2	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	1,4	0,1	0,7	6,1	3,4		1,2	3,8	2,1		2,7	2,6	2,1		0,2	0,8	1,4	0,1	0,3	0,7	2,0	0,1	0,6
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0			0,1	0,3			0,1	0,1			0,0	0,1			0,0	0,2			0,1	0,4		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,3			0,6	2,0			0,5	1,5			0,5	0,7			0,4	0,5			0,2	0,6		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe			0,1			0,1				0,2		0,6		0,0		0,0							0,0	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege			0,1			0,1				0,1		0,5		0,0		0,1							0,0	

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	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	IG	KG	IG	KG
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,0						0,2		0,7		0,1	0,5	0,4										
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,3	0,0						0,0		0,8		0,1	0,3	0,5										
Gesamt	1,5	2,9	0,3	1,2	8,0	6,9		1,9	5,3	6,3		5,3	4,6	4,4		0,6	1,5	2,7	0,2	0,4	1,2	4,0	0,4	0,8

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 vierjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	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	IG	KG	IG	KG
N	129	124	129	124	129	124	129	124	129	124	129	124	124	118	124	118	119	114	119	114	114	109	114	109
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	55	53	0	<10	24	32	0	22	19	20	0	<10	<10	16	<10	<10	<10	16	<10	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	8,6	15,0	9,0	19,7	2,8	2,3		10,0	4,6	3,2		6,5	4,4	3,6		12,0	3,6	4,1	12,3	3,4	2,9	7,0	22,9	10,7
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	10,2	19,8	13,0	28,7	14,3	7,9		30,4	20,6	8,3		15,3	17,1	12,4		13,0	12,4	10,0	14,6	7,3	14,2	13,6	13,8	32,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,3			0,2	0,6			0,3	0,4			0,1	0,7			0,1	1,8			1,5	2,7		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,4	4,3			1,5	4,7			2,8	5,7			3,4	3,9			5,8	3,7			3,7	3,8		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe			9,0			0,3				0,7		3,5		0,2		1,6							3,0	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege			11,0			0,3				0,6		3,1		0,1		8,2							3,0	
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	9,6	0,7						5,0		2,5		0,7	2,9	2,1										

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	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	IG	KG	IG	KG
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	8,0	0,4						1,2		3,1		0,7	2,2	2,9										
Gesamt	38,6	40,6	42,0	48,3	18,8	16,2		46,6	28,4	24,4		29,8	30,1	25,9		34,8	21,9	19,6	26,8	10,7	22,3	27,1	42,8	42,7

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

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	129	124	129	124	129	124	124	118	119	114	114	109
N mit Fall	<10	<10	69	66	63	39	50	26	43	25	36	24
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,0	0,5	0,0	1,7	0,2	1,2	0,2	0,5	0,1	0,5	0,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	0,5	0,6	2,4	1,6	1,5	1,4	1,9	1,7	1,8	1,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,0	0,1	0,4	0,3	0,6	0,5	0,1	0,4	0,1	0,7	0,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung			0,2	0,0	0,7	0,1	0,6	0,0	0,4	0,1	0,5	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung		0,0	0,2	0,4	1,0	0,7	1,0	0,2	0,8	0,2	1,1	0,2
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	1,0	0,7	4,0	1,8	2,6	1,6	2,4	1,8	2,3	1,3
Gesamt	0,1	0,1	1,2	1,1	5,0	2,5	3,7	1,8	3,2	2,0	3,4	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

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	129	124	129	124	129	124	124	118	119	114	114	109
N mit Fall	<10	<10	69	66	63	39	50	26	43	25	36	24
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,6	0,2	0,9	0,1	3,4	0,5	2,9	0,8	1,3	0,6	1,5	1,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,2	3,0	1,0	1,2	4,8	5,1	3,6	6,4	5,3	7,6	5,7	4,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,2	0,1	0,8	0,7	1,9	1,2	0,6	1,1	0,5	2,1	0,8
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung			0,3	0,1	1,4	0,3	1,4	0,2	1,2	0,4	1,5	0,2
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung		0,2	0,5	0,8	2,1	2,2	2,6	0,8	2,3	1,0	3,6	1,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	3,8	3,2	1,9	1,3	8,2	5,6	6,5	7,2	6,6	8,2	7,2	5,7
Gesamt	3,8	3,4	2,3	2,1	10,3	7,8	9,1	8,0	8,9	9,2	10,8	6,8

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

Art	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	
N	225	218	225	218	225	218	225	218	225	218	225	218	211	212	211	212	197	207	197	207	191	199	191	199
N mit Fall	60	57	21	18	22	31	0	<10	37	53	0	<10	27	43	0	<10	24	36	0	<10	22	28	<10	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,7	0,7	0,6	0,6	0,2	0,1		0,1	0,9	0,9		0,1	1,0	0,7		0,3	0,5	0,9		0,2	0,5	0,9	0,0	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	6,5	4,6	1,9	2,3	0,8	0,7		0,7	3,9	2,5		0,5	5,0	2,3		1,2	2,7	2,2		0,4	2,1	1,8	0,1	0,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,8			0,0	0,0			0,1	0,6			0,1	0,4			0,4	0,7			0,0	0,3		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,3	3,2			0,1	0,9			0,3	3,4			0,1	2,9			0,4	5,6			0,2	1,9		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1		0,1		0,0		0,0		0,1				0,1			0,1	0,2				0,0	0,1	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,2		0,1		0,0		0,0		0,1				0,3		0,0	0,1	0,4				0,0	0,1	0,0
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,1		0,1				0,0	0,2	0,0		0,1	0,1	0,1		0,1								

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr							
	vs	vs	tk	tk	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	IG	KG	IG	KG				
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,1		0,2					0,1	0,1	0,0		0,4	0,0	0,1		0,0											
Gesamt	10,5	9,8	2,5	3,4	1,1	1,8		0,8	5,4	7,6		1,0	6,4	7,0		1,6	4,2	10,1		0,6	2,9	4,8	0,3	0,5				

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				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	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	IG	KG	IG	KG
N	225	218	225	218	225	218	225	218	225	218	225	218	211	212	211	212	197	207	197	207	191	199	191	199
N mit Fall	60	57	21	18	22	31	0	<10	37	53	0	<10	27	43	0	<10	24	36	0	<10	22	28	<10	<10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	10,2	2,8	6,1	7,1	2,0	0,6		4,3	5,5	3,6		3,3	7,8	3,3		7,5	4,1	5,0		7,0	4,8	6,1	5,3	4,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	24,2	17,6	20,3	28,0	7,7	4,8		48,0	23,5	10,3		14,7	39,4	11,3		31,5	22,6	12,9		15,1	18,0	12,8	11,3	9,8
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	3,0			0,2	0,2			0,4	2,4			0,4	2,2			3,0	4,2			0,1	2,1		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,1	12,2			1,4	6,3			1,9	13,8			1,2	14,4			3,3	32,2			2,1	13,2		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,4		0,6		0,3		1,0		0,5				0,4			0,7	1,0				0,1	25,6	0,9
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,7		1,1		0,3		2,3		0,5				1,4		0,0	0,7	2,6				0,0	14,3	0,3
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,1	0,5		1,4				1,0	1,0	0,0		2,1	1,0	0,6		1,6								
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,4	0,4		2,7				3,7	0,6	0,0		12,4	0,4	0,7		0,9								

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	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	IG	KG	IG	KG
Gesamt	39,2	37,6	26,4	40,9	11,3	12,5		60,3	32,9	31,1		32,6	50,1	34,3		41,5	34,4	58,0		22,1	25,0	34,4	56,5	15,2

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

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	225	218	225	218	225	218	211	212	197	207	191	199
N mit Fall	193	184	197	184	189	174	153	141	127	128	126	108
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,4	0,8	1,0	0,3	2,8	1,0	2,7	1,1	2,0	0,9	1,1	0,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,9	5,0	1,5	1,6	3,6	4,4	3,7	4,8	4,0	5,2	4,7	4,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,6	2,4	0,2	0,9	0,7	2,4	0,5	1,3	0,4	1,2	0,4	0,9
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	1,1	0,4	0,4	0,1	1,1	0,2	0,7	0,1	0,5	0,0	0,4	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	1,8	2,8	0,6	1,0	1,7	2,6	1,2	1,4	0,9	1,2	0,9	1,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	6,3	5,8	2,5	1,9	6,4	5,4	6,4	5,9	6,0	6,2	5,7	4,9
Gesamt	8,1	8,6	3,1	2,8	8,1	8,0	7,6	7,3	6,9	7,4	6,6	5,9

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

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	225	218	225	218	225	218	211	212	197	207	191	199
N mit Fall	193	184	197	184	189	174	153	141	127	128	126	108
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,8	0,9	1,1	0,4	3,3	1,3	3,7	1,7	3,2	1,5	1,6	1,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,6	6,0	1,8	1,8	4,3	5,5	5,1	7,2	6,2	8,5	7,1	8,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,7	2,8	0,2	1,0	0,8	3,0	0,7	2,0	0,6	1,9	0,7	1,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	1,3	0,4	0,4	0,1	1,3	0,2	1,0	0,1	0,8	0,0	0,7	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	2,0	3,3	0,6	1,1	2,0	3,2	1,6	2,1	1,4	1,9	1,3	1,8
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	7,3	6,9	2,9	2,2	7,6	6,8	8,8	8,9	9,3	10,0	8,7	9,0
Gesamt	9,4	10,2	3,5	3,4	9,6	10,0	10,4	11,0	10,7	11,9	10,0	10,9

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 lagen die durchschnittlichen **direkten psychiatrischen Kosten** im Präzeitraum mit 888,92 € je Patient der IG unterhalb der 1.817,09 € je Patient der KG (vgl. Tabelle 77, Tabelle 79 und Abbildung 42).

Die Kosten des Präzeitraums in der IG ergaben sich in etwa zur Hälfte (IG: 53 %) aus den Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung. In der KG hingegen betrug der Anteil etwa zwei Drittel (KG: 67 %). Ausgaben für Psychopharmaka (IG: 20 %; KG: 10 %), Kosten der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung (IG: 19 %; KG: 12 %) und Kosten für teilstationäre psychiatrische Versorgung (IG: 4 %; KG: 8 %) machten die wesentlichen weiteren Kostengrößen aus. Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 8.360,66 € und in der KG auf 7.007,64 €. Der Anstieg in der IG fiel um 2.281,19 € nicht signifikant stärker aus als in der KG.

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr bestanden die gesamten psychiatrischen Kosten in beiden Gruppen zum Großteil aus den vollstationären psychiatrischen Kosten: In der IG machten sie 74 % und in der KG 68 % der gesamten Kosten aus. Teilstationäre Kosten machten in der IG hingegen etwa 0 % und in der KG 18 % der Gesamtkosten aus. Gleichzeitig machten Kosten der stationersetzenden psychiatrischen Versorgung in der IG etwa 13 % der Gesamtkosten aus, in der KG dagegen 0 %. Vom zweiten bis zum vierten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.263,06 € nicht signifikant stärker an.

Bei den klimbekannt Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen Kosten mit 5.303,98 € je Patient der IG unterhalb der 6.148,10 € der KG (vgl. Tabelle 78, Tabelle 80 und Abbildung 43). Im Präzeitraum machten in beiden

Gruppen die Kosten vollstationär psychiatrischer Behandlung (IG: 64 %; KG 63 %) einen gleich hohen Anteil an den Gesamtkosten aus. Weiterhin waren die entsprechenden Kostenanteile der teilstationär psychiatrischen Behandlung (IG: 8 %; KG: 7 %), der PIA Behandlung (IG: 12 %; KG: 10 %) und der Psychopharmaka (IG: 16 %; KG: 13 %) in beiden Gruppen in etwa gleich groß.

Im ersten Nachbeobachtungsjahr blieben die Gesamtkosten in der IG mit 5.213,98 € in etwa konstant, während sie in der KG leicht auf 6.471,22 € stiegen. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 413,12 € nicht signifikant schwächer aus als in der KG. Der relative Anteil der vollstationären Kosten sank in der IG (58 %), während er in der KG konstant blieb (63 %). Dafür machten ab dem zweiten Nachbeobachtungsjahr die Kosten der stationersetzenden psychiatrischen Versorgung bereits 9 % der Gesamtkosten aus, während diese Behandlungsart in der KG nicht in Anspruch genommen wurde. Vom zweiten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 436,49 € nicht signifikant stärker.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung hatte die IG im Präzeitraum mit 939,61 € niedrigere Kosten als die KG mit 1.273,05 € (vgl. Tabelle 81 und Abbildung 44). Die Kosten im Präzeitraum setzten sich hauptsächlich aus den Kosten der vollstationären Behandlung (IG: 54 %; KG: 66 %) und den Kosten der vertragsärztlich psychiatrischen Behandlung (IG: 20 %; KG: 14 %) zusammen. In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr: In der IG auf 7.783,65 € und in der KG auf 7.521,33 €. Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr setzten sich die Kosten wiederum zum größten Teil aus den Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 69 %; KG 75 %) zusammen. Während in der IG stationersetzende psychiatrische Leistungen den zweitgrößten Kostenpunkt (20 %) ausmachten, verursachten diese Leistungen in der KG keine Kosten (0 %).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlich 973,23 € geringere Gesamtkosten als die KG mit 1.365,58 € (vgl. Tabelle 82, Tabelle 83 und Abbildung 45). Im Präzeitraum setzten sich die Kosten in beiden Gruppen zum Großteil aus den Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 55 %; KG: 68 %), den Kosten der vertragsärztlich psychiatrischen Versorgung (IG: 13 %; KG: 19 %) und den Kosten der Psychopharmakaversorgung (IG: 18 %; KG: 14 %) zusammen.

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: In der IG auf 7.470,28 € und in der KG auf 7.438,45 €. Der Kostenanstieg von Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG (relativ zur KG) um 424,18 € nicht signifikant stärker aus. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stieg in beiden Gruppen der Anteil der Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 68 %; KG: 75 %). Während in der IG Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen den zweitgrößten Anteil (IG: 18 %) an den gesamten psychiatrischen Kosten

ausmachten, verursachten diese Leistungen in der KG keine Kosten (KG: 0 %). Gleichzeitig verursachten teilstationäre psychiatrische Leistungen in der IG nahezu keine Kosten (IG: 0,2 %), während sie in der KG den zweitgrößten Kostenpunkt (KG: 12 %) darstellten.

Im zweiten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums (IG: 2.579,46 €; KG: 2.224,54 €). Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum fiel der Kostenanstieg in der IG (relativ zur KG) um 585,31 € nicht signifikant stärker aus.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlich 952,46 € geringere Kosten als die KG mit 1.639,41 € (vgl. Tabelle 84 und Abbildung 46). Im Präzeitraum setzten sich die gesamten psychiatrischen Kosten zum Großteil aus den Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 54 %; KG: 72 %), aus den Kosten der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung (IG: 18 %; KG: 11 %) und den Kosten der Psychopharmakaversorgung (IG: 19 %; KG: 11 %) zusammen.

Im ersten Nachbeobachtungsjahr steigen in beiden Gruppen die durchschnittlichen Kosten an: In der IG auf 7.322,69 € und in der KG auf 7.777,27 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stieg der Anteil der vollstationären psychiatrischen Kosten an den gesamten psychiatrischen Kosten in beiden Gruppen an (IG: 68 %; KG: 76 %). Während in der IG die Kosten stationersetzender psychiatrischen Versorgung den zweitgrößten Anteil an den Gesamtkosten ausmachten (IG: 17 %), verursachten diese Leistungen in der KG keine Kosten (KG: 0%). Gleichzeitig verursachten teilstationäre psychiatrische Leistungen in der IG nahezu keine Kosten (IG: 0,1 %), während sie in der KG den zweitgrößten Kostenpunkt darstellten (KG: 12 %).

Zum zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die durchschnittlichen Kosten: In der IG auf 2.906,66 € und in der KG auf 2.540,65 €. Im dritten Nachbeobachtungsjahr sanken die durchschnittlichen Kosten in der IG nochmals leicht auf 2.247,56 €, während sie in der KG mit 2.679,49 € etwa konstant blieben.

Bei den linikbekannten Patienten von U4 lagen die durchschnittlichen Kosten in der IG mit 6.227,71 € deutlich oberhalb der 3.902,29 € in der KG (vgl. Tabelle 85 und Abbildung 47). In beiden Gruppen machten die Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung einen Großteil der gesamten psychiatrischen Kosten aus (IG: 61 %; KG: 66 %). Kosten der stationersetzenden psychiatrischen Leistungen machten in der IG den zweitgrößten Kostenpunkt aus (IG: 15 %), während diese Leistungen in der KG keine Kosten verursachten (KG: 0 %).

Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: In der IG auf 6.642,65 € und in der KG auf 8.679,94 €. Auch hier machten die Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung den größten Kostenpunkt aus (IG: 64 %; KG: 75 %). Die Kosten der PIA Versorgung stellten in der IG den zweitgrößten Kostenpunkt dar (IG: 12 %; KG: 6 %). Die Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen machten in der IG den drittgrößten Kostenpunkt aus (IG: 12 %), während diese Leistungen in der KG keine Kosten verursachte (KG: 0%).

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen (IG: 4.418,46 €; KG: 4.788,70 €). Im dritten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten nochmal (IG: 3.994,16 €; KG: 4.205,36 €). Während die durchschnittlichen Gesamtkosten in der IG im dritten Nachbeobachtungsjahr deutlich unterhalb des Wertes des Präzeitraums lagen, waren die durchschnittlichen Kosten der KG auf einem Stand leicht oberhalb des Präzeitraums.

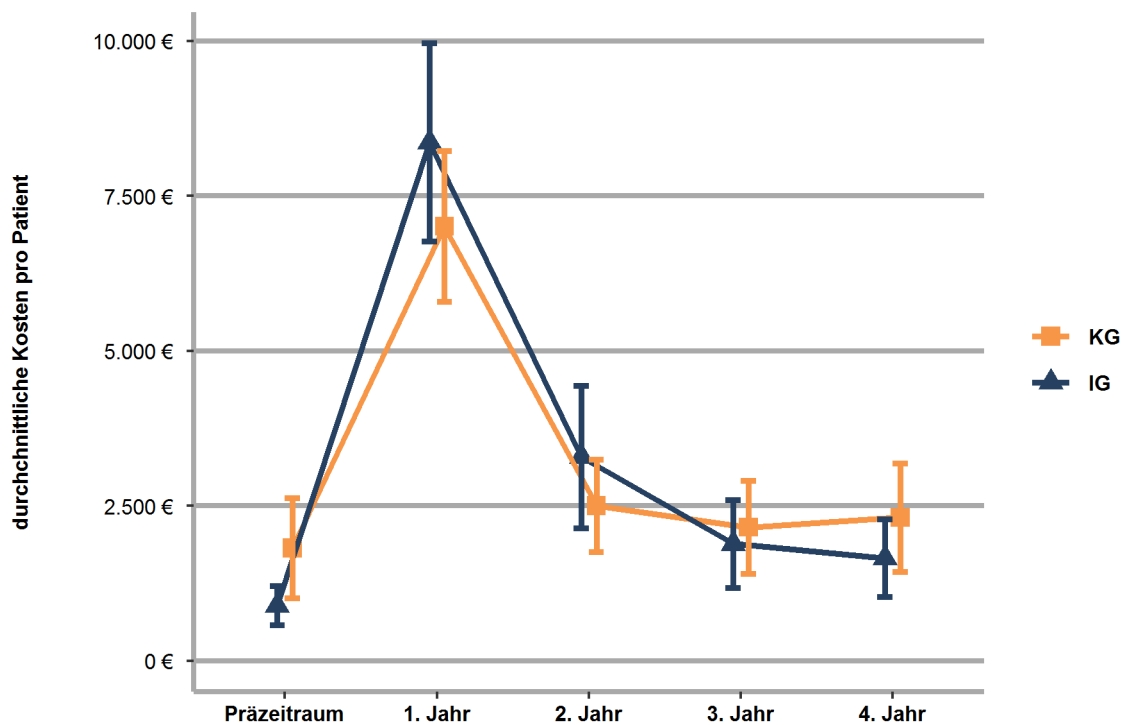
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	118	129	102	100	89	115	124	109	103	94
Mittelwert	888,92 €	8.360,66 €	3.288,23 €	1.885,08 €	1.656,38 €	1.817,09 €	7.007,64 €	2.502,96 €	2.154,18 €	2.309,61 €
Standardabweichung	2.189 €	11.045 €	7.780 €	4.724 €	4.048 €	5.472 €	8.248 €	4.921 €	4.877 €	5.522 €
Minimum	0,00 €	206,57 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	206,57 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	29,38 €	1.253,02 €	31,68 €	32,55 €	7,30 €	45,80 €	1.233,16 €	53,28 €	58,47 €	17,95 €
Median	111,73 €	3.715,06 €	721,96 €	482,24 €	217,29 €	150,89 €	3.699,35 €	654,59 €	421,31 €	216,90 €
75%-Perzentil	703 €	10.627 €	1.636 €	1.466 €	1.340 €	970 €	8.886 €	1.959 €	1.315 €	1.166 €
Maximum	15.251 €	49.689 €	44.702 €	36.347 €	25.084 €	46.309 €	43.253 €	28.364 €	25.696 €	33.822 €

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				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	225	225	203	186	178	218	218	204	200	189
Mittelwert	5.303,98 €	5.213,98 €	3.795,68 €	3.127,73 €	3.023,55 €	6.148,10 €	6.471,22 €	4.964,86 €	4.838,85 €	4.118,07 €
Standardabweichung	10.336 €	9.589 €	9.512 €	6.660 €	7.392 €	11.032 €	11.087 €	9.451 €	10.860 €	9.790 €
Minimum	0,35 €	206,57 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	9,67 €	220,55 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1.024,35 €	1.185,52 €	558,00 €	265,13 €	200,05 €	1.044,31 €	1.304,81 €	633,62 €	395,73 €	235,38 €
Median	1.875,41 €	1.885,57 €	1.239,30 €	1.153,81 €	1.112,78 €	2.137,28 €	2.256,07 €	1.485,62 €	1.270,76 €	1.096,86 €
75%-Perzentil	5.501,35 €	5.250,05 €	2.261,87 €	2.284,22 €	2.054,56 €	6.027,11 €	5.539,04 €	3.556,40 €	3.001,42 €	2.085,29 €
Maximum	117.912 €	86.950 €	70.748 €	48.360 €	58.171 €	100.441 €	75.148 €	62.725 €	75.270 €	82.687 €

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

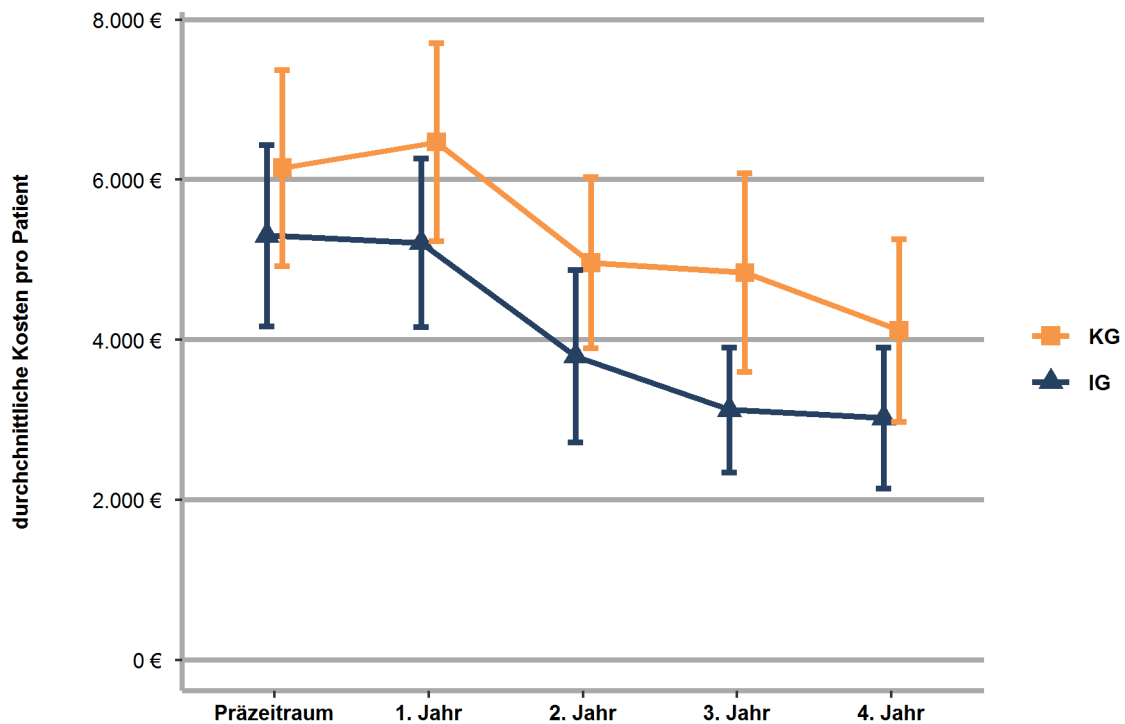


Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.817,09 €	< 0,001	1.817,09 €	< 0,001	-1.162,78 €	0,203
IG (vs. KG)	-928,17 €	0,078	-928,17 €	0,079	-1.044,64 €	0,009
Post (vs. Prä)	1.756,29 €	0,001				
IG x Post (DiD)	1.263,06 €	0,083				
1. Jahr (vs. Prä)			5.190,55 €	< 0,001	6.163,56 €	< 0,001
2. Jahr (vs. Prä)			685,87 €	0,232	1.602,84 €	0,001
3. Jahr (vs. Prä)			337,09 €	0,581	1.221,60 €	0,035
4. Jahr (vs. Prä)			492,52 €	0,498	1.342,80 €	0,042
IG x Jahr 1 (DiD)			2.281,19 €	0,065	2.277,86 €	0,065
IG x Jahr 2 (DiD)			1.713,43 €	0,063	1.717,50 €	0,051
IG x Jahr 3 (DiD)			659,07 €	0,391	646,53 €	0,365
IG x Jahr 4 (DiD)			274,94 €	0,744	370,20 €	0,639
Alter (30-47 J. vs. U30)					456,34 €	0,453
Alter (48-64 J. vs. U30)					533,86 €	0,413
Alter (Ü64 vs. U30)					966,06 €	0,344
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					643,18 €	0,217
F 00 (Demenz)					603,87 €	0,458
F 01 (Vaskuläre Demenz)					266,92 €	0,832
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1.182,73 €	0,292
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					139,67 €	0,836
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					7.303,34 €	< 0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.538,66 €	0,002
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-1.390,94 €	0,007
F 45 (Somatoforme Störungen)					-184,52 €	0,747
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1.022,52 €	0,610
F 50 (Essstörungen)					-2.015,26 €	0,059
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.362,28 €	0,159
F 70-79 (Intelligenzstörung)					5.718,87 €	< 0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-2.741,86 €	< 0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.480,56 €	< 0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-438,53 €	0,903
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.865,67 €	0,015
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					86,53 €	0,829
R ²		0,022		0,123		0,217

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	6.148,10 €	< 0,001	6.148,10 €	< 0,001	-612,75 €	0,826
IG (vs. KG)	-844,12 €	0,406	-844,12 €	0,406	-1.152,25 €	0,177
Post (vs. Prä)	-1.023,20 €	0,120				
IG x Post (DiD)	-436,49 €	0,632				
1. Jahr (vs. Prä)			323,13 €	0,656	6.781,04 €	0,017
2. Jahr (vs. Prä)			-1.183,24 €	0,101	5.230,48 €	0,060
3. Jahr (vs. Prä)			-1.309,24 €	0,086	5.086,06 €	0,070
4. Jahr (vs. Prä)			-2.030,02 €	0,028	4.314,77 €	0,121
IG x Jahr 1 (DiD)			-413,12 €	0,675	-93,71 €	0,926
IG x Jahr 2 (DiD)			-325,05 €	0,763	-93,20 €	0,929
IG x Jahr 3 (DiD)			-867,00 €	0,401	-717,87 €	0,476
IG x Jahr 4 (DiD)			-250,40 €	0,838	-107,10 €	0,925
Alter (30-47 J. vs. U30)					48,25 €	0,972
Alter (48-64 J. vs. U30)					-306,67 €	0,808
Alter (Ü64 vs. U30)					-943,15 €	0,454
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					896,05 €	0,107
F 00 (Demenz)					-231,92 €	0,694
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1.099,17 €	0,158
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-2.149,33 €	0,006
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					675,39 €	0,331
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					2.362,15 €	0,044
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					2.198,51 €	0,073
F 30-39 (Affektive Störungen)					-1.346,41 €	0,172
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					618,82 €	0,577
F 45 (Somatoforme Störungen)					-2.149,78 €	0,027
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-1.265,50 €	0,039
F 50 (Essstörungen)					-3.964,19 €	0,102
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					4.670,13 €	0,003
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.532,36 €	0,548
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.434,73 €	0,639
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-1.372,09 €	0,630
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.385,06 €	< 0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.195,89 €	< 0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.345,87 €	0,028
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-203,85 €	0,912
R ²		0,006		0,012		0,154

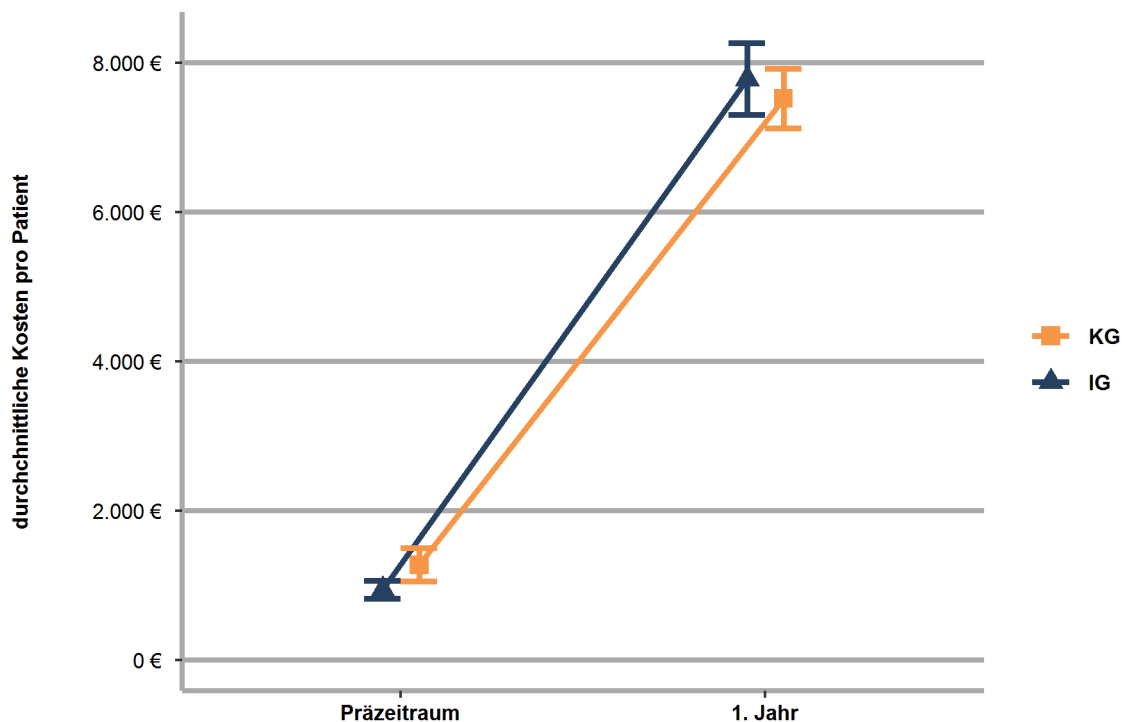
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	1.282	1.416	1.298	1.416
Mittelwert	939,61 €	7.783,65 €	1.273,05 €	7.521,33 €
Standardabweichung	2.735 €	10.918 €	5.092 €	9.188 €
Minimum	0,00 €	206,57 €	0,00 €	206,57 €
25%-Perzentil	37,59 €	904,80 €	41,93 €	1.095,71 €
Median	133,69 €	2.944,00 €	143,15 €	4.320,30 €
75%-Perzentil	653 €	10.862 €	590 €	10.551 €
Maximum	48.669 €	104.211 €	91.463 €	87.915 €

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		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	925	1.021	826	930	1.012	847
Mittelwert	973,23 €	7.470,28 €	2.579,46 €	1.365,58 €	7.438,45 €	2.224,54 €
Standardabweichung	2.860 €	10.390 €	6.581 €	5.136 €	9.178 €	6.218 €
Minimum	0,00 €	206,57 €	0,00 €	0,00 €	206,57 €	0,00 €
25%-Perzentil	34,92 €	893,96 €	28,80 €	40,54 €	1.083,97 €	39,20 €
Median	127,82 €	2.821,26 €	405,22 €	132,71 €	4.123,86 €	341,41 €
75%-Perzentil	628 €	10.455 €	1.600 €	578 €	10.261 €	1.545 €
Maximum	48.669 €	74.685 €	59.693 €	70.566 €	58.353 €	109.362 €

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

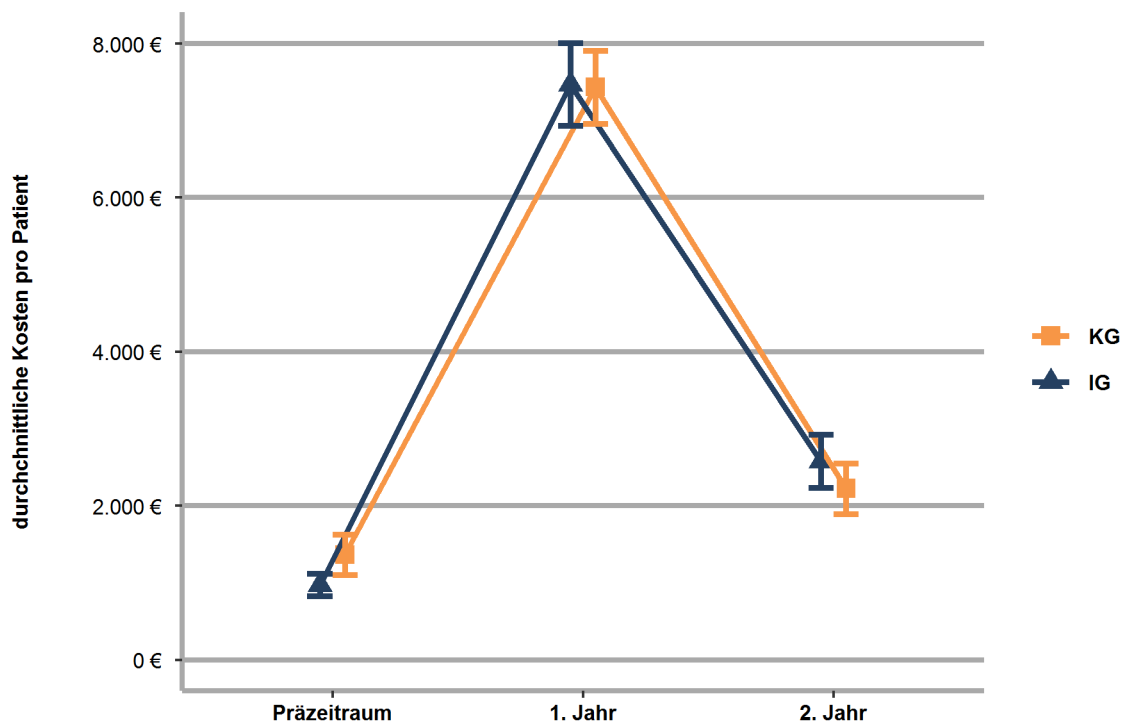


Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.365,58 €	< 0,001	1.365,58 €	< 0,001	-1.275,80 €	0,001
IG (vs. KG)	-392,35 €	0,033	-392,35 €	0,033	-431,58 €	0,003
Post (vs. Prä)	3.525,19 €	< 0,001				
IG x Post (DiD)	585,31 €	0,072				
1. Jahr (vs. Prä)			6.072,87 €	< 0,001	6.954,33 €	< 0,001
2. Jahr (vs. Prä)			858,96 €	< 0,001	1.707,35 €	< 0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			424,18 €	0,334	451,92 €	0,303
IG x Jahr 2 (DiD)			747,27 €	0,020	761,34 €	0,016
Alter (30-47 J. vs. U30)					437,49 €	0,188
Alter (48-64 J. vs. U30)					345,64 €	0,295
Alter (Ü64 vs. U30)					119,52 €	0,750
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					294,58 €	0,205
F 00 (Demenz)					-297,35 €	0,591
F 01 (Vaskuläre Demenz)					1.018,63 €	0,054
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-322,10 €	0,421
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					945,21 €	0,204
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					942,23 €	0,007
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.529,44 €	< 0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.261,06 €	< 0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					135,11 €	0,697
F 45 (Somatoforme Störungen)					-452,05 €	0,133
F 40-48 (ohne F43 und F45)					2.161,32 €	0,075
F 50 (Essstörungen)					-530,90 €	0,534
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.684,93 €	0,003
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.632,70 €	0,087
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.098,06 €	0,415
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.879,36 €	< 0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.514,79 €	0,005
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.663,49 €	< 0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					75,64 €	0,762
R ²		0,055		0,127		0,202

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

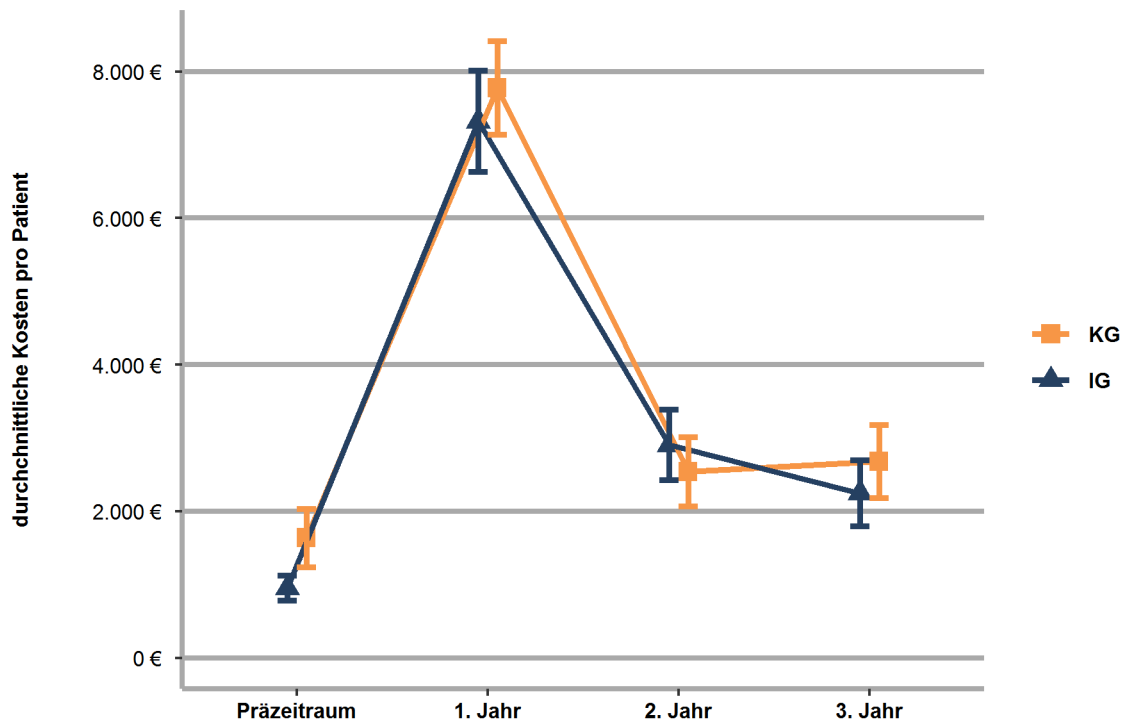
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	558	622	511	449	563	612	527	474
Mittelwert	952,46 €	7.322,69 €	2.906,66 €	2.247,56 €	1.639,41 €	7.777,27 €	2.540,65 €	2.679,49 €
Standardabweichung	2.578 €	10.501 €	7.136 €	6.530 €	5.987 €	9.542 €	6.945 €	7.169 €
Minimum	0,00 €	206,57 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	206,57 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	34,57 €	836,60 €	37,66 €	11,01 €	42,85 €	1.133,93 €	54,84 €	18,98 €
Median	135,25 €	2.610,72 €	616,60 €	256,28 €	154,30 €	4.305,97 €	443,39 €	247,86 €
75%-Perzentil	665 €	10.090 €	1.758 €	1.402 €	641 €	10.547 €	1.836 €	1.400 €
Maximum	26.817 €	74.685 €	57.781 €	72.047 €	70.566 €	58.353 €	109.362 €	81.884 €

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

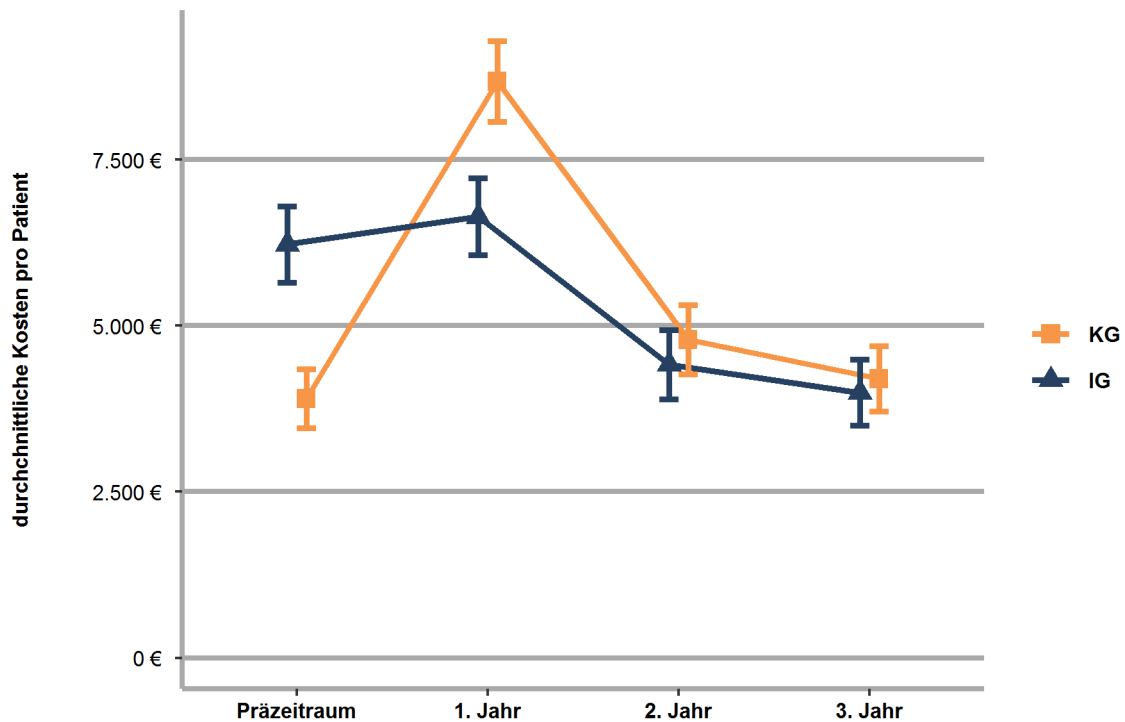


Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	947	949	858	811	923	938	871	802
Mittelwert	6.227,71 €	6.642,65 €	4.418,46 €	3.994,16 €	3.902,29 €	8.679,94 €	4.788,70 €	4.205,36 €
Standardabweichung	10.757 €	10.849 €	9.504 €	8.936 €	8.325 €	11.234 €	9.555 €	8.868 €
Minimum	0,00 €	206,57 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	211,80 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	886,68 €	1.202,15 €	511,52 €	227,61 €	374,37 €	1.416,21 €	299,12 €	107,35 €
Median	1.645,39 €	2.004,46 €	1.263,28 €	1.171,90 €	1.212,87 €	4.387,58 €	1.312,83 €	957,20 €
75%-Perzentil	6.392 €	7.250 €	2.586 €	2.371 €	3.507 €	11.221 €	4.166 €	3.713 €
Maximum	117.912 €	86.950 €	71.357 €	101.312 €	100.441 €	75.148 €	96.096 €	75.270 €

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 linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung** der IG im Präzeitraum mit 473,80 € deutlich unterhalb der 1.223,22 € der KG (vgl. Tabelle 86, Tabelle 88 und Abbildung 48).

Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: In der IG auf 6.195,58 € und in der KG auf 4.744,03 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG somit um 2.200,97 € nicht signifikant stärker aus als in der KG (vgl. Tabelle 88).

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen: In der IG auf 2.294,06 € und in der KG auf 1.545,81 €. Während die Kosten in der IG bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr weiter auf 688,23 € sanken, blieben sie in der KG mit 1.755,06 € in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 979,56 € nicht signifikant stärker an (vgl. Tabelle 88).

Bei den linikbekanntten Patienten hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlich 3.404,31 € in etwa gleich hohe Kosten wie die KG mit 3.887,87 € (vgl. Tabelle 87, Tabelle 89 und Abbildung 49). Während die Kosten im ersten Jahr in der IG auf 3.008,51 € je Patienten sanken, stiegen sie in der KG leicht auf 4.101,64 € an. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 609,57 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 89).

In der IG sanken die Kosten bis ins vierte Jahr auf durchschnittlich 1.617,26 €, in der KG sanken sie bis auf 2.721,70 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 807,51 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 89).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung hatte die IG mit durchschnittlich 504,59 € geringere Kosten als die KG mit 840,58 € (vgl. Tabelle 90 und Abbildung 50). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: In der IG auf 5.202,95 € und in der KG auf 5.668,40 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatte die IG mit durchschnittlich 534,03 € je Patienten geringere Kosten im Präzeitraum als die KG mit 928,11 € (vgl. Tabelle 91, Tabelle 92 und Abbildung 51). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: In der IG auf 5.065,98 € und in der KG auf 5.580,26 €. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG (relativ zur KG) um 120,19 € nicht signifikant schwächer aus (vgl. Tabelle 92). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 125,92 € nicht signifikant stärker an (vgl. Tabelle 92).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung hatte die IG mit durchschnittlich 509,39 € geringere Kosten je Patienten als die KG mit 1.171,66 € (vgl. Tabelle 93 und Abbildung 52). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: In der IG auf: 4.992,06 € und in der KG auf 5.858,95 €. Ab dem zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten: In der IG auf 1.637,36 € und in der KG auf 1.670,09 €. Im dritten Jahr sanken die Kosten in der IG nochmals leicht (IG: 1.339,25 €), während sie in der KG nochmal etwas anstiegen (KG: 1.906,85 €).

Bei den linikbekannten Patienten hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlich 3.820,26 € je Patienten höhere Kosten als die KG mit 2.571,75 € (vgl. Tabelle 94 und Abbildung 53). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen: In der IG auf 4.253,83 € und in der KG auf 6.503,52 €. Bis zum dritten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten wieder: In der IG bis auf 2.300,64 € und in der KG auf 2.996,24 €.

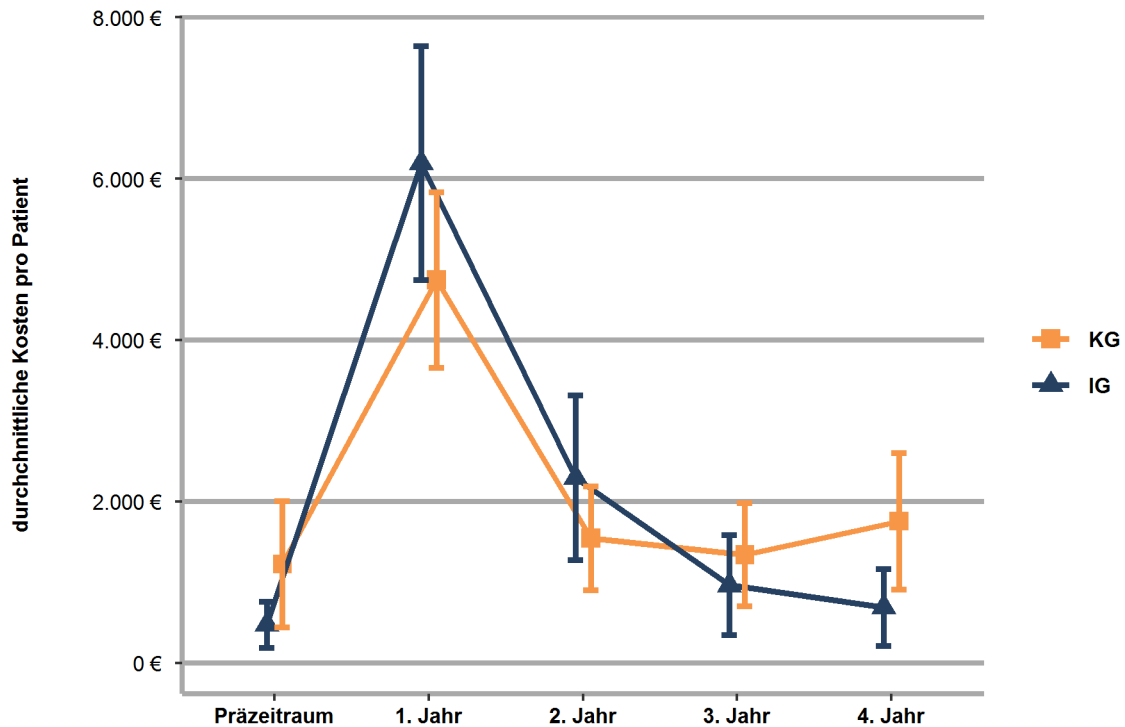
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	13	69	20	12	<10	14	64	23	16	17
Mittelwert	473,80 €	6.195,58 €	2.294,06 €	965,43 €	688,23 €	1.223,22 €	4.744,03 €	1.545,81 €	1.341,00 €	1.755,06 €
Standardabweichung	1.976,33 €	9.987,23 €	6.899,81 €	4.112,00 €	3.103,25 €	5.288,74 €	7.361,38 €	4.243,72 €	4.139,72 €	5.379,61 €
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 €	1.765,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	362,86 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	7.617,83 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6.195,77 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	14.875 €	49.009 €	39.218 €	34.263 €	21.559 €	45.749 €	36.330 €	24.639 €	22.462 €	33.029 €

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				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	68	53	32	27	30	62	63	45	36	30
Mittelwert	3.404,31 €	3.008,51 €	1.951,23 €	1.583,37 €	1.617,26 €	3.887,87 €	4.101,64 €	3.184,80 €	3.394,78 €	2.721,70 €
Standardabweichung	10.118 €	8.591 €	7.143 €	5.597 €	6.116 €	10.551 €	10.576 €	8.821 €	10.692 €	9.412 €
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	2.184,65 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.529,61 €	1.721,52 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	117.183 €	76.220 €	52.401 €	45.627 €	54.713 €	98.969 €	72.182 €	61.110 €	73.859 €	81.832 €

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

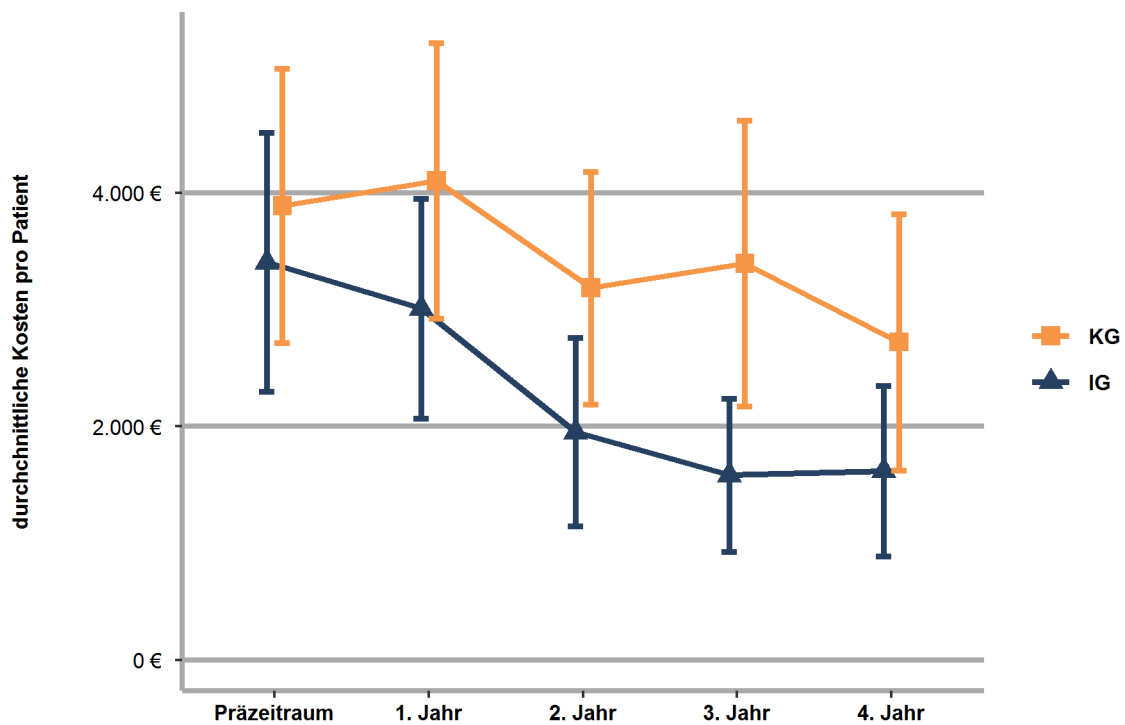


Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.223,22 €	0,010	1.223,22 €	0,010	-929,30 €	0,231
IG (vs. KG)	-749,41 €	0,138	-749,41 €	0,139	-937,86 €	0,015
Post (vs. Prä)	1.174,29 €	0,026				
IG x Post (DiD)	979,56 €	0,148				
1. Jahr (vs. Prä)			3.520,81 €	< 0,001	4.206,16 €	< 0,001
2. Jahr (vs. Prä)			322,59 €	0,540	958,09 €	0,031
3. Jahr (vs. Prä)			117,79 €	0,839	730,87 €	0,166
4. Jahr (vs. Prä)			531,84 €	0,449	1.116,70 €	0,077
IG x Jahr 1 (DiD)			2.200,97 €	0,056	2.292,09 €	0,044
IG x Jahr 2 (DiD)			1.497,67 €	0,073	1.599,73 €	0,043
IG x Jahr 3 (DiD)			373,84 €	0,603	463,88 €	0,480
IG x Jahr 4 (DiD)			-317,41 €	0,685	-136,07 €	0,854
Alter (30-47 J. vs. U30)					167,97 €	0,752
Alter (48-64 J. vs. U30)					90,83 €	0,867
Alter (Ü64 vs. U30)					747,44 €	0,385
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					371,34 €	0,412
F 00 (Demenz)					1.434,75 €	0,092
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-129,71 €	0,913
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1.181,51 €	0,214
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					825,42 €	0,174
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					6.345,12 €	< 0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.209,53 €	0,008
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-1.309,14 €	0,004
F 45 (Somatoforme Störungen)					-106,10 €	0,831
F 40-48 (ohne F43 und F45)					974,58 €	0,477
F 50 (Essstörungen)					-991,83 €	0,323
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					866,24 €	0,338
F 70-79 (Intelligenzstörung)					6.067,60 €	< 0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-1.741,89 €	< 0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.347,96 €	< 0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-5.842,63 €	0,081
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.990,98 €	0,015
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-73,66 €	0,838
R ²		0,013		0,091		0,185

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	3.887,87 €	< 0,001	3.887,87 €	< 0,001	-730,81 €	0,791
IG (vs. KG)	-483,56 €	0,622	-483,56 €	0,623	-756,30 €	0,367
Post (vs. Prä)	-522,24 €	0,411				
IG x Post (DiD)	-807,51 €	0,361				
1. Jahr (vs. Prä)			213,77 €	0,764	5.358,88 €	0,059
2. Jahr (vs. Prä)			-703,07 €	0,310	4.403,60 €	0,113
3. Jahr (vs. Prä)			-493,09 €	0,505	4.593,80 €	0,102
4. Jahr (vs. Prä)			-1.166,17 €	0,190	3.872,03 €	0,164
IG x Jahr 1 (DiD)			-609,57 €	0,530	-348,35 €	0,729
IG x Jahr 2 (DiD)			-750,01 €	0,461	-580,35 €	0,558
IG x Jahr 3 (DiD)			-1.327,85 €	0,181	-1.245,04 €	0,207
IG x Jahr 4 (DiD)			-620,89 €	0,598	-536,14 €	0,627
Alter (30-47 J. vs. U30)					-571,74 €	0,658
Alter (48-64 J. vs. U30)					-904,83 €	0,436
Alter (Ü64 vs. U30)					-1.380,11 €	0,245
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					718,76 €	0,145
F 00 (Demenz)					-251,33 €	0,588
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1.444,08 €	0,044
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1.901,37 €	0,008
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-486,04 €	0,435
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					2.801,69 €	0,014
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.085,32 €	0,326
F 30-39 (Affektive Störungen)					-1.303,52 €	0,152
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					235,65 €	0,773
F 45 (Somatoforme Störungen)					-1.766,44 €	0,045
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-898,85 €	0,089
F 50 (Essstörungen)					-2.751,43 €	0,217
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					3.731,80 €	0,014
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.748,14 €	0,646
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.153,44 €	0,682
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-1.604,05 €	0,542
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.403,50 €	< 0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.303,39 €	0,113
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.360,28 €	0,121
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-288,37 €	0,876
R ²		0,005		0,008		0,148

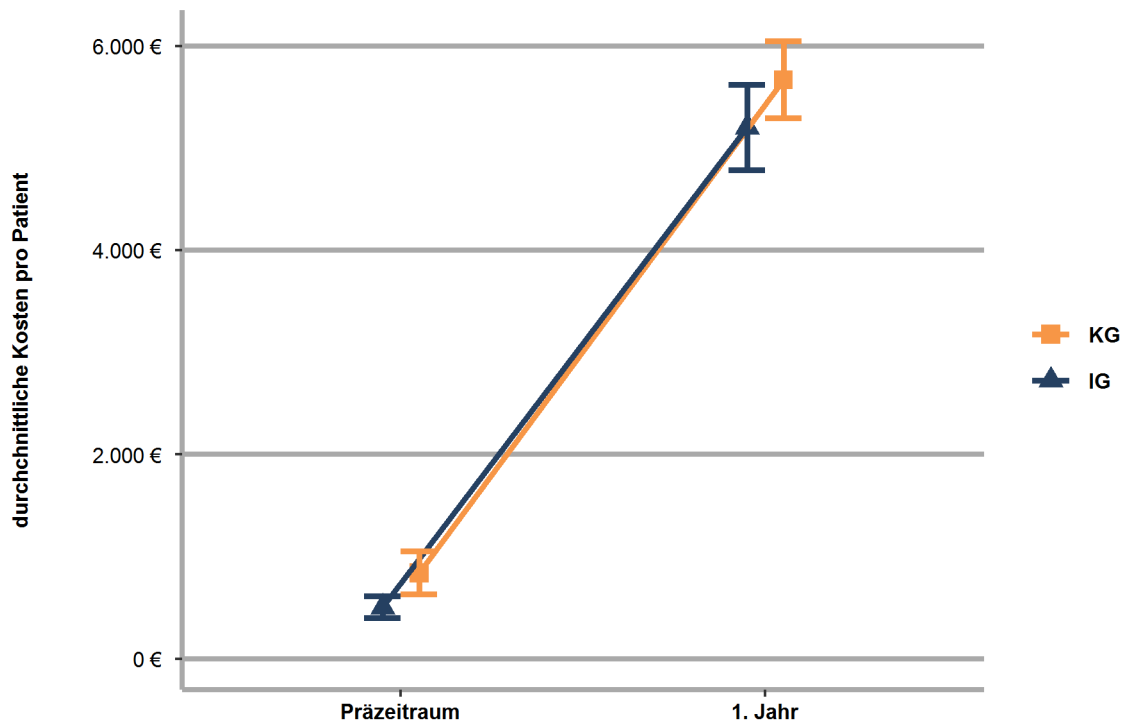
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	141	647	147	839
Mittelwert	504,59 €	5.202,95 €	840,58 €	5.668,40 €
Standardabweichung	2.441,13 €	9.609,84 €	4.821,00 €	8.620,06 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.811,68 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.778,85 €	0,00 €	8.506,57 €
Maximum	42.747 €	72.129 €	91.028 €	66.050 €

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		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	106	459	128	109	582	134
Mittelwert	534,03 €	5.065,98 €	1.430,20 €	928,11 €	5.580,26 €	1.445,75 €
Standardabweichung	2.520,69 €	9.390,63 €	5.264,49 €	4.795,25 €	8.673,51 €	5.901,88 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.742,33 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.535,97 €	0,00 €	0,00 €	8.228,24 €	0,00 €
Maximum	42.747 €	66.271 €	55.556 €	67.708 €	54.978 €	108.981 €

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

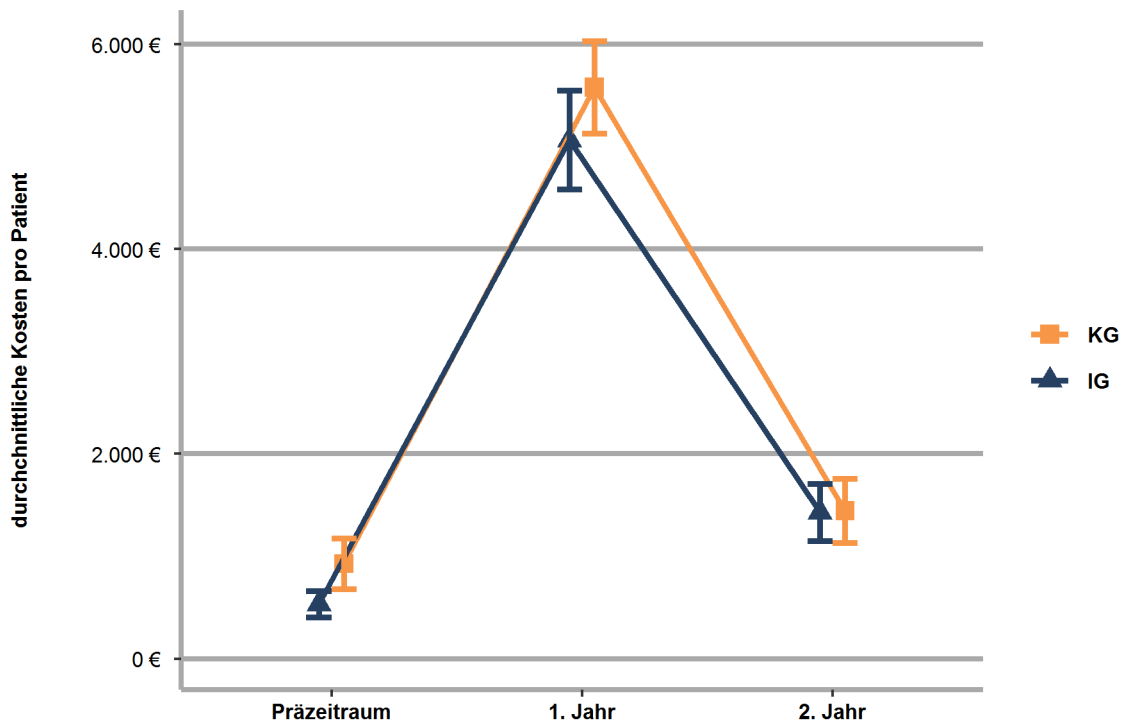


Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	928,11 €	< 0,001	928,11 €	< 0,001	-1.175,60 €	< 0,001
IG (vs. KG)	-394,08 €	0,020	-394,08 €	0,020	-439,33 €	0,001
Post (vs. Prä)	2.631,90 €	< 0,001				
IG x Post (DiD)	125,92 €	0,675				
1. Jahr (vs. Prä)			4.652,15 €	< 0,001	5.289,39 €	< 0,001
2. Jahr (vs. Prä)			517,64 €	0,025	1.130,03 €	< 0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-120,19 €	0,770	-78,93 €	0,848
IG x Jahr 2 (DiD)			378,52 €	0,195	413,47 €	0,147
Alter (30-47 J. vs. U30)					44,82 €	0,880
Alter (48-64 J. vs. U30)					74,12 €	0,799
Alter (Ü64 vs. U30)					125,31 €	0,707
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					271,67 €	0,198
F 00 (Demenz)					99,30 €	0,866
F 01 (Vaskuläre Demenz)					1.047,69 €	0,033
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-253,23 €	0,487
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.070,36 €	0,100
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.459,64 €	< 0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.844,64 €	< 0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					927,69 €	< 0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					5,55 €	0,985
F 45 (Somatoforme Störungen)					-114,48 €	0,674
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1.917,45 €	0,102
F 50 (Essstörungen)					-226,51 €	0,761
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.412,13 €	0,011
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.630,96 €	0,091
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.212,50 €	0,359
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.671,62 €	< 0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.720,96 €	0,390
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.344,87 €	< 0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-106,74 €	0,639
R ²		0,035		0,088		0,161

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

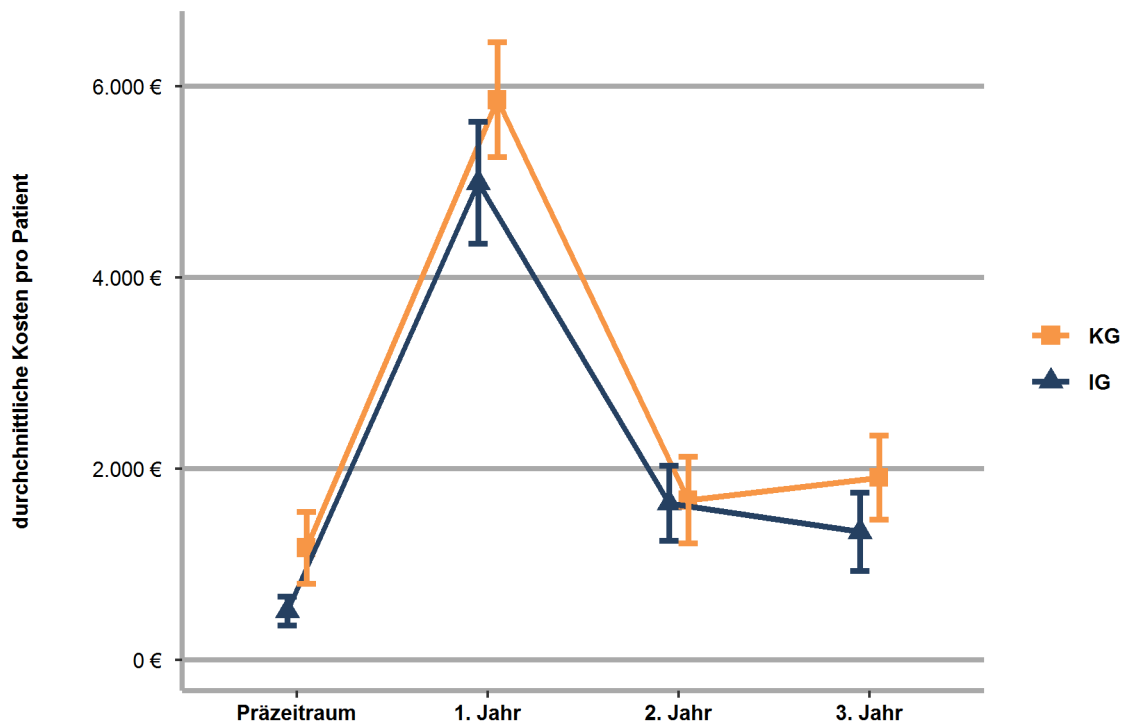
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	67	271	81	64	72	357	93	87
Mittelwert	509,39 €	4.992,06 €	1.637,36 €	1.339,25 €	1.171,66 €	5.858,95 €	1.670,09 €	1.906,85 €
Standardabweichung	2.300,09 €	9.622,02 €	5.775,39 €	5.946,82 €	5.629,97 €	9.027,64 €	6.656,81 €	6.394,92 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.833,13 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.535,97 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8.534,23 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	26.096 €	66.065 €	48.293 €	70.123 €	67.708 €	54.939 €	108.981 €	65.356 €

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

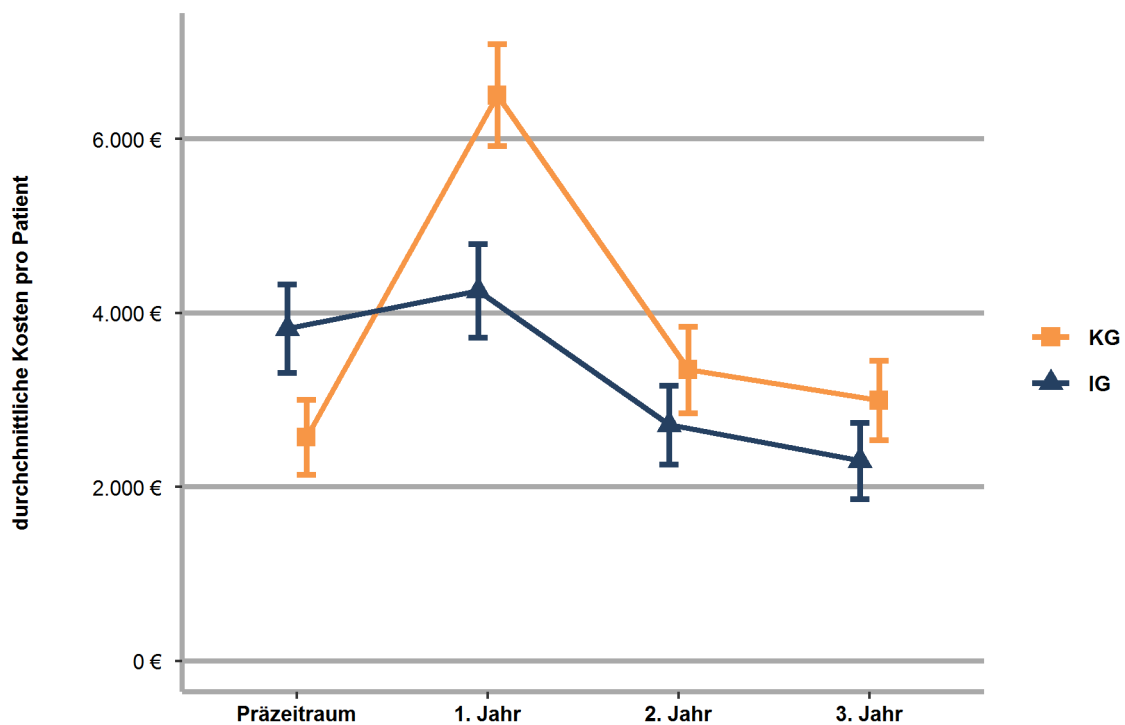


Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	288	278	159	142	275	502	246	211
Mittelwert	3.820,26 €	4.253,83 €	2.713,49 €	2.300,64 €	2.571,75 €	6.503,52 €	3.347,68 €	2.996,24 €
Standardabweichung	9.465 €	10.029 €	8.286 €	7.840 €	7.975 €	10.888 €	9.143 €	8.288 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	846,62 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	2.240,28 €	2.457,46 €	0,00 €	0,00 €	1.107,92 €	8.441,21 €	891,02 €	0,00 €
Maximum	117.183 €	78.656 €	71.139 €	101.103 €	98.969 €	72.182 €	95.986 €	73.859 €

Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.3 Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entstanden **Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung** nur in der IG, in der KG wurde die Leistung nicht in Anspruch genommen (vgl. Tabelle 104, Tabelle 106 und Abbildung 60). In der IG entstanden im Präzeitraum noch keine Kosten, im ersten Jahr stiegen die durchschnittlichen Kosten auf 1.120,87 € je Patient. Bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr sanken sie auf durchschnittlich 261,22 €.

Bei den linikbekanntnen Patienten ergaben sich Kosten ebenfalls nur für die IG und nicht für die KG (vgl. Tabelle 105, Tabelle 107 und Abbildung 61). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 487,35 € und fielen bis zum vierten Jahr wieder auf 300,11 € je Patient.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten in der IG von 0 € im Präzeitraum auf durchschnittlich 1.521,25 € im ersten Nachbeobachtungsjahr (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 62). In der KG entstanden keine Kosten.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entstanden Kosten ebenfalls nur bei den Patienten der IG (vgl. Tabelle 109, Tabelle 110 und Abbildung 63). In der IG stiegen die Kosten von 0 € im Präzeitraum auf 1.370,10 € im ersten Nachbeobachtungsjahr. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 417,56 €.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung entstanden Kosten nahezu ausschließlich in der IG – in der KG wurde diese Leistung von einer Person im dritten Nachbeobachtungsjahr in Anspruch genommen (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 64).

Bei den linikbekanntnen Patienten entstanden Kosten ausschließlich bei den Patienten der IG (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 65).

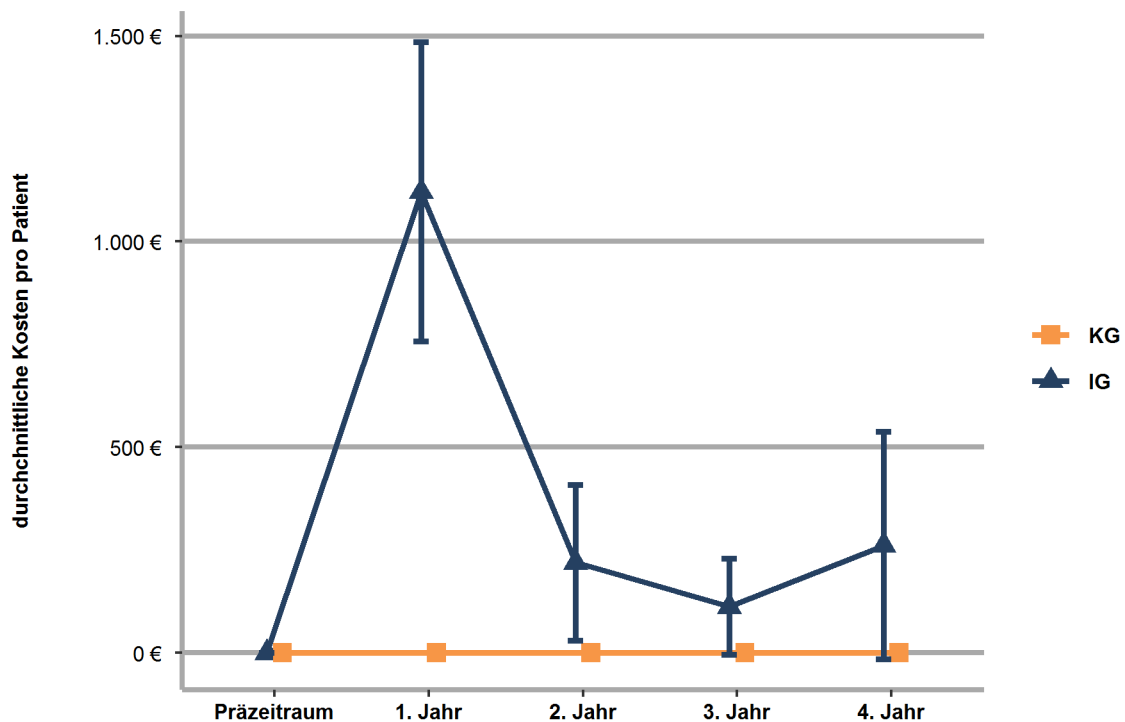
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	0	24	< 10	< 10	< 10	0	0	0	0	0
Mittelwert	0,00 €	1.120,87 €	219,52 €	112,29 €	261,22 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	2.512,31 €	1.280,89 €	773,52 €	1.791,32 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
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 €	10.373 €	11.092 €	6.101 €	15.277 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	0	19	< 10	11	< 10	0	0	0	0	0
Mittelwert	0,00 €	487,35 €	584,46 €	401,99 €	300,11 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	1.685,11 €	3.982,32 €	2.105,47 €	2.159,12 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
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 €	10.863 €	43.648 €	16.477 €	25.489 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

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

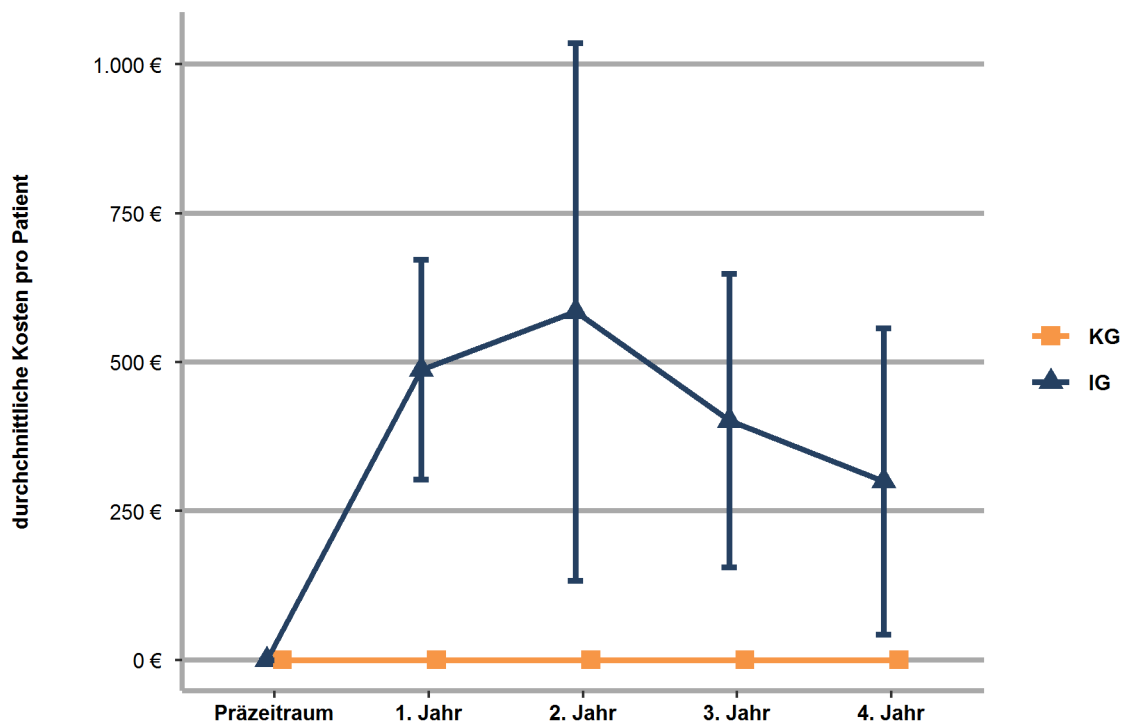


Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,00 €	0,658	0,00 €	0,438	-189,63 €	0,325
IG (vs. KG)	0,00 €	0,999	0,00 €		0,52 €	0,985
Post (vs. Prä)	0,00 €	0,829				
IG x Post (DiD)	442,29 €	< 0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			0,00 €	0,007	-60,19 €	0,367
2. Jahr (vs. Prä)			0,00 €	0,881	-69,96 €	0,298
3. Jahr (vs. Prä)			0,00 €	0,897	-74,73 €	0,268
4. Jahr (vs. Prä)			0,00 €	0,986	-81,09 €	0,229
IG x Jahr 1 (DiD)			1.120,87 €	< 0,001	1.121,23 €	< 0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			219,52 €	0,056	221,49 €	0,060
IG x Jahr 3 (DiD)			112,29 €	0,114	109,18 €	0,134
IG x Jahr 4 (DiD)			261,22 €	0,120	274,70 €	0,116
Alter (30-47 J. vs. U30)					97,37 €	0,240
Alter (48-64 J. vs. U30)					189,42 €	0,096
Alter (Ü64 vs. U30)					3,82 €	0,975
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					112,39 €	0,104
F 00 (Demenz)					304,85 €	0,022
F 01 (Vaskuläre Demenz)					13,88 €	0,934
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-47,14 €	0,765
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-109,21 €	0,211
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					552,70 €	0,250
F 30-39 (Affektive Störungen)					143,37 €	0,109
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-214,54 €	0,003
F 45 (Somatoforme Störungen)					98,48 €	0,665
F 40-48 (ohne F43 und F45)					573,05 €	0,387
F 50 (Essstörungen)					-215,79 €	0,120
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					134,00 €	0,456
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-530,77 €	< 0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-326,33 €	< 0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					54,34 €	0,314
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-33,86 €	0,765
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-134,25 €	0,168
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-67,13 €	0,375
R ²		0,035		0,087		0,121

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 stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,00 €	0,989	0,00 €	0,019	-50,03 €	0,757
IG (vs. KG)	0,00 €		0,00 €		3,97 €	0,853
Post (vs. Prä)	0,00 €	0,740				
IG x Post (DiD)	448,41 €	< 0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			0,00 €	< 0,001	-46,83 €	0,629
2. Jahr (vs. Prä)			0,00 €	0,113	-49,18 €	0,618
3. Jahr (vs. Prä)			0,00 €	0,158	-49,20 €	0,622
4. Jahr (vs. Prä)			0,00 €	0,015	-52,12 €	0,601
IG x Jahr 1 (DiD)			487,35 €	< 0,001	486,65 €	< 0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			584,46 €	0,033	578,24 €	0,036
IG x Jahr 3 (DiD)			401,99 €	0,007	390,47 €	0,007
IG x Jahr 4 (DiD)			300,11 €	0,055	286,45 €	0,057
Alter (30-47 J. vs. U30)					78,94 €	0,647
Alter (48-64 J. vs. U30)					141,02 €	0,378
Alter (Ü64 vs. U30)					-15,30 €	0,907
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					146,03 €	0,070
F 00 (Demenz)					6,72 €	0,931
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-40,94 €	0,749
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-174,97 €	0,150
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-88,07 €	0,226
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-132,02 €	0,135
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					153,00 €	0,521
F 30-39 (Affektive Störungen)					-143,67 €	0,378
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					203,60 €	0,451
F 45 (Somatoforme Störungen)					-202,79 €	0,121
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-157,42 €	0,202
F 50 (Essstörungen)					-726,25 €	0,041
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					329,49 €	0,074
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-100,52 €	0,276
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					37,04 €	0,841
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-17,36 €	0,932
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-33,29 €	0,329
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18,36 €	0,750
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-43,19 €	0,263
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2,49 €	0,979
R ²		0,017		0,018		0,034

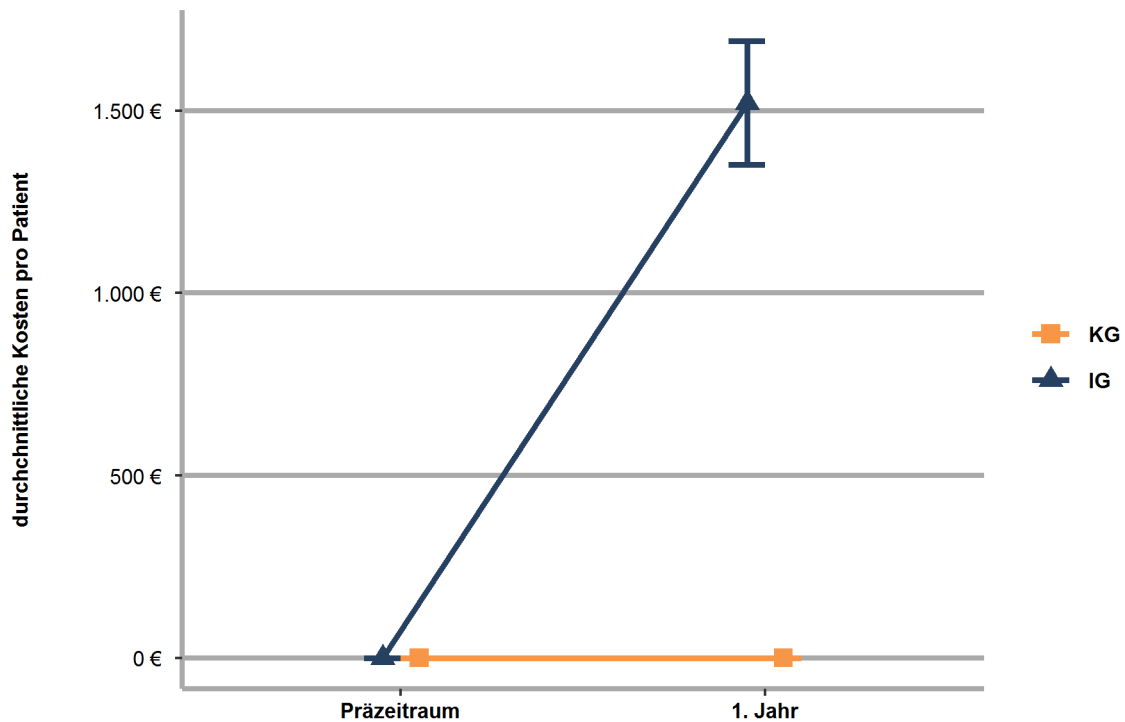
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	0	249	0	0
Mittelwert	0,00 €	1.521,25 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	3.870,01 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	32.082 €	0 €	0 €

Abbildung 56: Kosten stationersetzender 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 stationärer psychiatrischer Versorgung, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	0	164	41	0	0	0
Mittelwert	0,00 €	1.307,10 €	417,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	3.490,76 €	2.506,06 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
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	0 €	27.580 €	34.112 €	0 €	0 €	0 €

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

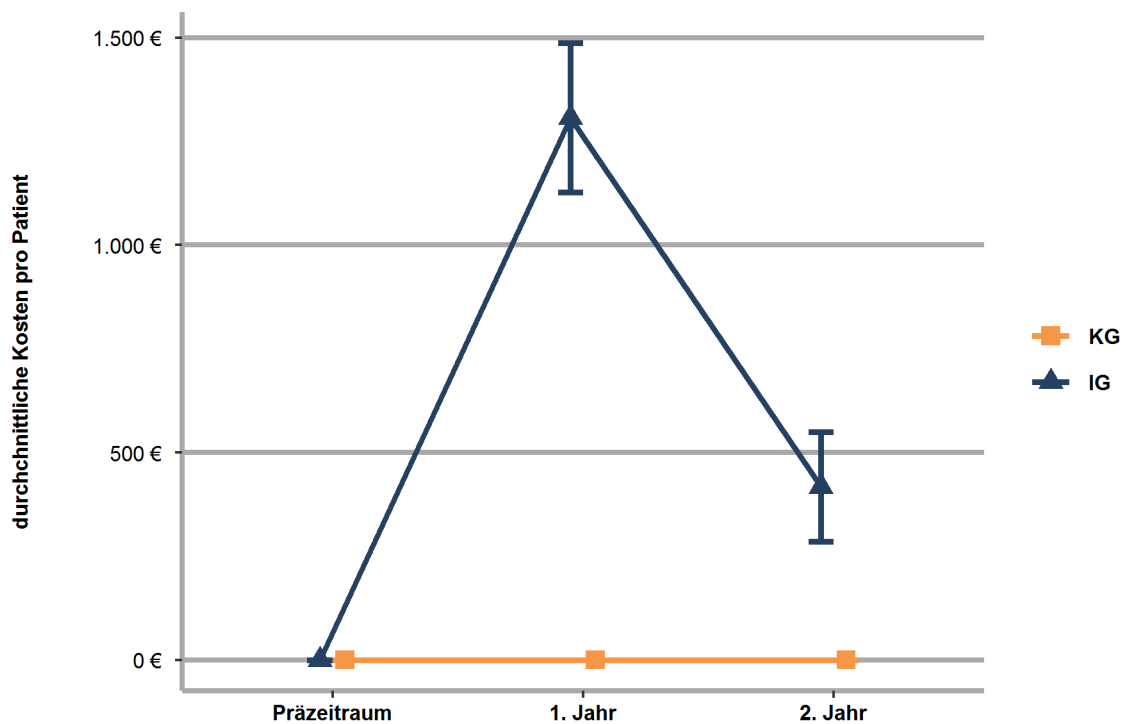


Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,00 €	< 0,001	0,00 €	< 0,001	4,03 €	0,959
IG (vs. KG)	0,00 €	< 0,001	0,00 €	0,999	-3,93 €	0,643
Post (vs. Prä)	0,00 €	< 0,001				
IG x Post (DiD)	873,04 €	< 0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			0,00 €	0,053	-56,17 €	0,001
2. Jahr (vs. Prä)			0,00 €	0,317	-63,50 €	< 0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			1.307,10 €	< 0,001	1.307,76 €	< 0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			417,56 €	< 0,001	414,81 €	< 0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					178,52 €	0,016
Alter (48-64 J. vs. U30)					131,00 €	0,086
Alter (Ü64 vs. U30)					-82,26 €	0,296
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-7,82 €	0,885
F 00 (Demenz)					117,10 €	0,331
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-134,98 €	0,125
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-145,64 €	0,056
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-276,87 €	0,007
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-237,15 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					15,36 €	0,900
F 30-39 (Affektive Störungen)					125,05 €	0,028
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-48,26 €	0,547
F 45 (Somatoforme Störungen)					-127,80 €	0,072
F 40-48 (ohne F43 und F45)					263,98 €	0,233
F 50 (Essstörungen)					-57,37 €	0,694
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					79,56 €	0,545
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-278,57 €	< 0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-150,62 €	0,227
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					53,77 €	0,011
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-91,52 €	0,078
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-17,80 €	0,588
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-68,17 €	< 0,001
R ²		0,050		0,070		0,080

