

Abschlussbericht

Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH

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

Berichtsnummer: 3

Datum: 18.09.2020

aktualisiert am 22.12.2020

Autoren:

Dr. Anne **Neumann**, M.P.H.¹, Roman **Kliemt**, M.A.², Dipl.-Psych. Fabian **Baum**¹,
Christopher **Schrey**, M.Sc.², 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.....	21
2. Hintergrund.....	32
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	32
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	32
5. Methoden	34
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	35
6.1 Patientenmatching	37
7. Darstellung Modellvorhaben Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH	40
8. Ergebnisse: Effektivität	41
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	42
8.2 Ergebnisse Outcomes	48
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	50
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	50
U1	54
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	142
U3	149
U4	157
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	176
Beschreibung Ergebnisse (U2)	176

U2	177
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping	184
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	184
U1	185
U2	189
U3	191
U4	194
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit	197
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	197
U1	200
U2	207
U3	210
U4	214
8.2.7 Wiederaufnahmeraten	220
Beschreibung Ergebnisse (U2)	220
U2	221
8.2.8 Komorbidität	224
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	224
U1	226
U2	229
U3	230
U4	232
8.2.9 Mortalität	234
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	234
U1	235
U2	239
U3	241
U4	244
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung	247
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	247
U1	249
U2	258
U3	262

U4	267
8.2.11 Leitlinienadhärenz	275
Beschreibung Ergebnisse (U2)	275
U2	277
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	287
9.1 Patientenmix	287
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	287
U1	289
U2	292
U3	294
U4	296
9.2 Leistungserbringung	299
Beschreibung Ergebnisse (U1)	299
U1	299
10. Ergebnisse: Kosten	306
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	306
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	306
U1	308
U2	312
U3	313
U4	315
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	317
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	317
U1	319
U2	323
U3	324
U4	326
10.3 Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen	328
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	328
U1	329
U2	333
U3	334
U4	336

10.4	Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	338
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	338
	U1	340
	U2	344
	U3	345
	U4	347
10.5	Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	349
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	349
	U1	350
	U2	354
	U3	355
	U4	357
10.6	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 359	
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	359
	U1	360
	U2	363
	U3	364
	U4	366
10.7	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung	368
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	368
	U1	370
	U2	374
	U3	375
	U4	377
10.8	Kosten der Psychopharmakaversorgung	379
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	379
	U1	380
	U2	384
	U3	385
	U4	387
10.9	Kosten der Heilmittelversorgung	389
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	389

U1	390
U2	394
U3	395
U4	397
11. Ergebnisse: Effizienz	399
U2	401
U4	402
12. Diskussion	404
12.1 Hauptergebnisse.....	404
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	421
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	425
13. Literatur	427
14. Anhang.....	430
14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4	430
14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose	441
14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität	449
14.4 Ergebnisse Kosten	500
14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1).....	500
14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2).....	505
14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3).....	508
14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4).....	511
14.4.5 Zusatztabelle Patientenmix.....	516
14.4.6 Zusatztabelle Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten	517

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 (Bundespfllegesatzverordnung)
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 Psychatriebudget
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)	135
Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U2)	146
Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U3)	153
Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U4)	170
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, (U2)	181
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	187
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2).....	190
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	192
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4).....	196
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U1)	202
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U2)	208
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U3)	211
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U4)	216
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2)	222
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1)	227
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2)	229
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U3)	230
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4)	233
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1).....	236
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2).....	240
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U3).....	242
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4).....	245
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1)	251
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2)	259
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, (U3)	263
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, (U4)	269
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2)	282
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	290
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten	291
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	293
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	295
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	297
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten	298
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	308
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	309
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	312
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	313

Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	315
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten	316
Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	319
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	320
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	323
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	324
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	326
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	327
Abbildung 54: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	329
Abbildung 55: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	330
Abbildung 56: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	333
Abbildung 57: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	334
Abbildung 58: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	336
Abbildung 59: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	337
Abbildung 60: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	340
Abbildung 61: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	341
Abbildung 62: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	344
Abbildung 63: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	345
Abbildung 64: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	347
Abbildung 65: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	348
Abbildung 66: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	350
Abbildung 67: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	351
Abbildung 68: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	354
Abbildung 69: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	355
Abbildung 70: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	357
Abbildung 71: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten.....	358
Abbildung 72: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	360
Abbildung 73: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	361
Abbildung 74: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	363
Abbildung 75: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	364
Abbildung 76: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	366
Abbildung 77: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten	367
Abbildung 78: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	370
Abbildung 79: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	371
Abbildung 80: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	374
Abbildung 81: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	375
Abbildung 82: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	377
Abbildung 83: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	378
Abbildung 84: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	380
Abbildung 85: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	381
Abbildung 86: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	384
Abbildung 87: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	385
Abbildung 88: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten.....	387
Abbildung 89: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	388
Abbildung 90: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	390
Abbildung 91: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	391
Abbildung 92: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	394
Abbildung 93: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	395

Abbildung 94: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten.....	397
Abbildung 95: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten	398
Abbildung 96: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tag, U2 und U4.....	403
Abbildung 97: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage.....	517