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

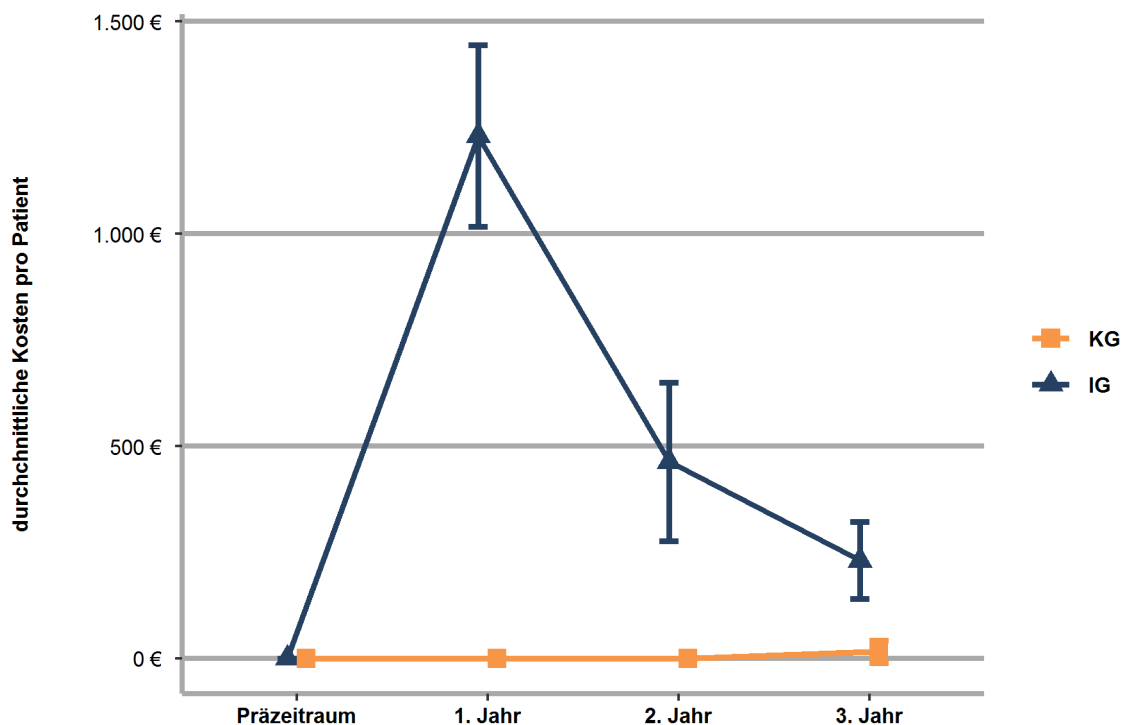
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	0	96	27	22	0	0	0	< 10
Mittelwert	0,00 €	1.230,77 €	463,09 €	230,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	15,73 €
Standardabweichung	0,00 €	3.232,56 €	2.748,88 €	1.318,75 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	374,60 €
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 €	18.943 €	34.112 €	13.054 €	0 €	0 €	0 €	8.920 €

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

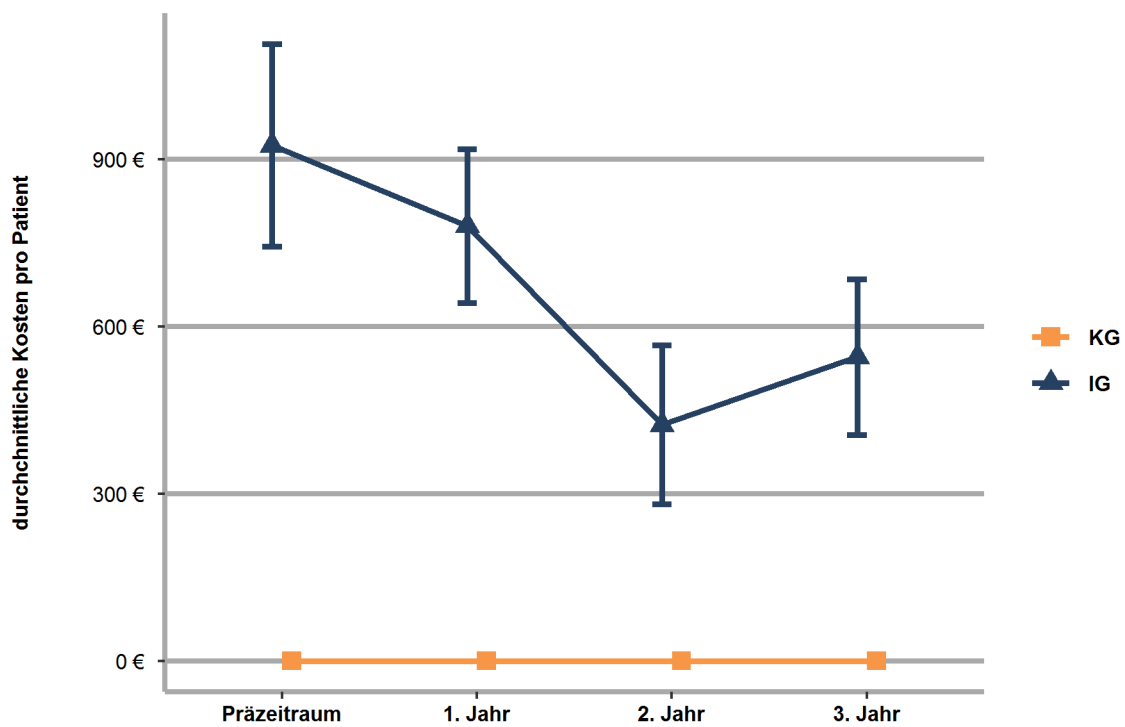


Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	69	103	48	61	0	0	0	0
Mittelwert	924,82 €	780,30 €	423,45 €	545,38 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	3.398,14 €	2.588,39 €	2.596,91 €	2.494,40 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
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	13.912 €	20.275 €	43.648 €	27.068 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Abbildung 59: Kosten stationärer psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen umfassen die Kosten von teilstationären Behandlungen in psychiatrischen Fachabteilungen sowie in nicht psychiatrischen Abteilungen bei Vorliegen einer Diagnose aus Kapitel V des ICD-10-GM (F-Diagnosen) als Hauptdiagnose.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entstanden **Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung** nahezu ausschließlich in der KG – jeweils nur ein Individuum der IG nahm im Präzeitraum, dritten und vierten Nachbeobachtungsjahr teilstationäre Leistungen in Anspruch (vgl. Tabelle 104, Tabelle 106 und Abbildung 60). In der KG stiegen die Kosten von 139,21 € im Präzeitraum auf 1.245,52 € im ersten Nachbeobachtungsjahr. Die Kosten der KG sanken im vierten Nachbeobachtungsjahr auf 105,03 €.

Bei den linikbekanntnen Patienten entstanden Kosten in der IG hauptsächlich im Präzeitraum – im Postzeitraum wurden teilstationäre Leistungen nur von einem Individuum im vierten Nachbeobachtungsjahr in Anspruch genommen (vgl. Tabelle 105, Tabelle 107 und Abbildung 61).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wurden teilstationäre Leistungen hauptsächlich durch die KG in Anspruch genommen (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 62). Entsprechend sanken die Kosten in der IG von 29,48 € auf 15,57 € je Patient. Gleichzeitig stiegen die Kosten in der KG von auf 39,03 € auf 912,35 € je Patient.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wurden teilstationäre Leistungen ebenfalls fast ausschließlich durch Patienten der KG in Anspruch genommen (vgl. Tabelle 109, Tabelle 110 und Abbildung 63).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wurden teilstationäre Leistungen ebenfalls fast ausschließlich durch Patienten der KG in Anspruch genommen (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 64).

Bei den linikbekanntnen Patienten wurden teilstationäre Leistungen ebenfalls fast ausschließlich durch Patienten der KG in Anspruch genommen (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 65).

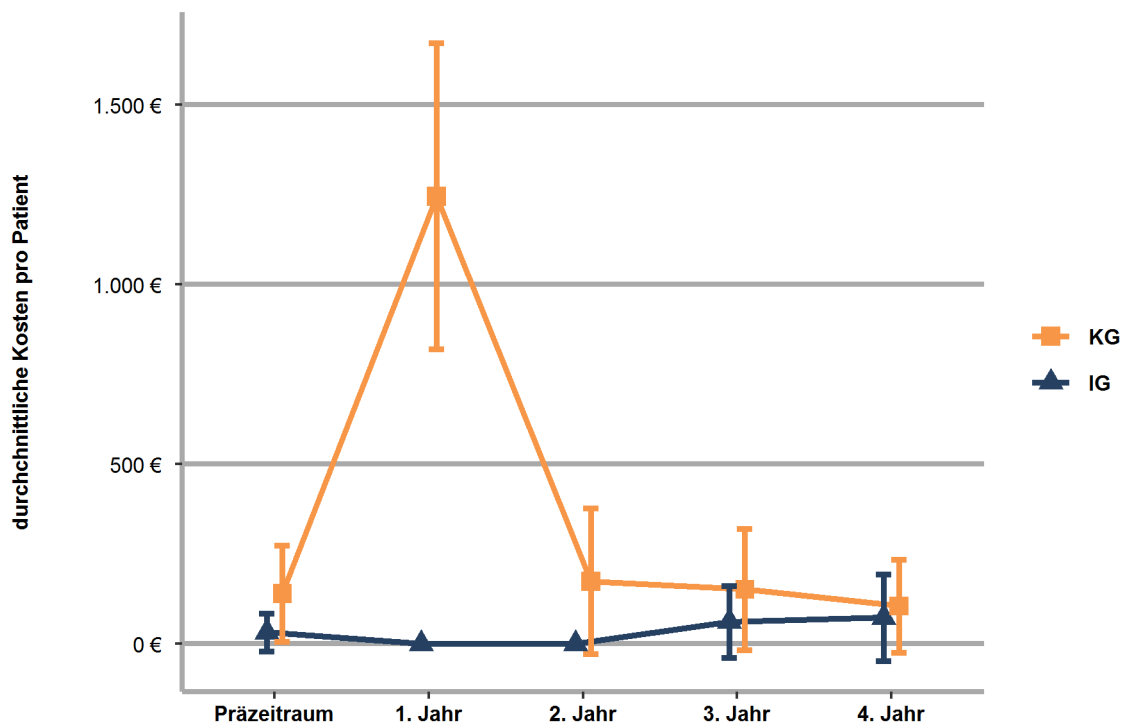
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	< 10	0	0	< 10	< 10	< 10	27	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	31,73 €	0,00 €	0,00 €	61,14 €	73,18 €	139,21 €	1.245,52 €	174,06 €	151,33 €	105,03 €
Standardabweichung	360,40 €	0,00 €	0,00 €	666,91 €	781,36 €	908,67 €	2.883,40 €	1.338,51 €	1.091,07 €	825,84 €
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	4.093 €	0 €	0 €	7.275 €	8.343 €	7.404 €	14.966 €	11.336 €	10.724 €	7.884 €

Abbildung 60: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	21	0	0	0	< 10	18	10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	424,28 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	51,27 €	439,70 €	276,41 €	260,81 €	109,29 €	160,35 €
Standardabweichung	1.443,83 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	708,56 €	1.837,44 €	1.507,47 €	1.958,52 €	716,87 €	996,39 €
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	8.759 €	0 €	0 €	0 €	9.793 €	15.488 €	14.197 €	25.144 €	7.214 €	7.606 €

Abbildung 61: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

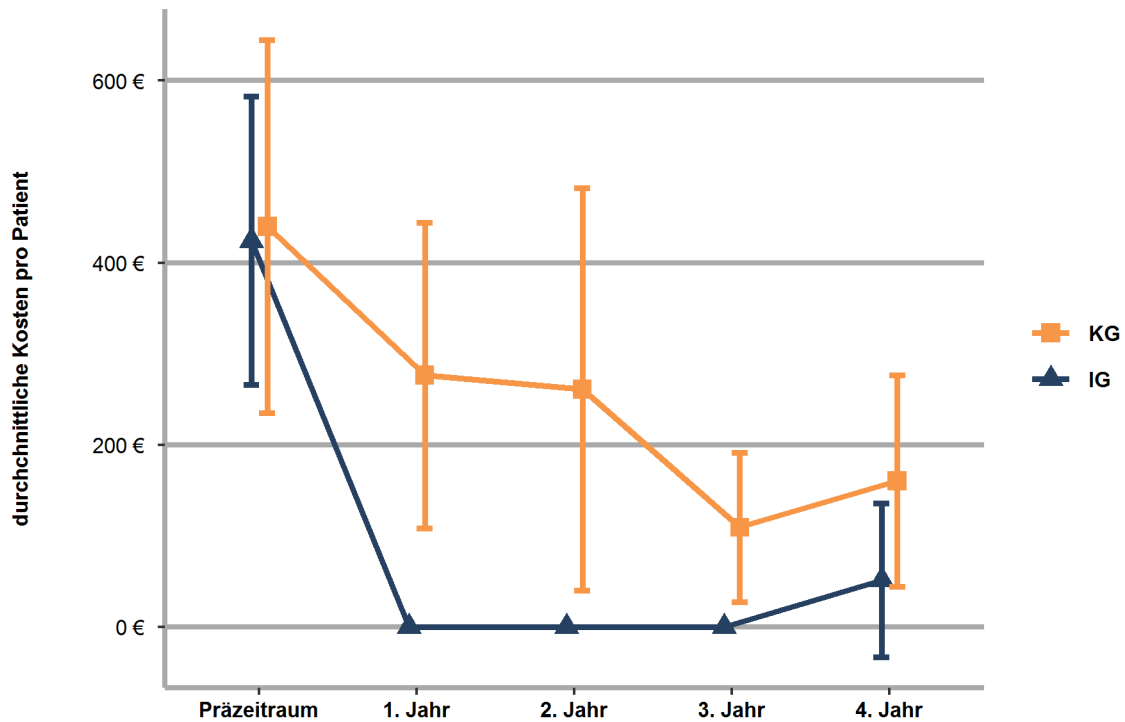


Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	139,21 €	0,087	139,21 €	0,088	189,77 €	0,323
IG (vs. KG)	-107,48 €	0,219	-107,48 €	0,220	-21,35 €	0,385
Post (vs. Prä)	298,81 €	0,015				
IG x Post (DiD)	-298,41 €	0,021				
1. Jahr (vs. Prä)			1.106,31 €	< 0,001	1.148,67 €	< 0,001
2. Jahr (vs. Prä)			34,84 €	0,815	68,12 €	0,560
3. Jahr (vs. Prä)			12,11 €	0,927	35,23 €	0,741
4. Jahr (vs. Prä)			-34,18 €	0,766	-18,78 €	0,816
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.138,04 €	< 0,001	-1.229,42 €	< 0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-66,57 €	0,663	-158,27 €	0,207
IG x Jahr 3 (DiD)			17,29 €	0,907	-70,54 €	0,554
IG x Jahr 4 (DiD)			75,63 €	0,589	-12,45 €	0,909
Alter (30-47 J. vs. U30)					-59,92 €	0,638
Alter (48-64 J. vs. U30)					-46,06 €	0,738
Alter (Ü64 vs. U30)					-192,61 €	0,200
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					86,64 €	0,289
F 00 (Demenz)					-388,79 €	0,010
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-97,51 €	0,484
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-179,23 €	0,149
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-167,55 €	0,099
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-196,34 €	0,077
F 30-39 (Affektive Störungen)					35,17 €	0,697
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					127,80 €	0,442
F 45 (Somatoforme Störungen)					-167,06 €	0,183
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-172,07 €	0,083
F 50 (Essstörungen)					-369,62 €	0,009
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-156,36 €	0,257
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-177,34 €	0,032
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-76,84 €	0,344
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					101,56 €	0,076
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.443,90 €	< 0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-393,04 €	0,042
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-96,72 €	0,052
R ²		0,024		0,084		0,160

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 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	439,70 €	< 0,001	439,70 €	< 0,001	126,85 €	0,399
IG (vs. KG)	-15,43 €	0,921	-15,43 €	0,921	-66,30 €	0,449
Post (vs. Prä)	-236,26 €	0,071				
IG x Post (DiD)	-176,14 €	0,280				
1. Jahr (vs. Prä)			-163,30 €	0,300	119,78 €	0,417
2. Jahr (vs. Prä)			-178,89 €	0,306	100,74 €	0,551
3. Jahr (vs. Prä)			-330,41 €	0,006	-53,61 €	0,626
4. Jahr (vs. Prä)			-279,36 €	0,043	-4,06 €	0,974
IG x Jahr 1 (DiD)			-260,98 €	0,158	-209,69 €	0,125
IG x Jahr 2 (DiD)			-245,39 €	0,219	-195,23 €	0,211
IG x Jahr 3 (DiD)			-93,87 €	0,543	-45,40 €	0,626
IG x Jahr 4 (DiD)			-93,65 €	0,596	-44,28 €	0,718
Alter (30-47 J. vs. U30)					-90,12 €	0,343
Alter (48-64 J. vs. U30)					-82,65 €	0,403
Alter (Ü64 vs. U30)					-115,83 €	0,307
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-26,13 €	0,745
F 00 (Demenz)					-71,86 €	0,259
F 01 (Vaskuläre Demenz)					21,21 €	0,789
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					26,42 €	0,726
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					15,19 €	0,896
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					142,41 €	0,375
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					112,42 €	0,209
F 30-39 (Affektive Störungen)					160,19 €	0,018
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					3,33 €	0,963
F 45 (Somatoforme Störungen)					-43,96 €	0,498
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-137,43 €	0,034
F 50 (Essstörungen)					-458,33 €	< 0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-13,21 €	0,827
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-18,21 €	0,814
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-3,90 €	0,960
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-51,18 €	0,500
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-197,66 €	0,067
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.917,38 €	< 0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-18,56 €	0,784
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-52,51 €	0,223
R ²		0,017		0,019		0,316

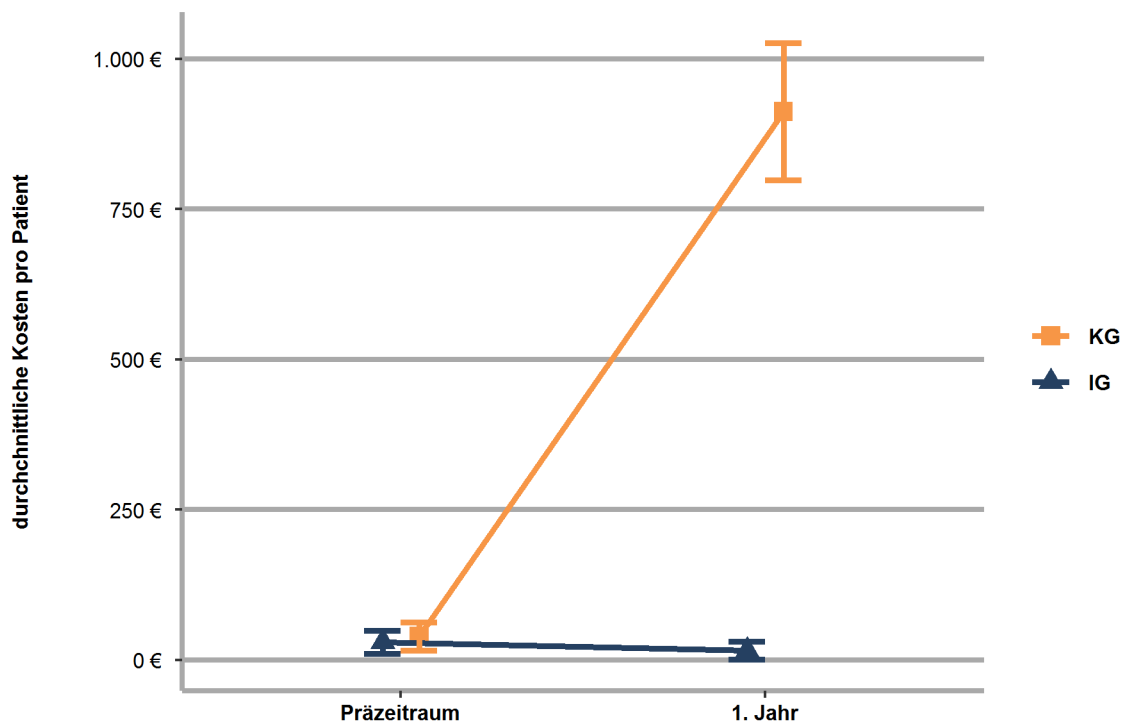
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	207
Mittelwert	29,48 €	15,57 €	39,03 €	912,35 €
Standardabweichung	439,85 €	339,24 €	544,48 €	2.601,80 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	10.529 €	7.854 €	12.933 €	21.865 €

Abbildung 62: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 109: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	148	24
Mittelwert	35,96 €	13,90 €	14,52 €	53,82 €	874,63 €	114,13 €
Standardabweichung	498,21 €	315,14 €	286,91 €	643,06 €	2.506,88 €	843,36 €
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	10.529 €	7.741 €	7.664 €	12.933 €	17.687 €	11.336 €

Abbildung 63: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

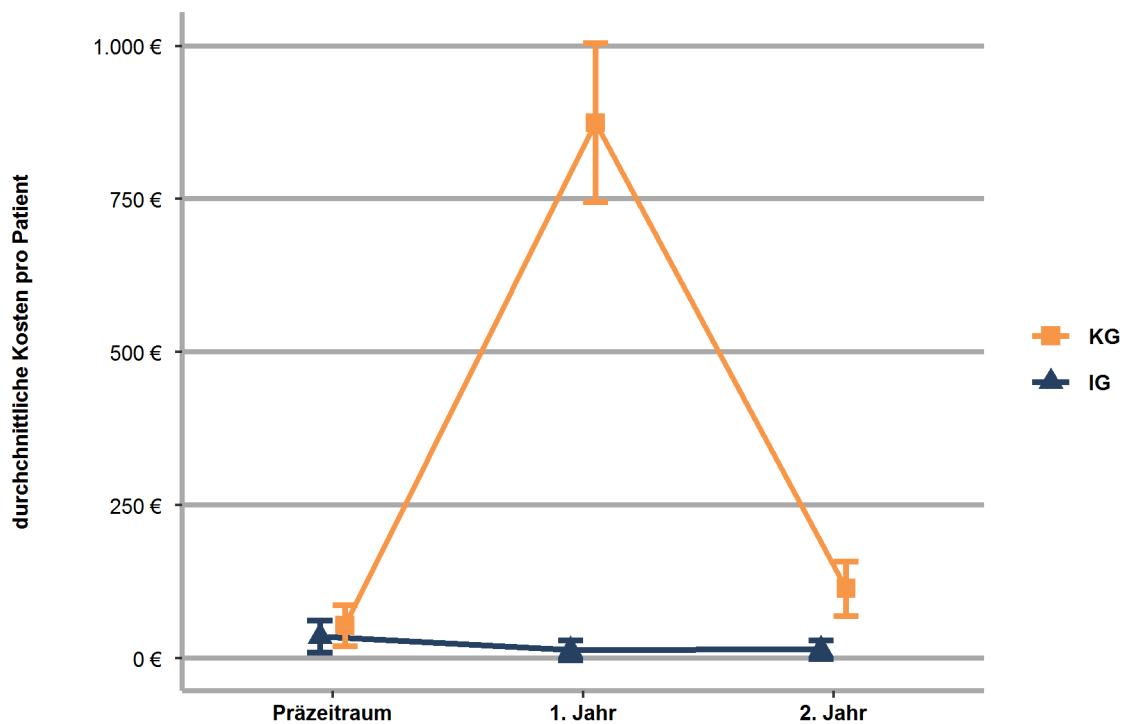


Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	53,82 €	0,007	53,82 €	0,007	118,67 €	0,099
IG (vs. KG)	-17,86 €	0,484	-17,86 €	0,484	-4,47 €	0,668
Post (vs. Prä)	449,21 €	< 0,001				
IG x Post (DiD)	-470,97 €	< 0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			820,82 €	< 0,001	823,54 €	< 0,001
2. Jahr (vs. Prä)			60,31 €	0,050	59,21 €	0,067
IG x Jahr 1 (DiD)			-842,88 €	< 0,001	-856,36 €	< 0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-81,76 €	0,022	-97,33 €	< 0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					-67,94 €	0,233
Alter (48-64 J. vs. U30)					-89,26 €	0,124
Alter (Ü64 vs. U30)					-119,01 €	0,066
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-12,92 €	0,706
F 00 (Demenz)					-115,08 €	0,248
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-127,31 €	0,039
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-126,11 €	0,018
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-89,60 €	0,106
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-85,19 €	0,035
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					12,86 €	0,862
F 30-39 (Affektive Störungen)					99,77 €	0,007
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					86,51 €	0,221
F 45 (Somatoforme Störungen)					-106,63 €	0,009
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-126,23 €	0,046
F 50 (Essstörungen)					-112,88 €	0,145
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-27,38 €	0,746
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-82,13 €	0,161
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-6,45 €	0,965
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					63,73 €	0,003
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.539,96 €	< 0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-69,84 €	0,543
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-61,20 €	0,040
R ²		0,035		0,068		0,146

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

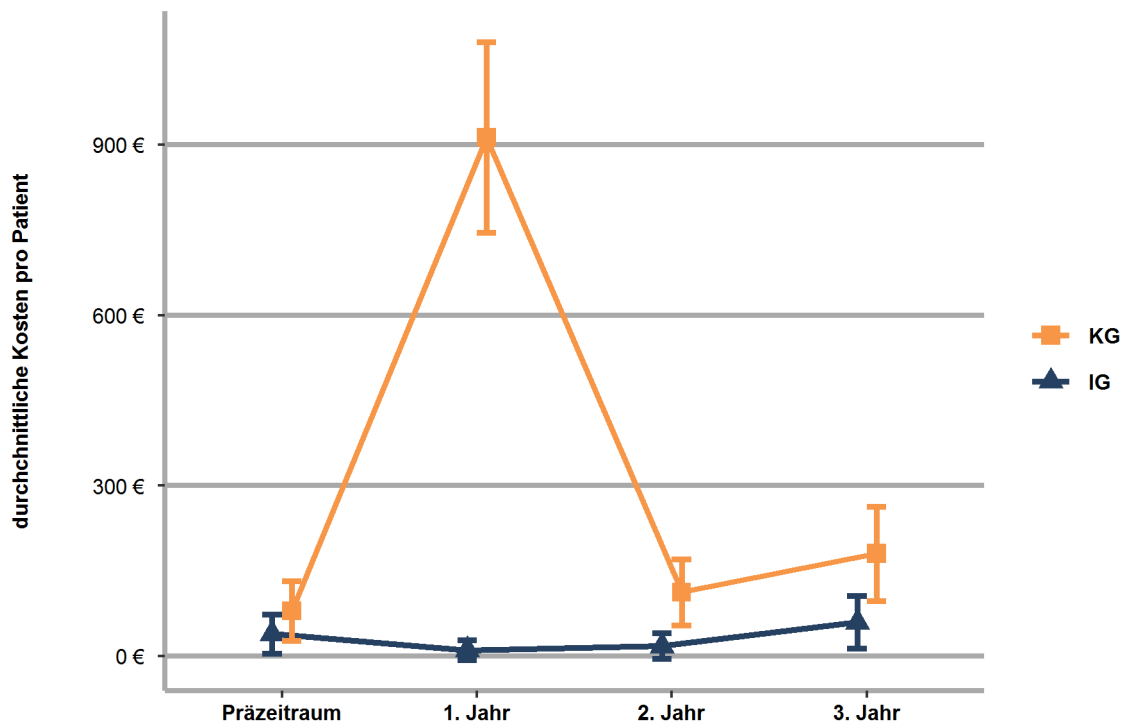
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 111: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	97	14	20
Mittelwert	38,66 €	10,37 €	17,50 €	59,50 €	79,20 €	912,94 €	112,13 €	180,23 €
Standardabweichung	525,06 €	258,51 €	333,80 €	670,22 €	789,89 €	2.516,38 €	853,62 €	1.199,76 €
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	10.529 €	6.447 €	7.664 €	10.145 €	12.933 €	17.687 €	11.336 €	16.010 €

Abbildung 64: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

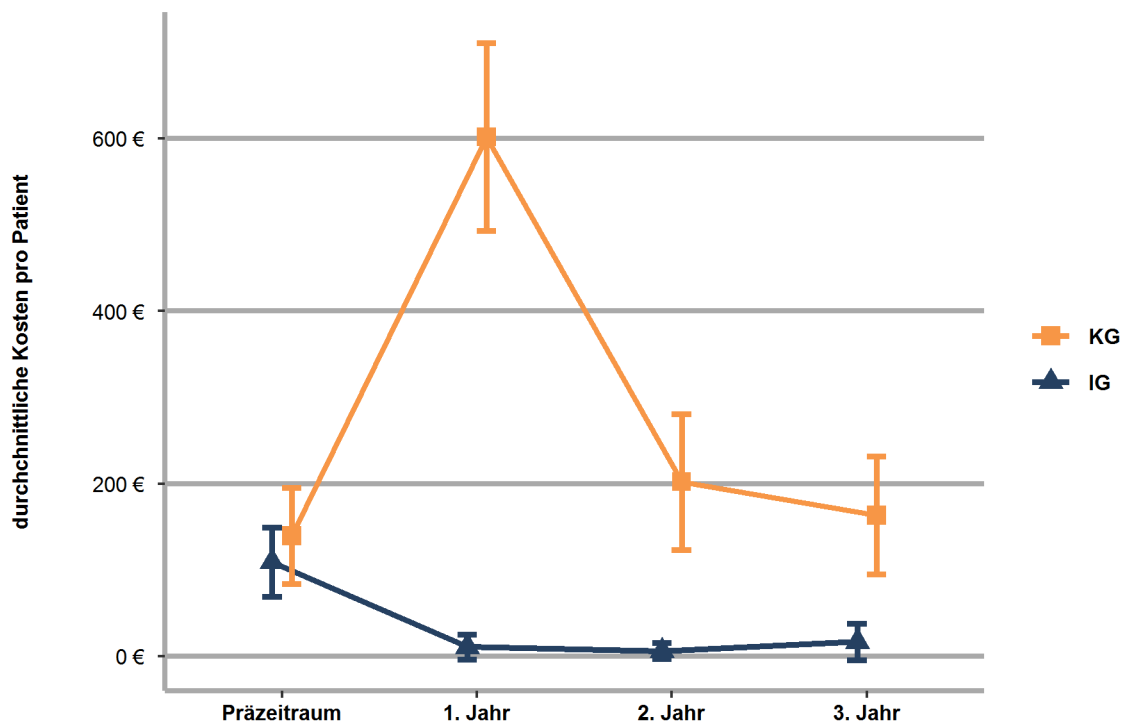


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 112: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	23	< 10	< 10	< 10	25	106	32	27
Mittelwert	109,20 €	10,93 €	6,17 €	16,71 €	139,72 €	601,71 €	202,16 €	163,31 €
Standardabweichung	750,79 €	272,47 €	164,69 €	374,99 €	1.039,14 €	2.020,89 €	1.444,71 €	1.234,29 €
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	8.759 €	8.077 €	4.908 €	10.165 €	15.488 €	15.624 €	25.144 €	21.350 €

Abbildung 65: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz umfassen die Kosten von PIA-Leistungen nach § 118 SGB V, exklusive Zuschläge für Ausgleichs- und exklusive Zuschläge für Evaluationen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen** der IG im Präzeitraum mit 18,22 € auf gleich niedrigem Niveau wie die der KG mit 10,01 € (vgl. Tabelle 113, Tabelle 115 und Abbildung 66). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 514,76 € und in der KG auf 357,24 €. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel somit in der IG um 149,30 € signifikant stärker aus.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 323,63 € und blieben bis zum vierten Jahr in etwa konstant bei 319,40 €. In der KG sanken die Kosten bis zum vierten Jahr auf 133,76 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 139,37 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 115).

Bei den linikbekannten Patienten ergab sich ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 114, Tabelle 116 und Abbildung 67). Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1,76 € nicht signifikant weniger stark aus. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 11,79 € nicht signifikant stärker an (vgl. Tabelle 116).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung hatte die IG mit 13,21 € etwa gleich hohe Kosten wie die KG mit 7,22 € (vgl. Tabelle 117 und Abbildung 68). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 499,55 € und in der KG auf 349,18 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatte die IG mit durchschnittlich 13,20 € in etwa gleich hohe Kosten wie die KG mit 6,03 € (vgl. Tabelle 118, Tabelle 119 und Abbildung 69). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: In der IG auf 495,05 € und in der KG auf 353,15 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 134,73 € signifikant stärker aus als in der KG.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr fielen die Kosten in der IG auf 243,47 € je Patient und in der KG auf 165,61 € je Patient. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 103,61 € signifikant stärker an (vgl. Tabelle 119).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich ein nahezu paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG, wobei die Kosten der IG durchgängig größer waren als die der KG (vgl. Tabelle 120 und Abbildung 70).

Bei den linikbekannten Patienten ergab sich ebenfalls ein nahezu paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 121 und Abbildung 71). Auch hier lagen die Kosten der IG konstant oberhalb der Kosten der KG.

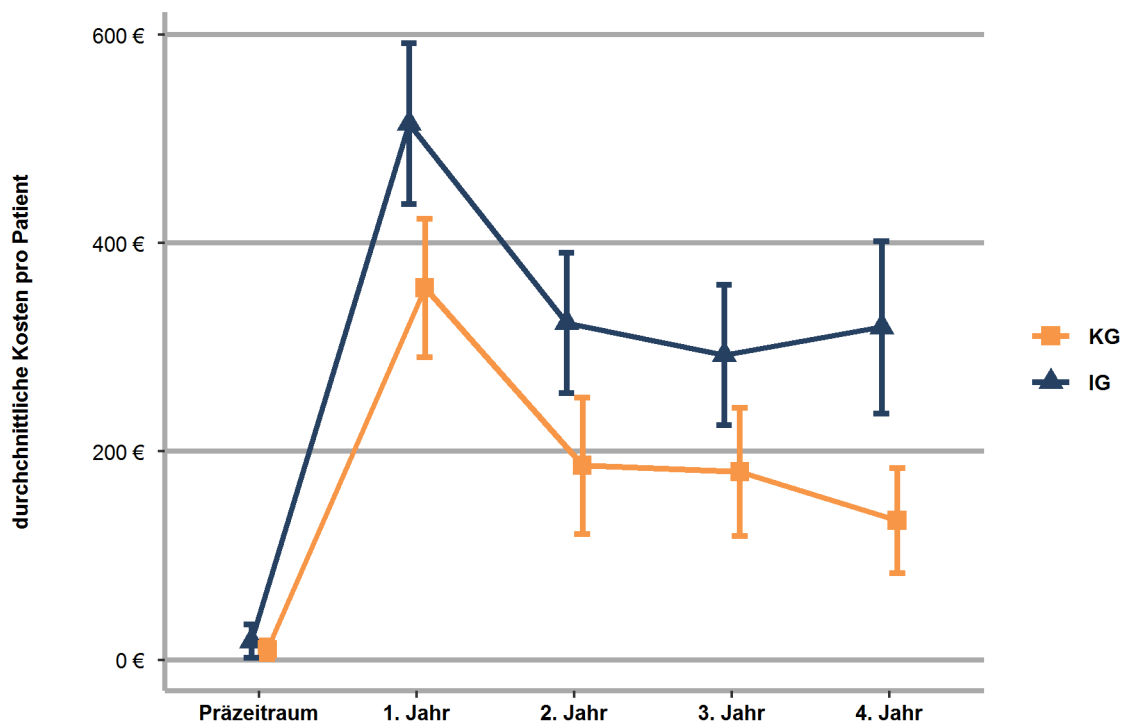
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 113: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	< 10	86	50	43	36	< 10	74	27	25	22
Mittelwert	18,22 €	514,76 €	323,63 €	292,71 €	319,40 €	10,01 €	357,24 €	186,58 €	180,48 €	133,76 €
Standardabweichung	108,65 €	532,61 €	455,25 €	446,48 €	536,57 €	59,80 €	450,27 €	433,63 €	398,74 €	319,79 €
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 €	288,96 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	206,57 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	991,06 €	651,35 €	658,88 €	522,48 €	0,00 €	577,01 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.048,04 €	1.988,90 €	1.457,64 €	1.500,58 €	2.050,00 €	518,82 €	1.766,85 €	2.464,49 €	1.508,63 €	1.482,25 €

Abbildung 66: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 114: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	192	208	153	127	126	184	194	141	128	108
Mittelwert	653,51 €	881,90 €	618,31 €	579,40 €	609,04 €	617,46 €	847,62 €	593,77 €	587,94 €	478,14 €
Standardabweichung	394,09 €	474,83 €	495,38 €	537,66 €	531,42 €	397,79 €	491,20 €	520,83 €	570,72 €	532,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	299,22 €	558,16 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	281,06 €	495,53 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	743,82 €	991,06 €	635,40 €	527,79 €	669,06 €	602,76 €	905,84 €	613,97 €	440,83 €	229,07 €
75%-Perzentil	963,96 €	1.225,78 €	1.016,14 €	1.050,85 €	1.075,97 €	904,10 €	1.171,30 €	1.017,71 €	1.128,49 €	948,99 €
Maximum	1.367,92 €	1.766,85 €	1.807,50 €	1.858,07 €	1.528,61 €	1.447,00 €	2.397,79 €	1.807,50 €	1.858,07 €	1.907,78 €

Abbildung 67: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

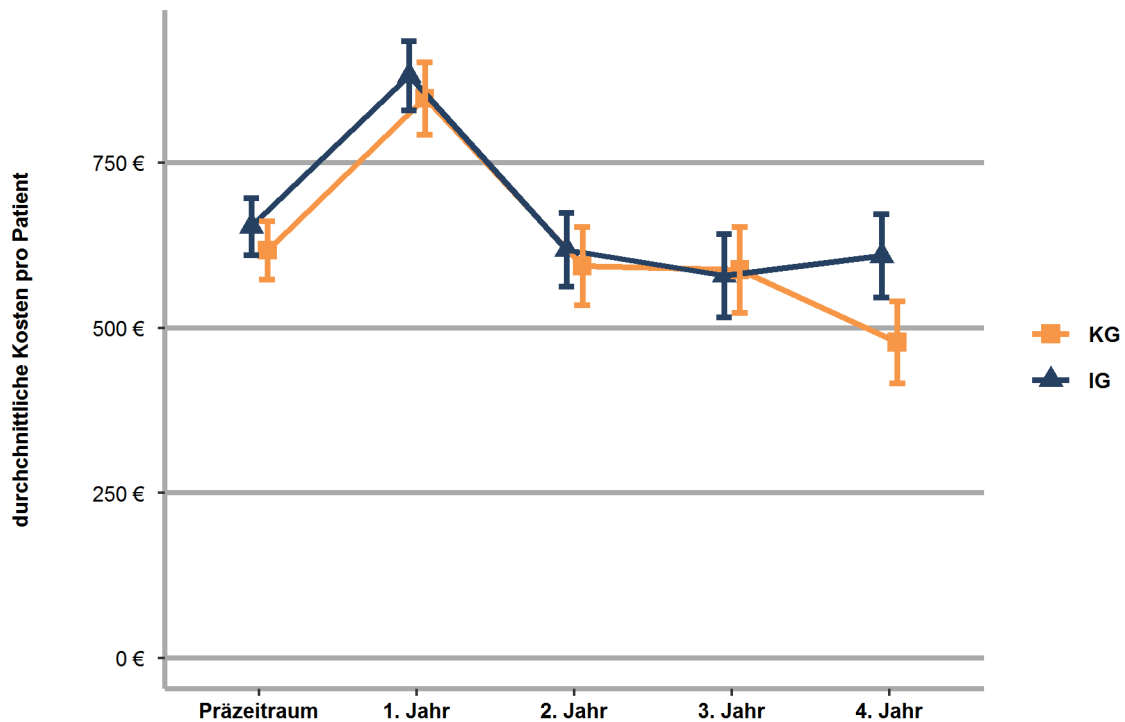


Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	10,01 €	0,062	10,01 €	0,063	-68,10 €	0,409
IG (vs. KG)	8,21 €	0,453	8,21 €	0,455	2,22 €	0,907
Post (vs. Prä)	208,21 €	< 0,001				
IG x Post (DiD)	139,37 €	0,005				
1. Jahr (vs. Prä)			347,24 €	< 0,001	300,09 €	< 0,001
2. Jahr (vs. Prä)			176,58 €	< 0,001	137,60 €	0,008
3. Jahr (vs. Prä)			170,48 €	< 0,001	135,39 €	0,006
4. Jahr (vs. Prä)			123,76 €	< 0,001	92,13 €	0,032
IG x Jahr 1 (DiD)			149,30 €	0,017	153,08 €	0,014
IG x Jahr 2 (DiD)			128,84 €	0,024	131,63 €	0,022
IG x Jahr 3 (DiD)			104,02 €	0,059	102,99 €	0,064
IG x Jahr 4 (DiD)			177,43 €	0,002	178,88 €	0,002
Alter (30-47 J. vs. U30)					59,15 €	0,246
Alter (48-64 J. vs. U30)					75,65 €	0,148
Alter (Ü64 vs. U30)					44,66 €	0,501
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					117,84 €	0,006
F 00 (Demenz)					-373,93 €	< 0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					383,77 €	0,014
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					296,38 €	0,005
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-142,67 €	0,004
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					96,50 €	0,604
F 30-39 (Affektive Störungen)					12,83 €	0,782
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					80,57 €	0,274
F 45 (Somatoforme Störungen)					-95,61 €	0,067
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-152,75 €	0,091
F 50 (Essstörungen)					-127,27 €	0,011
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					81,08 €	0,360
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-373,34 €	< 0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-114,01 €	0,028
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					28,35 €	0,488
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-26,61 €	0,676
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					361,25 €	< 0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-67,32 €	0,081
R ²		0,092		0,125		0,241

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 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	617,46 €	< 0,001	617,46 €	< 0,001	-136,96 €	0,158
IG (vs. KG)	36,05 €	0,338	36,05 €	0,338	44,34 €	0,129
Post (vs. Prä)	13,53 €	0,624				
IG x Post (DiD)	11,79 €	0,762				
1. Jahr (vs. Prä)			230,16 €	< 0,001	677,52 €	< 0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-23,69 €	0,477	426,69 €	< 0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-29,53 €	0,421	423,88 €	< 0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-139,32 €	< 0,001	316,30 €	< 0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-1,76 €	0,964	5,77 €	0,893
IG x Jahr 2 (DiD)			-11,51 €	0,801	4,05 €	0,929
IG x Jahr 3 (DiD)			-44,58 €	0,384	-21,43 €	0,676
IG x Jahr 4 (DiD)			94,85 €	0,075	116,97 €	0,026
Alter (30-47 J. vs. U30)					140,12 €	0,009
Alter (48-64 J. vs. U30)					154,39 €	0,004
Alter (Ü64 vs. U30)					233,84 €	< 0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					19,27 €	0,617
F 00 (Demenz)					-27,06 €	0,848
F 01 (Vaskuläre Demenz)					324,99 €	< 0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					83,18 €	0,385
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-421,56 €	< 0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-166,34 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					251,89 €	< 0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					78,06 €	0,078
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					35,49 €	0,531
F 45 (Somatoforme Störungen)					31,21 €	0,632
F 40-48 (ohne F43 und F45)					223,70 €	0,058
F 50 (Essstörungen)					415,38 €	< 0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					246,96 €	< 0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					138,29 €	0,413
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					699,72 €	< 0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-14,04 €	0,889
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-27,36 €	0,447
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,63 €	0,991
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					608,84 €	< 0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-60,35 €	0,357
R ²		0,002		0,054		0,213

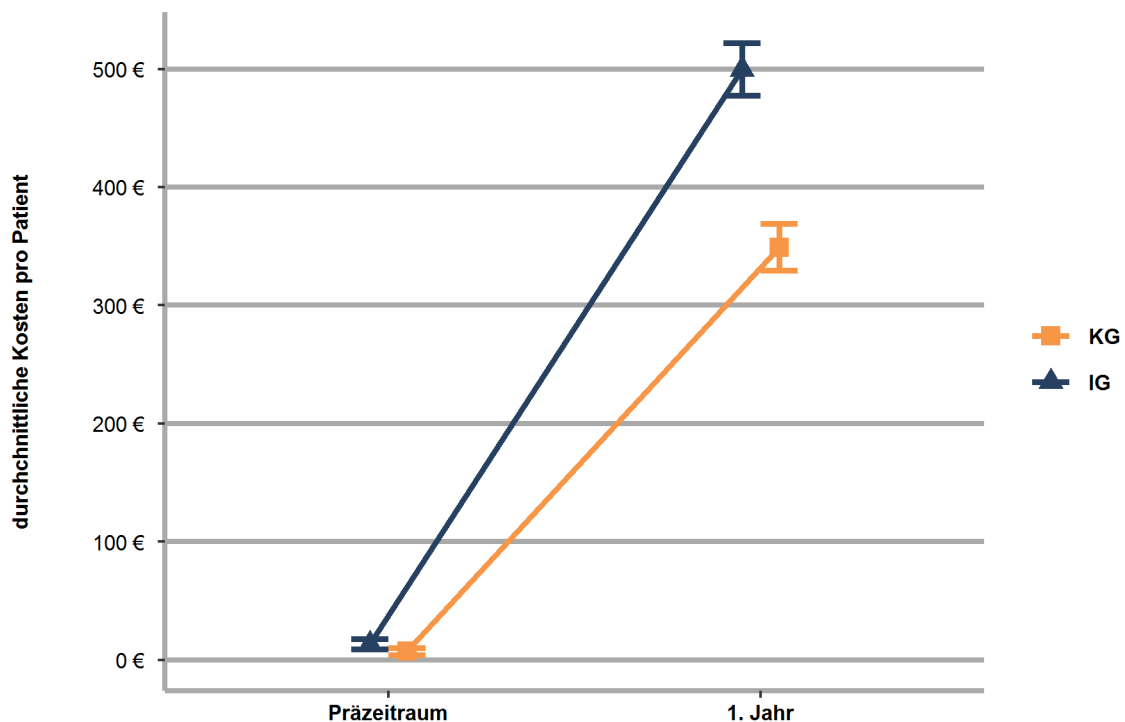
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	37	1.007	23	795
Mittelwert	13,21 €	499,55 €	7,22 €	349,18 €
Standardabweichung	98,86 €	508,06 €	71,14 €	454,18 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	300,42 €	0,00 €	211,80 €
75%-Perzentil	0,00 €	868,56 €	0,00 €	589,66 €
Maximum	1.652,34 €	2.698,27 €	1.193,49 €	3.097,57 €

Abbildung 68: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	27	739	301	16	581	214
Mittelwert	13,20 €	495,05 €	243,47 €	6,03 €	353,15 €	165,61 €
Standardabweichung	100,51 €	503,93 €	433,69 €	60,12 €	452,49 €	376,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	296,27 €	0,00 €	0,00 €	211,80 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	868,56 €	311,63 €	0,00 €	591,12 €	0,00 €
Maximum	1.652,34 €	2.698,27 €	2.582,24 €	1.193,49 €	3.097,57 €	2.539,78 €

Abbildung 69: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

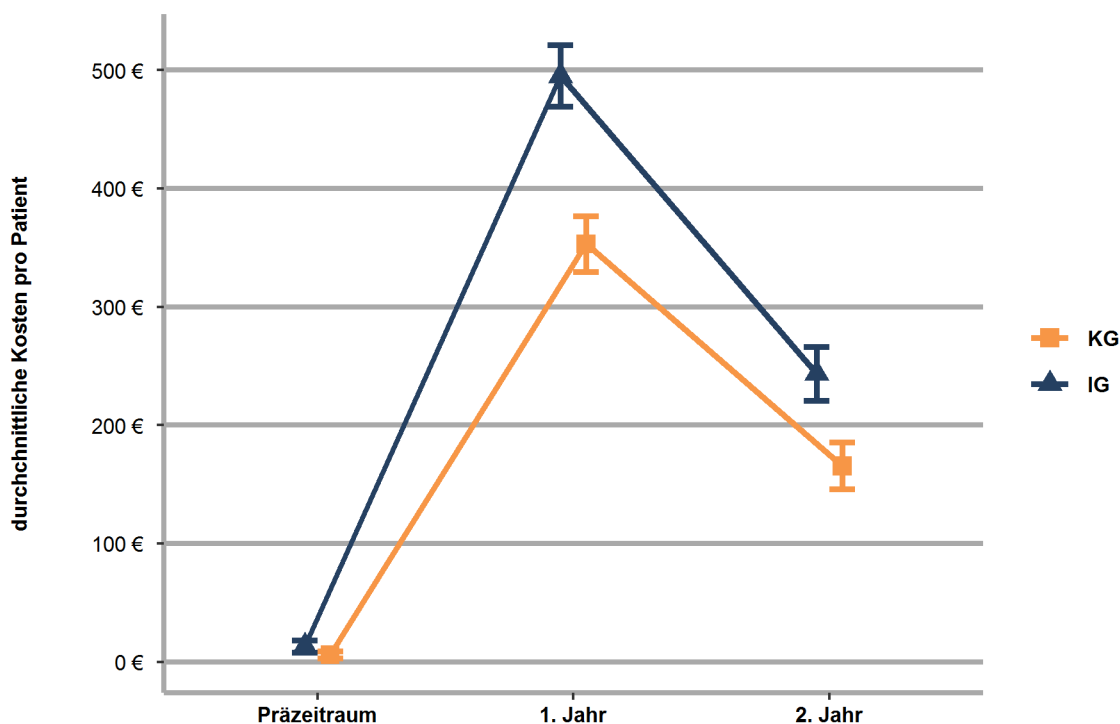


Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	6,03 €	0,001	6,03 €	0,001	-27,22 €	0,173
IG (vs. KG)	7,17 €	0,050	7,17 €	0,050	0,94 €	0,809
Post (vs. Prä)	255,48 €	< 0,001				
IG x Post (DiD)	103,61 €	< 0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			347,11 €	< 0,001	325,29 €	< 0,001
2. Jahr (vs. Prä)			159,58 €	< 0,001	140,26 €	< 0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			134,73 €	< 0,001	139,81 €	< 0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			70,69 €	< 0,001	75,63 €	< 0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					63,72 €	< 0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					58,51 €	< 0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					22,96 €	0,262
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					18,10 €	0,147
F 00 (Demenz)					-66,14 €	0,599
F 01 (Vaskuläre Demenz)					84,81 €	0,197
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					159,93 €	< 0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-17,25 €	0,840
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-119,32 €	< 0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					53,29 €	0,092
F 30-39 (Affektive Störungen)					29,69 €	0,050
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					15,19 €	0,480
F 45 (Somatoforme Störungen)					-47,04 €	0,005
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-50,64 €	0,131
F 50 (Essstörungen)					-26,05 €	0,538
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					53,95 €	0,113
F 70-79 (Intelligenzstörung)					76,16 €	0,171
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-26,32 €	0,590
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					22,50 €	0,026
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2,25 €	0,962
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					443,31 €	< 0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-34,93 €	< 0,001
R ²		0,141		0,190		0,232

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

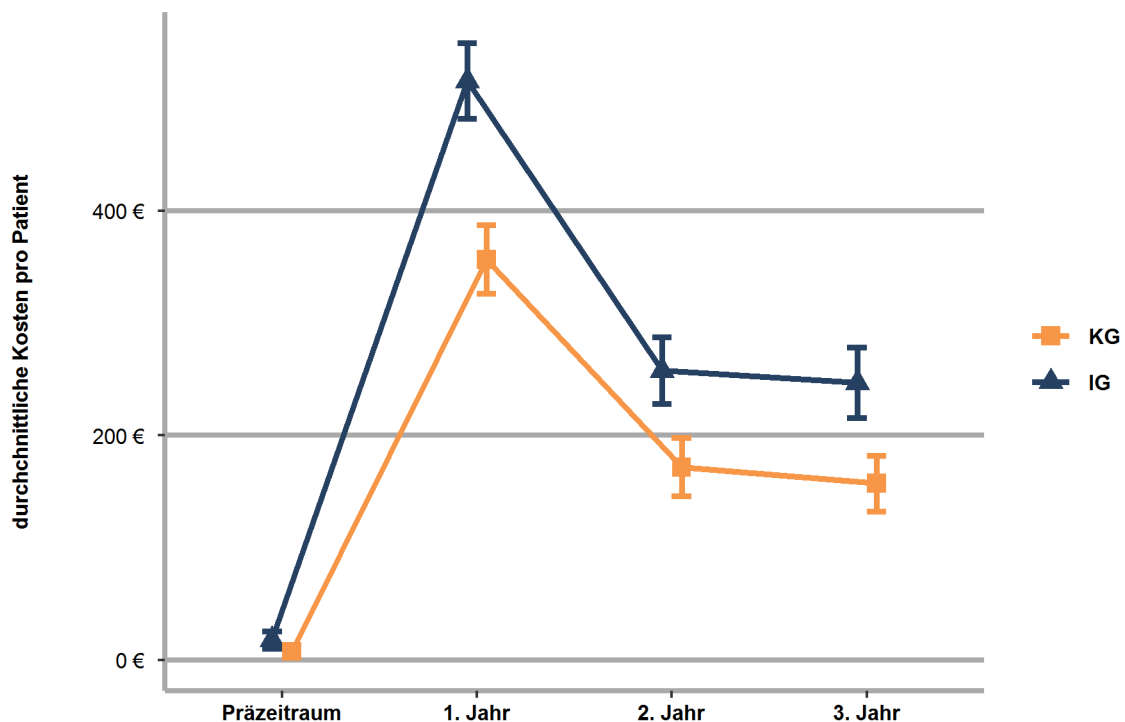
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	21	463	195	161	13	338	140	119
Mittelwert	18,03 €	515,73 €	257,74 €	246,95 €	7,45 €	356,74 €	171,76 €	157,29 €
Standardabweichung	116,88 €	509,33 €	441,23 €	458,22 €	59,55 €	459,26 €	379,87 €	359,81 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	296,27 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	211,80 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	877,40 €	434,46 €	311,63 €	0,00 €	591,12 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.652,34 €	2.698,27 €	2.582,24 €	3.218,88 €	947,08 €	1.818,13 €	2.539,78 €	1.715,39 €

Abbildung 70: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

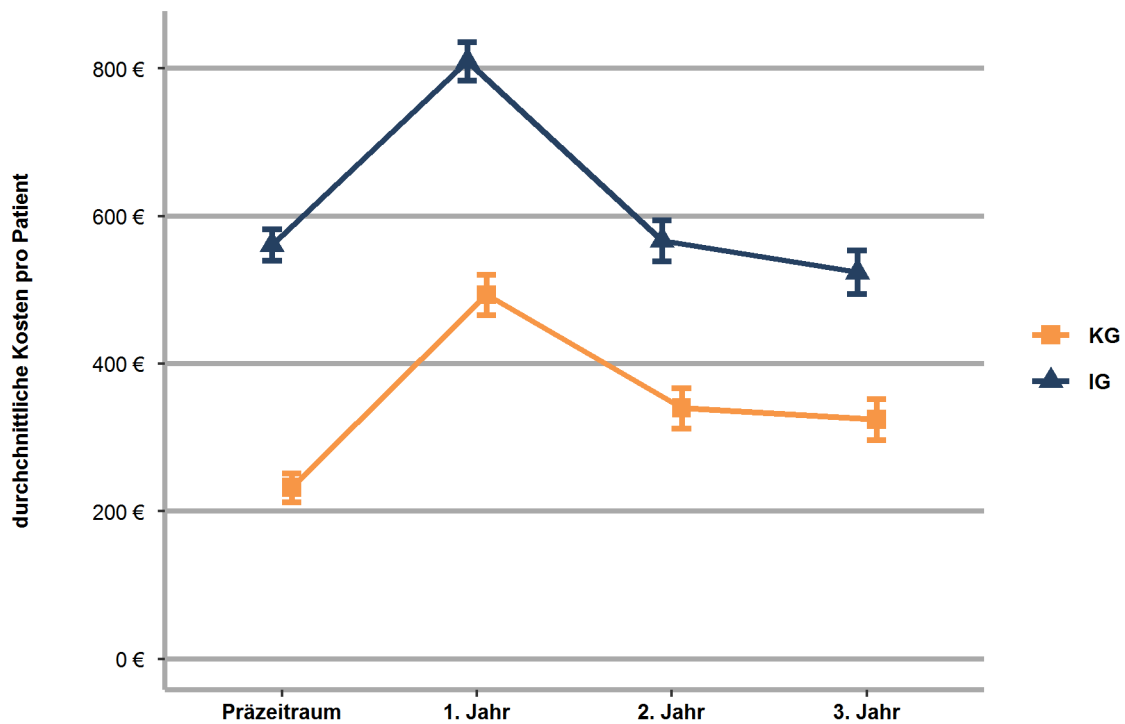


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 121: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	767	851	593	508	369	593	372	328
Mittelwert	560,73 €	809,29 €	566,72 €	523,93 €	232,19 €	493,24 €	339,74 €	324,30 €
Standardabweichung	396,64 €	487,93 €	510,05 €	530,65 €	363,04 €	515,48 €	498,41 €	503,55 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	206,57 €	413,14 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	619,71 €	913,90 €	598,98 €	445,56 €	0,00 €	295,56 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	866,88 €	1.167,68 €	963,89 €	980,98 €	298,48 €	886,68 €	663,61 €	669,06 €
Maximum	1.538,20 €	2.029,79 €	2.270,15 €	1.907,78 €	1.447,00 €	2.397,79 €	4.262,26 €	3.753,70 €

Abbildung 71: 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)

Die Darstellung der **Kosten sonstiger im Krankenhaus erbrachter psychiatrischer Leistungen** entfällt für linikneue Patienten von U1 bis U4 und für die klinikbekannten Patienten von U1, da diese Leistungen nicht in Anspruch genommen wurden. Die entsprechenden Tabellen und Abbildungen entfallen.

U4: Einer der linikbekannten Patienten der KG nahm im dritten Nachbeobachtungsjahr entsprechende Leistungen in Anspruch (vgl. Tabelle 122 und Abbildung 72).

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

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	0	0	0	0	0	0	0	<10
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1,46 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	43,35 €
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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.286,66 €

Abbildung 72: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

[k.f.]

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 linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** der IG im Präzeitraum mit durchschnittlich 170,46 € etwas unterhalb der 216,00 € der KG (vgl. Tabelle 123, Tabelle 125 und Abbildung 73). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 201,27 € und in der KG auf 264,93 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 18,12 € nicht signifikant schwächer aus als in der KG.

Im zweiten und im dritten Nachbeobachtungsjahr blieben die relativ konstant, um im vierten Jahr auf 73,97 € zu sinken. In der KG stiegen die Kosten im zweiten Jahr noch etwas an, um dann bis zum vierten Jahr ebenfalls auf etwa 77,10 € zu sinken. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 8,38 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 125).

Bei den linikbekannten Patienten hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlich 98,57 € geringere Kosten als die KG mit 172,27 € (vgl. Tabelle 124, Tabelle 126 und Abbildung 74). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: In der IG auf 142,08 € und in der KG auf 212,48 € je Patient. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 3,30 € nicht signifikant stärker aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 8,43 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 126).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich ein etwa paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG wobei die Kosten der IG höher waren als die der KG (vgl. Tabelle 127 und Abbildung 75).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung ergab sich fast identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 128, Tabelle 129 und

Abbildung 76). Entsprechend fiel der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Jahr in der IG relativ zur KG um 2,29 € nicht signifikant stärker aus. Der Kostenanstieg von Prä- zu Postzeitraum fiel in der IG (relativ zur KG) um 4,47 € nicht signifikant schwächer aus. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 4,47 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 129).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich ebenfalls ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 130 und Abbildung 77).

Bei den linikbekanntnen Patienten ergab sich ein nahezu paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG, wobei die IG durchweg günstiger war (vgl. Tabelle 131 und Abbildung 78).

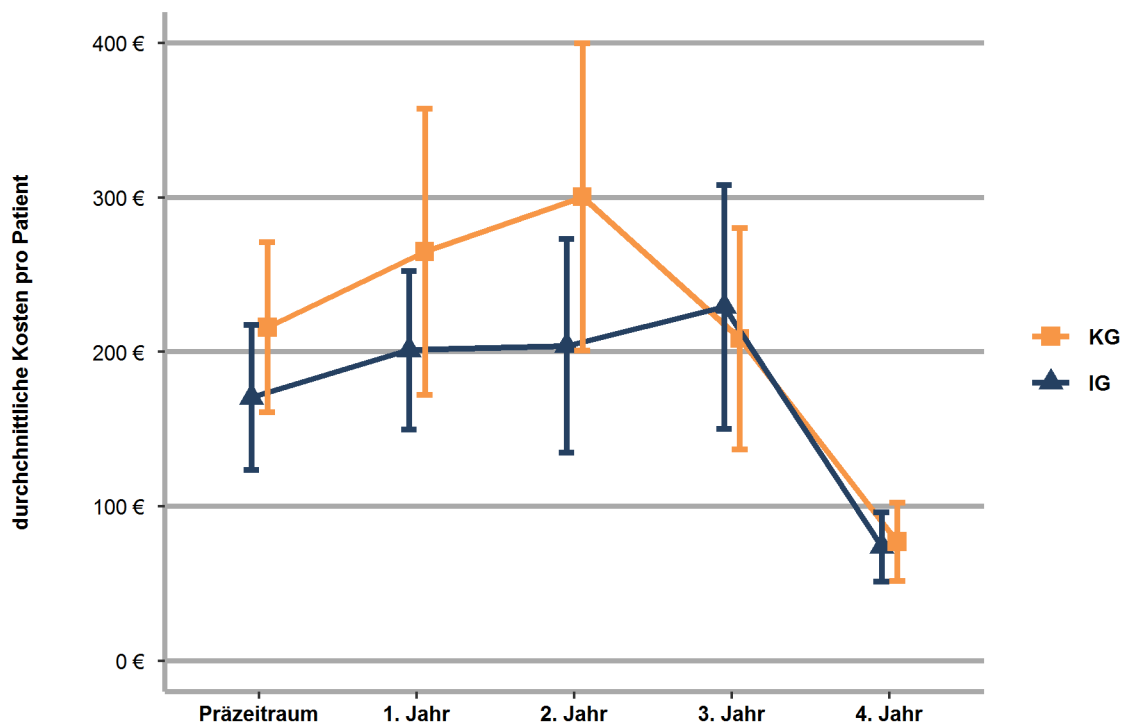
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	115	114	100	97	81	113	110	106	99	87
Mittelwert	170,46 €	201,27 €	203,90 €	229,28 €	73,97 €	216,00 €	264,93 €	300,40 €	208,64 €	77,10 €
Standardabweichung	324,29 €	354,62 €	468,02 €	523,14 €	145,66 €	372,59 €	627,52 €	656,03 €	464,49 €	160,58 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	16,30 €	27,96 €	16,14 €	15,58 €	0,00 €	35,28 €	30,56 €	19,55 €	26,36 €	4,55 €
Median	54,10 €	72,75 €	54,87 €	57,61 €	24,58 €	77,90 €	90,78 €	71,15 €	89,19 €	22,48 €
75%-Perzentil	216,24 €	234,92 €	158,61 €	195,29 €	77,46 €	208,15 €	263,08 €	287,57 €	222,16 €	84,72 €
Maximum	2.571,42 €	2.126,30 €	3.401,69 €	3.905,25 €	898,84 €	2.352,88 €	6.189,51 €	5.336,51 €	4.111,16 €	1.231,27 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	210	212	191	176	165	212	210	200	195	184
Mittelwert	98,57 €	142,08 €	112,69 €	113,26 €	91,64 €	172,27 €	212,48 €	210,98 €	218,06 €	147,89 €
Standardabweichung	207,32 €	316,80 €	301,14 €	270,93 €	198,35 €	351,97 €	397,94 €	506,69 €	679,93 €	352,95 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	18,13 €	29,51 €	21,02 €	25,22 €	15,50 €	23,14 €	38,94 €	25,45 €	30,61 €	25,90 €
Median	39,94 €	62,74 €	52,12 €	57,99 €	49,45 €	59,38 €	80,40 €	73,75 €	79,76 €	56,48 €
75%-Perzentil	99,65 €	137,28 €	100,86 €	112,25 €	107,13 €	156,52 €	182,51 €	169,79 €	186,62 €	144,33 €
Maximum	2.276,11 €	2.791,95 €	3.266,60 €	3.162,71 €	1.970,19 €	2.453,41 €	2.687,56 €	5.071,11 €	8.291,50 €	4.097,03 €

Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

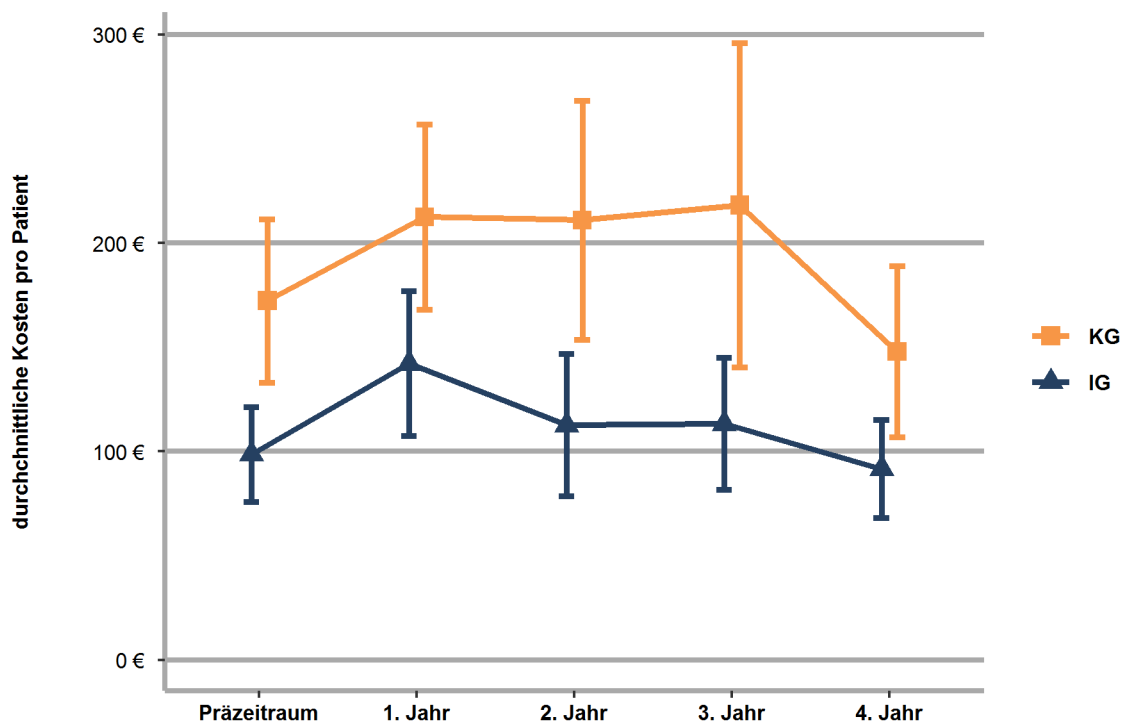


Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	216,00 €	< 0,001	216,00 €	< 0,001	-22,61 €	0,740
IG (vs. KG)	-45,54 €	0,300	-45,54 €	0,301	-46,81 €	0,281
Post (vs. Prä)	0,10 €	0,997				
IG x Post (DiD)	8,38 €	0,877				
1. Jahr (vs. Prä)			48,93 €	0,387	191,68 €	< 0,001
2. Jahr (vs. Prä)			84,41 €	0,158	221,48 €	< 0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-7,36 €	0,869	125,34 €	0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-138,90 €	< 0,001	-9,19 €	0,786
IG x Jahr 1 (DiD)			-18,12 €	0,783	-21,65 €	0,745
IG x Jahr 2 (DiD)			-50,97 €	0,506	-53,67 €	0,487
IG x Jahr 3 (DiD)			66,18 €	0,346	62,18 €	0,381
IG x Jahr 4 (DiD)			42,41 €	0,353	40,25 €	0,377
Alter (30-47 J. vs. U30)					7,91 €	0,910
Alter (48-64 J. vs. U30)					48,41 €	0,476
Alter (Ü64 vs. U30)					-53,77 €	0,404
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					54,44 €	0,206
F 00 (Demenz)					-57,68 €	0,241
F 01 (Vaskuläre Demenz)					65,46 €	0,300
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-17,24 €	0,702
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-56,80 €	0,210
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					199,28 €	0,022
F 30-39 (Affektive Störungen)					94,44 €	0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					13,58 €	0,843
F 45 (Somatoforme Störungen)					-22,47 €	0,709
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-138,24 €	0,004
F 50 (Essstörungen)					-222,76 €	< 0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					156,30 €	0,289
F 70-79 (Intelligenzstörung)					377,90 €	< 0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-174,48 €	< 0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					24,48 €	0,705
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-31,60 €	0,673
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-95,71 €	0,195
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					157,84 €	< 0,001
R ²		0,001		0,022		0,081

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

Tabelle 126: 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	172,27 €	< 0,001	172,27 €	< 0,001	10,53 €	0,877
IG (vs. KG)	-73,70 €	0,007	-73,70 €	0,007	-73,80 €	0,004
Post (vs. Prä)	25,83 €	0,414				
IG x Post (DiD)	-8,43 €	0,815				
1. Jahr (vs. Prä)			40,21 €	0,137	147,76 €	0,002
2. Jahr (vs. Prä)			38,71 €	0,274	144,09 €	0,005
3. Jahr (vs. Prä)			45,79 €	0,340	150,34 €	0,013
4. Jahr (vs. Prä)			-24,38 €	0,459	78,68 €	0,133
IG x Jahr 1 (DiD)			3,30 €	0,924	-0,51 €	0,988
IG x Jahr 2 (DiD)			-24,58 €	0,565	-31,02 €	0,469
IG x Jahr 3 (DiD)			-31,10 €	0,560	-42,13 €	0,434
IG x Jahr 4 (DiD)			17,45 €	0,648	6,26 €	0,872
Alter (30-47 J. vs. U30)					95,32 €	0,033
Alter (48-64 J. vs. U30)					10,65 €	0,733
Alter (Ü64 vs. U30)					-22,33 €	0,460
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-9,02 €	0,780
F 00 (Demenz)					49,67 €	0,203
F 01 (Vaskuläre Demenz)					13,21 €	0,696
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-10,91 €	0,763
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					12,67 €	0,617
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					51,78 €	0,276
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-2,02 €	0,958
F 30-39 (Affektive Störungen)					12,47 €	0,744
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					214,25 €	0,038
F 45 (Somatoforme Störungen)					-19,84 €	0,579
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-73,80 €	0,092
F 50 (Essstörungen)					-56,90 €	0,300
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					63,83 €	0,180
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2,79 €	0,956
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-81,12 €	0,073
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-135,88 €	0,012
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					24,68 €	0,487
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-13,84 €	0,782
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,24 €	0,995
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					104,75 €	< 0,001
R ²		0,011		0,014		0,065

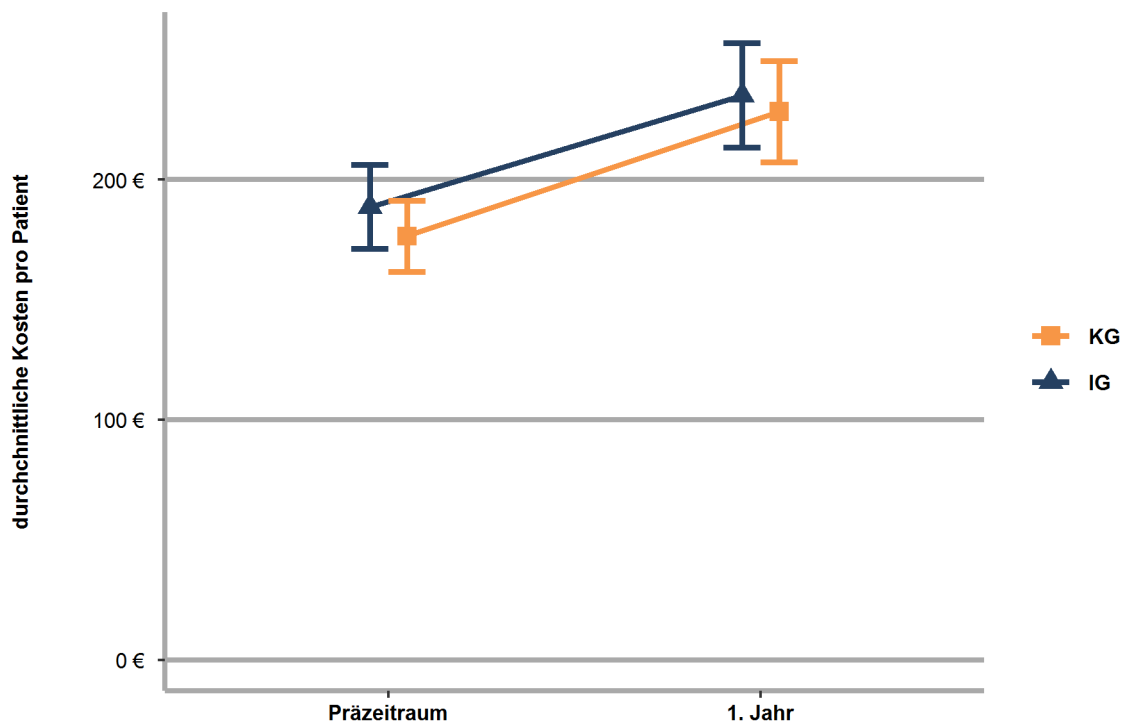
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 127: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	1.249	1.268	1.268	1.261
Mittelwert	188,64 €	235,07 €	176,47 €	228,41 €
Standardabweichung	399,61 €	497,44 €	336,96 €	480,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	22,04 €	24,60 €	25,46 €	27,17 €
Median	60,59 €	74,31 €	70,19 €	84,87 €
75%-Perzentil	175,28 €	221,62 €	189,48 €	220,72 €
Maximum	3.526,03 €	6.457,27 €	3.197,50 €	6.189,51 €

Abbildung 75: 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 128: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	900	938	771	905	923	790
Mittelwert	181,36 €	287,89 €	198,58 €	170,92 €	275,17 €	199,82 €
Standardabweichung	390,62 €	569,28 €	515,69 €	310,58 €	539,54 €	466,45 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	21,39 €	32,71 €	9,60 €	25,46 €	37,69 €	10,60 €
Median	59,07 €	90,63 €	40,69 €	70,98 €	106,65 €	54,53 €
75%-Perzentil	171,57 €	272,07 €	142,73 €	190,60 €	265,25 €	170,59 €
Maximum	3.526,03 €	6.457,27 €	7.093,57 €	3.197,50 €	6.189,51 €	5.336,51 €

Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

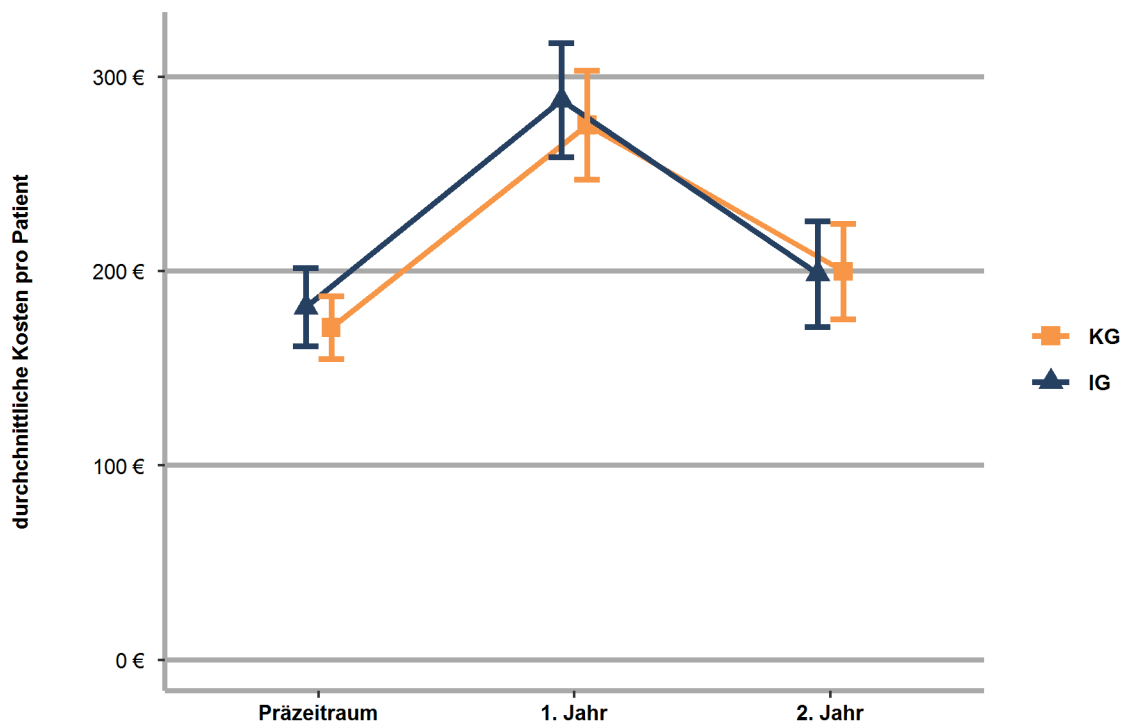


Tabelle 129: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	170,92 €	< 0,001	170,92 €	< 0,001	-39,14 €	0,119
IG (vs. KG)	10,43 €	0,504	10,43 €	0,504	11,67 €	0,440
Post (vs. Prä)	67,43 €	< 0,001				
IG x Post (DiD)	-4,47 €	0,827				
1. Jahr (vs. Prä)			104,25 €	< 0,001	271,23 €	< 0,001
2. Jahr (vs. Prä)			28,90 €	0,054	192,22 €	< 0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			2,29 €	0,921	-1,83 €	0,937
IG x Jahr 2 (DiD)			-11,67 €	0,611	-16,58 €	0,471
Alter (30-47 J. vs. U30)					75,20 €	0,003
Alter (48-64 J. vs. U30)					50,39 €	0,030
Alter (Ü64 vs. U30)					-79,22 €	< 0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					44,61 €	0,010
F 00 (Demenz)					-47,90 €	0,104
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-8,32 €	0,769
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-17,31 €	0,423
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-39,94 €	0,320
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-36,33 €	0,163
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					15,36 €	0,577
F 30-39 (Affektive Störungen)					22,90 €	0,265
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					3,72 €	0,883
F 45 (Somatoforme Störungen)					-47,52 €	0,048
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-1,41 €	0,979
F 50 (Essstörungen)					-77,01 €	0,109
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					112,47 €	0,077
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-72,68 €	0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					8,02 €	0,873
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					75,32 €	0,003
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					298,77 €	0,170
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-91,04 €	0,094
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					176,62 €	< 0,001
R ²		0,004		0,009		0,038

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

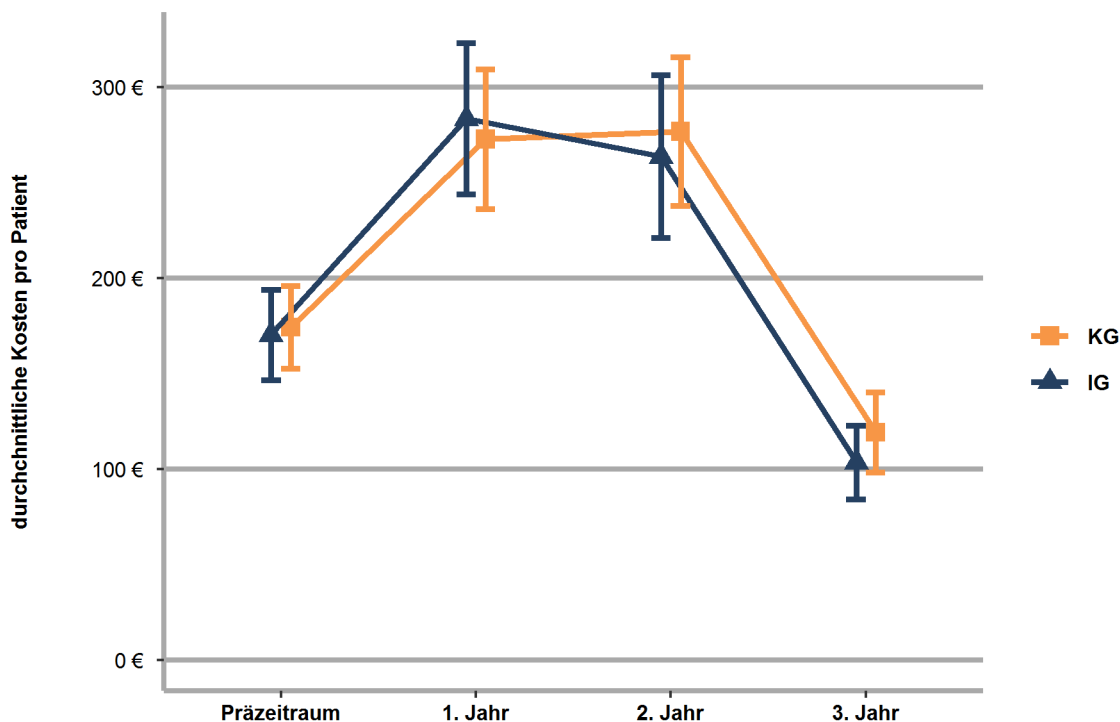
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	537	563	498	401	544	558	509	434
Mittelwert	170,27 €	283,43 €	263,60 €	103,50 €	174,24 €	272,79 €	276,82 €	119,24 €
Standardabweichung	358,99 €	599,90 €	629,88 €	280,98 €	325,00 €	550,05 €	572,84 €	302,31 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	18,87 €	29,87 €	16,52 €	0,00 €	28,83 €	37,26 €	24,28 €	3,10 €
Median	54,08 €	87,19 €	54,95 €	26,74 €	72,87 €	102,44 €	84,42 €	32,01 €
75%-Perzentil	170,34 €	247,32 €	174,91 €	85,93 €	198,45 €	262,46 €	239,33 €	113,28 €
Maximum	3.526,03 €	6.457,27 €	7.093,57 €	3.905,25 €	3.197,50 €	6.189,51 €	5.336,51 €	4.111,16 €

Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

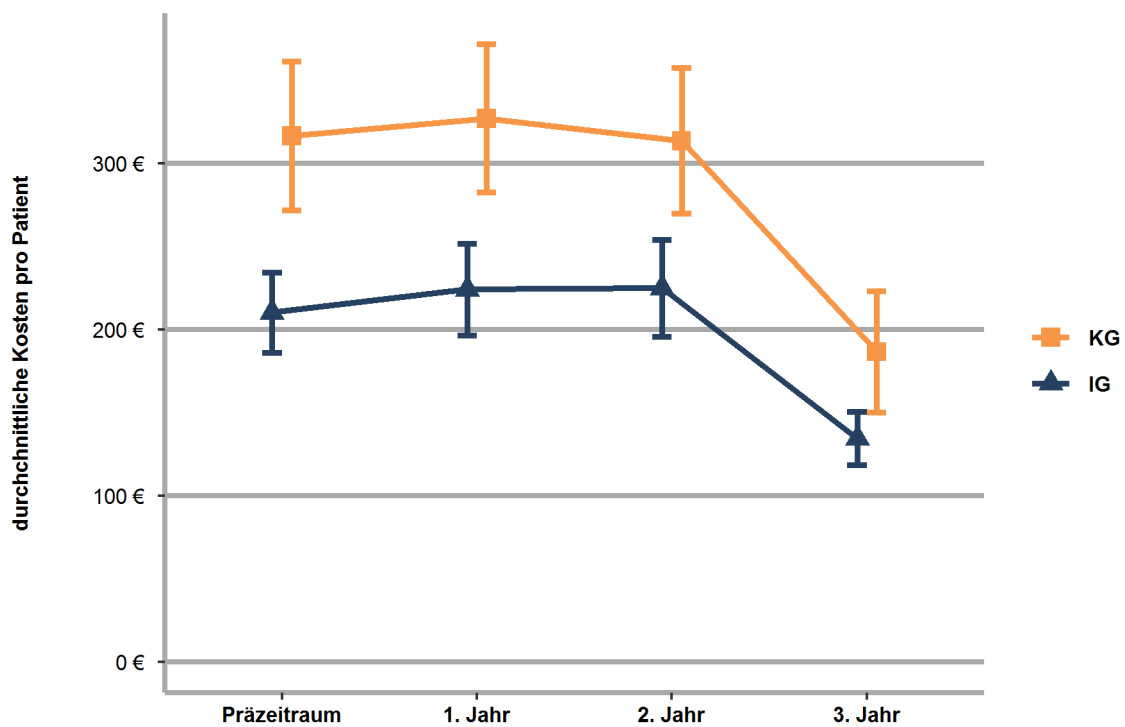


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 131: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	906	900	825	764	903	902	852	763
Mittelwert	210,21 €	224,04 €	224,87 €	134,42 €	316,56 €	327,02 €	313,56 €	186,64 €
Standardabweichung	449,95 €	514,23 €	529,18 €	286,47 €	833,58 €	829,91 €	805,49 €	657,07 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	35,46 €	30,83 €	30,24 €	21,12 €	38,69 €	50,11 €	40,79 €	20,00 €
Median	73,04 €	64,97 €	71,35 €	54,59 €	109,81 €	114,73 €	101,96 €	61,75 €
75%-Perzentil	160,65 €	155,50 €	147,38 €	114,17 €	299,53 €	314,07 €	282,96 €	167,08 €
Maximum	3.512 €	6.192 €	4.516 €	3.163 €	12.226 €	12.206 €	12.519 €	12.291 €

Abbildung 78: 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 linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergab sich bzgl. der **Kosten der Psychopharmakaversorgung** ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 132, Tabelle 134 und

Abbildung 79). Der Kostenanstieg von Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG (relativ zur KG) um 30,29 € nicht signifikant schwächer aus. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 45,12 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 134).

Bei den linikbekannten Patienten ergab sich ein paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 133, Tabelle 135 und Abbildung 80). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 34,92 € nicht signifikant stärker. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 98,58 € nicht signifikant weniger stark (vgl. Tabelle 135).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung hatten IG und KG im Präzeitraum in etwa gleich hohe Kosten (IG: 165,56 €; KG: 182,35 €; vgl. Tabelle 136 und Abbildung 81). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: In der IG auf 235,37 € und in der KG auf 310,97 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlich 175,20 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 186,97 € (vgl. Tabelle 137, Tabelle 138 und Abbildung 82). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: Dieser Anstieg fiel in der IG (relativ zur KG) um 66,83 € signifikant schwächer aus. Der Kostenanstieg von Prä- zu Postzeitraum fiel in der IG um 51,16 € signifikant schwächer aus als in der KG (vgl. Tabelle 138).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung hatten IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten (vgl. Tabelle 139 und Abbildung

83). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr an, wobei die IG durchweg geringere Kosten aufwies als die KG.

Bei den linikbekannten Patienten hatten IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten (vgl. Tabelle 140 und Abbildung 84). Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG, während die Kosten der KG noch anstiegen. Bis zum dritten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten unterhalb des Niveaus des Präzeitraums, wobei die IG durchweg günstiger war als die KG.