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching	38
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken.....	38
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	39
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1.....	42
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1.....	44
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1).....	54
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).....	141
Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, (U2).....	142
Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung, (U3).....	149
Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3).....	156
Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, (U4).....	157
Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, (U2).....	177
Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2).....	183
Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	185
Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	188
Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2).....	189
Tabelle 29: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	191
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	193
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4).....	194
Tabelle 32: Arbeitsunfähigkeit, (U1).....	200
Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1).....	206
Tabelle 34: Arbeitsunfähigkeit, (U2).....	207
Tabelle 35: Arbeitsunfähigkeit, (U3).....	210
Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3).....	213
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, (U4).....	214
Tabelle 38: Wiederaufnahmeraten, (U2).....	221
Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2).....	223
Tabelle 40: Komorbidität, (U1).....	226
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1).....	228
Tabelle 42: Komorbidität, (U2).....	229
Tabelle 43: Komorbidität, (U3).....	230
Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3).....	231

Tabelle 45: Komorbidität, (U4)	232
Tabelle 46: Mortalität, (U1).....	235
Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1)	238
Tabelle 48: Mortalität, (U2).....	239
Tabelle 49: Mortalität, (U3).....	241
Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3)	243
Tabelle 51: Mortalität, (U4).....	244
Tabelle 52: Progression, (U1)	249
Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1)	257
Tabelle 54: Progression, (U2)	258
Tabelle 55: Progression, (U3)	262
Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3)	266
Tabelle 57: Progression, (U4)	267
Tabelle 58: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, (U2).....	277
Tabelle 59: Leitlinienadhärenz Demenz, (U2).....	278
Tabelle 60: Leitlinienadhärenz Depression, (U2)	279
Tabelle 61: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, (U2).....	281
Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2).....	286
Tabelle 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	289
Tabelle 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten.....	290
Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	292
Tabelle 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	294
Tabelle 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	296
Tabelle 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten.....	297
Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	300
Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	301
Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten	302
Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	302
Tabelle 73: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	303
Tabelle 74: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	304
Tabelle 75: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten	305
Tabelle 76: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	305
Tabelle 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	308
Tabelle 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten.....	309
Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	310
Tabelle 80: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten.....	311
Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten.....	312
Tabelle 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	313
Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	314
Tabelle 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten.....	315

Tabelle 85: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	316
Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	319
Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	320
Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	321
Tabelle 89: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	322
Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	323
Tabelle 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	324
Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	325
Tabelle 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	326
Tabelle 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	327
Tabelle 95: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	329
Tabelle 96: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	330
Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	331
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	332
Tabelle 99: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	333
Tabelle 100: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	334
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	335
Tabelle 102: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	336
Tabelle 103: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	337
Tabelle 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	340
Tabelle 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	341
Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	342
Tabelle 107: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	343
Tabelle 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	344
Tabelle 109: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	345
Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	346
Tabelle 111: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	347
Tabelle 112: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	348
Tabelle 113: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten.....	350
Tabelle 114: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	351
Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	352
Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	353
Tabelle 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten.....	354
Tabelle 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten.....	355
Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	356
Tabelle 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten.....	357
Tabelle 121: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten	358
Tabelle 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	360
Tabelle 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ...	361
Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten.....	361
Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	362
Tabelle 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	363

Tabelle 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	364
Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten.....	365
Tabelle 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	366
Tabelle 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ...	367
Tabelle 131: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	370
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	371
Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	372
Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	373
Tabelle 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	374
Tabelle 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	375
Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	376
Tabelle 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	377
Tabelle 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	378
Tabelle 140: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	380
Tabelle 141: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	381
Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	382
Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	383
Tabelle 144: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	384
Tabelle 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	385
Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	386
Tabelle 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	387
Tabelle 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	388
Tabelle 149: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	390
Tabelle 150: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	391
Tabelle 151: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	392
Tabelle 152: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	393
Tabelle 153: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	394
Tabelle 154: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	395
Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	396
Tabelle 156: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	397
Tabelle 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	398
Tabelle 158: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten	401
Tabelle 159: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten	401
Tabelle 160: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung.....	402
Tabelle 161: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung	402
Tabelle 162: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2	430
Tabelle 163: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2	430

Tabelle 164: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3	433
Tabelle 165: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3	433
Tabelle 166: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4	436
Tabelle 167: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4	437
Tabelle 168: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1)	441
Tabelle 169: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1)	445
Tabelle 170: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)	450
Tabelle 171: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)	452
Tabelle 172: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)	454
Tabelle 173: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1).....	456
Tabelle 174: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1	458
Tabelle 175: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2	459
Tabelle 176: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3	460
Tabelle 177: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4	461
Tabelle 178: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1	462
Tabelle 179: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2	463
Tabelle 180: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3	464
Tabelle 181: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4	465
Tabelle 182: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1).....	466
Tabelle 183: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1).....	466
Tabelle 184: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1).....	467
Tabelle 185: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1).....	468
Tabelle 186: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)	469
Tabelle 187: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)	471
Tabelle 188: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)	473
Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)	473
Tabelle 190: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1).....	474
Tabelle 191: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)	476
Tabelle 192: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)	478
Tabelle 193: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1).....	479
Tabelle 194: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)	480
Tabelle 195: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)	481
Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1).....	482
Tabelle 197: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2).....	483
Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2).....	484
Tabelle 199: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2).....	485
Tabelle 200: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)	486
Tabelle 201: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)	488
Tabelle 202: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1	490
Tabelle 203: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2	491
Tabelle 204: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3).....	492
Tabelle 205: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3).....	493
Tabelle 206: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3).....	494
Tabelle 207: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)	495
Tabelle 208: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3).....	496
Tabelle 209: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)	497
Tabelle 210: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)	498
Tabelle 211: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3).....	499

Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	500
Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	500
Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	500
Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	501
Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	501
Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	501
Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	502
Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	502
Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	502
Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	503
Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	503
Tabelle 223: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	503
Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	504
Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	504
Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	505
Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	505
Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	505
Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	506
Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	506
Tabelle 231: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	506
Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	507
Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	508
Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	508
Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	508
Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	509
Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	509
Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	509
Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	510
Tabelle 240: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten	511
Tabelle 241: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	511
Tabelle 242: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	511
Tabelle 243: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	512
Tabelle 244: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	512
Tabelle 245: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	512
Tabelle 246: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten	513
Tabelle 247: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten.....	513
Tabelle 248: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	513
Tabelle 249: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	514
Tabelle 250: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	514
Tabelle 251: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	514
Tabelle 252: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	515
Tabelle 253: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	515
Tabelle 254: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	516

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 Rudolf Virchow Klinikum Glauchau 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 Rudolf Virchow Klinikum Glauchau 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, Patientenkontext 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 Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 2.575 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.

Effektivität

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** (Seite 50 ff.) aufgrund von Indexdiagnose war in der IG bei den linikneuen Patienten im Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG etwas größer als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied jedoch statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannten Patienten waren die Anteile zwischen IG und KG in allen untersuchten Kohorten (U1 & U4) vergleichbar. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker als in der KG. In den Untersuchungen, in denen inferenzstatistisch gerechnet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. linikbekannte Patienten wiesen zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbare Verläufe auf. Hier waren die Anteile in der IG meist höher als in der KG, ausgenommen im Jahr nach Referenzfall. Signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer Patienten war zunächst (für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, U1) für IG und KG vergleichbar. Im weiteren Modellverlauf waren geringere vollstationäre Tage in der IG im Vergleich zur KG im ersten Jahr nach Referenzfall ersichtlich (U2 - U4). Dieser geringere Anstieg in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in U3, in der inferenzstatistisch getestet wurde, statistisch signifikant. Eine Veränderung der Inanspruchnahme vollstationärer Behandlungstage über die Modelllaufzeit ist hier ersichtlich. Das Modellvorhaben an der Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH wies keinen Vorläufervertrag auf. Daher war damit zu rechnen, dass es eine gewisse Zeit benötigte, die Strukturen innerhalb des Klinikums auf die neue Modellversorgung umzustellen. Dies ist hier ersichtlich, da in U1 (Patienten aus dem ersten Modelljahr) noch keine wesentlichen Unterschiede in der Anzahl der vollstationären Behandlungstage ersichtlich waren, jedoch über die Modelllaufzeit der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer ausfiel im Vergleich zur KG (siehe z.B. U3). Der Modelleffekt einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit besonders im ersten patientenindividuellen Jahr erkennbar. Zu beachten gilt hier, dass die Verringerung vollstationärer Behandlungstage über die Modelllaufzeit nicht sehr stark ausgeprägt war und die Entwicklung hin zu einer signifikanten Verringerung auch auf die höheren Fallzahlen in U3 im Vergleich zu U1 zurückzuführen sein könnte. Bei den linikbekannten Patienten waren in U1 und U4 vergleichbare Verläufe zwischen IG und KG erkennbar, wobei die IG stets leicht mehr vollstationäre Behandlungstage aufwies als die KG. Vergleiche mit dem Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) waren statistisch nicht

signifikant. Dies rührt unter anderem daher, dass bereits im Präzeitraum in der IG eine höhere Anzahl an vollstationären Behandlungstagen in Anspruch genommen wurde.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** linikneuer Patienten in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG. Dieser Unterschied war in U1 und U3 statistisch signifikant. Auch war der Vergleich der vier Jahre nach Referenzfall mit dem Jahr vor Referenzfall in U1 statistisch signifikant. Hier schienen die vollstationären durch teilstationäre Tage teilweise aufgefangen zu sein. Auch schien die Ausweitung teilstationärer Tage im Modellvorhaben bereits schneller umgesetzt worden zu sein, als die Verringerung der vollstationären Tage (siehe oben), da Effekte bei den teilstationären Behandlungstagen bereits bei Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) ersichtlich waren. Die linikbekannten Patienten der IG starteten, analog zu den vollstationären Tagen, auf einem leicht höheren Niveau im Vergleich zur KG im Jahr vor Referenzfall. Im Jahr nach Referenzfall sank die Anzahl teilstationärer Behandlungstage in der IG unter dem Wert der KG. Danach waren die Werte weitgehend vergleichbar. Somit waren auch bei den klinikbekannten Patienten, entsprechend unserer Modellergebnisse, Modelleffekte bei den teilstationären Tagen im Jahr nach Referenzfall ersichtlich.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** (Seite 89 ff.) ist zu erkennen, dass in der Modellklinik die PIA bei den linikneuen Patienten stets geringer in Anspruch genommen wurde als in der Regelversorgung. Dies war in allen Untersuchungen U1 – U4 ersichtlich. Zudem war der Anstieg im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Diese geringere Zunahme war in U1 und U3 statistisch signifikant. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen IG und KG weitgehend vergleichbare Verläufe. Eine Veränderung der PIA-Inanspruchnahme über die Zeit, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, ist hier nicht zu erkennen. Die PIA wurde in diesem Modellvorhaben scheinbar nicht stärker ausgebaut und die verringerte vollstationäre Behandlungsdauer eher über eine Ausweitung teilstationärer Behandlungsangebote kompensiert.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer schienen durch das Modellvorhaben kaum beeinflusst zu sein. Hier waren bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG meist vergleichbare Verläufe der Inanspruchnahme von einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in allen Untersuchungen ersichtlich. Jedoch stieg die Inanspruchnahme bei den Patienten im Modellvorhaben vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach stets etwas stärker als bei Patienten der Regelversorgung (alle Untersuchungen). Dieser leicht höhere Anstieg war statistisch jedoch nicht signifikant (U1 & U3). Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier ein zwischen IG und KG vergleichbarer Verlauf, wobei die IG stets leicht geringere Kontakte im Vergleich zur KG aufwies. Weiterhin war bei den anderen Vertragsärzten (außerhalb des psychiatrischen Bereichs) im ersten Jahr nach Referenzfall ein Absinken der Inanspruchnahme in der IG und auf der anderen Seite ein Anstieg in der KG ersichtlich. Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Obwohl die Gesetzgebung mit §64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle Sektorierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet. Das verhandelte Budget nach §64b SGB V beschränkt sich bei der Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH auf den Krankenhaussektor. Daher sind keine finanziellen

Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt. Die leicht stärkere Inanspruchnahme von einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten im Jahr nach Referenzfall bei den klinikneuen Patienten in der IG, wenn auch nicht statistisch signifikant, könnte auf eine leicht stärkere Einbindung in der Klinik hinweisen.

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** (Seite 120 ff.) war die Kontinuität für alle klinikneuen und klinikbekannt Patienten zwischen IG und KG meist vergleichbar bzw. in der IG teils geringer. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich.

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

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 184 ff.) kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Ein Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten.

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** (Seite 197 ff.) war zwischen IG und KG sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannt Patienten stets vergleichbar. Im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall zeichneten jedoch klinikbekannte Patienten der Modellklinik, welche im ersten Modelljahr behandelt wurden, im vierten patientenindividuellen Jahr weniger AU-Episoden als die Regelversorgung. Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den klinikneuen Patienten in der IG etwas geringer als in der KG (U1-U4). Das Absinken der AU-Tage ab dem zweiten Jahr war in der IG stärker als in der KG (U3 und U4) und bei U3 statistisch signifikant. Bei den klinikbekannt Patienten war im ersten Jahr nach Referenzfall ein größeres Absinken der AU-Tage in der IG im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich, wenn dieser auch keine statistische Signifikanz erreichte. Im vierten Jahr nach Referenzfall (U1) erreichte jedoch das größere Absinken der AU-Tage in der IG im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall statistische Signifikanz. Zu beachten ist zudem, dass in allen untersuchten Kohorten die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall in der IG höher als in der KG war. Im vorliegenden Modellvorhaben ist somit eine hypothesenkonforme Tendenz zu weniger AU-Tagen ersichtlich. Erkennbar ist dies besonders im Verlauf des Modellvorhabens, sowohl bei den klinikneuen als auch den klinikbekannt Patienten.

Sowohl der Anteil klinikneuer Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** als auch die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung (z.B. erweitertes teilstationäres Angebot) bewirkt haben, dass im Modellvorhaben tendenziell eher psychisch schwer erkrankte Menschen vollstationär behandelt wurden im Vergleich zur Regelversorgung. Diese evtl. „schwerer Erkrankten“ zeichnen sich ggf. durch einen erhöhten Bedarf an schnellerer vollstationärer Wiederaufnahme aus. Eine schnellere Wiederaufnahme muss dennoch per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein. So kann ein

regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 224 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.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 234 ff.) war das Risiko zu versterben in der IG in fast allen Untersuchungen (U1, U3, U4) leicht höher als in der KG. Nur der Anteil an Patienten, der innerhalb eines Jahres verstarb, war zwischen IG und KG vergleichbar (U2). Die höhere Mortalität war in U1 und U3 statistisch signifikant. Die Gründe einer hier angezeigten höheren Mortalität können mit den vorliegenden Daten nicht weiter untersucht werden.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 247 ff.) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen und linikbekannten Patienten der IG stets geringer als in der KG. Diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar oder in der IG leicht höher als in der KG. Statistisch signifikante Unterschied gab es jedoch nicht. Bei linikbekannten Patienten war diese Entwicklung zwischen IG und KG stets vergleichbar. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG bei den linikneuen Patienten leicht geringer (U1, nicht statistisch signifikant) oder vergleichbar (U2-U4). Bei den linikbekannten Patienten war der Anteil mit Entwicklung einer Suchterkrankung in der IG geringer als in der KG. Jedoch waren diese Unterschiede auch hier nicht statistisch signifikant. Bezüglich Erkrankungsprogression schienen sich beim Modellvorhaben keine statistisch signifikanten Unterschiede zur Regelversorgung gezeigt zu haben.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 275 ff.) war der Anteil an linikneuen Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen in der IG größer als in der KG (hypothesenkonform). Auf der anderen Seite war der Anteil der Personen mit Schizophrenie und antipsychotischer Medikation in der IG geringer als in der KG (hypothesenkonträr). Die restlichen Untersuchungen zur Leitlinienadhärenz waren zwischen den Gruppen vergleichbar oder die Fallzahl war für valide Aussagen zu gering. Bei den linikneuen und linikbekannten Patienten der IG wurde die aufsuchende Behandlung (**Home Treatment**) (S. 287 ff.) im Jahr vor Referenzfall vergleichbar eingesetzt. In den folgenden Jahren wurde in allen Untersuchungen (U1-U4) die aufsuchende Behandlung in der IG statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der KG. Dieser Unterschied zwischen IG und KG war bei den linikbekannten Patienten numerisch stärker ausgeprägt als bei den linikneuen Patienten. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben ist somit ersichtlich.