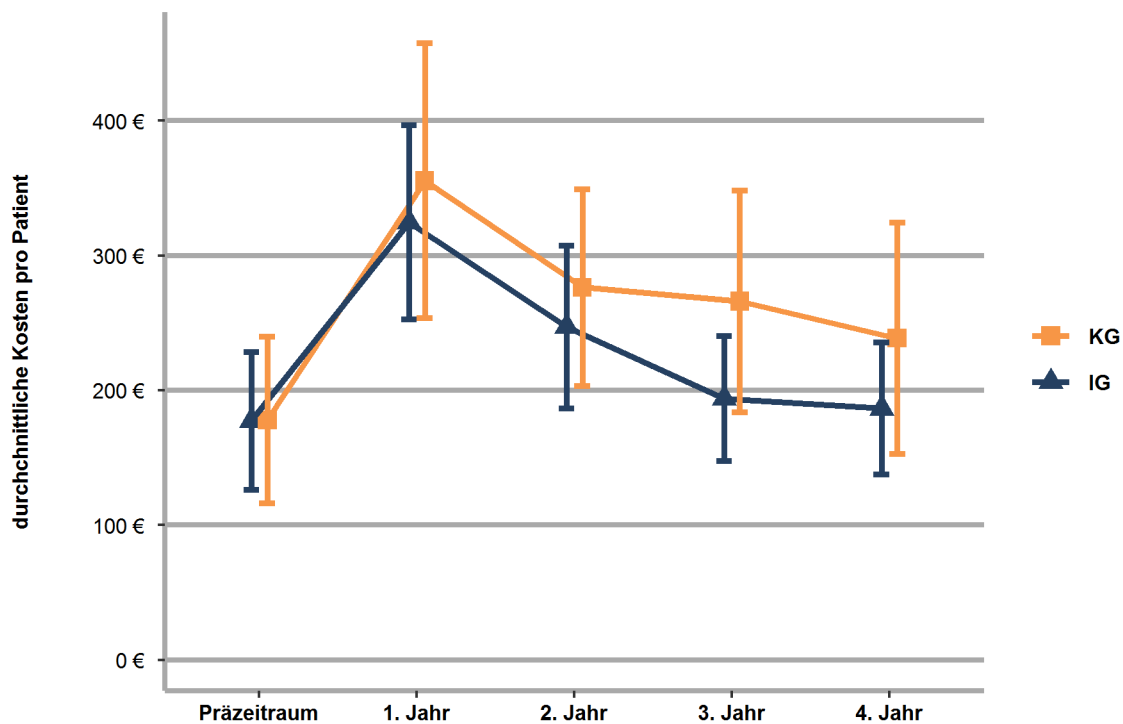
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	77	96	79	74	63	69	86	72	69	65
Mittelwert	177,40 €	324,64 €	247,12 €	193,89 €	186,45 €	177,93 €	355,46 €	276,32 €	266,04 €	238,66 €
Standardabweichung	353,10 €	496,82 €	408,85 €	308,10 €	317,84 €	418,04 €	690,29 €	481,74 €	534,32 €	544,06 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	18,66 €	129,63 €	71,70 €	37,50 €	27,52 €	20,44 €	124,69 €	71,22 €	51,53 €	60,32 €
75%-Perzentil	207,18 €	440,50 €	307,54 €	255,20 €	204,36 €	120,35 €	305,85 €	314,41 €	289,76 €	248,33 €
Maximum	2.047,86 €	2.692,42 €	1.888,95 €	1.600,60 €	1.694,83 €	2.937,97 €	5.028,96 €	2.610,36 €	3.584,86 €	4.400,26 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	200	192	171	141	142	196	192	175	165	151
Mittelwert	708,70 €	688,70 €	525,46 €	448,54 €	345,94 €	954,61 €	969,53 €	682,32 €	518,45 €	433,32 €
Standardabweichung	1.043,71 €	1.016,15 €	873,32 €	785,80 €	626,02 €	1.815,33 €	1.820,38 €	1.154,87 €	826,60 €	805,02 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	79,05 €	86,19 €	32,18 €	0,00 €	0,00 €	81,60 €	104,68 €	53,79 €	23,44 €	12,06 €
Median	300,63 €	256,87 €	198,82 €	168,10 €	111,13 €	347,43 €	336,97 €	236,20 €	238,84 €	171,46 €
75%-Perzentil	925,34 €	831,26 €	642,72 €	510,95 €	416,24 €	1.095,81 €	1.016,75 €	809,45 €	590,58 €	522,65 €
Maximum	8.113 €	7.368 €	7.164 €	5.839 €	4.138 €	14.812 €	14.998 €	8.430 €	7.131 €	8.272 €

Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

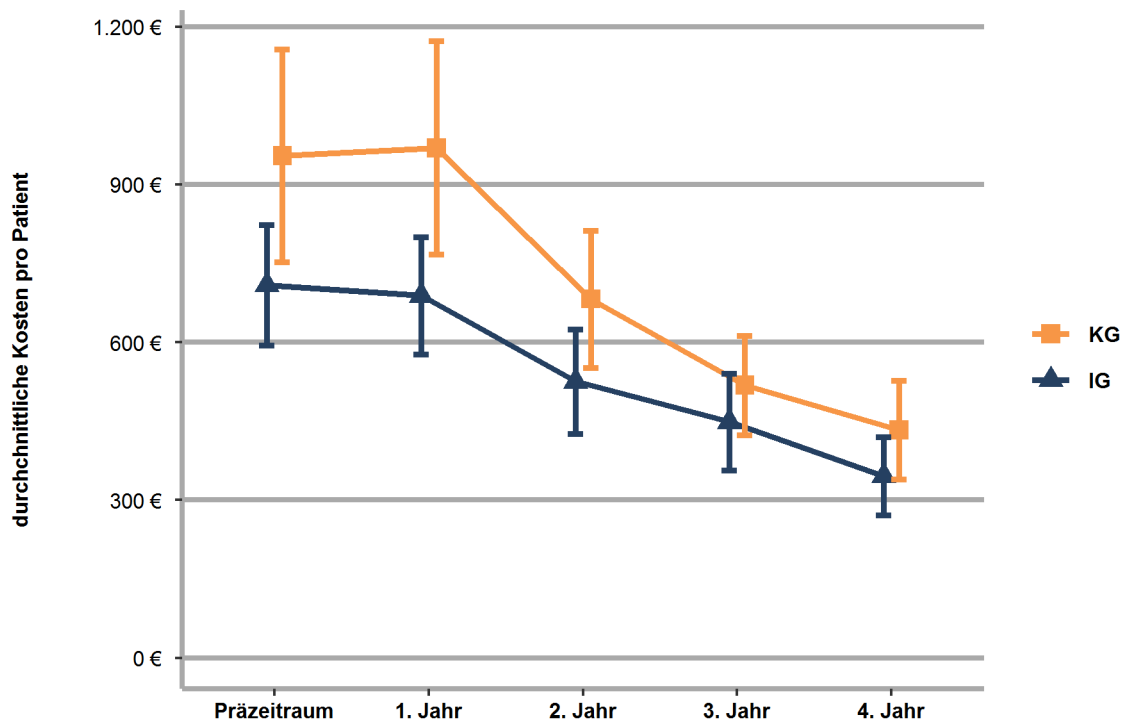


Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	177,93 €	< 0,001	177,93 €	< 0,001	-159,67 €	0,159
IG (vs. KG)	-0,52 €	0,991	-0,52 €	0,991	-10,00 €	0,834
Post (vs. Prä)	108,15 €	< 0,001				
IG x Post (DiD)	-45,12 €	0,255				
1. Jahr (vs. Prä)			177,53 €	< 0,001	344,37 €	< 0,001
2. Jahr (vs. Prä)			98,39 €	< 0,001	275,30 €	< 0,001
3. Jahr (vs. Prä)			88,11 €	0,046	270,88 €	< 0,001
4. Jahr (vs. Prä)			60,74 €	0,221	249,60 €	< 0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-30,29 €	0,585	-33,25 €	0,554
IG x Jahr 2 (DiD)			-28,68 €	0,506	-35,25 €	0,420
IG x Jahr 3 (DiD)			-71,63 €	0,171	-78,74 €	0,137
IG x Jahr 4 (DiD)			-51,69 €	0,388	-61,57 €	0,321
Alter (30-47 J. vs. U30)					157,59 €	0,030
Alter (48-64 J. vs. U30)					106,22 €	0,084
Alter (Ü64 vs. U30)					342,69 €	< 0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-68,58 €	0,222
F 00 (Demenz)					-256,92 €	0,027
F 01 (Vaskuläre Demenz)					117,54 €	0,390
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					26,78 €	0,819
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-152,66 €	0,018
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					309,76 €	0,051
F 30-39 (Affektive Störungen)					93,80 €	0,059
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-93,77 €	0,068
F 45 (Somatoforme Störungen)					64,98 €	0,455
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-13,27 €	0,956
F 50 (Essstörungen)					-117,99 €	0,023
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					127,07 €	0,213
F 70-79 (Intelligenzstörung)					376,34 €	< 0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-299,00 €	< 0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-46,30 €	0,433
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					58,35 €	0,631
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					159,42 €	0,159
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					181,62 €	< 0,001
R ²		0,007		0,016		0,124

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

Tabelle 135: 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	954,61 €	< 0,001	954,61 €	< 0,001	131,79 €	0,633
IG (vs. KG)	-245,91 €	0,081	-245,91 €	0,082	-242,39 €	0,075
Post (vs. Prä)	-297,24 €	< 0,001				
IG x Post (DiD)	98,58 €	0,254				
1. Jahr (vs. Prä)			14,92 €	0,751	449,57 €	0,069
2. Jahr (vs. Prä)			-272,29 €	0,001	161,69 €	0,523
3. Jahr (vs. Prä)			-436,16 €	< 0,001	-0,36 €	0,998
4. Jahr (vs. Prä)			-521,29 €	< 0,001	-82,82 €	0,742
IG x Jahr 1 (DiD)			-34,92 €	0,597	-30,25 €	0,653
IG x Jahr 2 (DiD)			89,05 €	0,371	100,91 €	0,323
IG x Jahr 3 (DiD)			176,00 €	0,115	197,84 €	0,085
IG x Jahr 4 (DiD)			158,54 €	0,179	174,88 €	0,149
Alter (30-47 J. vs. U30)					363,17 €	0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					407,85 €	< 0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					364,69 €	0,006
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					11,06 €	0,914
F 00 (Demenz)					67,56 €	0,735
F 01 (Vaskuläre Demenz)					57,25 €	0,772
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-90,11 €	0,623
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.615,64 €	< 0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-302,26 €	< 0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					678,77 €	0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					-74,49 €	0,460
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-95,57 €	0,553
F 45 (Somatoforme Störungen)					-180,35 €	0,081
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-202,14 €	0,103
F 50 (Essstörungen)					-304,42 €	0,034
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					321,10 €	0,004
F 70-79 (Intelligenzstörung)					416,15 €	0,269
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.191,51 €	0,030
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					501,60 €	0,365
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					187,52 €	0,227
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-28,87 €	0,923
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					394,83 €	0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					51,88 €	0,801
R ²		0,012		0,029		0,121

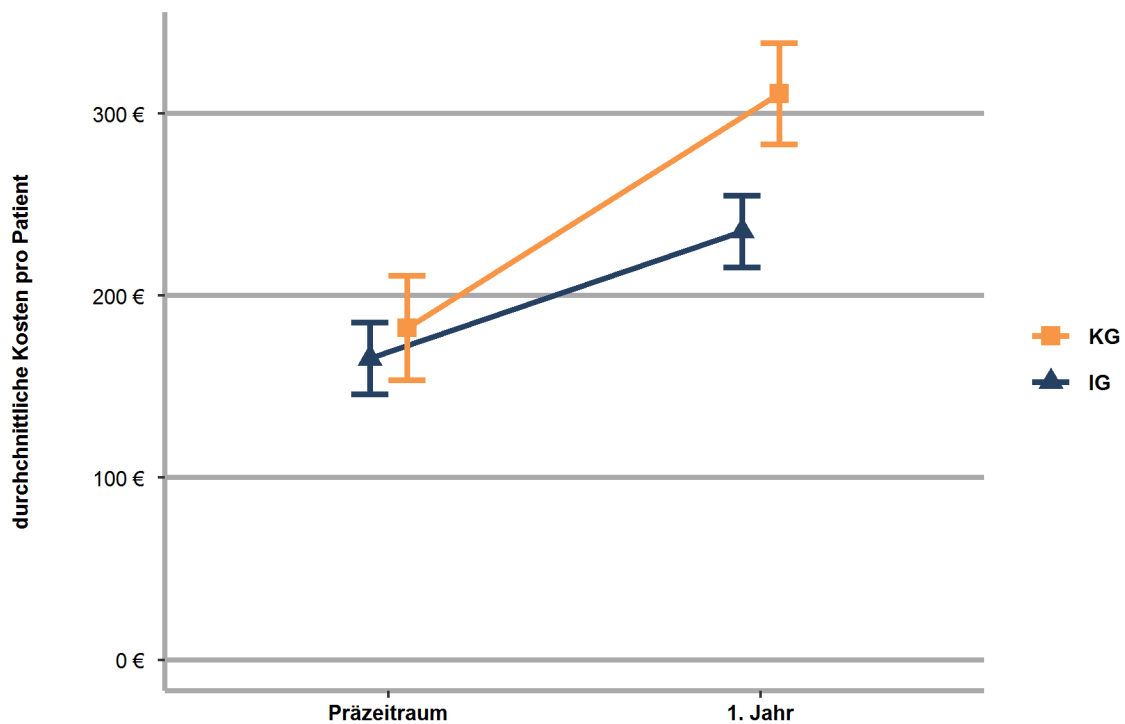
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 136: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	797	966	791	1.008
Mittelwert	165,56 €	235,37 €	182,35 €	310,97 €
Standardabweichung	451,26 €	450,46 €	658,02 €	633,18 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	15,20 €	77,52 €	15,66 €	108,33 €
75%-Perzentil	127,18 €	273,18 €	122,97 €	345,95 €
Maximum	6.872 €	7.822 €	18.265 €	8.113 €

Abbildung 81: 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 137: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	572	685	547	556	713	584
Mittelwert	175,20 €	240,74 €	211,07 €	186,97 €	319,33 €	257,64 €
Standardabweichung	498,44 €	477,50 €	565,87 €	724,83 €	634,83 €	530,64 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	14,59 €	74,36 €	30,58 €	15,22 €	106,33 €	57,18 €
75%-Perzentil	124,12 €	275,10 €	192,97 €	113,72 €	339,91 €	266,60 €
Maximum	6.872 €	7.822 €	8.045 €	18.265 €	7.334 €	5.177 €

Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

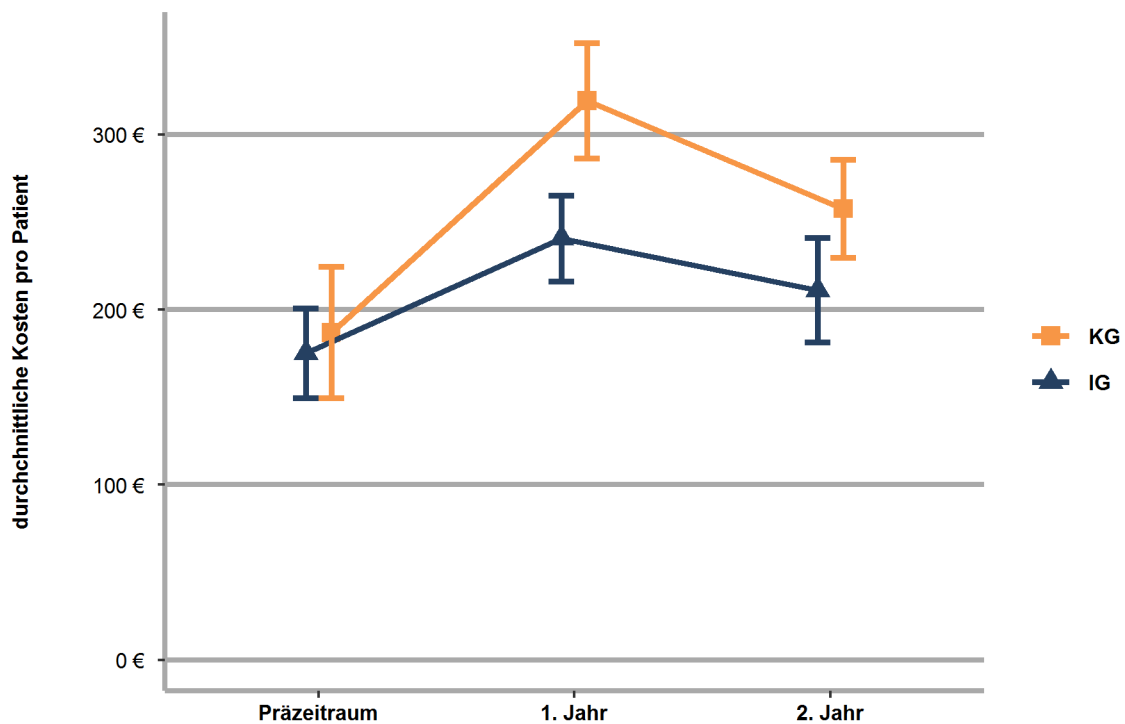


Tabelle 138: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	186,97 €	< 0,001	186,97 €	< 0,001	-121,62 €	< 0,001
IG (vs. KG)	-11,77 €	0,669	-11,77 €	0,670	-9,66 €	0,723
Post (vs. Prä)	102,22 €	< 0,001				
IG x Post (DiD)	-51,16 €	0,026				
1. Jahr (vs. Prä)			132,36 €	< 0,001	260,99 €	< 0,001
2. Jahr (vs. Prä)			70,68 €	0,002	202,69 €	< 0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-66,83 €	0,002	-67,98 €	0,002
IG x Jahr 2 (DiD)			-34,81 €	0,199	-37,35 €	0,168
Alter (30-47 J. vs. U30)					121,16 €	< 0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					103,00 €	< 0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					182,00 €	< 0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-13,91 €	0,538
F 00 (Demenz)					-201,49 €	< 0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					37,08 €	0,491
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					101,31 €	0,042
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					115,51 €	0,249
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-29,52 €	0,354
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					582,49 €	< 0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					59,14 €	0,034
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					63,79 €	0,227
F 45 (Somatoforme Störungen)					-29,58 €	0,382
F 40-48 (ohne F43 und F45)					135,93 €	0,140
F 50 (Essstörungen)					-80,79 €	0,082
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					37,73 €	0,127
F 70-79 (Intelligenzstörung)					42,82 €	0,517
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					129,93 €	0,140
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,81 €	0,979
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					57,46 €	0,661
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					73,12 €	0,261
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					142,13 €	< 0,001
R ²		0,005		0,007		0,086

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

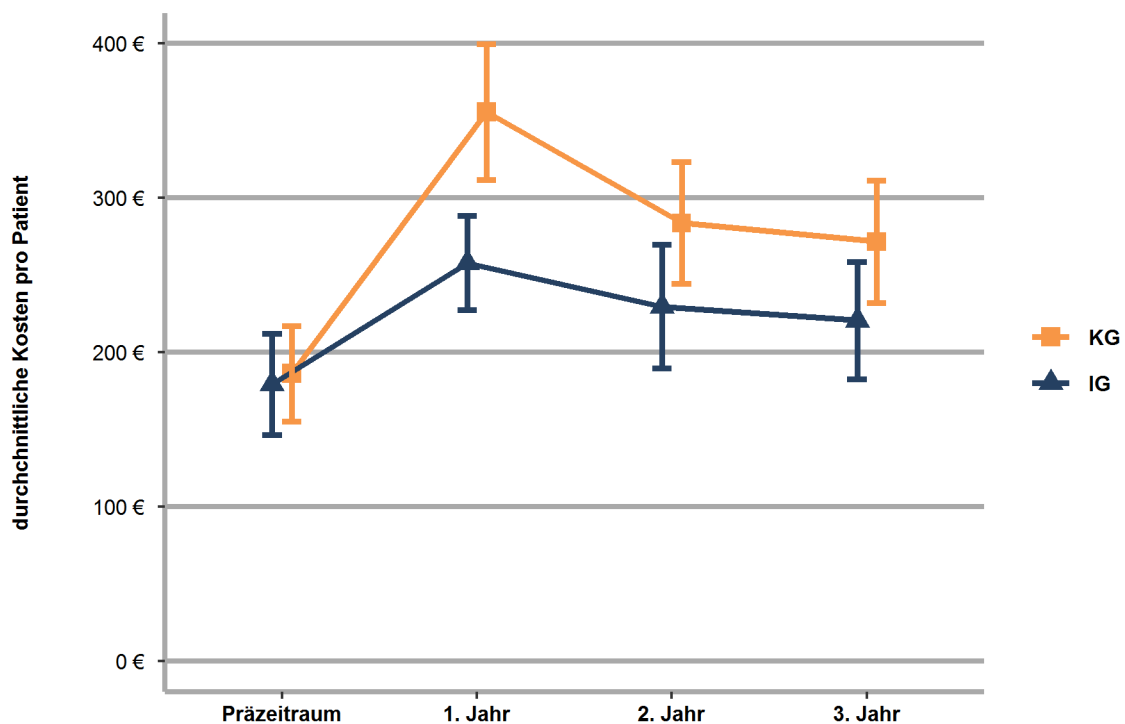
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	353	423	333	315	342	437	356	326
Mittelwert	179,17 €	257,69 €	229,42 €	220,43 €	186,05 €	355,36 €	283,54 €	271,46 €
Standardabweichung	496,14 €	460,51 €	591,71 €	553,03 €	464,89 €	660,51 €	578,26 €	573,30 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	15,10 €	76,50 €	31,11 €	24,05 €	17,26 €	119,50 €	61,84 €	35,94 €
75%-Perzentil	127,95 €	295,84 €	217,22 €	208,69 €	117,10 €	382,64 €	293,99 €	270,90 €
Maximum	6.067,29 €	4.146,32 €	8.045,45 €	7.897,17 €	4.851,37 €	6.374,35 €	5.176,84 €	4.618,65 €

Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

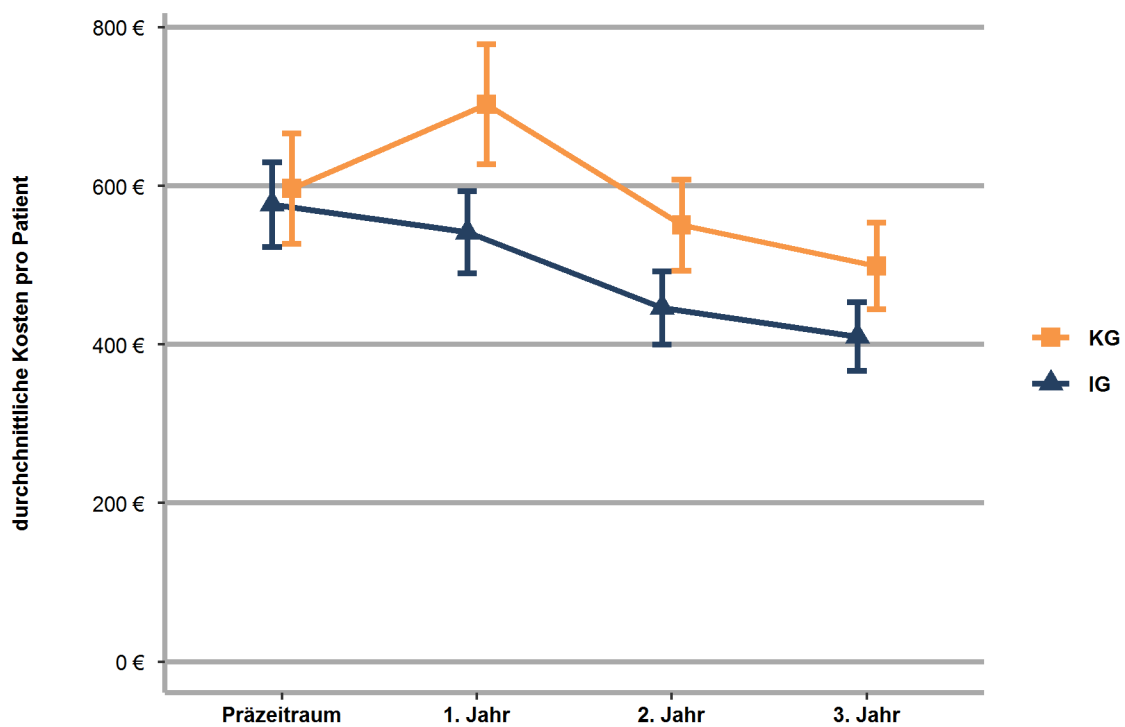


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 140: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	796	795	680	620	730	756	675	637
Mittelwert	576,73 €	541,54 €	446,50 €	410,08 €	596,80 €	702,90 €	550,64 €	499,02 €
Standardabweichung	1.004,74 €	970,74 €	839,86 €	776,82 €	1.294,71 €	1.407,76 €	1.057,16 €	985,24 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	45,17 €	46,35 €	13,34 €	0,00 €	16,62 €	28,73 €	0,00 €	0,00 €
Median	191,22 €	214,55 €	165,75 €	140,11 €	159,08 €	224,93 €	163,83 €	149,04 €
75%-Perzentil	687,33 €	632,32 €	531,67 €	472,75 €	584,07 €	749,94 €	617,76 €	585,32 €
Maximum	10.335 €	11.996 €	8.761 €	7.733 €	14.812 €	14.998 €	12.110 €	11.405 €

Abbildung 84: 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 linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung aufgrund durchweg niedriger Inanspruchnahme sehr gering, weswegen eine Beschreibung der Ergebnisse entfällt (vgl. Tabelle 90, Tabelle 92 und Abbildung 85).

Bei den linikbekannten Patienten war die Inanspruchnahme ebenfalls relativ gering, weswegen auch hier eine Beschreibung der Ergebnisse entfällt (vgl. Tabelle 142, Tabelle 144 und Abbildung 86).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung hatte die IG durchschnittliche Kosten von 38,13 €, die KG Kosten von 27,39 € (vgl. Tabelle 145 und Abbildung 87). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 73,89 € und in der KG auf 52,02 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung ergab sich ein nahezu paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 146, Tabelle 147 und Abbildung 88). Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 9,95 € nicht signifikant stärker aus. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 9,35 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 147).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich ein nahezu paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG, wobei die IG durchweg teurer war als die KG (vgl. Tabelle 148 und Abbildung 89)

Bei den klimbekanntem Patienten war die IG im Präzeitraum und im ersten Nachbeobachtungsjahr günstiger als die KG (vgl. Tabelle 149 und Abbildung 90). Im zweiten Nachbeobachtungsjahr waren die beiden Gruppen in etwa gleich teuer. Im dritten Nachbeobachtungsjahr war die IG teurer als die KG.

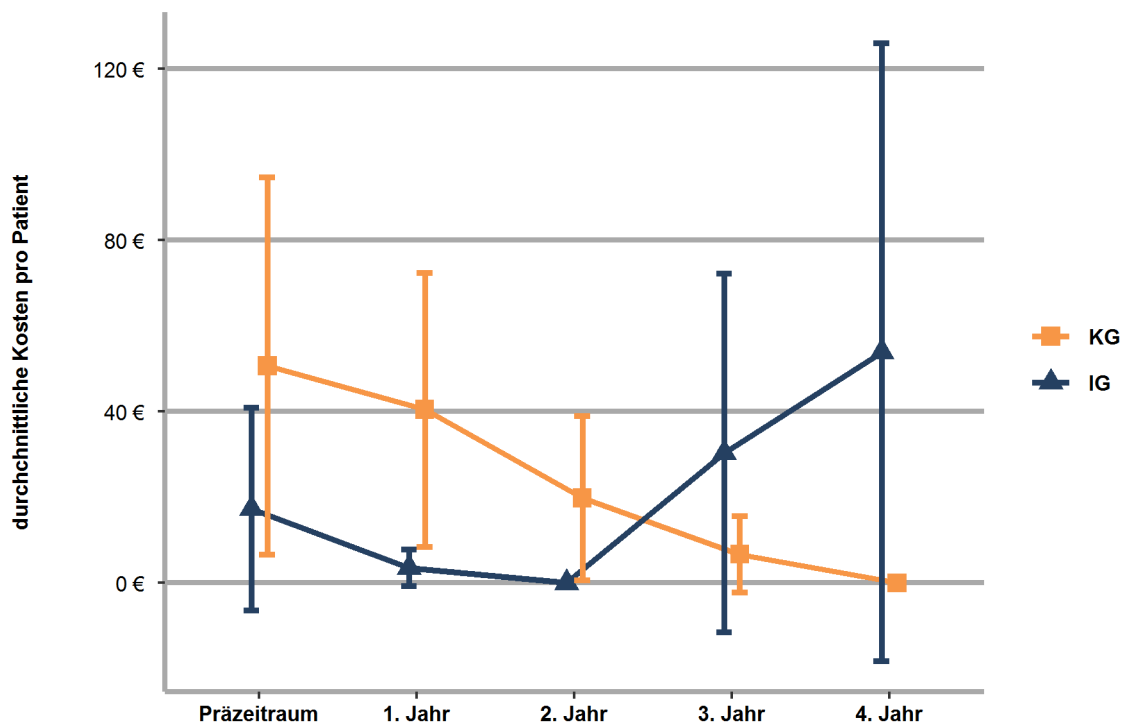
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	2	2	0	2	2	5	5	4	2	0
Mittelwert	17,31 €	3,54 €	0,00 €	30,35 €	53,91 €	50,73 €	40,46 €	19,79 €	6,69 €	0,00 €
Standardabweichung	163,78 €	29,59 €	0,00 €	277,84 €	467,93 €	298,50 €	216,66 €	126,64 €	57,80 €	0,00 €
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	1.816,16 €	297,41 €	0,00 €	2.966,98 €	4.831,73 €	2.140,61 €	1.286,66 €	1.104,40 €	595,62 €	0,00 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	9	3	2	1	2	12	10	4	2	8
Mittelwert	14,61 €	5,43 €	3,54 €	1,17 €	8,28 €	76,17 €	63,54 €	32,18 €	10,33 €	176,68 €
Standardabweichung	109,11 €	48,56 €	38,12 €	16,42 €	85,14 €	360,23 €	373,04 €	338,91 €	105,03 €	1.234,08 €
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	1.457 €	486 €	494 €	230 €	1.055 €	2.682 €	3.180 €	4.793 €	1.136 €	13.151 €

Abbildung 86: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

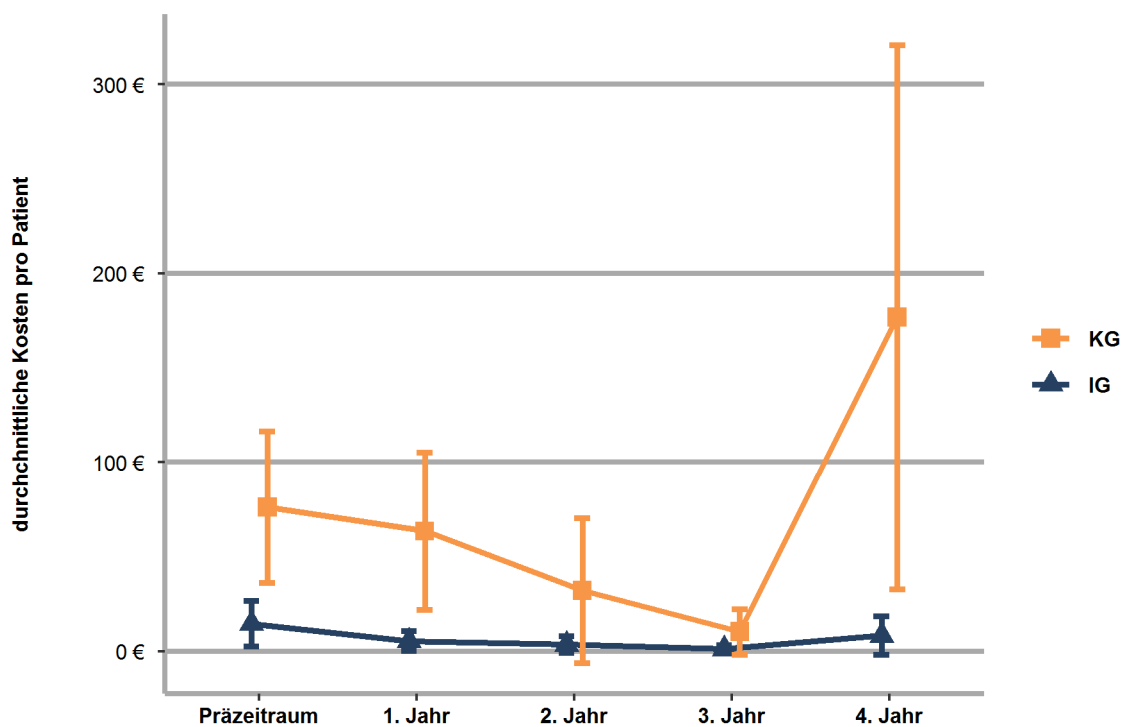


Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	50,73 €	0,058	50,73 €	0,059	16,75 €	0,575
IG (vs. KG)	-33,42 €	0,272	-33,42 €	0,273	-31,35 €	0,316
Post (vs. Prä)	-33,28 €	0,180				
IG x Post (DiD)	36,99 €	0,144				
1. Jahr (vs. Prä)			-10,27 €	0,715	32,78 €	0,297
2. Jahr (vs. Prä)			-30,94 €	0,183	12,21 €	0,657
3. Jahr (vs. Prä)			-44,04 €	0,109	-1,38 €	0,960
4. Jahr (vs. Prä)			-50,73 €	0,059	-6,56 €	0,811
IG x Jahr 1 (DiD)			-3,50 €	0,909	-4,22 €	0,893
IG x Jahr 2 (DiD)			13,63 €	0,618	11,84 €	0,677
IG x Jahr 3 (DiD)			57,08 €	0,059	57,58 €	0,060
IG x Jahr 4 (DiD)			87,33 €	0,032	86,45 €	0,031
Alter (30-47 J. vs. U30)					26,27 €	0,123
Alter (48-64 J. vs. U30)					69,39 €	0,131
Alter (Ü64 vs. U30)					73,83 €	0,092
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-30,89 €	0,123
F 00 (Demenz)					-58,42 €	0,118
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-86,51 €	0,107
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-80,78 €	0,102
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-56,87 €	0,071
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-3,68 €	0,940
F 30-39 (Affektive Störungen)					-50,48 €	0,332
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					4,55 €	0,792
F 45 (Somatoforme Störungen)					43,26 €	0,392
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-48,77 €	0,093
F 50 (Essstörungen)					30,00 €	0,344
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					153,96 €	0,192
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-21,53 €	0,301
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-9,31 €	0,636
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-29,82 €	0,127
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-6,09 €	0,856
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-22,97 €	0,419
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					51,91 €	0,082
R ²		0,002		0,008		0,060

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

Tabelle 144: 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	76,17 €	0,001	76,17 €	0,001	35,88 €	0,530
IG (vs. KG)	-61,57 €	0,015	-61,57 €	0,015	-61,77 €	0,015
Post (vs. Prä)	-6,83 €	0,792				
IG x Post (DiD)	-3,19 €	0,905				
1. Jahr (vs. Prä)			-12,63 €	0,581	74,35 €	0,020
2. Jahr (vs. Prä)			-44,00 €	0,137	42,84 €	0,147
3. Jahr (vs. Prä)			-65,85 €	0,008	21,20 €	0,443
4. Jahr (vs. Prä)			100,50 €	0,219	186,75 €	0,050
IG x Jahr 1 (DiD)			3,46 €	0,883	2,67 €	0,910
IG x Jahr 2 (DiD)			32,93 €	0,282	30,21 €	0,325
IG x Jahr 3 (DiD)			52,41 €	0,045	47,82 €	0,068
IG x Jahr 4 (DiD)			-106,83 €	0,195	-111,24 €	0,189
Alter (30-47 J. vs. U30)					32,55 €	0,600
Alter (48-64 J. vs. U30)					-33,11 €	0,468
Alter (Ü64 vs. U30)					-8,10 €	0,872
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					36,07 €	0,080
F 00 (Demenz)					-5,62 €	0,857
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-30,80 €	0,480
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-81,57 €	0,034
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					27,55 €	0,457
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-33,10 €	0,059
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-80,87 €	0,046
F 30-39 (Affektive Störungen)					-75,44 €	0,090
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					22,07 €	0,689
F 45 (Somatoforme Störungen)					32,39 €	0,576
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-19,55 €	0,425
F 50 (Essstörungen)					-82,24 €	0,440
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-9,84 €	0,852
F 70-79 (Intelligenzstörung)					345,71 €	0,339
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					258,49 €	< 0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-51,17 €	0,158
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					27,68 €	0,391
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,09 €	0,998
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					43,91 €	0,013
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					43,24 €	0,064
R ²		0,005		0,013		0,039

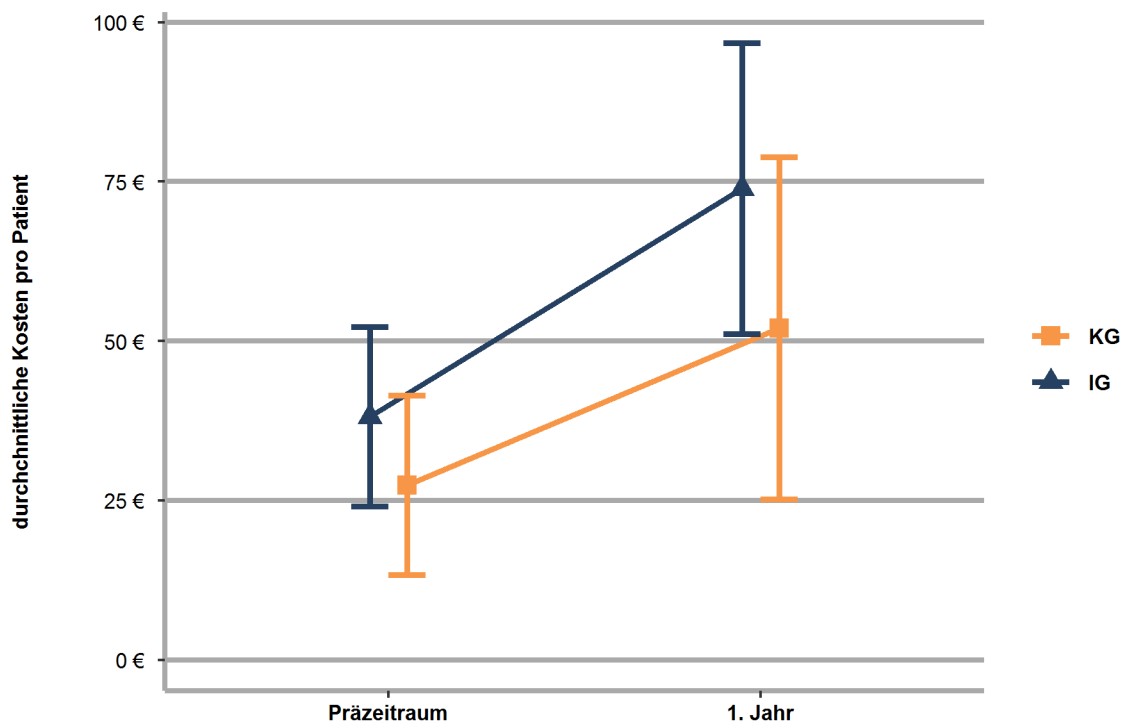
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 145: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	44	58	30	42
Mittelwert	38,13 €	73,89 €	27,39 €	52,02 €
Standardabweichung	321,45 €	522,00 €	321,18 €	613,02 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	8.666 €	8.798 €	9.885 €	18.120 €

Abbildung 87: 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 146: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	32	40	32	21	27	22
Mittelwert	33,48 €	59,62 €	64,07 €	19,72 €	35,91 €	41,58 €
Standardabweichung	316,36 €	451,73 €	558,88 €	177,03 €	400,02 €	356,91 €
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	8.666 €	8.798 €	10.468 €	2.719 €	11.316 €	7.071 €

Abbildung 88: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

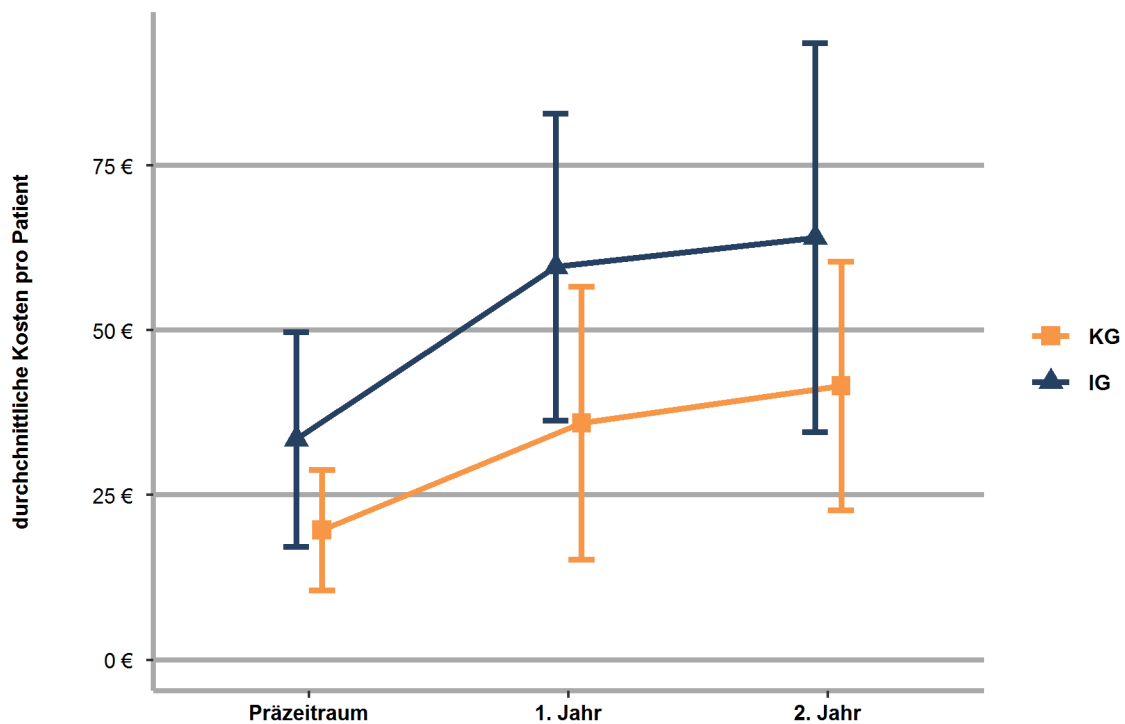


Tabelle 147: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	19,72 €	< 0,001	19,72 €	< 0,001	-34,91 €	0,065
IG (vs. KG)	13,76 €	0,225	13,76 €	0,225	13,20 €	0,247
Post (vs. Prä)	18,96 €	0,086				
IG x Post (DiD)	9,35 €	0,620				
1. Jahr (vs. Prä)			16,19 €	0,199	40,06 €	0,006
2. Jahr (vs. Prä)			21,85 €	0,044	46,45 €	< 0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			9,95 €	0,587	9,44 €	0,607
IG x Jahr 2 (DiD)			8,73 €	0,690	8,70 €	0,691
Alter (30-47 J. vs. U30)					22,00 €	0,127
Alter (48-64 J. vs. U30)					17,89 €	0,115
Alter (Ü64 vs. U30)					69,74 €	0,040
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-5,14 €	0,706
F 00 (Demenz)					-83,15 €	0,143
F 01 (Vaskuläre Demenz)					119,66 €	0,518
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-41,05 €	0,302
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					183,01 €	0,248
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-9,90 €	0,430
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5,44 €	0,830
F 30-39 (Affektive Störungen)					-3,19 €	0,797
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					8,61 €	0,547
F 45 (Somatoforme Störungen)					21,01 €	0,380
F 40-48 (ohne F43 und F45)					22,25 €	0,520
F 50 (Essstörungen)					49,70 €	0,232
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					16,45 €	0,425
F 70-79 (Intelligenzstörung)					316,14 €	0,067
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-68,99 €	0,065
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-6,78 €	0,658
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-8,59 €	0,502
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-19,12 €	0,316
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					27,93 €	0,001
R ²		0,001		0,001		0,019

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

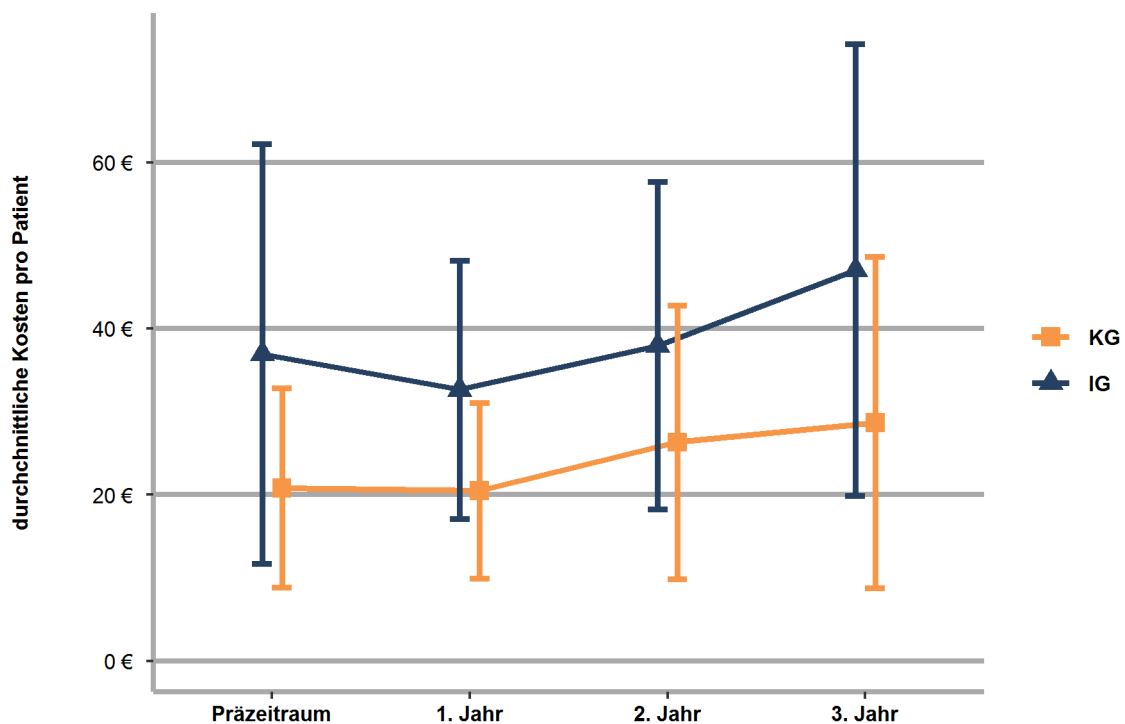
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	18	22	18	12	12	15	12	< 10
Mittelwert	36,94 €	32,64 €	37,94 €	47,03 €	20,81 €	20,50 €	26,32 €	28,68 €
Standardabweichung	383,24 €	235,46 €	291,49 €	394,07 €	180,35 €	158,55 €	241,79 €	288,88 €
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	8.665,97 €	4.218,34 €	4.544,21 €	4.989,20 €	2.140,61 €	2.020,93 €	3.191,60 €	4.529,81 €

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

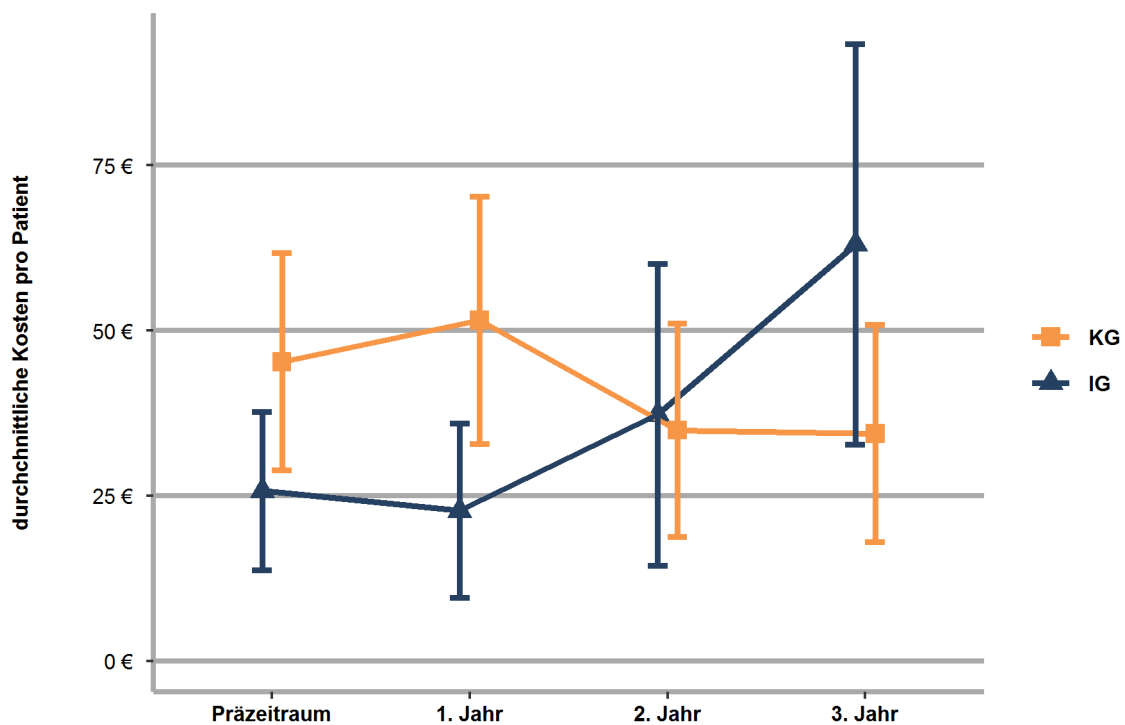


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 149: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	31	22	20	23	31	35	25	18
Mittelwert	25,75 €	22,72 €	37,27 €	63,01 €	45,26 €	51,55 €	34,92 €	34,40 €
Standardabweichung	224,39 €	247,32 €	416,56 €	541,93 €	306,06 €	348,01 €	296,87 €	296,62 €
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	4.571,36 €	6.554,83 €	9.806,52 €	8.872,37 €	4.779,37 €	4.684,74 €	5.019,56 €	4.098,72 €

Abbildung 90: 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: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 595,76 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 150 und Abbildung 91). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 2,31 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von -257,90 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 257,90 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 172,55 € je Patient nicht signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 151 und Abbildung 91). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 0,90 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 191,72 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag wurden 191,72 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben. Eine Betrachtung der Effizienz für Untersuchung 2, getrennt nach den einzelnen Kohorten, wird in Abbildung 92 (im Anhang) dargestellt.

U4: Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 4.371,62 € je Patient signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 152 und Abbildung 91). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 16,01 Tage signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 273,06 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 273,06 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 3.792,53 € je Patient signifikant

günstiger als die KG (vgl. Tabelle 153 und Abbildung 91). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 26,19 Tage signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 144,81 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag wurden 144,81 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

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

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

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	939,61 €		1416	7.783,65 €		1416	6.844,04 €	
	KG	1.273,05 €		1416	7.521,33 €		1416	6.248,28 €	
	Diff (IG - KG)	-333,44 €	0,030		262,32 €	0,489		595,76 €	0,145
KH-Tage	IG	1,92		1416	18,10		1416	16,18	
	KG	2,72		1416	21,21		1416	18,48	
	Diff (IG - KG)	-0,80	0,113		-3,11	0,013		-2,31	0,087
ICER	-257,90 €/d								

Tabelle 151: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	853,69 €		777	6.874,07 €		777	6.020,37 €	
	KG	858,77 €		780	7.051,69 €		780	6.192,92 €	
	Diff (IG - KG)	-5,07 €	0,973		-177,62 €	0,713		-172,55 €	0,733
AU-Tage	IG	24,72		777	72,73		777	48,00	
	KG	18,38		780	67,28		780	48,90	
	Diff (IG - KG)	6,35	0,024		5,44	0,286		-0,90	0,877
ICER	191,72 €/d								

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

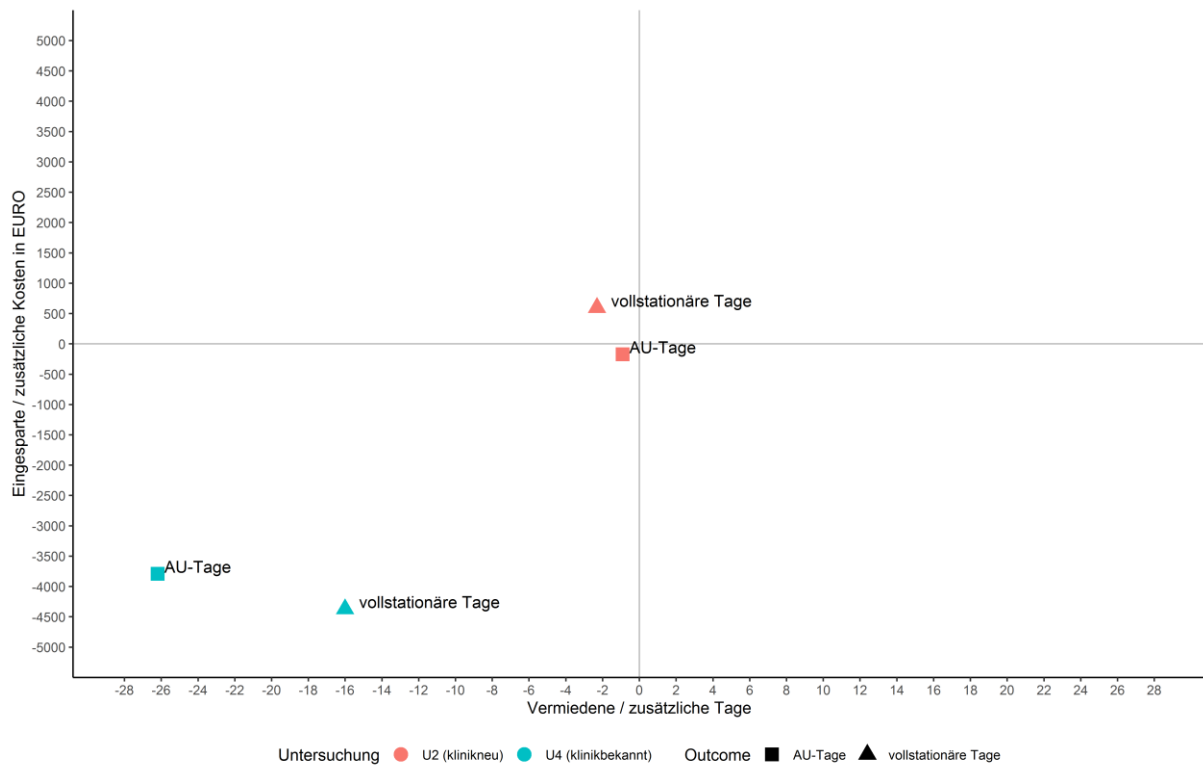
Tabelle 152: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	6.209,04 €		962	6.624,16 €		962	415,12 €	
	KG	3.910,83 €		962	8.697,58 €		962	4.786,74 €	
	Diff (IG - KG)	2.298,21 €	<0,001		-2.073,41 €	<0,001		-4.371,62 €	<0,001
KH-Tage	IG	13,67		962	15,23		962	1,56	
	KG	5,70		962	23,26		962	17,57	
	Diff (IG - KG)	7,97	<0,001		-8,03	<0,001		-16,01	<0,001
ICER	273,06 €/d								

Tabelle 153: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	5.304,69 €		416	6.298,25 €		416	993,55 €	
	KG	3.636,77 €		458	8.422,85 €		458	4.786,08 €	
	Diff (IG - KG)	1.667,92 €	0,004		-2.124,61 €	0,002		-3.792,53 €	<0,001
AU-Tage	IG	40,25		416	40,63		416	0,38	
	KG	18,58		458	45,15		458	26,57	
	Diff (IG - KG)	21,67	<0,001		-4,52	0,377		-26,19	<0,001
ICER	144,81 €/d								

Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4



12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Psychiatrische Klinik Lüneburg gGmbH und untersucht dabei vier verschiedene Betrachtungsweisen (U1-U4). Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus bis zu zehn Kontrollkliniken (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 Verlaufsbeobachtung). 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 passen¹ und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen². 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.

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

¹ In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patienten Klientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

² 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. Zu beachten ist hier, dass im Modellvorhaben der Psychiatrischen Klinik Lüneburg gGmbH im ersten Modelljahr die Modellversorgung zunächst nur für Patienten mit Hauptwohnsitz im Landkreis Harburg (und der Versicherung bei der AOK Niedersachsen) gegolten hat. Ab dem zweiten Modelljahr wurden alle Patienten mit einer Versicherung bei der AOK Niedersachsen in der Psychiatrischen Klinik Lüneburg gGmbH im Rahmen der Modellversorgung behandelt (siehe auch Darstellung des Modellvorhabens unter Kapitel 7).

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 Indexdiagnosen war in der IG bei den linikneuen und linikbekannten Patienten im Jahr nach Referenzfall in fast allen Untersuchungen in der IG geringer als in der KG. Lediglich in U1 war zum ersten Jahr nach Referenzfall zunächst ein größerer Anstieg des Anteils in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung zu verzeichnen. Dieser Anteil sank dann aber in den weiteren patientenindividuellen Jahren unter den Anteilen in der Regelversorgung. Zu beachten ist hier, dass das Modellvorhaben in Lüneburg zum einen keinen modellähnlichen Vorläufervertrag aufweist und somit eine Zeit der Implementierung zu erwarten ist. Zum anderen wurde im ersten Modelljahr zunächst nur ein Kreis in die Modellversorgung aufgenommen und ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall erweitert (siehe oben). Daher ist die Untersuchung U1 möglicherweise nicht repräsentativ für das gesamte Modellvorhaben (siehe auch Hinweis unter Diskussion AU-Tage) und kleine Fallzahlen erschweren die Bewertung. In U3 (d.h. Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung) war der geringere Anstieg an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt zudem statistisch signifikant.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** war bei den linikneuen und linikbekannten Patienten im Wesentlichen vergleichbar. Die klinikneuen Patienten wiesen in U2 (Patienten mit Referenzfall und im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung) und U3 im Jahr nach Referenzfall einen etwas stärkeren Anstieg der Anteile an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt auf. Dieser Unterschied war jedoch gering und in U3, in der inferenzstatistisch untersucht wurde, statistisch nicht signifikant.

Die **Anzahl der vollstationären Behandlungstage** linikneuer Patienten verzeichnete über den Modellverlauf eine Veränderung. In U1 (Referenzfall im ersten Modelljahr) wies die Modellklinik im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant mehr vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur Regelversorgung auf. In U4 (Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr) waren die vollstationären Behandlungstage stets etwas geringer als in der Regelversorgung. In U2 und U3 war jeweils eine etwas geringere Steigung vollstationärer Behandlungstag vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zu erkennen. Dieser Unterschied war jedoch in U3 statistisch nicht signifikant. Die Einschränkung in U1 (nur ein Teil der Patienten im ersten Modelljahr eingeschlossen) wurde bereits oben dargestellt. Die Anzahl vollstationärer Behandlungstage klinikneuer Patienten wurden somit im Verlauf der Modelllaufzeit verringert, erreichten jedoch keine statistisch signifikante Veränderung im Vergleich zur Regelversorgung (U3). 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 Psychriatriebudgets (RPB) im Jahr 2008 um ca. 22 % im Vergleich zur Zeit vor Einführung des RPB (4). In einer Region in Schleswig-Holstein wurde nach Einführung des RPBs die Zahl vollstationärer Behandlungsplätze innerhalb von fünf Jahren deutlich reduziert (5). Im Rahmen eines modellähnlichen integrierten Versorgungsvertrages in einer Klinik in Hessen konnten 30 % der stationären Leistungen durch stationersetzende ambulante Akut-Teams abgelöst werden (6). Zudem sank die stationäre Zeit von Patienten im Modellvorhaben an der Psychiatrie der Charité am St. Hedwig Krankenhaus in Berlin im Vergleich zu zwei Jahren vor Modellstart (7). Bei den linikbekannten Patienten waren ab dem Jahr nach Referenzfall stets geringere vollstationäre Behandlungstage im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. In U1 war dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall vorhanden. Somit konnte keine statistisch signifikante Veränderung über den patientenindividuellen Zeitverlauf ersichtlich werden. In U4 waren die vollstationären Behandlungstage in der Modellklinik im Jahr vor Referenzfall zunächst größer und sanken dann ab dem ersten Jahr nach Referenzfall unter denen der Regelversorgung. Hier wurde jedoch nicht inferenzstatistisch getestet.

Die Anzahl **teilstationärer Behandlungstage** linikneuer Patienten stieg im Modellvorhaben jeweils geringer bzw. vergleichbar mit den Patienten der Regelversorgung zum ersten Jahr nach Referenzfall an. Auch bei den linikbekannten Patienten war ein vergleichbarer Verlauf zwischen beiden Gruppen bzw. ein geringerer Anstieg im Modellvorhaben zum ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. Eine Stärkung teilstationärer Behandlungstage ist somit weder bei den klinikneuen noch bei den klinikbekannten Patienten ersichtlich. Im oben beschriebenen RPB in Dithmarschen wurden hingegen vollstationäre Behandlungstage teilweise durch teilstationäre Tage aufgefangen (4). Und teilstationäre Behandlungsangebote wurden auch im RPB in der Region in Schleswig-Holstein deutlich ausgebaut (5, 8).

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** ist zu erkennen, dass die PIA in der Modellklinik stärker in Anspruch genommen wurde im Vergleich zur Regelversorgung. Bei den linikneuen Patienten war der Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in

der Modellklinik stets größer als in der Regelversorgung. Dieser stärkere Anstieg war in U1 und U3 statistisch signifikant. Auch waren in den weiteren Jahren die durchschnittliche Anzahl der PIA-Kontakte in der Modellklinik stets größer als in der Regelversorgung. Bei den klinikbekannten Patienten war die Anzahl an PIA-Kontakten in U1 zwischen beiden Gruppen vergleichbar und in U4 in der Modellklinik stets größer. Somit wurde die Inanspruchnahme der PIA-Kontakte im Modellvorhaben erhöht.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer, schienen durch die Modellvorhaben nur gering beeinflusst zu sein. So war diese Inanspruchnahme sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten stets zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall und zwischen beiden Gruppen gab es nicht. Obwohl die Gesetzgebung mit § 64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle Sektorierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet (9, 10). Das verhandelte Budget nach § 64b SGB V beschränkt sich bei der Psychiatrischen Klinik Lüneburg auf den Krankenhaussektor. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt.

Einschränkend für die Diskussion mit anderen Untersuchungen bleibt zu erwähnen, dass andere Studien bezüglich der stationären Behandlungsdauer nur Patienten untersuchten, die in die Klinik aufgenommen wurden. In der vorliegenden Evaluation gab es hinsichtlich der kumulierten vollstationären Dauern jedoch keine Einschränkung auf Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt. Dies führt dazu, dass auch Patienten, die über die PIA oder teilstationäre Behandlung aufgenommen wurden, in den Nenner der Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl der Tage eingehen. Dieses Vorgehen ist für eine valide Beurteilung der Behandlung der Patienten in dieser Evaluation wichtig, da auch vermiedene stationäre Tage betrachtet werden müssen. Dies kann bereits ein Modelleffekt sein. Weiterhin fokussieren sich andere Studien zumeist auf bestimmte Erkrankungsgruppen (z.B. nur F10 oder nur F20-29). Beides schränkt jedoch einen direkten Vergleich mit anderen Studien und der Literatur stark ein, da in den (meisten) anderen Studien nur Patienten gezählt wurden, die stationär behandelt wurden bzw. nur eine ausgewählte Diagnosegruppe untersucht wurde. Die Betrachtung aller Patienten führt dazu, dass die durchschnittlichen kumulierten Dauern in dieser Evaluation (meist) wesentlich geringer ausfallen im Vergleich mit anderen Studien.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass die Anzahl vollstationärer Aufenthalte im Zuge des Modellvorhabens verringert werden konnte. Die Dauer vollstationärer Aufenthalte konnte hingegen bei den klinikneuen Patienten nicht wesentlich verringert werden, jedoch war diese Verringerung bei den klinikbekannten Patienten ersichtlich. Die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte konnte nicht signifikant erhöht werden. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigte sich eine größere Inanspruchnahme von PIA-Kontakten im Modellvorhaben.

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 Gruppen PIA, Arzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeuten wurde als „Kontakt zum psychiatrischen Sektor“ zusammengefasst. Hier war die Behandlungskontinuität für linikneue Patienten im Modellvorhaben stets größer als in der Regelversorgung. Es waren verschiedene statistisch signifikante Unterschiede in U1 und U3 in allen drei Nachbeobachtungszeiträumen ersichtlich. Bei den linikbekannt Patienten war die Behandlungskontinuität in U1 zunächst zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar. In U4 jedoch im Modellvorhaben stets größer als in der Regelversorgung.

Beim Outcome **Abbrüche des Kontakts** schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wurde untersucht, wie häufig und wie lange linikneue Patienten mit schweren psychischen Störungen keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten. Da eine Betrachtung dieses Parametes über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs waren in der IG im Jahr nach Referenzfall sowohl innerhalb von 90 als auch von 180 Tagen Nachbeobachtung statistisch signifikant geringer im Vergleich zur Regelversorgung. Dies ist ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung und zeigt, analog zur Behandlungskontinuität, dass eine Behandlung mit weniger Abbrüchen des Kontakts im Modellvorhaben sichergestellt werden konnte. Auch in dieser Analyse wurden Fälle ohne Kontaktabbruch (analog zur stationären Behandlungsdauer) mitgezählt, um einen möglichen Modelleffekt zu messen. Deshalb sind auch hier die absoluten Zahlen bei der Anzahl und der Dauer von Kontaktabbrüchen niedriger im Vergleich zu anderen Untersuchungen.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** wurde untersucht, ob Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor innerhalb eines Jahres mehr als zweimal wechselten. Im Allgemeinen kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein Unterschied zwischen Modellklinik und Regelversorgung war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten. Hopping war hier in beiden Gruppen nicht ersichtlich. Durch die regionale Pflichtversorgung in der Psychiatrie, eine enge Bindung an den Psychotherapeuten (bei durchgehender Therapie) und teilweise fehlendem Fachpersonal in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verbunden mit teils langen Wartezeiten (10), ist vermutlich die „Möglichkeit“ des

Hoppings zwischen verschiedenen Krankenhäusern und Ärzten ohnehin und unabhängig von der 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, Pflegeern und Ärzten, eine wichtige Säule. An die Stelle von einzelnen Leistungserbringern rückt ein multi-professionelles Team von Leistungserbringern (11). Durch ein einheitliches Budget im Krankenhaus und der daraus resultierenden Umstrukturierung der Klinik mit u.a. der Bereitstellung sektorenübergreifender Behandlungsteams kann eine bessere kontinuierliche Betreuung der Patienten sichergestellt werden. Die kontinuierliche Betreuung innerhalb des Krankenhauses kann jedoch mit den hier verfügbaren GKV-Daten nicht abgebildet werden. Die Kontinuität der Behandlung wurde in dieser Evaluation daran gemessen, wie der Übergang vom stationären Fall zum ambulanten Setting gelang, ob stationäre oder ambulante Kontakte wahrgenommen wurden und ob Patienten das Krankenhaus bzw. den ambulanten Leistungserbringer häufig wechselten. Sowohl bei der Untersuchung der Behandlungskontinuität als auch bei dem Kontaktabbruch konnten Modelleffekte einer kontinuierlicheren Behandlung im Modellvorhaben nachgewiesen werden. Dies bedeutet, dass das Modellvorhaben hier geschafft hatte, den Patienten früher wieder in die psychiatrische Versorgung zu bringen im Vergleich zur Regelversorgung.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben hergestellt werden konnte.

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 linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten vergleichbar.

Die durchschnittliche **Anzahl an AU-Tagen** war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung im Wesentlichen vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede gab es hier nicht. Vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war der Anstieg bei den klinikneuen Patienten in U1 etwas höher, in U3 und U4 etwas niedriger und in U2 vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten war im patientenindividuellen Verlauf ein Absinken der AU-Tage in U4 ab dem ersten Jahr nach Referenzfall ersichtlich.

In U1 war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall bei den klinikneuen und klinikbekannten Patienten in der IG niedriger als in der KG. In U2-U4 wies dagegen die IG im Jahr vor Referenzfall eine stets höhere Anzahl an AU-Tagen bei den klinikneuen und klinikbekannten Patienten im Vergleich zur KG auf. Dieser Unterschied könnte darauf hinweisen, dass die Patienten in U1 (nur ein Kreis eingeschlossen, siehe Kapitel 7 und Hinweis oben) verschieden von den Patienten in U2-U4 (gesamtes Modellvorhaben ausgerollt) sind und dass in U1 neben der kleineren Fallzahl ggf. auch von einem anderen Patientenkollektiv ausgegangen werden kann. Vergleicht man die Population in Kapitel 8.1 (U1) mit der Population aus Kapitel 14.1 (U2-U4) verstärkt sich diese Vermutung. Hier ist eine etwas unterschiedlichere Alters- und Diagnosestruktur zwischen den verschiedenen Kohorten ersichtlich.

Ob Modellvorhaben nach § 64b SGB V oder ähnlich konzipierte Vorhaben eine Veränderung der AU-Episoden oder AU-Tage bewirken, wurde bis jetzt wenig untersucht. In dem Projekt der integrierten Versorgung „Seelische Gesundheit Aachen“ wurde für Depression eine Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitstage festgestellt (12). In der ACCESS-Studie (ACT vs. Regelversorgung für Schizophrenie-Patienten) konnte in einer prospektiven Kohortenstudie eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, im Arbeitsleben zu sein und selbstständig zu wohnen, herausgefunden werden (13). Das Hauptaugenmerk der meisten Studien zur Beurteilung der Effektivität von (§ 64b SGB 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 (14), sind auch nach Berücksichtigung soziodemographischer Faktoren, wie Bildung, Einkommen und beruflicher Position, hoch-signifikante Effekte von psychischen Störungen auf AU und Langzeit-AU ersichtlich (15). Arbeitsunfähigkeit ist somit bei der hier untersuchten Personengruppe besonders zu betrachten.

Durch das erfolgreiche Matching von Patienten der Modellversorgung mit Patienten von Kontrollkliniken konnte sichergestellt werden, dass diese vergleichbare Erkrankungsschweren aufweisen. Diese wurde u.a. durch die Berücksichtigung der Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Leistungen vor Referenzfall im Matching hergestellt. Auch wenn die Klinik auf die AU des Patienten teilweise nur indirekten Einfluss hat, so kann davon ausgegangen werden, dass umfassende Konzepte, welche u.a. „Supported Employment“ oder Arbeitstherapie beinhalten, auch hier Auswirkungen entfalten können. Eine stärkere Berücksichtigung des Themas „Arbeit und Beschäftigung“ in der medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Sensibilisierung von Behandlern und Umsetzung von Programmen wie Supported Employment, deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien und Übersichtsarbeiten belegt ist, wird empfohlen (16).

Da eine Betrachtung vollstationärer **Wiederaufnahme** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung dieser für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Der Anteil klinikneuer Patienten mit

vollstationärer Wiederaufnahme war zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar. Die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war in der Modellklinik etwas größer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung (z.B. erweitertes Angebot in der PIA) bewirkt haben, dass im Modellvorhaben tendenziell eher psychisch schwer erkrankte Menschen vollstationär behandelt wurden im Vergleich zur Regelversorgung. Diese evtl. „schwerer Erkrankten“ zeichnen sich durch einen ggf. 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 schnellere Wiederaufnahme wurde jedoch im Modellvorhaben an der Psychiatrischen Klinik Lüneburg gGmbH auch nicht beobachtet.

Eine Betrachtung der stationären Wiederaufnahme, besonders unter Berücksichtigung der Verkürzung der (vollstationären) Behandlungsdauern, ist wichtig, da bereits in den letzten Jahren ein allgemeiner Anstieg von Wiederaufnahmen in einem engen Zusammenhang mit der De-Institutionalisierung in der psychiatrischen Versorgung gesehen wurde (17). Die Gründe für die Veränderung der stationären Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (18). Durch die Herstellung der Vergleichbarkeit von Modellklinik mit Kontrollkliniken und Patient der Modellklinik mit Patient der Kontrollkliniken (doppeltes Matching) sowie über die Beobachtung von IG und KG über die Zeit ist gewährleistet, dass Veränderungen in der Regelversorgung in dem Vergleich mit der KG berücksichtigt sind. Allgemeine Veränderungen von Fachkräftemangel in der Psychiatrie oder Pflege bis zu veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen fanden sowohl in der IG als auch in der KG statt. Über den Vergleich zwischen IG und KG und über die Zeit werden diese Einflüsse abgefangen. Genaue Gründe der Wiederaufnahme sind hier nicht näher beleuchtet. Das mögliche Fehlen komplementärer ambulanter Weiterversorgung stellt ein erhöhtes Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme dar (18). In der vorliegenden Evaluation kann das Vorhandensein krankenhauses-externer ambulanter psychiatrischer Versorgung (d.h. nicht PIA) nur indirekt durch die ambulante Inanspruchnahme eruiert werden. Da sich hier (siehe oben) kaum Unterschiede ergaben, kann davon ausgegangen werden, dass das Modellvorhaben vergleichbare ambulante Strukturen im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwies. Weitere ambulante Angebote im gemeinde-psychiatrischen Bereich oder in Bereichen außerhalb von SGB V (z.B. Rentenversicherung) können mit den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Während jedoch bei den klinikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein Anstieg des mittleren Elixhauser Scores zu verzeichnen war, verlief dieser bei den klimbekannt Patienten fast ohne Veränderungen über die Zeit. Die Komorbiditäts-Scores waren in der Modellklinik stets leicht geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede im Verlauf und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser Score herangezogen (19, 20). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde

verzichtet, da der Elixhauser Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet (21). Das Auftreten der jeweils 30 Elixhauser Kategorien wurden gezählt und als Summe bewertet. Je höher der Score war, desto höher wurde die Last aufgrund von Komorbiditäten gewertet. Kritisch zu bewerten ist, dass der Elixhauser Score ursprünglich zur Abbildung vom Mortalitätsrisiko erhoben wurde, jedoch auch mit Krankenhausverweildauer und -kosten assoziiert ist (22). In der Literatur wird er bei der Erhebung von Komorbiditäten aufgrund von GKV-Sekundärdaten jedoch relativ häufig eingesetzt (23), da es bisher kaum valide Alternativen zur Abbildung von Komorbiditäten mit administrativen Daten gibt. Der Zusammenhang von psychischer und somatischer Ko-Erkrankung ist unbestreitbar. In einigen Fällen sind somatische Leiden mit psychischen Erkrankungen assoziiert, z.B. Krebserkrankung und Angststörung (24). In anderen Fällen begünstigen psychische Erkrankungen organische Leiden, z.B. Suchterkrankung und Leberschäden (25). Wiederum gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, z.B. Sucht mit Depression und Angststörungen (26). Komorbiditäten verringern zudem häufig die Compliance der Patienten für die Behandlung, erhöhen die Kosten und Komplexität der Behandlung (26).

Weiterhin wurde in dem vorliegenden Bericht untersucht, inwieweit sich das Risiko, innerhalb eines definierten Zeitraumes zu versterben, zwischen IG und KG unterscheidet (**Mortalität**). Hier zeigten sich in U1, U3 und U4 sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten stets eine etwas höhere Mortalität in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung. In U1 waren diese Unterschiede statistisch nicht signifikant und in U4 numerisch gering. Auch in U3 war dieser Unterschied mit +0,8 %-Punkten numerisch sehr gering verschieden. In der inferenzstatistischen Betrachtung wurde dieser Unterschied nach Aufnahme von Alter, Komorbidität und Pflegestufe jedoch statistisch signifikant. Der Gruppeneffekt, also der Vergleich ohne weitere Berücksichtigung von Prädiktoren, zeigte aber keine statistisch signifikanten Unterschiede. Daher kann hier nicht von einem Modelleffekt per se ausgegangen werden. Vielmehr weist dies eher auf eine für die Modellklinik ungünstige Verteilung von weiteren Prädiktoren wie Alter, Komorbidität und Pflegestufe in U3 hin. Weiterhin kann mit den vorliegenden Daten keine Todesursache abgeleitet 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 (27, 28). 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 (29). 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 beobachtet werden, würde aber für Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge (wie hier) 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 sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannt Patienten im Modellvorhaben stets geringer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war in U3 bei den klinikneuen Patienten auch statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in U2 bis U4 bei den linikneuen und linikbekannt Patienten jeweils in der Modellklinik geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es hier jedoch nicht. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) folgte kein einheitliches Muster. Bei linikneuen Patienten war dieses Risiko in U1 und U3 vergleichbar und in U2 und U4 geringer. Bei den linikbekannt Patienten war das Risiko in U1 etwas größer und in U4 geringer. Statistisch signifikante Unterschiede gab es hier aber nicht.

Die ausgewählten Untersuchungen der Progression waren die einzigen, die mit den vorliegenden GKV-Daten, also mit einer ICD-10 Kodierung, abbildbar waren. Die Validität der Aussagen hängt an der Qualität der Kodierung im ambulanten und stationären Bereich. Die GKV-Daten werden zu Abrechnungszwecken generiert und folgen damit der Logik der Leistungsbegründung und der Honorierung (30). Hier sei jedoch genannt, dass alle erwähnten Einschränkungen sowohl auf die IG als auch auf die KG zutreffen und somit keinen Unterschied zwischen IG und KG bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass das Risiko für Arbeitsunfähigkeit nicht verringert werden konnte. Im Modellvorhaben in Lüneburg wurden die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität in der Modellklinik erhöhte sich zwar im Vergleich zur Regelversorgung. Dies lässt sich jedoch nicht auf einen Effekt der Modellversorgung per se zurückführen. Das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Störung konnte im Modellvorhaben verringert werden.

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. Hier gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung.

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. (3) zurückgegriffen. Hier wurde anhand eines Delphi-Prozesses, geleitet von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), QIs für ausgewählte psychiatrische Erkrankungen entwickelt, die sektorenübergreifend verschiedene Versorgungsaspekte betrachten. Einzelne QIs für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenzen, Depression und Schizophrenie konnten berücksichtigt werden. Aus den insgesamt 44 QIs wurden die 13 QIs ausgewählt, die mit den vorliegenden GKV-Daten abgebildet werden konnten. Zum Beispiel mussten alle QIs, welche auf angebotene Leistungen zurückgreifen, für diese Betrachtung ausgeschlossen werden. Drei dieser ausgewählten QIs mussten nach Prüfung erster Daten ausgeschlossen werden, da die Dokumentation der PIA zu uneinheitlich war und somit eine korrekte Abbildung von Inanspruchnahme für diese QIs nicht gewährleistet werden konnte. Weiteres dazu ist im separaten Methodenband nachzulesen. Die restlichen 10 QIs wurden überprüft. Teils konnten jedoch nur geringe Fallzahlen in den Nenner eingehen, da die Diagnose häufig eine Erstdiagnose sein musste bzw. vorherige Erkrankungen ausgeschlossen wurden oder die grundlegende 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 abgedeckt werden, dass Patienten der Modellklinik immer mit Patienten aus Kontrollkliniken verglichen wurden. Es ist davon auszugehen, dass Einzelfallabweichungen sowohl in der IG als auch in der KG gegeben werden und sich nicht erheblich unterscheiden sollten. Die Validität der Kodierungen konnten mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, sollten sich zwischen IG und KG jedoch nicht unterscheiden.

An einer Erarbeitung von sektoren- und diagnoseübergreifenden QIs wird derzeit im Projekt PsychCare gearbeitet (31). Ergebnisse dazu werden im Jahr 2021 erwartet. Eine Reihe weiterer Studien zu Modellvorhaben oder deren Vorläufer, wie dem RPB, fanden positive Auswirkungen auf eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (8, 32), eine Verbesserung der Art/Situation zur Zeit der Einweisung bzw. Entlassung (freiwillig bzw. auf ärztlichen Rat, ohne Zwang oder Flucht) (4), eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (7), eine positive Einschätzung von Patienten und einen Teil von Leistungserbringern (33), eine anhaltende Verbesserung von psychotischer Symptomatik, des

klinischen Schweregrades, der Alltagsfunktion, der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit (34) 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. Auch das Datenlinkage in der oben genannten Studie PsychCare, welche Primärdaten (u.a. zu Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit) mit Sekundärdaten (analog der Evaluation EVA64) verlinkt, wird weiteren Aufschluss über personenzentrierte Aspekte liefern.

Da die Inanspruchnahme von aufsuchender Behandlung (**Home-Treatment**) über die dafür vorgesehenen OPS-Schlüssel in den vorliegenden Daten nicht valide abgebildet waren, wurde hier anhand der einheitlichen PIA-Schlüssel PIA-003 und PIA-004 (PIA-Leistung mit bzw. ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung) die aufsuchende Behandlung als Home-Treatment ab 2013 ausgewertet (35). Wie in Kapitel 9.2 ersichtlich, wurde bei den linikneuen Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung ab dem ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der Regelversorgung (in U1 erst ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall). Bei den linikbekannten Patienten wurde in U1 im Jahr vor Referenzfall und beim Referenzfall die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben zunächst weniger stark im Vergleich zur Regelversorgung in Anspruch genommen; in U4 war die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung jedoch stets im Modellvorhaben größer als in der Regelversorgung (auch im Jahr vor Referenzfall). Somit kann eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten (ab dem zweiten Modelljahr) Patienten beobachtet werden. 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 eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz nicht nachgewiesen werden konnte. Aufgrund meist zu geringer Fallzahlen bei den meisten untersuchten

Outcomes der Leitlinienadhärenz kann hier keine Aussage getroffen werden bzw. waren die Anteile nicht statistisch signifikant verschieden zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung. Eine Stärkung der aufsuchenden Behandlung in der PIA ist erkennbar.

Hypothese e) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

„[...] stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung. Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten sind in der IG daher geringer als in der KG.“

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten** nicht signifikant teurer als die KG.

Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelten sich die Patienten der IG ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Hypothese der geringeren vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten in der IG verworfen werden kann.

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.“

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. der **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der geringeren gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten in der IG verworfen werden kann.

Hypothese q) 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 2014 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 entgegen, 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.**“

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** nicht signifikant unterschiedlich zu denen der KG.

Bei den linikbekannten Patienten entwickelten sich IG und KG nicht signifikant unterschiedlich voneinander.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelten sich IG und KG nicht signifikant unterschiedlich voneinander

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich verworfen werden kann.

Hypothese i) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] führen zu 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.“*

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **Kosten der Psychopharmakaversorgung** nicht signifikant günstiger als die KG.

Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG nicht signifikant teurer als die KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 66,83 € signifikant günstiger als die KG. Vom Prä- zum Postzeitraum entwickelte sich die IG um 51,16 € signifikant günstiger als die KG.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass hypothesenkonformes Verhalten durch die klinikneuen Patienten von U3 festgestellt werden konnte.

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 linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG nicht signifikant teurer als die KG und hatte einen nicht signifikant geringeren Anstieg der Krankenhaustage zu verzeichnen (Variante A).

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) entwickelte sich die IG nicht signifikant günstiger als die KG bei einem nicht signifikant geringeren Anstieg der AU-Tage.

U4: Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG um 4.371,62 € signifikant günstiger, bei einem um 16,01 Tage signifikant geringerem Anstieg der Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von 273,07 €/d. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ („Mitglied“; Variante B) entwickelte sich die IG um 3.792,53 € je Patient signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig verzeichnete die IG einen um 26,19 Tage signifikant geringeren Anstieg der AU-Tage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 144,81 €/d.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich für die klinikbekannten Patienten eine kosteneffektivere Verwendung der Mittel feststellen ließ.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach § 64b SGB V in der Psychiatrische Klinik Lüneburg gGmbH wurde die Anzahl vollstationärer Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Die Dauer vollstationärer Aufenthalte wurde bei den klinikneuen Patienten nicht, jedoch bei den klinikbekannten Patienten reduziert. Dies ging Hand in Hand mit einer Verlagerung in die ambulante Versorgung im Krankenhaus. Hier wurde die PIA stärker im Modellvorhaben in Anspruch genommen. Die Verlagerung in den nicht-vollstationären Sektor hatte augenscheinlich keine negativen Auswirkungen auf die Behandlungsqualität. Vielmehr führte das Modellvorhaben zu einer erhöhten Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor und durch die geringere durchschnittliche Anzahl an Kontaktabbrüchen sowie eine geringere durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung. Weitere Outcomes der Versorgungsqualität bzw. weitere messbare medizinische Outcomes zeigten jedoch, dass die Arbeitsunfähigkeit nicht verringert werden konnte. Auf der anderen Seite wurden im Modellvorhaben in Lüneburg die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität in der Modellklinik erhöhte sich zwar im Vergleich zur Regelversorgung. Dies lässt sich jedoch nicht auf einen Effekt der Modellversorgung per se zurückführen. Das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Störung konnte im Modellvorhaben verringert werden. Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Bezüglich einer leitlinien-gerechten Versorgung konnten keine wesentlichen Unterschiede in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung festgestellt werden. Eine Stärkung der aufsuchenden Behandlung in der PIA ist erkennbar. Bzgl. der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten sowie der direkten stationären psychiatrischen Versorgungskosten ließ sich kein hypothesenkonformes Verhalten beobachten. Bzgl. der kosten-effektiveren Verwendung von Mitteln ließ sich hypothesenkonformes Verhalten nur für die klinikbekannten Patienten von U4 feststellen. Insgesamt zeigen sich im Modellvorhaben durch eine Stärkung der Versorgung in der PIA sowie eine Erhöhung der Behandlungskontinuität positive Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen.

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 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, unberechtigtweise 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 Sekundär Diagnosen 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 (39). Die Aufgabe Datenlieferungen verschiedener IT-Dienstleister zu standardisieren wurde dabei durch anhaltende Fusionierungsprozesse zwischen den teilnehmenden Kassen erschwert.

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentiertere Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Präzeitraum geliefert. Diese sollen u.a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Präzeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Präzeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (40).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen. Diesem Ansatz lag die Annahme zu Grunde, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser

Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal konnte jedoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich (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 (41).
- Schließlich muss auf das – von Ausnahmen abgesehen – grundsätzliche Fehlen klinischer Informationen zur Krankheitsschwere hingewiesen werden.
- Bezogen speziell auf die von der DAK und der KKH gelieferten Daten muss bei den Demenzdiagnosen mit einer geringen Untererfassung gerechnet werden, da die DAK und die KKH die Erweiterung der Aufgreifkriterien im Hinblick auf das Vorliegen von Demenz als Sekundärdiagnose nicht umsetzen konnten.

Diese den Abrechnungsdaten innewohnenden Schwächen werden allerdings durch ihre unbestrittenen Stärken ausgeglichen: eindeutiger Versichertenbezug, längsschnittliche und sektorübergreifende Verknüpfbarkeit, Vollständigkeit (bezogen auf zu Lasten der Krankenkassen abgerechnete Leistungen), Verzerrungsfreiheit (42). Hinzu kommt neben der hohen Versichertenzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil an den in die Evaluation einbezogenen Patienten weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

Weitere Ausführungen zu den Potenzialen und Limitationen der Sekundärdaten und den daraus resultierenden konkreten Operationalisierungen von Outcomes finden sich im Methodenband.