Kosten

Bei den linikneuen Patienten von U1 hatte die IG vom Prä- zum Postzeitraum relativ zur KG durchschnittlich um 636,64 € signifikant höhere direkte psychiatrische Versorgungskosten. Diese

höheren Kosten der IG waren hauptsächlich auf höhere Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr zurückzuführen. Die höheren Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr waren jedoch nicht auf die Kosten im vollstationären Bereich zurückzuführen – hier ergaben sich keine Kostenunterschiede im Zeitverlauf zwischen IG und KG. Die höheren Kosten im Zeitverlauf waren vielmehr auf die relativ höheren Kosten der IG im teilstationären Bereich zurückzuführen. Hier unterschieden sich die Kosten zwischen IG und KG im ersten Jahr um etwa 1.056 €.

Bei den klimbekannt Patienten von U1 hatte die IG vom Prä- zum Postzeitraum relativ zur KG einen um durchschnittlich 1.055,79 € signifikant stärkeren Rückgang der direkten psychiatrischen Versorgungskosten. Dieser relativ stärkere Rückgang der Kosten war hauptsächlich auf das höhere Ausgangsniveau der IG im Präzeitraum zurückzuführen, an das sich nahezu zur KG identische Kosten im Zeitverlauf ergaben. Diese höheren Kosten der IG (relativ zur KG) im Präzeitraum ließen sich hauptsächlich auf die Kosten der teilstationären psychiatrischen Versorgung zurückführen. Im Präzeitraum hatte die IG etwa um 786 € höhere teilstationäre Kosten als die KG.

Die klimbneuen Patienten von U2 zeigten einen (relativ zur KG) um 1.627,24 € stärkeren Anstieg der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr. Dieser relativ stärkere Anstieg war zu einem geringeren Teil auf die Kosten im vollstationären Bereich und zu einem größeren Teil auf die Kosten des teilstationären Bereichs zurückzuführen.

Bei den klimbneuen Patienten von U3 hatte die IG (relativ zur KG) einen um 747,94 € signifikant stärkeren Anstieg der Kosten vom Prä- zum Postzeitraum. Dieser Kostenunterschied war hauptsächlich auf die unterschiedlich hohen Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr zurückzuführen, welche sich wiederum im teilstationären Bereich ergaben.

Die klimbneuen und klimbekannt Patienten von U4 zeigten ein zu U1 analoges Muster.

Für die klimbneuen Patienten von U1 und U3 ergaben sich somit signifikant stärkere Kosten der IG (relativ zur KG) vom Prä- zum Postzeitraum. Diese waren jeweils auf das erste Nachbeobachtungsjahr zurückzuführen und konnten hauptsächlich mit den Unterschieden der teilstationären Kosten erklärt werden. Bei den klimbekannt Patienten von U1 ergab sich im Zeitverlauf ein stärkerer Rückgang der gesamten Kosten in der IG relativ zur KG. Dieser stärkere Rückgang war auf höhere Kosten der IG im Präzeitraum und gleich hohe Kosten in den folgenden Jahren zurückzuführen. Die höheren Kosten der IG im Präzeitraum konnten wiederum durch höhere Kosten im tagesklinischen Bereich erklärt werden.

Kosten-Effektivität

Bei den klimbneuen Patienten von U2 konnte vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr für die IG (relativ zur KG) kein signifikant unterschiedlicher Anstieg der Krankenhaus- bzw. AU-Tage beobachtet werden. Gleichzeitig konnte für die IG (relativ zur KG) ein signifikant stärker Anstieg der vollstationären psychiatrischen Kosten beobachtet werden. Entsprechend ist hier nicht von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel, gemessen an den Größen Krankenhaus- und AU-Tagen, auszugehen.

Für die klimbekannt Patienten von U4 konnte vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr für die IG (relativ zur KG) kein signifikant unterschiedlicher Anstieg der Krankenhaus- bzw. AU-Tage beobachtet werden. Gleichzeitig konnte für die IG (relativ zur KG) ein signifikant schwächerer Anstieg der vollstationären psychiatrischen Kosten (Variante „A“) beobachtet werden, während für nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ (Variante „B“) sich kein signifikanter Kostenunterschied der IG zur KG im Zeitverlauf ergab. Entsprechend ist hier von einer kosteneffektiveren Verwendung der Mittel, gemessen an den Krankenhaustagen, jedoch nicht für die AU-Tage, auszugehen.