13. Literatur

1. Neumann A, Swart E, Hackl D, Kliemt R, March S, Kuster D, et al. The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64). *Bmc Psychiatry*. 2018;18.
2. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven*; zitiert nach: GKV-Spitzenverband (2010), *PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern*. 2010.
3. Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. *Nervenarzt*. 2013;84(3):350-65.
4. Berghofer A, Hubmann S, Birker T, Hejnal T, Fischer F. Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget - A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. *International journal of integrated care*. 2016;16(4):17.
5. Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ. [Changes in mental health care by a regional budget: results of a pilot Project in Schleswig-Holstein (Germany)]. *Psychiatr Prax*. 2010;37(7):335-42.
6. Schillen T, Thiex-Kreye M. Hanauer Modell - Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. *Kerbe*. 2014(2):11-5.
7. Wullschlegler A, Berg J, Bempohl F, Montag C. Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? *Front Psychiatry*. 2018;9:168.
8. Roick C, Heinrich S, Deister A. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. *Psychiatr Prax*. 2008;35(279):285.
9. Melchinger H. *Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung*. Hannover; 2008.
10. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen*. 2018.
11. Bramesfeld A, Amelung V. 12 Integrierte Versorgung und Kontinuität in der Versorgung psychisch kranker Menschen. In: Rössler W, Kawohl W, editors. *Soziale Psychiatrie - Das Handbuch für die psychosoziale Praxis - Band 2: Anwendung*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2013.
12. Bergmann F, Wagner C, Bröcheler A, Schneider F, Wien S. Integrierte Versorgung für Depression. Das Projekt "Seelische Gesundheit Aachen". In: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, et al., editors. *Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010. p. 85-100.
13. Lambert M, Bock T, Schottle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *J Clin Psychiatry*. 2010;71(10):1313-23.
14. Hapke U, von der Lippe E, Busch M, Lange C. *Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland*. 2012.
15. Peter R, March S, Schröder H, Du Prel J. Besteht ein Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit unabhängig von soziodemografischen Faktoren? *Gesundheitswesen*. 2015;77(4):e70-e6.
16. Gühne U, Riedel-Heller SG. *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland*. Berlin; 2015.
17. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249(3):136-43.

18. Huttner DM. Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten 2006.
19. Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, et al. Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *MedCare*. 2005;43(11):1130-9.
20. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RN. Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical care*. 1998;36(1):8-27.
21. Hagn S. Vergleich verschiedener Komorbiditäts_Scores in Routinedaten der stationären Versorgung: Ludwig-Maximilians-Universität zu München

2014.
22. Walraven Cv, Austin PC, Jennings A, Quan H, Forster AJ. A Modification of the Elixhauser Comorbidity Measure Into a Point System for Hospital Death Using Administrative Data. *Medical care*. 2009;47(6):626-33.
23. Neubauer S. Gesundheitsökonomische Analysen von Versorgungsleitlinien anhand von GKV-Routinedaten: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover; 2019.
24. Shankar A, Dracham C, Ghoshal S, Grover S. Prevalence of depression and anxiety disorder in cancer patients: An institutional experience. *Indian J Cancer*. 2016;53(3):432-4.
25. Roy DN, Goswami R. Drugs of abuse and addiction: A slippery slope toward liver injury. *Chem Biol Interact*. 2016;255:92-105.
26. Gouzoulis-Mayfrank E. Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders - Theoretical foundation and evidence based therapy. *Fortschr Neurol Psych*. 2008;76(5):263-71.
27. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Brit J Psychiat*. 2011;199(6):453-8.
28. Walker ER, Mcgee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Psychiat*. 2015;72(4):334-41.
29. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LAK, Jacobi F. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. *Deutsches Arzteblatt international*. 2019;116(23-24):405-+.
30. Schubert I, Ihle P, Köster I, Küpper-Nybelen J, Rentzsch M, Stallmann C, et al. Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten. Köln; 2014 08.10.2014.
31. Gemeinsamer Bundesausschuss. PsychCare – Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie - eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie 2017 [Available from: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/psychcare-wirksamkeit-sektoreneuebergreifender-versorgungsmodelle-in-der-psychiatrie-eine-prospektive-kontrollierte-multizentrische-beobachtungsstudie.52>].
32. König 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. Rummelin B. Die neue bundeseinheitliche PIA-Dokumentationsvereinbarung - Ein Schritt auf dem Weg zum PIA-Prüfauftrag. *das Krankenhaus*. 2012;8.2012:775-83.

36. Burns T, Knapp M, Catty J, Healy A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2001;5(15):146.
37. Schottle D, Ruppelt F, Karow A, Lambert M. Home Treatment - A Treatment Model of Integrated Care in Hamburg. *Psychother Psych Med*. 2015;65(3-4):140-5.
38. Schneider U. Home Treatment - GEMEINSAM HANDELN. Berlin; 2018.
39. March S, Zimmermann L, Kubat D, Neumann A, Schmitt J, Baum F, et al. Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen - Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. *Das Gesundheitswesen*. 2020; 82 (Suppl1 1): 4-12; DOI <https://doi.org/10.1055/a-1036-6364>.
40. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Estimation of disease incidence in claims data dependent on the length of follow-up: a methodological approach. *Health services research*. 2012;47(2):746-55.
41. Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Das Gesundheitswesen*. 2010;72:316-22.
42. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen. *Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Bern: Hans Huber Verlag; 2014.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4

Tabelle 154: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.416	1.416
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	75,1 %	77,5 %
• Zwei Diagnosen	21,8 %	20,1 %
• Drei Diagnosen	3,0 %	2,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	42	42
2. F32 & F43	33	32
3. F32 & F41	21	21

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

Tabelle 155: 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)	1.064	1.098	1.416	1.416
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,6 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,3 %	2,4 %	2,2 %	2,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	8,3 %	7,9 %	7,3 %	7,4 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,4 %	0,6 %	0,5 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol) • F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.) • F 30-39 (Affektive Störungen) • F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.) • F 45 (Somatoforme Störungen) • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	17,5 %	17,2 %	21,4 %	20,9 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	51,4 51 (35 - 65)	51,1 51 (34 - 64)	49,9 49 (34 - 61)	50,0 50 (33 - 63)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	54,8 % 45,2 %	53,6 % 46,4 %	55,5 % 44,5 %	54,7 % 45,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	38,6 % 61,4 %	48,1 % 51,9 %	41,2 % 58,8 %	52,4 % 47,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	1,0 % 8,5 % 10,1 % 2,3 % 9,4 % 68,8 %	1,3 % 6,1 % 8,4 % 4,7 % 10,6 % 68,9 %	1,6 % 8,5 % 9,3 % 2,4 % 9,7 % 68,5 %	1,6 % 6,4 % 8,5 % 4,4 % 10,7 % 68,4 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	8,0 % 15,4 % 0,7 % 0,1 % 0,3 % 0,0 % 6,8 % 68,8 %	5,9 % 16,9 % 0,6 % 0,2 % 0,7 % 0,0 % 6,6 % 68,9 %	8,1 % 15,3 % 0,6 % 0,1 % 0,2 % 0,0 % 7,2 % 68,5 %	6,1 % 16,9 % 0,6 % 0,3 % 0,8 % 0,0 % 6,9 % 68,4 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	17,8 % 82,2 % 0,0 %	18,7 % 79,2 % 2,1 %	17,0 % 83,0 % 0,0 %	17,2 % 80,6 % 2,2 %

Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	23,2 %	21,9 %	24,6 %	23,7 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	16,9 %	17,9 %	18,5 %	19,9 %
• Weder A noch B	59,9 %	60,2 %	56,9 %	56,4 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	54,3 %	52,4 %	54,9 %	55,1 %
• Familienversicherter	5,5 %	5,7 %	6,1 %	5,2 %
• Rentner und deren Familienangehörige	39,5 %	36,9 %	38,3 %	34,8 %
• Fehlende Angabe	0,7 %	5,0 %	0,8 %	4,9 %

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

Tabelle 156: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.021	1.012
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	75,7 %	77,6 %
• Zwei Diagnosen	21,6 %	20,0 %
• Drei Diagnosen	2,5 %	2,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	31	31
2. F32 & F43	26	24
3. F32 & F41	15	14

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

Tabelle 157: 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)	773	785	1.021	1.012
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,2 %	2,3 %	1,7 %	1,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	8,0 %	7,6 %	7,1 %	7,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,5 %	0,7 %	0,6 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	16,3 %	16,3 %	20,5 %	20,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,3 %	7,3 %	6,6 %	7,1 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	47,9 %	46,6 %	54,3 %	53,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	9,6 %	9,7 %	14,0 %	13,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,6 %	2,4 %	2,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	5,6 %	6,2 %	10,4 %	10,2 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	51,2 51 (35 - 63)	50,7 50 (34 - 63)	49,5 48 (34 - 60)	49,5 49 (33 - 61)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	55,2 % 44,8 %	53,9 % 46,1 %	56,3 % 43,7 %	55,4 % 44,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	36,6 % 63,4 %	46,4 % 53,6 %	39,0 % 61,0 %	50,7 % 49,3 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	1,3 % 8,5 % 10,3 % 1,9 % 10,0 % 67,9 %	1,4 % 6,2 % 9,0 % 4,5 % 11,5 % 67,4 %	2,0 % 8,9 % 9,4 % 2,0 % 10,6 % 67,2 %	1,8 % 6,8 % 8,8 % 4,2 % 11,3 % 67,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	8,0 % 15,5 % 0,6 % 0,1 % 0,4 % 0,0 % 7,4 % 67,9 %	5,4 % 18,9 % 0,8 % 0,3 % 0,8 % 0,0 % 6,6 % 67,4 %	8,3 % 15,6 % 0,5 % 0,1 % 0,3 % 0,0 % 8,0 % 67,2 %	5,9 % 18,3 % 0,7 % 0,4 % 0,9 % 0,0 % 6,7 % 67,1 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	16,3 % 83,7 % 0,0 %	16,9 % 81,0 % 2,0 %	15,1 % 84,9 % 0,0 %	15,6 % 82,3 % 2,1 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	22,4 % 17,6 % 60,0 %	21,0 % 18,3 % 60,6 %	23,7 % 18,5 % 57,8 %	22,7 % 20,0 % 57,3 %
Versicherungsstatus (%)				

• Mitglied	53,9 %	53,0 %	55,0 %	55,4 %
• Familienversicherter	5,2 %	5,6 %	6,1 %	5,2 %
• Rentner und deren Familienangehörige	40,2 %	36,4 %	38,1 %	34,6 %
• Fehlende Angabe	0,6 %	5,0 %	0,8 %	4,7 %

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 158: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	622	612
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	74,8 %	76,1 %
• Zwei Diagnosen	23,0 %	21,2 %
• Drei Diagnosen	2,1 %	2,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	24	24
2. F32 & F43	14	13
3. IG: F32 & F41 / KG: F10 & F33	8	9

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)	949	938
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	69,3 %	67,9 %
• Zwei Diagnosen	26,0 %	25,5 %
• Drei Diagnosen	4,3 %	5,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	1,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	28	38
2. IG: F32 & F43 / KG: F10 & F32	17	19
3. F33 & F43	15	17

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

Tabelle 159: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Population				
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	465	466	622	612
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,2 %	2,4 %	1,6 %	2,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	8,6 %	8,2 %	7,4 %	7,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,2 %	0,2 %	0,5 %	0,3 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	15,3 %	15,5 %	20,3 %	20,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)	6,0 %	7,3 %	6,3 %	7,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	51,0 %	49,4 %	57,2 %	56,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	8,8 %	8,6 %	13,2 %	13,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,6 %	2,1 %	1,6 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,2 %	5,8 %	10,1 %	10,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,6 %	0,6 %	1,8 %	1,6 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,6 %	0,6 %	4,2 %	4,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,4 %	0,4 %	1,1 %	1,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,4 %	0,4 %	1,0 %	0,7 %
Alter ¹				
• Mittelwert	51,7	50,5	49,6	49,2
• Median	51	50	48	48
• (Interquartilsabstand)	(37 - 64)	(33 - 63)	(35 - 60)	(32 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,8 %	51,9 %	55,9 %	53,3 %
• Männer	45,2 %	48,1 %	44,1 %	46,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	32,5 %	48,5 %	35,7 %	53,1 %
• PIA	67,5 %	51,5 %	64,3 %	46,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,1 %	0,6 %	1,8 %	1,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	6,2 %	5,8 %	6,9 %	6,7 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	10,3 %	9,0 %	9,5 %	8,8 %
• Abitur/Fachabitur	1,7 %	4,5 %	1,8 %	4,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	9,0 %	11,8 %	10,0 %	11,8 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)	71,6 %	68,2 %	70,1 %	67,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	6,9 %	4,1 %	7,1 %	5,1 %
	14,2 %	18,5 %	14,3 %	18,3 %
	0,6 %	1,1 %	0,5 %	0,8 %
	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,7 %
	0,2 %	0,9 %	0,2 %	1,0 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	6,2 %	6,9 %	7,7 %	6,7 %
	71,6 %	68,2 %	70,1 %	67,5 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	15,9 %	15,5 %	14,6 %	13,9 %
	84,1 %	82,4 %	85,4 %	83,8 %
	0,0 %	2,1 %	0,0 %	2,3 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	19,8 %	21,5 %	22,2 %	23,5 %
	18,1 %	19,7 %	18,8 %	21,2 %
	62,2 %	58,8 %	59,0 %	55,2 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	52,7 %	53,9 %	55,1 %	56,4 %
	5,8 %	3,9 %	6,1 %	4,1 %
	40,4 %	37,1 %	37,6 %	35,0 %
	1,1 %	5,2 %	1,1 %	4,6 %

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 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)	658	637	949	938

Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,8 %	1,1 %	1,5 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,3 %	4,2 %	2,3 %	3,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,8 %	2,8 %	3,9 %	2,6 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	1,5 %	2,0 %	1,4 %	1,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	10,6 %	19,0 %	18,5 %	25,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	23,6 %	16,6 %	20,4 %	15,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	44,8 %	36,3 %	51,7 %	46,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	3,0 %	4,4 %	9,9 %	11,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,3 %	0,6 %	2,2 %	3,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	4,4 %	6,4 %	9,7 %	12,4 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,2 %	0,8 %	1,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	3,8 %	3,8 %	7,5 %	7,9 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,4 %	0,6 %	3,5 %	2,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,5 %	1,9 %	1,4 %	2,3 %
Alter ¹				
• Mittelwert	51,6	49,9	50,8	48,9
• Median	50	49	49	48
• (Interquartilsabstand)	(38 - 64)	(35 - 62)	(38 - 61)	(35 - 60)
Geschlecht (%)				
• Frauen	56,8 %	51,5 %	56,2 %	54,3 %
• Männer	43,2 %	48,5 %	43,8 %	45,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	16,6 %	44,6 %	18,8 %	48,4 %
• PIA	83,4 %	55,4 %	81,2 %	51,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,7 %	1,6 %	2,0 %	1,6 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,2 %	5,0 %	5,9 %	5,7 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	5,0 %	6,4 %	4,3 %	6,1 %
• Abitur/Fachabitur	2,0 %	2,5 %	1,6 %	2,6 %
• Abschluss unbekannt	6,5 %	4,9 %	6,3 %	5,0 %
• Fehlende Angabe	79,6 %	79,6 %	79,9 %	79,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,8 %	4,7 %	6,1 %	4,9 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	8,1 %	10,8 %	7,9 %	10,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,6 %	0,1 %	0,5 %
• Bachelor	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %
• Promotion	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %

• Abschluss unbekannt	6,2 %	3,8 %	5,8 %	4,4 %
• Fehlende Angabe	79,6 %	79,6 %	79,9 %	79,1 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	16,6 %	19,6 %	15,5 %	19,0 %
• Nein	83,4 %	77,4 %	84,5 %	78,3 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	3,0 %	0,0 %	2,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	29,5 %	33,4 %	30,8 %	32,5 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	45,7 %	35,5 %	47,4 %	41,5 %
• Weder A noch B	24,8 %	31,1 %	21,8 %	26,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	43,8 %	47,4 %	43,1 %	48,1 %
• Familienversicherter	5,2 %	6,3 %	4,5 %	5,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	49,2 %	42,2 %	50,8 %	42,5 %
• Fehlende Angabe	1,8 %	4,1 %	1,6 %	3,5 %

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

14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose

Tabelle 160: 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)	86	86	83	78	74	86	86	80	77	73
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	1,5	18,6	10,0	4,3	3,2	3,8	16,5	5,1	3,4	7,9
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 52 Jahre; KG: < 51 Jahre)	2,4 (n=41)	16,8 (n=41)	4,6 (n=41)	2,2 (n=41)	1,9 (n=40)	7,9 (n=41)	19,0 (n=41)	7,2 (n=41)	6,3 (n=41)	12,8 (n=40)
Älter (IG: ≥ 52 Jahre; KG: ≥ 51 Jahre)	0,7 (n=45)	20,3 (n=45)	15,2 (n=42)	6,5 (n=37)	4,8 (n=34)	0,2 (n=45)	14,3 (n=45)	2,8 (n=39)	0,0 (n=36)	2,0 (n=33)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	45,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,2 (n<10)	5,4 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	1,4 (n=15)	12,5 (n=15)	12,0 (n=15)	0,5 (n=14)	0,0 (n=13)	6,0 (n=15)	22,1 (n=15)	2,3 (n=15)	7,3 (n=15)	14,9 (n=14)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)	0,5 (n<10)	19,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	63,0 (n<10)	56,3 (n<10)	19,7 (n<10)	22,3 (n<10)	1,0 (n<10)	40,7 (n<10)
F 30-39 (Affektive Störungen)	2,1 (n=51)	25,5 (n=51)	12,4 (n=51)	6,2 (n=50)	3,5 (n=50)	1,4 (n=50)	17,4 (n=50)	6,3 (n=48)	3,1 (n=47)	5,3 (n=46)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,3 (n<10)	22,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	6,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	10,0 (n<10)	0,0 (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)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	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 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 70-79 (Intelligenzstörung)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	143	143	137	127	122	142	142	137	134	128
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	12,2	9,3	5,5	4,6	6,3	15,1	13,8	11,3	10,4	9,0
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 51 Jahre; KG: < 55 Jahre)	14,2 (n=71)	9,5 (n=71)	6,7 (n=71)	7,7 (n=71)	10,6 (n=70)	14,9 (n=69)	18,3 (n=69)	11,6 (n=69)	16,1 (n=68)	16,4 (n=67)
Älter (IG: ≥ 51 Jahre; KG: ≥ 55 Jahre)	10,2 (n=72)	9,2 (n=72)	4,2 (n=66)	0,7 (n=56)	0,5 (n=52)	15,4 (n=73)	9,6 (n=73)	10,9 (n=68)	4,7 (n=66)	1,0 (n=61)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	11,9 (n<10)	0,1 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	6,6 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,3 (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 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	22,4 (n<10)	46,7 (n<10)	14,4 (n<10)	26,0 (n<10)	30,3 (n<10)	13,6 (n<10)	16,1 (n<10)	6,3 (n<10)	16,7 (n<10)	9,8 (n<10)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	28,5 (n=26)	18,8 (n=26)	8,9 (n=26)	8,4 (n=23)	6,4 (n=23)	16,0 (n=26)	25,8 (n=26)	28,3 (n=26)	20,7 (n=26)	21,8 (n=24)
F 30-39 (Affektive Störungen)	5,9 (n=71)	2,2 (n=71)	0,1 (n=70)	0,9 (n=67)	0,1 (n=64)	14,4 (n=71)	11,3 (n=71)	4,3 (n=71)	3,1 (n=71)	0,9 (n=68)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	27,3 (n<10)	13,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,8 (n<10)	13,3 (n<10)	3,7 (n<10)	3,0 (n<10)	0,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	22,6 (n=10)	18,9 (n=10)	36,5 (n=10)	8,4 (n=10)	22,5 (n=10)	40,8 (n=11)	27,5 (n=11)	44,2 (n=10)	55,1 (n<10)	53,8 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
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)	112,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

Tabelle 161: 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)	40	40	40	40	39	42	42	42	42	41
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	19,0	90,2	23,6	12,3	14,5	28,0	66,3	10,5	4,7	14,1
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 44 Jahre; KG: < 43 Jahre)	21,1 (n=19)	125,5 (n=19)	41,8 (n=19)	25,1 (n=19)	27,2 (n=19)	36,6 (n=19)	71,9 (n=19)	16,4 (n=19)	7,0 (n=19)	19,4 (n=19)
Älter (IG: ≥ 44 Jahre; KG: ≥ 43 Jahre)	17,1 (n=21)	58,2 (n=21)	7,1 (n=21)	0,6 (n=21)	2,4 (n=20)	20,8 (n=23)	61,7 (n=23)	5,7 (n=23)	2,9 (n=23)	9,5 (n=22)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	2,3 (n<10)	15,9 (n<10)	18,4 (n<10)	11,0 (n<10)	0,0 (n<10)	17,7 (n=10)	55,6 (n=10)	3,9 (n=10)	8,8 (n=10)	19,0 (n<10)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 (n<10)	33,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	57,0 (n<10)	19,0 (n<10)	22,0 (n<10)	1,0 (n<10)	40,3 (n<10)
F 30-39 (Affektive Störungen)	28,2 (n=26)	126,4 (n=26)	29,9 (n=26)	15,0 (n=26)	9,7 (n=26)	31,0 (n=26)	79,0 (n=26)	13,0 (n=26)	4,2 (n=26)	10,8 (n=26)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,5 (n<10)	9,5 (n<10)	53,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,5 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	2,0 (n<10)	72,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	153,0 (n<10)	2,0 (n<10)	11,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 70-79 (Intelligenzstörung)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	59	59	59	59	59	49	49	49	49	49
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	28,4	47,4	17,1	21,7	17,1	43,9	30,6	22,1	23,0	26,0
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 41 Jahre; KG: < 40 Jahre)	21,5 (n=28)	39,8 (n=28)	14,6 (n=28)	16,5 (n=28)	27,8 (n=28)	33,1 (n=24)	28,4 (n=24)	14,7 (n=24)	28,0 (n=24)	37,3 (n=24)
Älter (IG: ≥ 41 Jahre; KG: ≥ 40 Jahre)	34,6 (n=31)	54,3 (n=31)	19,4 (n=31)	26,3 (n=31)	7,4 (n=31)	54,2 (n=25)	32,7 (n=25)	29,1 (n=25)	18,3 (n=25)	15,2 (n=25)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	17,6 (n<10)	47,0 (n<10)	16,6 (n<10)	42,0 (n<10)	19,2 (n<10)	19,3 (n<10)	21,1 (n<10)	7,9 (n<10)	21,4 (n<10)	15,4 (n<10)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	24,7 (n=10)	19,5 (n=10)	17,2 (n=10)	25,7 (n=10)	13,4 (n=10)	25,9 (n<10)	8,5 (n<10)	25,8 (n<10)	47,4 (n<10)	69,3 (n<10)
F 30-39 (Affektive Störungen)	32,9 (n=31)	43,4 (n=31)	1,0 (n=31)	8,4 (n=31)	10,9 (n=31)	55,5 (n=26)	43,5 (n=26)	23,7 (n=26)	13,5 (n=26)	10,0 (n=26)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	37,3 (n<10)	57,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	42,5 (n<10)	26,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	41,5 (n<10)	176,0 (n<10)	183,0 (n<10)	182,5 (n<10)	75,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	18,1 (n<10)	71,0 (n<10)	51,0 (n<10)	26,7 (n<10)	25,0 (n<10)	69,8 (n<10)	25,0 (n<10)	50,8 (n<10)	62,5 (n<10)	88,3 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
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)	112,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

⁴ 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 162: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,58 0,56...4,44	2,40 0,22...25,85	7,65* 0,47...14,83	-7,26*** -10,57...-3,96
DID Jahr 2	0,89 0,29...2,77	8,03 0,47...136,36	4,90 -2,27...12,08	0,13 -3,17...3,44
DID Jahr 3	1,00 0,30...3,39	3,08 0,21...45,50	2,14 -5,04...9,32	0,79 -2,52...4,10
DID Jahr 4	0,41 0,11...1,50	4,16 0,27...65,27	-1,39 -8,56...5,79	1,15 -2,15...4,46
DID Jahr 1-4	—	—	3,33 -2,61...9,26	-1,30 -3,99...1,39
Gruppe	0,83 0,35...1,97	0,31 0,03...3,03	-2,92 -8,01...2,18	-0,71 -3,05...1,64
Jahr 1	12,02*** 5,77...25,04	13,04*** 3,75...45,33	13,40*** 8,28...18,53	8,79*** 6,43...11,15
Jahr 2	1,86 0,85...4,07	0,66 0,11...4,06	0,51 -4,62...5,63	0,36 -2,01...2,72
Jahr 3	1,00 0,43...2,34	1,35 0,29...6,27	-1,05 -6,17...4,08	-0,22 -2,58...2,14
Jahr 4	1,30 0,57...2,94	1,00 0,20...5,13	1,57 -3,55...6,70	-0,10 -2,46...2,26
Indexgruppe 4 (F03)	0,39* 0,16...0,98	0,00 0,00...INF	-5,09 -10,35...0,16	-1,56 -3,98...0,87
Indexgruppe 6 (F10)	1,75* 1,05...2,91	0,43 0,16...1,12	-1,31 -5,09...2,47	-1,11 -2,85...0,63
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,07 0,68...1,68	2,39 0,97...5,90	2,44 -0,72...5,59	0,41 -1,04...1,86
Psy A ¹	0,93 0,60...1,46	1,63 0,88...3,01	-0,91 -3,85...2,03	1,17 -0,18...2,53
Psy B ²	1,48 0,92...2,38	0,67 0,34...1,32	4,18* 0,84...7,53	-1,50 -3,04...0,04
Alter	1,00 0,68...1,47	0,87 0,49...1,56	-0,23 -2,88...2,43	0,10 -1,13...1,32
Geschlecht (m vs. w)	1,21 0,81...1,80	1,35 0,75...2,41	2,02 -0,59...4,64	1,11 -0,09...2,31

Komorbidität ³	1,04 0,96...1,12	0,97 0,86...1,10	0,31 -0,19...0,80	0,02 -0,21...0,25
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,31 0,78...2,19	0,56 0,20...1,51	4,42* 0,86...7,98	-1,38 -3,02...0,26
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,51* 1,06...2,15	1,62 0,95...2,77	1,93 -0,45...4,30	1,15* 0,06...2,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,17*** 0,11...0,26	0,44** 0,25...0,77	-9,27*** -11,82...-6,72	-0,45 -1,62...0,73

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 stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,58 0,29...1,16	1,61 0,56...4,69	-0,97 -8,99...7,06	-0,08 -2,74...2,57
DID Jahr 2	0,47 0,22...1,01	1,03 0,30...3,54	-1,44 -9,46...6,59	2,45 -0,21...5,10
DID Jahr 3	0,50 0,23...1,10	1,65 0,45...6,06	-5,03 -13,05...3,00	2,28 -0,38...4,93
DID Jahr 4	0,71 0,32...1,56	0,79 0,22...2,84	-4,14 -12,17...3,89	2,02 -0,64...4,67
DID Jahr 1-4	—	—	-2,89 -9,24...3,46	1,66 -0,44...3,76
Gruppe	1,68* 1,03...2,75	1,17 0,58...2,36	0,17 -5,54...5,88	-1,71 -3,59...0,18
Jahr 1	1,10 0,67...1,82	0,55 0,24...1,26	0,73 -4,99...6,45	-1,75 -3,64...0,14
Jahr 2	0,60 0,35...1,02	0,38* 0,15...0,94	-3,83 -9,55...1,90	-2,22* -4,11...-0,32
Jahr 3	0,44** 0,25...0,77	0,26* 0,09...0,74	-2,47 -8,19...3,25	-3,02** -4,91...-1,13
Jahr 4	0,36** 0,20...0,64	0,38* 0,15...0,94	-3,11 -8,83...2,62	-2,76** -4,65...-0,87
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,89 0,59...1,34	1,69 0,85...3,38	2,75 -1,85...7,34	1,60* 0,08...3,12
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,59** 0,44...0,81	1,52 0,90...2,57	-2,94 -6,20...0,31	0,98 -0,09...2,06
Indexgruppe 13 (F60.31)	1,51* 1,03...2,21	2,03* 1,17...3,52	10,88*** 6,39...15,36	0,97 -0,51...2,46
Psy A ¹	1,29 0,84...1,98	2,81* 1,22...6,47	2,52 -1,41...6,44	1,26 -0,03...2,56
Psy B ²	2,50*** 1,81...3,44	0,91 0,58...1,43	6,00*** 2,78...9,21	-0,60 -1,66...0,47
Alter	0,61** 0,47...0,81	0,72 0,47...1,11	-5,49*** -8,42...-2,55	-0,01 -0,98...0,96
Geschlecht (m vs. w)	1,13 0,86...1,49	1,33 0,85...2,08	2,76* 0,03...5,49	0,21 -0,69...1,11

Komorbidität ³	0,98 0,93...1,03	0,93 0,84...1,02	0,16 -0,42...0,73	-0,16 -0,35...0,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,05 0,71...1,56	0,32* 0,11...0,91	7,82*** 4,01...11,64	-0,82 -2,08...0,44
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	3,86*** 2,90...5,13	3,44*** 2,13...5,54	10,46*** 7,70...13,21	1,91*** 1,00...2,82
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,13*** 0,09...0,17	0,80 0,48...1,34	-19,68*** -23,50...-15,87	-0,23 -1,49...1,03

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, klinikneue Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	2,36** 0,63...4,09	-0,48 -2,51...1,55	1,38 -2,89...5,66
DID Jahr 2	1,87* 0,14...3,60	-0,69 -2,73...1,34	1,00 -3,28...5,27
DID Jahr 3	1,07 -0,66...2,80	0,18 -1,85...2,21	0,26 -4,02...4,53
DID Jahr 4	1,58 -0,15...3,30	0,05 -1,98...2,08	2,08 -2,20...6,36
Gruppe	-0,12 -1,34...1,11	0,21 -1,23...1,65	-4,11** -7,15...-1,08
Jahr 1	3,35*** 2,11...4,58	0,06 -1,39...1,51	-0,47 -3,52...2,59
Jahr 2	1,49* 0,26...2,73	0,31 -1,14...1,76	-0,34 -3,39...2,71
Jahr 3	1,77** 0,54...3,01	-0,67 -2,12...0,78	0,77 -2,28...3,83
Jahr 4	1,15 -0,09...2,38	-0,78 -2,23...0,67	-1,03 -4,09...2,02
Indexgruppe 4 (F03)	0,78 -0,49...2,04	-0,90 -2,39...0,59	0,29 -2,84...3,43
Indexgruppe 6 (F10)	-1,12* -2,03...-0,21	-0,61 -1,68...0,46	-0,42 -2,67...1,83
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,10 -0,86...0,66	0,49 -0,40...1,38	0,98 -0,90...2,86
Psy A ¹	-0,29 -1,00...0,42	1,93*** 1,10...2,76	0,70 -1,05...2,45
Psy B ²	0,58 -0,22...1,39	1,57** 0,62...2,51	3,88*** 1,89...5,87
Alter	-0,49 -1,12...0,15	0,81* 0,06...1,56	-1,48 -3,06...0,10
Geschlecht (m vs. w)	0,91** 0,28...1,54	0,43 -0,31...1,17	1,97* 0,41...3,52
Komorbidität ³	-0,04 -0,16...0,08	-0,12 -0,26...0,02	0,83*** 0,53...1,12

Pflegestufe (nein vs. ja)	2,72*** 1,87...3,58	-0,38 -1,39...0,63	8,09*** 5,97...10,21
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	-0,03 -0,60...0,54	0,72* 0,05...1,40	-1,56* -2,98...-0,14
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,41*** 0,79...2,02	-0,48 -1,20...0,25	-1,47 -2,99...0,05

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 165: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,56 -1,71...2,82	-0,32 -2,04...1,41	-1,31 -4,90...2,27
DID Jahr 2	0,71 -1,56...2,97	-0,51 -2,24...1,21	-1,25 -4,84...2,33
DID Jahr 3	-0,39 -2,65...1,87	-0,25 -1,98...1,47	-1,58 -5,17...2,00
DID Jahr 4	0,17 -2,10...2,43	0,18 -1,54...1,91	-3,71* -7,30...-0,13
Gruppe	0,03 -1,59...1,64	-1,27* -2,50...-0,04	-2,14 -4,69...0,41
Jahr 1	1,92* 0,30...3,53	0,47 -0,76...1,70	1,69 -0,86...4,25
Jahr 2	-1,05 -2,66...0,56	0,32 -0,91...1,55	-1,01 -3,57...1,54
Jahr 3	-1,59 -3,21...0,02	0,11 -1,12...1,34	0,34 -2,22...2,89
Jahr 4	-2,62** -4,23...-1,01	-0,43 -1,66...0,80	2,23 -0,33...4,78
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,35*** 1,05...3,64	-0,38 -1,37...0,61	-3,29** -5,34...-1,24
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,72 -1,63...0,20	-0,04 -0,74...0,66	-1,95** -3,40...-0,50
Indexgruppe 13 (F60.31)	3,33*** 2,07...4,60	-0,21 -1,18...0,75	0,20 -1,81...2,20
Psy A ¹	1,24* 0,13...2,34	-1,06* -1,91...-0,22	2,05* 0,30...3,80
Psy B ²	1,67*** 0,76...2,58	0,29 -0,40...0,98	0,79 -0,65...2,23
Alter	0,07 -0,76...0,89	-1,30*** -1,94...-0,68	1,20 -0,11...2,51
Geschlecht (m vs. w)	-0,14 -0,91...0,63	-0,02 -0,61...0,56	0,62 -0,60...1,84
Komorbidität ³	0,08 -0,08...0,24	0,11 -0,02...0,23	1,33*** 1,07...1,59

Pflegestufe (nein vs. ja)	2,99*** 1,92...4,07	-0,92* -1,74...-0,10	5,82*** 4,12...7,53
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,61 -0,16...1,39	0,31 -0,28...0,90	0,77 -0,46...1,99
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,08*** 4,00...6,16	-2,17*** -2,98...-1,35	-3,20*** -4,90...-1,50

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 166: 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	2,98** 1,37...6,50	3,65*** 1,82...7,32	2,97** 1,46...6,04
Indexgruppe 4 (F03)	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Psy A ¹	1,07 0,39...2,94	1,73 0,71...4,22	1,40 0,58...3,38
Psy B ²	1,72 0,64...4,63	1,43 0,59...3,47	3,14* 1,20...8,22
Alter	1,20 0,53...2,70	1,71 0,81...3,58	1,18 0,55...2,53
Geschlecht (m vs. w)	1,81 0,80...4,12	1,80 0,88...3,67	1,85 0,90...3,81
Komorbidität ³	0,97 0,81...1,16	1,00 0,85...1,18	0,95 0,80...1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,86 0,30...2,47	0,79 0,30...2,07	1,67 0,57...4,90
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,06 0,49...2,28	0,76 0,38...1,54	1,11 0,53...2,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,92 0,36...2,36	2,32* 1,00...5,37	2,42* 1,01...5,80

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 167: 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	14,31** 2,01...102,11	27,03** 2,54...288,15	4,47 0,79...25,30
Indexgruppe 4 (F03)	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Psy A ¹	6,79 0,94...49,36	2,32 0,34...16,01	5,16 0,75...35,40
Psy B ²	1,94 0,34...11,16	3,03 0,29...31,71	0,87 0,10...7,41
Alter	6,70 0,96...46,87	8,04* 1,11...58,28	3,62 0,65...20,21
Geschlecht (m vs. w)	0,55 0,09...3,44	3,38 0,48...23,75	1,35 0,22...8,19
Komorbidität ³	0,78 0,57...1,06	0,79 0,53...1,17	0,94 0,68...1,30
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,14 0,02...1,18	0,08 0,01...1,38	0,19 0,02...2,10
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,82 0,18...3,85	1,39 0,21...9,23	0,94 0,18...4,95
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,59 0,25...10,11	1,53 0,18...12,70	1,39 0,18...10,85

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 168: 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	6,49 0,37...113,67	46,75 0,24...INF	42,27 0,54...INF
Indexgruppe 4 (F03)	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Psy A ¹	89,36* 1,53...INF	>100 0,07...INF	44,59 0,56...INF
Psy B ²	0,19 0,01...6,63	0,00 0,00...776,37	0,29 0,01...16,09
Alter	14,87 0,53...414,92	>100 0,00...INF	2,50 0,10...60,70
Geschlecht (m vs. w)	0,21 0,01...4,16	3,01 0,04...234,71	1,23 0,03...46,08
Komorbidität ³	1,84 0,78...4,34	0,34 0,03...4,03	1,30 0,50...3,41
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,18 0,01...4,44	0,74 0,00...236,11	0,04 0,00...3,82
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,61 0,18...14,52	6,97 0,21...226,69	3,32 0,18...62,11
Referenzfall (KH vs. PIA)	59,59 0,60...INF	>100 0,00...INF	3,73 0,02...597,72

 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, 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	0,80 0,12...5,29	6,25 0,40...96,44	2,01 0,18...22,85
Indexgruppe 4 (F03)	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Psy A ¹	1,82 0,14...22,89	3,41 0,17...68,90	1,13 0,09...14,85
Psy B ²	0,37 0,02...9,15	2,41 0,04...133,21	8,00 0,20...326,73
Alter	12,90 0,69...240,17	17,39 0,95...317,80	9,24 0,74...116,13
Geschlecht (m vs. w)	0,35 0,03...4,20	3,86 0,23...65,14	4,45 0,34...58,77
Komorbidität ³	0,64 0,36...1,12	1,04 0,53...2,04	1,01 0,54...1,89
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,32 0,04...42,23	0,20 0,00...13,09	0,17 0,00...6,61
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,95 0,14...6,21	0,32 0,03...3,23	0,36 0,05...2,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,99 0,26...15,38	13,87 0,83...232,88	3,22 0,30...34,44

 Signif. codes: ¹*** <0,001 ²** <0,01 ³* <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 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,38 0,71...2,67	1,36 0,65...2,81	1,74 0,73...4,14
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 13 (F60.31)	kf	kf	kf
Psy A ¹	5,45* 1,14...26,11	6,63** 1,74...25,29	4,35* 1,27...14,88
Psy B ²	1,35 0,65...2,81	1,95 0,89...4,26	2,19 0,84...5,72
Alter	1,01 0,52...1,95	0,65 0,32...1,35	0,96 0,41...2,28
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,44...1,92	0,85 0,40...1,83	0,78 0,31...1,95
Komorbidität ³	0,97 0,84...1,13	1,01 0,86...1,19	1,02 0,83...1,25
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,47 0,56...3,84	1,24 0,38...4,04	1,33 0,29...6,13
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,04 1,00...4,17	1,48 0,69...3,17	1,24 0,52...2,92
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,64** 1,35...5,18	6,77*** 3,07...14,91	2,61* 1,06...6,38

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 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,80 0,31...2,07	1,24 0,44...3,45	0,40 0,07...2,24
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 13 (F60.31)	kf	kf	kf
Psy A ¹	1,63 0,25...10,48	2,33 0,41...13,19	2,12 0,17...26,84
Psy B ²	3,10 0,73...13,12	2,05 0,54...7,76	0,74 0,08...7,03
Alter	0,73 0,32...1,68	0,20** 0,08...0,55	0,39 0,08...1,94
Geschlecht (m vs. w)	0,40 0,15...1,05	0,86 0,31...2,38	3,38 0,68...16,93
Komorbidität ³	1,10 0,92...1,33	1,15 0,93...1,41	1,10 0,77...1,56
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,55 0,19...1,54	1,82 0,52...6,35	5,69 0,52...62,46
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,00 0,41...2,46	0,89 0,33...2,38	0,10* 0,01...0,71
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,60* 1,05...6,43	2,21 0,83...5,84	5,41* 1,23...23,78

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 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,95 0,35...2,55	1,53 0,48...4,87	0,37 0,06...2,38
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 13 (F60.31)	kf	kf	kf
Psy A ¹	1,51 0,21...10,77	1,51 0,22...10,60	53,41* 1,62...INF
Psy B ²	1,49 0,35...6,35	2,35 0,54...10,25	1,43 0,23...8,83
Alter	0,73 0,28...1,89	0,21** 0,07...0,67	0,20 0,02...2,29
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,36...2,35	1,22 0,44...3,44	2,24 0,43...11,56
Komorbidität ³	0,96 0,77...1,19	0,98 0,75...1,28	0,78 0,51...1,19
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,27 0,33...4,94	5,72 0,80...41,05	0,95 0,05...16,60
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,68 0,27...1,70	1,02 0,32...3,31	0,39 0,05...3,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,61 0,60...4,35	2,65 0,89...7,92	7,38* 1,13...48,05

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 173: 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	2,30 0,89...5,93	2,12 0,80...5,59	1,11 0,36...3,44
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 13 (F60.31)	kf	kf	kf
Psy A ¹	1,38 0,20...9,50	4,04 0,55...29,57	2,23 0,30...16,38
Psy B ²	0,98 0,29...3,29	1,02 0,32...3,29	1,04 0,27...3,97
Alter	0,76 0,28...2,12	0,88 0,33...2,38	0,54 0,18...1,65
Geschlecht (m vs. w)	0,66 0,25...1,74	0,68 0,26...1,79	0,85 0,27...2,69
Komorbidität ³	0,68* 0,50...0,93	0,98 0,73...1,32	0,88 0,63...1,24
Pflegestufe (nein vs. ja)	29,06** 2,63...321,66	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,25 0,47...3,35	0,99 0,35...2,79	0,84 0,23...3,14
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,50 0,48...4,70	4,01* 1,38...11,68	1,51 0,45...5,11

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 174: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 175: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 176: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1)

[kf]

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ 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 Arzt- und Krankenhausshopping, 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 178: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,17 -0,57...0,24	19,51 -7,65...46,67
DID Jahr 2	-0,09 -0,50...0,32	11,37 -15,80...38,53
DID Jahr 3	0,05 -0,36...0,46	17,21 -9,95...44,37
DID Jahr 4	-0,06 -0,47...0,35	11,77 -15,39...38,93
DID Jahr 1-4	—	14,96 -8,38...38,31
Gruppe	-0,04 -0,33...0,25	-7,59 -27,01...11,83
Jahr 1	0,45** 0,15...0,74	44,06*** 24,64...63,48
Jahr 2	-0,32* -0,62...-0,03	-12,00 -31,42...7,42
Jahr 3	-0,48** -0,77...-0,19	-20,43* -39,85...-1,01
Jahr 4	-0,31* -0,60...-0,02	-14,80 -34,22...4,62
Indexgruppe 4 (F03)	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Psy A ¹	-0,05 -0,20...0,11	9,31 -0,87...19,49
Psy B ²	0,26* 0,06...0,46	-3,74 -17,22...9,74
Alter	-0,11 -0,24...0,03	-5,00 -13,83...3,83
Geschlecht (m vs. w)	0,09 -0,05...0,23	8,58 -0,52...17,68

Komorbidität ³	0,01 -0,03...0,05	1,74 -1,13...4,61
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,23 -0,11...0,56	-13,17 -35,62...9,28
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,21** -0,36...-0,07	-6,12 -15,53...3,30

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 Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,16 -0,69...0,38	22,98 -4,29...50,26
DID Jahr 2	-0,16 -0,69...0,38	1,07 -26,21...28,35
DID Jahr 3	-0,20 -0,73...0,34	0,91 -26,37...28,19
DID Jahr 4	-0,25 -0,78...0,29	-5,14 -32,41...22,14
DID Jahr 1-4	—	4,96 -16,82...26,73
Gruppe	0,13 -0,25...0,51	-2,56 -21,96...16,84
Jahr 1	0,06 -0,33...0,46	-5,61 -25,66...14,44
Jahr 2	-0,30 -0,69...0,09	-19,13 -39,17...0,92
Jahr 3	-0,19 -0,58...0,21	-18,98 -39,02...1,07
Jahr 4	-0,20 -0,59...0,19	-10,65 -30,70...9,40
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 13 (F60.31)	kf	kf
Psy A ¹	-0,17 -0,43...0,09	11,84 -1,40...25,07
Psy B ²	0,40*** 0,21...0,59	4,64 -5,09...14,38
Alter	-0,11 -0,28...0,07	-0,72 -9,67...8,23
Geschlecht (m vs. w)	-0,04 -0,22...0,14	-4,22 -13,40...4,97

Komorbidität ³	0,07* 0,02...0,11	2,06 -0,47...4,59
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,78** 0,32...1,24	36,45** 12,85...60,04
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,72*** -0,96...-0,48	2,18 -10,08...14,44

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 180: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 181: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,28 -1,16...0,61
DID Jahr 2	0,10 -0,78...0,99
DID Jahr 3	-0,04 -0,92...0,85
DID Jahr 4	0,19 -0,70...1,07
Gruppe	-0,45 -1,08...0,18
Jahr 1	0,56 -0,08...1,19
Jahr 2	-0,22 -0,85...0,42
Jahr 3	-0,27 -0,90...0,37
Jahr 4	-0,46 -1,09...0,17
Indexgruppe 4 (F03)	0,20 -0,43...0,82
Indexgruppe 6 (F10)	0,34 -0,13...0,81
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,09 -0,30...0,48
Psy A ¹	0,82*** 0,46...1,18
Psy B ²	-0,17 -0,58...0,25
Alter	1,56*** 1,25...1,87
Geschlecht (m vs. w)	0,32 0,00...0,64
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,16*** 1,73...2,59

Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,45** 0,16...0,74
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,60*** -0,91...-0,29

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 Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,27 -0,91...0,36
DID Jahr 2	-0,25 -0,89...0,39
DID Jahr 3	-0,49 -1,13...0,14
DID Jahr 4	-0,44 -1,07...0,20
Gruppe	0,21 -0,24...0,67
Jahr 1	0,20 -0,26...0,65
Jahr 2	-0,12 -0,57...0,34
Jahr 3	-0,07 -0,53...0,38
Jahr 4	-0,14 -0,60...0,31
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,17 -0,53...0,20
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,69*** 0,43...0,94
Indexgruppe 13 (F60.31)	0,54** 0,18...0,89
Psy A ¹	0,39* 0,08...0,70
Psy B ²	0,44** 0,18...0,69
Alter	0,86*** 0,64...1,09
Geschlecht (m vs. w)	0,09 -0,13...0,30
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,91*** 1,61...2,20

Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,73*** 0,52...0,94
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,61*** -0,91...-0,31

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 184: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,17 0,57...2,40
Psy A ¹	0,18** 0,05...0,63
Psy B ²	1,73 0,37...8,16
Alter	10,13** 2,32...44,15
Geschlecht (m vs. w)	0,37* 0,17...0,80
Komorbidität ³	1,27*** 1,14...1,41
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,58 0,24...1,39
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,10 0,51...2,41
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,13 0,52...2,43

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 Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,60 0,97...2,63
Psy A ¹	0,28** 0,14...0,59
Psy B ²	1,33 0,64...2,76
Alter	20,40*** 4,92...84,55
Geschlecht (m vs. w)	0,87 0,54...1,42
Komorbidität ³	1,23*** 1,12...1,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,44** 0,24...0,81
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,61 0,36...1,03
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,70 0,83...8,81

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 186: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,80 0,35...1,83	1,33 0,39...4,47	0,96 0,46...2,01
Psy A ¹	1,19 0,48...2,92	1,04 0,21...5,25	0,74 0,31...1,74
Psy B ²	0,55 0,14...2,21	6,56* 1,13...38,23	0,52 0,15...1,75
Alter	1,12 0,47...2,68	3,05 0,79...11,83	1,10 0,48...2,52
Geschlecht (m vs. w)	2,39 0,80...7,15	0,81 0,19...3,39	0,30** 0,14...0,65
Komorbidität ³	1,07 0,92...1,24	1,06 0,85...1,32	0,78* 0,60...1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,78 0,17...3,52	0,00 0,00...INF	1,70 0,43...6,71
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,94 0,42...2,11	5,37* 1,13...25,57	0,85 0,40...1,79
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,00 0,70...5,77	6,64* 1,24...35,49	0,56 0,27...1,18

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 Progression, klinikbekannte Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,56 0,20...1,52	2,15 0,61...7,50	0,96 0,51...1,81
Psy A ¹	1,49 0,45...5,00	>100 0,00...INF	1,30 0,42...4,05
Psy B ²	0,28* 0,08...1,00	1,84 0,49...6,93	1,54 0,77...3,10
Alter	0,56 0,19...1,64	0,31 0,07...1,29	0,47* 0,24...0,92
Geschlecht (m vs. w)	6,03* 1,43...25,51	1,39 0,36...5,43	1,56 0,80...3,08
Komorbidität ³	0,90 0,69...1,17	0,86 0,61...1,22	0,93 0,77...1,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,18 0,12...11,80	13,74** 2,18...86,64	0,52 0,14...1,87
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	3,74* 1,16...12,05	0,33 0,08...1,31	1,14 0,60...2,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,15** 0,04...0,52	0,77 0,09...6,98	0,46 0,17...1,25

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 188: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

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

Tabelle 189: 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	-0,15*** -0,24...-0,07	-43,29*** -67,17...-19,41	-0,10** -0,17...-0,03	-36,10** -59,06...-13,14
Psy B ²	-0,06 -0,14...0,03	-18,50 -42,69...5,68	-0,05 -0,12...0,02	-18,70 -41,95...4,56
Alter	-0,05 -0,15...0,04	-12,22 -38,52...14,09	-0,03 -0,11...0,05	-8,12 -33,41...17,18
Geschlecht (m vs. w)	-0,07 -0,16...0,02	-20,68 -45,43...4,06	-0,05 -0,12...0,03	-16,28 -40,08...7,52
Komorbidität ³	0,03** 0,01...0,05	9,60*** 4,64...14,57	0,03*** 0,01...0,04	9,12*** 4,35...13,89
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,04 -0,17...0,09	-21,56 -58,30...15,18	-0,08 -0,18...0,03	-24,48 -59,81...10,85

Tabelle 190: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,06 0,84...1,34	18,88 -2,42...40,19
Psy A ¹	1,50** 1,12...2,01	-5,36 -30,82...20,10
Psy B ²	1,00 0,72...1,40	-9,72 -38,34...18,91
Alter	0,81 0,63...1,05	25,88* 3,13...48,62
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,72...1,17	-6,12 -27,17...14,93
Komorbidität ³	1,02 0,98...1,08	1,92 -2,44...6,29
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,79 0,56...1,11	-22,73 -53,39...7,92
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,98 0,77...1,25	-3,35 -24,90...18,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,03 0,76...1,39	-21,89 -48,43...4,65

Tabelle 191: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2)

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	1,33 0,68...2,60	1,02 0,80...1,31	1,20 0,70...2,06	0,73 0,30...1,83	0,83 0,22...3,08	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	0,00 0,00...INF	1,44* 1,09...1,89	0,46* 0,24...0,90	1,07 0,40...2,87	1,20 0,28...5,15	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	0,96 0,48...1,93	1,19 0,93...1,53	1,17 0,68...2,03	0,40 0,16...1,01	0,38 0,10...1,49	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	0,99 0,90...1,09	1,10** 1,04...1,16	1,04 0,90...1,20	1,23 0,95...1,60	1,51 0,96...2,40	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	0,63 0,28...1,44	0,99 0,66...1,50	0,18 0,02...1,42	3,59 0,92...14,03	1,62 0,26...9,93	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	1,10 0,56...2,16	1,06 0,83...1,36	1,68 0,96...2,92	1,74 0,61...4,96	0,87 0,18...4,34	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	2,93** 1,41...6,07	0,60*** 0,47...0,78	1,16 0,66...2,04	1,42 0,47...4,29	>100 0,00...INF	kf

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

Tabelle 192: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,57** 0,39...0,84	1,86 0,59...5,87	-1,92 -4,67...0,83	-1,77* -3,14...-0,41
DID Jahr 2	0,95 0,62...1,46	3,18 0,92...10,95	0,89 -1,86...3,64	1,12 -0,25...2,48
Gruppe	1,24 0,91...1,71	0,65 0,21...1,99	0,25 -1,70...2,20	-0,27 -1,24...0,70
Jahr 1	29,47*** 22,07...39,35	22,84*** 11,10...46,99	17,80*** 15,85...19,75	6,47*** 5,50...7,43
Jahr 2	1,37* 1,01...1,85	2,95** 1,31...6,64	1,41 -0,55...3,36	0,42 -0,55...1,38
Indexgruppe 6 (F10)	2,63*** 2,13...3,25	0,63* 0,44...0,92	1,88* 0,20...3,57	-1,05* -1,89...-0,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,33*** 1,73...3,14	1,35 0,82...2,24	13,51*** 11,06...15,96	0,92 -0,29...2,13
Indexgruppe 9 (F43)	1,09 0,91...1,31	2,31*** 1,75...3,05	2,69*** 1,42...3,97	1,52*** 0,89...2,15
Psy A ¹	1,52*** 1,25...1,84	2,23*** 1,72...2,88	2,92*** 1,49...4,34	2,09*** 1,39...2,80
Psy B ²	0,94 0,74...1,18	0,70* 0,51...0,95	1,48 -0,29...3,24	-1,33** -2,21...-0,46
Alter	0,95 0,80...1,13	0,79 0,61...1,01	-0,87 -2,15...0,42	-0,20 -0,83...0,44
Geschlecht (m vs. w)	1,18* 1,00...1,40	1,15 0,91...1,46	1,88** 0,66...3,10	-0,16 -0,77...0,44
Komorbidität ³	1,00 0,97...1,03	0,98 0,93...1,03	-0,21 -0,46...0,03	-0,07 -0,19...0,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,13 0,89...1,43	0,29*** 0,18...0,49	1,21 -0,58...3,00	-1,88*** -2,77...-1,00
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,58*** 1,34...1,85	1,29* 1,03...1,61	2,76*** 1,61...3,92	0,71* 0,13...1,28
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,08*** 0,07...0,10	0,65*** 0,51...0,82	-10,44*** -11,68...-9,20	-0,01 -0,62...0,61

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 Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,88*** 1,27...2,49	-0,30 -1,80...1,20	0,50 -1,42...2,42
DID Jahr 2	0,79* 0,18...1,40	-0,47 -1,97...1,03	-0,37 -2,29...1,55
Gruppe	-0,23 -0,66...0,20	1,48** 0,41...2,54	-1,91** -3,27...-0,55
Jahr 1	3,29*** 2,86...3,73	1,13* 0,06...2,19	2,08** 0,72...3,44
Jahr 2	1,61*** 1,18...2,04	0,91 -0,15...1,97	1,82** 0,46...3,18
Indexgruppe 6 (F10)	0,11 -0,26...0,48	0,58 -0,34...1,50	2,45*** 1,28...3,63
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,61*** 1,06...2,15	-0,27 -1,61...1,06	-0,78 -2,48...0,93
Indexgruppe 9 (F43)	0,50** 0,22...0,78	0,03 -0,67...0,72	-0,01 -0,90...0,88
Psy A ¹	0,34* 0,02...0,65	2,12*** 1,34...2,90	1,12* 0,13...2,12
Psy B ²	0,34 -0,05...0,73	0,25 -0,72...1,21	2,44*** 1,21...3,68
Alter	0,16 -0,13...0,44	-1,51*** -2,21...-0,81	0,52 -0,38...1,41
Geschlecht (m vs. w)	0,17 -0,10...0,44	-0,40 -1,06...0,26	1,61*** 0,76...2,46
Komorbidität ³	-0,08** -0,13...-0,02	0,20** 0,07...0,33	0,85*** 0,68...1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,67*** 1,27...2,06	-0,97 -1,94...0,01	5,40*** 4,15...6,65
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,23 -0,03...0,48	-0,75* -1,38...-0,12	0,77 -0,03...1,58
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,16*** 1,88...2,43	-1,28*** -1,96...-0,61	-0,74 -1,60...0,13

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 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,27 0,98...1,64	1,70*** 1,36...2,13	1,50** 1,20...1,90
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Psy A ¹	1,63** 1,19...2,23	2,01*** 1,53...2,64	1,79*** 1,35...2,38
Psy B ²	1,23 0,88...1,72	1,09 0,80...1,49	1,49* 1,06...2,08
Alter	0,96 0,73...1,27	1,03 0,81...1,32	0,95 0,73...1,22
Geschlecht (m vs. w)	1,23 0,95...1,60	1,20 0,96...1,51	1,45** 1,15...1,83
Komorbidität ³	0,98 0,93...1,04	0,96 0,91...1,01	0,96 0,91...1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,49* 1,03...2,16	1,52* 1,08...2,13	1,74** 1,22...2,48
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,09 0,84...1,42	1,11 0,88...1,40	0,97 0,76...1,23
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,51** 1,13...2,02	1,91*** 1,47...2,48	2,02*** 1,52...2,68

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 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	1,47 0,91...2,38	1,41 0,89...2,21	1,40 0,85...2,32
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Psy A ¹	1,12 0,61...2,04	1,43 0,82...2,49	1,19 0,64...2,21
Psy B ²	1,75 0,93...3,31	1,63 0,89...2,98	1,54 0,76...3,10
Alter	0,92 0,54...1,55	1,27 0,78...2,09	1,42 0,82...2,45
Geschlecht (m vs. w)	0,78 0,48...1,26	1,10 0,69...1,76	1,39 0,83...2,34
Komorbidität ³	0,92 0,82...1,02	0,95 0,87...1,05	1,02 0,91...1,14
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,16 0,93...4,98	1,44 0,64...3,26	1,15 0,45...2,93
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,38 0,84...2,25	1,13 0,71...1,79	1,44 0,85...2,43
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,39 0,82...2,38	1,55 0,94...2,57	1,67 0,95...2,93

 Signif. codes: ¹*** <0,001 ²** <0,01 ³* <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 196: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 197: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3)

[kf]

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ 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 Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,14 -0,30...0,02	-1,33 -12,56...9,89
DID Jahr 2	-0,11 -0,26...0,05	-8,95 -20,17...2,27
Gruppe	0,10 -0,02...0,21	7,30 -0,68...15,28
Jahr 1	0,54*** 0,43...0,65	48,63*** 40,69...56,57
Jahr 2	-0,12* -0,23...-0,01	1,29 -6,65...9,23
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Psy A ¹	0,19*** 0,11...0,27	10,59*** 4,89...16,30
Psy B ²	-0,07 -0,18...0,04	-7,73 -15,51...0,04
Alter	-0,06 -0,13...0,01	5,02* 0,23...9,81
Geschlecht (m vs. w)	0,01 -0,06...0,08	4,84* 0,12...9,56
Komorbidität ³	0,00 -0,02...0,02	-0,23 -1,61...1,14
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,24* -0,42...-0,06	-29,82*** -42,80...-16,85
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,37*** -0,44...-0,30	-5,59* -10,41...-0,77

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 199: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 200: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,10 -0,39...0,20
DID Jahr 2	-0,02 -0,31...0,28
Gruppe	-0,38*** -0,58...-0,17
Jahr 1	0,63*** 0,42...0,84
Jahr 2	0,01 -0,20...0,22
Indexgruppe 6 (F10)	0,44*** 0,26...0,62
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,38** -0,64...-0,12
Indexgruppe 9 (F43)	0,20** 0,06...0,33
Psy A ¹	0,57*** 0,42...0,72
Psy B ²	0,50*** 0,31...0,68
Alter	1,61*** 1,48...1,73
Geschlecht (m vs. w)	0,03 -0,10...0,16
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,19*** 2,01...2,38
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,63*** 0,51...0,75
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,23** -0,37...-0,10

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 201: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,44* 1,05...1,98
Psy A ¹	0,43*** 0,28...0,67
Psy B ²	0,81 0,46...1,42
Alter	15,53*** 7,17...33,63
Geschlecht (m vs. w)	0,84 0,61...1,16
Komorbidität ³	1,20*** 1,15...1,26
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,85 0,59...1,22
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,88 0,63...1,21
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,78 0,56...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 202: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,62** 0,44...0,87	0,59 0,31...1,12	1,01 0,78...1,29
Psy A ¹	1,35 0,94...1,93	1,30 0,61...2,77	0,72* 0,53...0,97
Psy B ²	0,46** 0,26...0,82	1,52 0,68...3,42	0,91 0,60...1,37
Alter	1,21 0,84...1,74	1,43 0,72...2,82	1,14 0,88...1,48
Geschlecht (m vs. w)	1,31 0,92...1,87	1,25 0,64...2,48	0,62*** 0,48...0,80
Komorbidität ³	1,06 0,99...1,14	1,07 0,94...1,22	0,95 0,89...1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,95 0,51...1,75	0,39 0,11...1,42	0,76 0,47...1,22
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,76** 1,23...2,53	1,16 0,62...2,20	0,96 0,75...1,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,61** 0,43...0,85	1,06 0,55...2,02	0,48*** 0,37...0,63

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 203: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

14.4 Ergebnisse Kosten

14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 204: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	124	127	117	110	100	123	123	115	112	103
Mittelwert	3.096,06 €	2.923,63 €	2.050,84 €	2.193,88 €	4.127,36 €	3.819,36 €	3.672,82 €	4.015,62 €	3.182,10 €	2.446,19 €
Standardabweichung	7.086 €	5.096 €	3.430 €	4.174 €	18.153 €	6.585 €	6.553 €	7.867 €	6.633 €	4.166 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	337,26 €	343,55 €	271,48 €	258,67 €	97,91 €	334,61 €	354,58 €	337,26 €	296,20 €	202,22 €
Median	858,14 €	802,14 €	729,15 €	673,87 €	498,31 €	1.340,31 €	1.177,09 €	1.208,93 €	1.041,49 €	836,96 €
75%-Perzentil	2.748,11 €	3.281,39 €	1.969,83 €	1.816,43 €	2.121,73 €	4.337,65 €	3.302,54 €	3.912,99 €	2.966,84 €	2.773,85 €
Maximum	61.528 €	24.760 €	22.492 €	26.077 €	189.931 €	47.511 €	36.238 €	56.741 €	57.289 €	28.987 €

Tabelle 205: 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
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	222	222	207	194	183	217	217	210	198	192
Mittelwert	2.593,11 €	2.163,07 €	2.832,76 €	2.672,86 €	2.150,11 €	2.959,88 €	3.303,88 €	2.995,40 €	3.600,52 €	3.839,10 €
Standardabweichung	4.340 €	3.531 €	6.947 €	4.695 €	3.877 €	6.162 €	10.439 €	5.362 €	6.449 €	9.320 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	349,68 €	323,53 €	313,64 €	298,02 €	229,31 €	424,80 €	373,45 €	390,51 €	277,87 €	330,28 €
Median	902,38 €	909,77 €	973,82 €	797,71 €	784,64 €	1.051,72 €	1.054,57 €	1.042,99 €	1.150,25 €	925,18 €
75%-Perzentil	3.070,97 €	2.428,42 €	3.122,42 €	3.361,97 €	2.223,77 €	2.481,21 €	3.203,69 €	3.424,01 €	3.831,69 €	3.554,19 €
Maximum	30.951 €	27.189 €	74.939 €	36.588 €	23.108 €	61.742 €	143.909 €	46.689 €	45.489 €	90.839 €

Tabelle 206: 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
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	45	33	27	27	27	46	41	34	27	24
Mittelwert	2.114,49 €	1.768,37 €	835,63 €	966,68 €	3.077,68 €	1.917,37 €	2.007,94 €	1.823,98 €	958,56 €	1.006,88 €
Standardabweichung	6.595 €	4.496 €	2.143 €	2.537 €	17.102 €	4.144 €	5.021 €	4.868 €	2.374 €	2.430 €
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	1.489,74 €	723,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.853,17 €	1.880,50 €	774,20 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	58.300 €	21.251 €	13.248 €	16.509 €	179.107 €	23.235 €	34.850 €	26.837 €	13.068 €	12.722 €

Tabelle 207: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	64	50	51	52	42	65	61	59	64	51
Mittelwert	1.233,38 €	866,08 €	1.137,03 €	1.155,05 €	823,93 €	1.149,92 €	1.414,99 €	1.127,16 €	1.766,22 €	1.647,81 €
Standardabweichung	3.133,07 €	2.398,33 €	3.975,86 €	2.765,23 €	2.178,23 €	2.822,08 €	6.161,59 €	2.821,90 €	4.400,48 €	5.068,39 €
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	855,00 €	0,00 €	0,00 €	796,67 €	0,00 €	952,70 €	799,82 €	863,79 €	1.716,30 €	437,04 €
Maximum	24.584 €	17.734 €	49.664 €	23.734 €	15.919 €	19.680 €	84.904 €	23.434 €	40.640 €	45.007 €

Tabelle 208: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
Mittelwert	3,11 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	37,27 €	43,94 €
Standardabweichung	35,28 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	397,98 €	406,57 €
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	400,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4.249,30 €	4.210,35 €

Tabelle 209: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6,03 €	8,18 €	7,19 €	20,86 €	1,89 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	71,95 €	120,81 €	104,76 €	212,52 €	26,72 €
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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.022,46 €	1.783,72 €	1.525,33 €	2.348,61 €	376,92 €

Tabelle 210: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	12	<10	10	12
Mittelwert	10,18 €	24,34 €	8,55 €	15,03 €	17,22 €	17,23 €	22,74 €	28,71 €	54,82 €	37,63 €
Standardabweichung	52,32 €	102,99 €	48,05 €	86,10 €	85,92 €	88,22 €	100,33 €	122,67 €	347,71 €	132,93 €
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	364,01 €	619,14 €	352,27 €	649,26 €	655,48 €	852,20 €	920,50 €	713,43 €	3.575,12 €	810,79 €

Tabelle 211: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	<10	<10	14	<10	<10	21	19	20	18	17
Mittelwert	9,35 €	13,26 €	26,73 €	17,13 €	13,17 €	9,76 €	22,35 €	29,05 €	15,48 €	36,60 €
Standardabweichung	68,04 €	84,94 €	139,58 €	125,08 €	88,29 €	35,97 €	110,60 €	236,17 €	77,17 €	169,18 €
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	820,03 €	1.012,91 €	1.515,12 €	1.598,62 €	1.051,75 €	267,51 €	1.259,68 €	3.326,51 €	848,85 €	1.349,00 €

Tabelle 212: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	124	127	116	110	94	122	123	115	111	96
Mittelwert	470,10 €	494,00 €	503,98 €	497,77 €	270,41 €	677,27 €	644,15 €	629,99 €	629,83 €	279,15 €
Standardabweichung	369,50 €	444,10 €	499,59 €	491,58 €	414,20 €	687,84 €	731,60 €	692,75 €	617,10 €	328,27 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	196,73 €	191,00 €	178,16 €	188,55 €	27,18 €	200,77 €	214,87 €	189,44 €	190,09 €	42,75 €
Median	398,84 €	404,96 €	381,99 €	396,01 €	132,51 €	399,50 €	431,03 €	452,19 €	471,02 €	141,99 €
75%-Perzentil	681,92 €	663,21 €	674,96 €	673,36 €	335,10 €	896,64 €	795,24 €	900,20 €	869,38 €	407,75 €
Maximum	2.087,12 €	2.942,61 €	3.114,75 €	3.108,57 €	3.257,20 €	3.166,55 €	5.691,95 €	5.670,12 €	4.310,70 €	1.428,72 €

Tabelle 213: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	221	222	206	193	179	217	217	208	198	190
Mittelwert	565,52 €	500,40 €	588,55 €	508,86 €	467,75 €	583,27 €	592,30 €	605,81 €	610,55 €	551,98 €
Standardabweichung	791,67 €	437,94 €	760,74 €	493,33 €	484,58 €	544,86 €	551,71 €	532,63 €	628,87 €	563,82 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	229,15 €	218,61 €	225,38 €	206,45 €	133,43 €	226,94 €	199,26 €	198,42 €	184,86 €	187,33 €
Median	443,99 €	402,65 €	417,84 €	356,00 €	324,11 €	420,41 €	421,83 €	485,52 €	440,62 €	380,69 €
75%-Perzentil	730,22 €	673,34 €	737,30 €	624,70 €	650,64 €	764,33 €	861,50 €	848,69 €	843,31 €	722,68 €
Maximum	10.751 €	3.863 €	8.359 €	3.529 €	2.786 €	4.747 €	3.555 €	3.511 €	4.014 €	3.705 €

Tabelle 214: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	112	107	99	92	90	112	113	107	101	93
Mittelwert	436,32 €	567,13 €	654,08 €	656,18 €	702,23 €	1.101,48 €	909,61 €	1.402,78 €	1.405,54 €	931,08 €
Standardabweichung	897,18 €	2.010,52 €	2.201,70 €	2.191,54 €	2.087,96 €	2.633,34 €	2.091,01 €	5.599,11 €	5.563,20 €	2.478,49 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	29,80 €	32,06 €	17,52 €	23,66 €	13,54 €	36,71 €	53,74 €	40,15 €	36,89 €	35,10 €
Median	136,10 €	112,99 €	118,35 €	81,68 €	109,61 €	186,20 €	162,96 €	165,32 €	139,51 €	149,12 €
75%-Perzentil	396,88 €	337,23 €	379,99 €	306,39 €	308,73 €	771,77 €	654,97 €	727,06 €	634,00 €	641,62 €
Maximum	6.567 €	21.376 €	21.714 €	21.771 €	16.532 €	22.473 €	12.155 €	55.743 €	54.448 €	20.018 €

Tabelle 215: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	193	194	185	171	164	194	195	185	179	173
Mittelwert	708,31 €	718,63 €	995,53 €	894,00 €	762,34 €	997,73 €	1.026,70 €	1.020,20 €	956,97 €	1.333,55 €
Standardabweichung	2.233,55 €	2.108,27 €	4.982,45 €	3.380,70 €	2.380,20 €	4.360,76 €	4.460,90 €	4.027,55 €	3.319,25 €	4.996,99 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	37,62 €	40,96 €	39,25 €	40,76 €	29,90 €	57,53 €	52,01 €	39,80 €	42,88 €	45,82 €
Median	159,14 €	165,91 €	153,24 €	125,99 €	143,55 €	204,59 €	218,04 €	197,64 €	164,76 €	167,19 €
75%-Perzentil	649,23 €	662,24 €	540,76 €	436,47 €	564,24 €	662,51 €	656,10 €	594,36 €	601,45 €	624,32 €
Maximum	29.963 €	25.917 €	65.939 €	33.072 €	20.594 €	50.343 €	53.746 €	44.824 €	40.610 €	42.826 €

Tabelle 216: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	129	129	124	119	114	124	124	118	114	109
N mit Fall	25	30	18	25	25	39	31	30	29	24
Mittelwert	61,86 €	69,80 €	48,60 €	58,23 €	59,82 €	106,01 €	88,38 €	130,15 €	96,07 €	147,50 €
Standardabweichung	235,29 €	184,77 €	153,99 €	185,90 €	148,64 €	287,53 €	231,24 €	402,78 €	299,66 €	481,84 €
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 €	90,02 €	5,26 €	16,42 €	50,38 €	0,00 €
Maximum	2.198,67 €	1.147,95 €	1.064,67 €	1.451,13 €	875,26 €	1.909,26 €	1.315,34 €	2.866,98 €	2.118,45 €	2.705,93 €

Tabelle 217: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	225	225	211	197	191	218	218	212	207	199
N mit Fall	37	37	41	32	26	62	58	52	53	48
Mittelwert	76,55 €	64,70 €	84,92 €	97,82 €	82,93 €	213,16 €	239,36 €	205,98 €	230,45 €	267,26 €
Standardabweichung	312,24 €	264,28 €	341,86 €	406,09 €	453,47 €	877,96 €	995,70 €	908,96 €	1.078,35 €	1.417,77 €
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 €	87,51 €	72,82 €	0,00 €	22,26 €	0,00 €
Maximum	2.959 €	2.453 €	3.286 €	3.758 €	5.579 €	9.652 €	10.435 €	9.442 €	12.676 €	18.057 €

14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 218: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	1.374	1.383	1.383	1.382
Mittelwert	3.582,98 €	2.826,71 €	4.496,27 €	4.204,28 €
Standardabweichung	8.991 €	6.510 €	11.567 €	10.435 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	301,73 €	226,93 €	364,72 €	313,89 €
Median	844,32 €	653,72 €	1.222,58 €	991,95 €
75%-Perzentil	3.090,28 €	2.599,69 €	4.066,06 €	3.830,92 €
Maximum	122.595 €	109.588 €	257.752 €	159.072 €

Tabelle 219: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	436	344	505	456
Mittelwert	2.276,48 €	1.476,44 €	2.511,27 €	2.306,35 €
Standardabweichung	8.171,45 €	4.265,48 €	6.932,04 €	6.862,88 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.491,15 €	0,00 €	2.101,59 €	1.884,18 €
Maximum	114.297 €	45.304 €	104.920 €	115.086 €

Tabelle 220: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	<10	<10	<10	<10
Mittelwert	0,28 €	0,37 €	16,91 €	2,76 €
Standardabweichung	10,65 €	14,08 €	338,58 €	55,31 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	401 €	530 €	11.240 €	1.522 €

Tabelle 221: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	61	55	117	141
Mittelwert	11,26 €	10,76 €	32,27 €	35,90 €
Standardabweichung	75,05 €	64,89 €	189,86 €	247,87 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.592,00 €	654,96 €	3.735,15 €	6.503,53 €

Tabelle 222: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	1.371	1.351	1.376	1.349
Mittelwert	549,52 €	443,28 €	639,92 €	521,89 €
Standardabweichung	535,64 €	460,00 €	668,13 €	609,47 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	188,20 €	126,38 €	211,83 €	142,81 €
Median	402,26 €	304,69 €	466,62 €	356,32 €
75%-Perzentil	751,08 €	615,82 €	877,61 €	687,57 €
Maximum	5.171,85 €	4.279,56 €	7.672,47 €	6.386,27 €

Tabelle 223: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	1.175	1.172	1.223	1.217
Mittelwert	652,80 €	803,15 €	1.193,98 €	1.212,78 €
Standardabweichung	2.468,97 €	4.139,42 €	7.016,10 €	5.618,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	25,28 €	20,08 €	36,86 €	32,84 €
Median	118,89 €	110,72 €	153,84 €	161,88 €
75%-Perzentil	445,44 €	425,48 €	631,66 €	607,59 €
Maximum	66.853 €	108.344 €	218.953 €	137.841 €

Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.416	1.416	1.416	1.416
N mit Fall	323	289	337	350
Mittelwert	92,64 €	92,70 €	101,93 €	124,60 €
Standardabweichung	346,19 €	382,23 €	347,31 €	476,36 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.038,55 €	7.287,18 €	4.638,38 €	6.570,18 €

14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 225: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	989	1.009	930	988	994	932
Mittelwert	3.579,84 €	2.823,80 €	2.738,33 €	4.301,78 €	4.274,62 €	3.988,84 €
Standardabweichung	9.291 €	6.761 €	6.856 €	11.849 €	11.123 €	12.708 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	307,31 €	278,60 €	189,53 €	362,71 €	366,18 €	245,43 €
Median	847,25 €	680,89 €	638,41 €	1.118,25 €	1.009,30 €	779,24 €
75%-Perzentil	3.032,25 €	2.556,04 €	2.229,89 €	3.956,13 €	3.714,08 €	3.190,47 €
Maximum	122.595 €	109.588 €	73.394 €	257.752 €	159.072 €	279.510 €

Tabelle 226: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	314	235	222	353	326	258
Mittelwert	2.289,21 €	1.373,39 €	1.440,59 €	2.314,55 €	2.253,40 €	1.897,41 €
Standardabweichung	8.421,43 €	4.052,54 €	4.548,26 €	6.640,65 €	7.063,41 €	6.199,94 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.429,20 €	0,00 €	0,00 €	1.986,14 €	1.806,56 €	851,84 €
Maximum	114.297 €	45.304 €	41.932 €	104.920 €	115.086 €	77.784 €

Tabelle 227: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10
Mittelwert	0,39 €	0,00 €	2,27 €	19,33 €	3,38 €	1,34 €
Standardabweichung	12,54 €	0,00 €	70,87 €	391,84 €	63,58 €	29,68 €
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	401 €	0 €	2.211 €	11.240 €	1.522 €	710 €

Tabelle 228: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	45	43	44	75	101	102
Mittelwert	10,66 €	11,16 €	13,42 €	29,30 €	34,92 €	48,93 €
Standardabweichung	65,33 €	64,44 €	78,69 €	191,50 €	258,13 €	269,23 €
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	865,80 €	619,14 €	1.049,14 €	3.735,15 €	6.503,53 €	4.404,93 €

Tabelle 229: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	987	1.006	892	985	987	899
Mittelwert	547,93 €	515,73 €	415,53 €	631,62 €	609,01 €	481,28 €
Standardabweichung	536,55 €	487,08 €	528,13 €	611,83 €	656,80 €	564,87 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	191,11 €	182,09 €	88,92 €	210,90 €	203,48 €	126,25 €
Median	395,51 €	373,20 €	259,46 €	459,35 €	424,27 €	308,75 €
75%-Perzentil	751,24 €	708,65 €	571,27 €	874,75 €	806,46 €	655,80 €
Maximum	5.171,85 €	4.279,56 €	6.748,48 €	5.293,73 €	6.386,27 €	5.670,12 €

Tabelle 230: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	850	839	809	873	873	838
Mittelwert	652,68 €	847,64 €	793,20 €	1.209,89 €	1.261,07 €	1.418,05 €
Standardabweichung	2.635 €	4.731 €	3.756 €	7.830 €	6.306 €	10.372 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	23,80 €	18,30 €	18,08 €	36,95 €	32,66 €	33,07 €
Median	118,92 €	105,01 €	102,06 €	139,60 €	156,61 €	147,49 €
75%-Perzentil	444,88 €	408,61 €	399,75 €	563,67 €	552,92 €	602,86 €
Maximum	66.853 €	108.344 €	59.055 €	218.953 €	137.841 €	274.680 €

Tabelle 231: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.021	1.021	973	1.012	1.012	967
N mit Fall	226	215	188	232	253	230
Mittelwert	78,98 €	75,88 €	73,32 €	97,08 €	112,84 €	141,82 €
Standardabweichung	285,94 €	255,81 €	274,28 €	343,86 €	439,71 €	625,18 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	5,26 €	0,00 €
Maximum	5.039 €	3.073 €	4.243 €	4.638 €	6.398 €	13.017 €

14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 232: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	599	614	569	520	596	601	566	538
Mittelwert	3.793,17 €	2.881,55 €	2.523,47 €	2.276,46 €	4.226,06 €	4.122,15 €	3.792,88 €	5.556,17 €
Standardabweichung	10.449 €	7.549 €	6.222 €	5.792 €	12.721 €	11.729 €	13.318 €	65.695 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	292,91 €	281,96 €	230,47 €	102,66 €	330,12 €	361,75 €	278,34 €	153,21 €
Median	833,39 €	691,37 €	697,80 €	464,08 €	1.094,91 €	1.010,43 €	812,99 €	596,46 €
75%-Perzentil	2.864,28 €	2.523,66 €	2.173,08 €	1.836,49 €	4.028,40 €	3.691,00 €	3.114,37 €	2.657,94 €
Maximum	122.595 €	109.588 €	72.454 €	61.960 €	257.752 €	159.072 €	279.510 €	1.560.009 €

Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	936	941	882	841	920	917	884	829
Mittelwert	2.375,36 €	2.946,87 €	2.847,97 €	2.973,51 €	3.317,55 €	3.595,16 €	3.924,41 €	3.889,50 €
Standardabweichung	4.449 €	10.235 €	7.049 €	10.345 €	7.257 €	10.097 €	14.344 €	13.520 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	315,77 €	323,53 €	296,13 €	252,69 €	328,49 €	323,85 €	307,24 €	232,24 €
Median	788,93 €	821,90 €	832,83 €	653,32 €	966,80 €	974,88 €	886,63 €	743,10 €
75%-Perzentil	2.339,79 €	2.497,18 €	2.516,15 €	2.402,27 €	3.030,29 €	3.208,45 €	3.271,86 €	3.084,02 €
Maximum	56.880 €	266.593 €	77.557 €	224.705 €	75.578 €	143.909 €	311.158 €	206.644 €

Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	196	141	134	115	211	197	144	124
Mittelwert	2.547,88 €	1.421,99 €	1.254,90 €	1.130,01 €	2.080,99 €	2.200,12 €	1.646,02 €	3.841,87 €
Standardabweichung	9.533 €	4.388 €	4.134 €	3.752 €	5.012 €	7.676 €	5.389 €	60.652 €
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	1.474,60 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.986,14 €	1.700,39 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	114.297 €	45.304 €	41.932 €	48.161 €	46.436 €	115.086 €	58.351 €	1.441.437 €

Tabelle 235: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	229	222	204	190	280	272	241	227
Mittelwert	1.099,30 €	1.595,65 €	1.306,46 €	1.704,47 €	1.579,07 €	1.867,26 €	2.005,59 €	2.211,67 €
Standardabweichung	3.335 €	9.738 €	4.976 €	9.670 €	4.819 €	7.060 €	12.621 €	10.871 €
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 €	1.226,57 €	1.054,33 €	777,26 €	810,55 €
Maximum	49.769 €	266.556 €	69.771 €	221.824 €	67.242 €	94.585 €	310.961 €	174.290 €

Tabelle 236: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
Mittelwert	0,64 €	0,00 €	0,00 €	0,66 €	26,79 €	5,59 €	2,23 €	11,83 €
Standardabweichung	16,07 €	0,00 €	0,00 €	15,69 €	490,92 €	81,72 €	38,17 €	188,31 €
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	401 €	0 €	0 €	374 €	11.240 €	1.522 €	710 €	4.249 €

Tabelle 237: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
Mittelwert	1,81 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	18,48 €	7,52 €	3,07 €	5,96 €
Standardabweichung	55,62 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	350,20 €	178,64 €	60,44 €	107,87 €
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	1.713,48 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8.810,22 €	5.173,29 €	1.525,33 €	2.348,61 €

Tabelle 238: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	29	29	23	17	50	57	57	57
Mittelwert	12,59 €	12,98 €	10,31 €	15,76 €	30,36 €	33,11 €	43,95 €	43,22 €
Standardabweichung	73,15 €	71,38 €	65,69 €	210,96 €	170,11 €	280,91 €	256,91 €	231,31 €
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	865,80 €	619,14 €	1.049,14 €	4.893,76 €	2.635,12 €	6.503,53 €	4.334,18 €	3.575,12 €

Tabelle 239: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	23	29	29	28	96	82	85	89
Mittelwert	6,19 €	7,45 €	10,71 €	13,45 €	17,86 €	24,10 €	27,14 €	24,44 €
Standardabweichung	50,50 €	58,53 €	79,79 €	170,08 €	91,34 €	147,65 €	166,49 €	92,32 €
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	820,03 €	1.012,91 €	1.515,12 €	4.563,18 €	1.748,22 €	3.195,70 €	3.326,51 €	848,85 €

Tabelle 240: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	599	613	566	476	593	595	564	496
Mittelwert	538,46 €	520,83 €	506,00 €	289,78 €	601,74 €	591,96 €	570,97 €	327,02 €
Standardabweichung	554,48 €	517,37 €	580,24 €	381,08 €	563,80 €	631,89 €	591,57 €	414,51 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	182,22 €	167,78 €	157,89 €	33,27 €	210,43 €	201,14 €	183,19 €	52,78 €
Median	388,55 €	372,68 €	351,59 €	152,81 €	437,05 €	423,18 €	409,88 €	182,93 €
75%-Perzentil	736,60 €	719,00 €	672,86 €	396,68 €	859,75 €	795,22 €	791,57 €	466,00 €
Maximum	5.171,85 €	4.279,56 €	6.748,48 €	3.108,57 €	4.729,31 €	6.386,27 €	5.670,12 €	4.310,70 €

Tabelle 241: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	933	938	879	825	917	912	881	795
Mittelwert	537,34 €	545,84 €	552,06 €	451,51 €	597,75 €	562,53 €	581,18 €	434,00 €
Standardabweichung	591,07 €	535,98 €	603,79 €	513,23 €	660,15 €	622,41 €	641,35 €	596,49 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	211,30 €	214,26 €	199,53 €	142,12 €	197,23 €	191,97 €	177,15 €	93,49 €
Median	399,65 €	399,54 €	390,40 €	311,97 €	411,46 €	390,05 €	394,29 €	251,37 €
75%-Perzentil	717,30 €	702,01 €	727,74 €	591,06 €	765,03 €	708,79 €	777,68 €	537,06 €
Maximum	10.751 €	4.739 €	8.359 €	5.422 €	7.120 €	10.159 €	8.068 €	5.777 €

Tabelle 242: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	517	512	485	450	519	530	507	476
Mittelwert	625,88 €	854,78 €	686,85 €	762,42 €	1.385,06 €	1.189,19 €	1.410,91 €	1.212,24 €
Standardabweichung	3.048 €	5.535 €	3.655 €	3.336 €	9.851 €	6.675 €	11.830 €	5.982 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	21,12 €	18,18 €	16,34 €	15,67 €	32,62 €	32,66 €	30,38 €	27,34 €
Median	117,32 €	104,73 €	98,74 €	89,45 €	133,27 €	142,89 €	135,58 €	140,27 €
75%-Perzentil	399,44 €	385,54 €	364,98 €	424,25 €	444,77 €	544,26 €	584,92 €	630,05 €
Maximum	66.853 €	108.344 €	59.055 €	55.873 €	218.953 €	137.841 €	274.680 €	117.627 €

Tabelle 243: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	802	812	765	730	797	807	783	732
Mittelwert	651,59 €	730,33 €	898,70 €	714,91 €	972,78 €	1.003,27 €	1.174,43 €	1.057,29 €
Standardabweichung	2.017,05 €	2.663,33 €	4.285,30 €	2.436,25 €	4.026,49 €	5.185,03 €	6.165,58 €	6.016,65 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	31,93 €	33,75 €	29,52 €	30,37 €	32,03 €	34,79 €	29,66 €	28,20 €
Median	145,26 €	134,58 €	141,18 €	132,80 €	155,77 €	168,89 €	156,54 €	156,06 €
75%-Perzentil	525,10 €	540,31 €	530,37 €	466,16 €	579,39 €	593,46 €	554,63 €	624,04 €
Maximum	29.963 €	42.844 €	66.823 €	33.072 €	68.132 €	125.095 €	122.760 €	156.899 €

Tabelle 244: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	622	622	591	569	612	612	584	567
N mit Fall	137	134	113	98	138	152	130	110
Mittelwert	67,71 €	70,96 €	65,40 €	77,83 €	101,13 €	102,18 €	118,82 €	119,99 €
Standardabweichung	223,71 €	215,63 €	217,85 €	312,68 €	368,00 €	376,93 €	496,39 €	559,33 €
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	2.767,97 €	2.175,23 €	2.084,85 €	3.046,02 €	4.638,38 €	6.397,65 €	6.413,40 €	8.789,60 €

Tabelle 245: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	949	949	898	865	938	938	911	881
N mit Fall	169	174	175	153	198	214	182	190
Mittelwert	79,14 €	67,60 €	80,05 €	89,18 €	131,60 €	130,48 €	133,00 €	156,14 €
Standardabweichung	361,91 €	290,23 €	302,40 €	364,39 €	586,11 €	592,31 €	620,21 €	785,94 €
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	6.448 €	5.407 €	4.659 €	4.901 €	9.652 €	10.435 €	9.442 €	12.676 €

14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix

Tabelle 246: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

Behandlungssetting	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	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																1		0,132
vs+TK+PIA	25	410	0,823		576	0,000	7	654	0,000	8	619	0,000	4	618	0,000	1	550	0,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA				43		0,000	64		0,000	74		0,000	99		0,000	100		0,000
TK+HT+PIA																		
vs+TK	10	330	0,231		721	0,000	1	671	0,000	2	630	0,000	1	610	0,000		585	0,000
vs+PIA	165	2.328	0,021	187	3.528	0,003	231	3.855	0,913	219	3.908	0,392	226	3.953	0,147	223	3.654	0,403
vs+HT				19		0,000	18		0,000	29		0,000	27		0,000	32		0,000
TK+PIA	38	522	0,332	1	1.156	0,000		1.436	0,000	4	1.450	0,000	7	1.482	0,000	1	1.275	0,000
TK+HT																		
HT+PIA				53		0,000	80		0,000	87		0,000	112		0,000	141		0,000
vs	134	3.852	0,000	199	9.839	0,000	310	9.761	0,000	321	9.763	0,000	310	10.022	0,000	247	9.352	0,000
TK	8	277	0,231		993	0,000	1	1.155	0,000		1.131	0,000	2	1.091	0,000	2	1.159	0,000
PIA	660	10.525	0,002	936	16.984	0,000	1.382	17.488	0,000	1.367	18.401	0,000	1.532	19.613	0,000	1.554	19.674	0,000
HT				12		0,000	24		0,000	22		0,000	33		0,000	40		0,000
Gesamtergebnis	1.040	18.244	0,000	1.450	33.797	0,000	2.118	35.020	0,000	2.133	35.902	0,000	2.353	37.389	0,000	2.342	36.249	0,000

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

14.4.6 Zusatztabelle Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten

Abbildung 92: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten)