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

Innerhalb des Modellvorhabens nach §64b SGB V im Krankenhaus Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH wurden vollstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dieser Effekt ließ sich jedoch erst im 3. Jahr nach Modellstart feststellen. Dies ging einher mit einer Verlagerung in den teilstationären Bereich hier bereits schon in der Frühphase des Modells, während die PIA weniger stark in Anspruch genommen wurde. Die Verlagerung in den nicht-vollstationären

Sektor hatte mutmaßlich keine negativen Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität und den Kontaktabbruch zum psychiatrischen Sektor. Beides konnte jedoch im Modellvorhaben auch nicht verbessert werden. Die Dauer von Arbeitsunfähigkeit konnte im Modellvorhaben über die Modelllaufzeit verringert werden, auch hier manifestierte sich der Effekt erst im 3. Jahr nach Modellstart. Im Modellvorhaben in Glauchau wurden die Patienten nicht schneller vollstationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Eine Verschlechterung der Behandlungskontinuität konnte nicht verzeichnet werden. Lediglich die PIA wurde weniger in Anspruch genommen. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität im Modellklinikum erhöhte sich jedoch, gegensätzlich zur gestellten Hypothese, im Vergleich zur Regelversorgung. Die Gründe für die erhöhte Mortalität im Modellvorhaben sind mit den vorliegenden Daten nicht ergründbar. Das Risiko einer Erkrankungsprogression konnte im Modellvorhaben nicht verringert werden. Die Analysen zeigen, dass eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz nicht klar nachgewiesen werden konnte. Die aufsuchende Behandlung wurde jedoch im Modellvorhaben verstärkt in Anspruch genommen. Insgesamt zeigen sich vor allem für klinikneue Patienten positive Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen (vollstationäre Behandlungsdauer und AU). Diese hypothesenkonforme Entwicklung wurde erst im Laufe des Modellvorhabens ab dem 3. Jahr ersichtlich, während unmittelbar nach Modellbeginn noch keine relevanten Effekte feststellbar waren. Ein Grund dafür liegt mutmaßlich darin, dass das Modellvorhaben keinen Vorläufervertrag aufwies und eine entsprechende Transitphase anzunehmen war.

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 Dezember 2019.

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

- AOK PLUS
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- BKK Pfalz (Fusion mit der BKK Vital zum 01.01.2018)
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein sowie der BKK Basell zum 01.01.2016)
- Debeka BKK
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- IKK classic
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Knappschaft
- pronova BKK (Fusion mit der BKK Braun-Gillette zum 01.01.2017)
- Techniker Krankenkasse
- TBK (Thüringer BKK).

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

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- BKK der G. M. Pfaff AG
- BKK exklusiv
- BKK firmus
- BKK G+V
- BKK Mobil Oil
- BKK Technoform
- BKK ZF & Partner
- Brandenburgische BKK
- energie-BKK (Fusion mit der E.ON BKK zum 01.01.2017)
- 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 methodische Beschreibung des Vorgehens befindet sich im Methodenband.

Von den 3.169 die Studieneinschlusskriterien erfüllenden, der Interventionsgruppe zugeordneten Patienten verblieben nach Selektion derjenigen Patienten, die über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum verfügten 2.602 Patienten, die in das Matching einfließen. Hierfür konnte für 2.575 (99 %) ein geeigneter Kontrollpatient gezogen werden (vgl. Tabelle 1).

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

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

Der Anteil der PIA-Referenzfälle war bei den klinikneuen Patienten der IG in allen Kohorten signifikant niedriger als in der KG. Der Anteil vollstationärer und tagesklinischer Referenzfälle war bei den klinikneuen Patienten der IG in allen Kohorten signifikant höher als in der KG. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
	Gesamt	3.169	32.726	2.602 (82%)	24.971 (76%)	2.575 (81% ; 99%)	2.575 (8% ; 10%)
Gesamt	Kohorte 1	1.395	9.723	1.228 (88%)	7.868 (81%)	1.228 (88% ; 100%)	1.228 (13% ; 16%)
	Kohorte 2	662	8.276	510 (77%)	6.021 (73%)	505 (76% ; 99%)	505 (6% ; 8%)
	Kohorte 3	585	7.697	459 (78%)	5.817 (76%)	449 (77% ; 98%)	449 (6% ; 8%)
	Kohorte 4	527	7.030	405 (77%)	5.265 (75%)	393 (75% ; 97%)	393 (6% ; 8%)
	Gesamt	2.229	28.743	1.783 (80%)	22.057 (77%)	1.761 (79% ; 99%)	1.761 (6% ; 8%)
Klinikneu	Kohorte 1	597	7.655	497 (83%)	6.148 (80%)	497 (83% ; 100%)	497 (6% ; 8%)
	Kohorte 2	580	7.449	462 (80%)	5.717 (77%)	459 (79% ; 99%)	459 (6% ; 8%)
	Kohorte 3	552	7.052	440 (80%)	5.279 (75%)	430 (78% ; 98%)	430 (6% ; 8%)
	Kohorte 4	500	6.587	384 (77%)	4.913 (75%)	375 (75% ; 98%)	375 (6% ; 8%)
	Gesamt	940	3.983	819 (87%)	2.914 (73%)	814 (87% ; 99%)	814 (20% ; 28%)
Klinikbekannt	Kohorte 1	798	2.068	731 (92%)	1.720 (83%)	731 (92% ; 100%)	731 (35% ; 43%)
	Kohorte 2	82	827	48 (59%)	304 (37%)	46 (56% ; 96%)	46 (6% ; 15%)
	Kohorte 3	33	645	19 (58%)	538 (83%)	19 (58% ; 100%)	19 (3% ; 4%)
	Kohorte 4	27	443	21 (78%)	352 (79%)	18 (67% ; 86%)	18 (4% ; 5%)

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

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

Rangplatz der Kontrollklinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontrollpatienten
1	17,7	360
2	19,3	569
3	19,5	336
4	19,7	230
5	19,8	355
6	20,8	432
7	21,0	85
8	21,2	123
9	21,8	44
10	22,2	41

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		Kohorte 1 - 4 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			Kohorte 4		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
Anzahl Patienten	gesamt	2.575	2.575		1.228	1.228		505	505		449	449		393	393	
	klinikneu	1.761	1.761		497	497		459	459		430	430		375	375	
	ambulabekannt	814	814		731	731		46	46		19	19		18	18	
mittleres Alter	gesamt	52,8	52,2	1,000	51,7	50,9	1,000	53,6	54,5	1,000	54,3	52,4	1,000	53,8	53,3	1,000
	klinikneu	53,6	52,9	1,000	52,7	52,4	1,000	53,9	54,4	1,000	54,2	52,0	0,775	53,7	52,8	0,000
	ambulabekannt	51,1	50,7	1,000	51,0	49,8	1,000	49,7	55,8	0,956	56,3	61,2	1,000	54,1	63,9	1,000
Anteil Frauen	gesamt	53,4%	52,9%	1,000	54,8%	52,3%	1,000	56,8%	58,0%	1,000	50,8%	50,8%	1,000	47,8%	50,6%	1,000
	klinikneu	52,9%	53,0%	1,000	52,9%	53,7%	1,000	58,6%	57,3%	1,000	51,2%	50,2%	1,000	47,7%	50,1%	1,000
	ambulabekannt	54,7%	52,6%	1,000	56,1%	51,3%	0,671	39,1%	65,2%	0,173	42,1%	63,2%	1,000	50,0%	61,1%	1,000
Anteil ambulabekannter Patienten	gesamt	31,6%	31,6%	1,000	59,5%	59,5%	1,000	9,1%	9,1%	1,000	4,2%	4,2%	1,000	4,6%	4,6%	1,000
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
	ambulabekannt	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	33,7%	42,6%	0,000	51,6%	57,6%	0,039	18,2%	27,3%	0,007	19,2%	29,2%	0,005	14,2%	30,5%	0,000
	klinikneu	17,0%	29,5%	0,000	19,3%	35,4%	0,000	17,0%	26,4%	0,007	17,9%	27,0%	0,015	12,8%	28,5%	0,000
	ambulabekannt	69,9%	70,8%	1,000	73,6%	72,6%	1,000	30,4%	37,0%	1,000	47,4%	78,9%	0,834	44,4%	72,2%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	55,9%	50,9%	0,003	42,0%	37,2%	0,167	69,3%	64,8%	0,845	66,4%	63,9%	1,000	70,2%	61,1%	0,069
	klinikneu	69,8%	63,5%	0,001	70,8%	59,6%	0,002	69,5%	66,0%	1,000	67,4%	66,0%	1,000	71,5%	62,9%	0,111
	ambulabekannt	25,9%	23,6%	1,000	22,4%	22,0%	1,000	67,4%	52,2%	1,000	42,1%	15,8%	1,000	44,4%	22,2%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	10,4%	6,3%	0,000	6,4%	4,6%	0,613	12,5%	7,9%	0,177	14,5%	6,9%	0,004	15,5%	8,4%	0,027
	klinikneu	13,2%	6,9%	0,000	9,9%	5,0%	0,038	13,5%	7,6%	0,042	14,7%	7,0%	0,004	15,7%	8,5%	0,029
	ambulabekannt	4,2%	4,8%	1,000	4,0%	4,4%	1,000	2,2%	10,9%	1,000	10,5%	5,3%	1,000	11,1%	5,6%	1,000
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,3%	0,186	0,0%	0,6%	0,208	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
	ambulabekannt	0,0%	0,9%	0,230	0,0%	1,0%	0,230	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	11,0%	11,2%	1,000	18,5%	18,8%	1,000	3,2%	5,9%	0,348	4,2%	3,1%	1,000	5,3%	3,3%	1,000
	klinikneu	1,8%	1,5%	1,000	1,8%	1,4%	1,000	0,9%	2,0%	1,000	1,9%	1,6%	1,000	2,9%	0,8%	0,354
	ambulabekannt	30,8%	32,2%	1,000	29,8%	30,6%	1,000	26,1%	45,7%	0,574	57,9%	36,8%	1,000	55,6%	55,6%	1,000
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	3,7%	3,1%	1,000	7,1%	5,8%	1,000	0,6%	0,2%	1,000	0,7%	1,1%	1,000	0,5%	0,8%	1,000
	klinikneu	0,0%	0,5%	0,038	0,0%	0,6%	1,000	0,0%	0,2%	1,000	0,0%	0,7%	1,000	0,0%	0,5%	1,000
	ambulabekannt	11,7%	8,7%	0,536	11,9%	9,3%	1,000	6,5%	0,0%	1,000	15,8%	10,5%	1,000	11,1%	5,6%	1,000
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	22,6%	23,4%	1,000	45,8%	45,0%	1,000	1,0%	6,1%	0,000	1,8%	2,4%	1,000	1,5%	2,0%	1,000
	klinikneu	0,5%	1,4%	0,031	0,6%	2,4%	0,224	0,2%	2,0%	0,182	0,5%	0,7%	1,000	0,5%	0,3%	1,000
	ambulabekannt	70,4%	71,0%	1,000	76,5%	74,0%	1,000	8,7%	47,8%	0,001	31,6%	42,1%	1,000	22,2%	38,9%	1,000
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	45,1%	46,7%	1,000	42,3%	44,5%	1,000	49,5%	46,5%	1,000	46,8%	50,3%	1,000	46,3%	49,4%	1,000
	klinikneu	46,7%	48,1%	1,000	45,1%	48,3%	1,000	48,6%	45,8%	1,000	47,2%	50,2%	1,000	45,9%	48,3%	1,000
	ambulabekannt	41,8%	43,6%	1,000	40,5%	42,0%	1,000	58,7%	54,3%	1,000	36,8%	52,6%	1,000	55,6%	72,2%	1,000

(p-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur)

7. Darstellung Modellvorhaben Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V am Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH begann zum 01.01.2014 mit einer Laufzeit von vier Jahren. Es besteht eine Verlängerungsoption auf insgesamt acht Jahre.

Am Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 70 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie und 30 in der Tagesklinik vorgesehen.

Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre und teilstationäre Leistungen, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), Home-Treatment sowie Notfallbehandlung. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget für vereinbarte Kopfzahl (Korridor +/- 6%).

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

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2015 und 2016 folgende Versorgungsmodule auf: Hometreatment (nur 2016), Case Management, sektorenübergreifende Sitzungen / Fallkonferenzen und Arbeitstherapie. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik seit 2002 eine §64b-SGB-V-ähnliche Struktur, die jedoch nicht durch einen IV-Vertrag geregelt war und zu deren spezifischer Struktur keine weiteren Aussagen getroffen wurden.

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

Stationäre Leistungen wurden vor November 2013 über Pflegesätze nach BPfIV vergütet. In den Monaten November und Dezember des Jahres 2013 wurde nach Modellpflegesätzen abgerechnet. Seit dem 01.01.2014 erfolgt die Abrechnung nach PEPP.

Innerhalb der gezogenen Kontrollkliniken wurde im stationären Bereich in dem für diesen Zwischenbericht herangezogenen Beobachtungszeitraum in einer Klinik ausschließlich nach BPfIV abgerechnet und in den restlichen vier sowohl nach BPfIV als auch nach PEPP, wobei der Zeitpunkt der Umstellung auf PEPP verschieden ist. Drei Kliniken wechselten im Jahr 2014 auf PEPP, die vierte im Jahr 2015.

Im Bereich der PIA erfolgt die Abrechnung im gesamten Beobachtungszeitraum sowohl in der Modell- als auch in den Kontrollkliniken per Einzelleistungsvergütung.

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) wird mit IG und die Kontrollgruppe (Regelversorgung) 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. Jeder 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. Jeder 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 Einschlusses in die Evaluation (Referenzzeitpunkt).

Über 70 % der eingeschlossenen klinikneuen Patienten und über 60 % (IG) bzw. 70 % (KG) der eingeschlossenen klinikbekannten Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 4). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten verschiedene Kombination von

psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
 depressive Episoden (F32)
 rezidivierende depressive Störungen (F33)
 Andere Angststörungen (F41) und
 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)	473	475
Referenzdiagnosen		

• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	70,2 %	76,8 %
• Zwei Diagnosen	23,7 %	20,0 %
• Drei Diagnosen	5,1 %	2,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,1 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	15	17
2. F32 & F41	11	12
3. F10 & F32	9	9

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)	692	670
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	62,7 %	72,7 %
• Zwei Diagnosen	26,0 %	20,1 %
• Drei Diagnosen	9,2 %	5,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	2,0 %	1,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F41	21	10
2. IG: F41 & F43 / KG: F32 & F41	12	10
3. IG: F33 & F43 / KG: F10 & F43	9	8

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 entsprechenden 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)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	332	365	473	475
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,6 %	0,5 %	1,1 %	1,7 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,2 %	1,6 %	1,9 %	1,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,5 %	4,4 %	5,1 %	4,4 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,9 %	0,8 %	0,8 %	1,1 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	27,1 %	27,1 %	27,1 %	28,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	4,5 %	4,9 %	6,1 %	7,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	28,0 %	28,2 %	35,3 %	32,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	20,8 %	20,3 %	26,6 %	26,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,2 %	1,1 %	3,6 %	2,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	8,4 %	9,0 %	17,3 %	14,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,3 %	0,4 %	0,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,3 %	0,3 %	2,1 %	1,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,5 %	0,8 %	3,6 %	1,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,9 %	0,5 %	3,6 %	1,9 %
Alter ¹				
• Mittelwert	53,0	52,7	53,3	52,8
• Median	53	53	52	53
• (Interquartilsabstand)	(38 - 68)	(37 - 65)	(39 - 69)	(39 - 65)
Geschlecht				
• Frauen	50,6 %	52,9 %	52,6 %	53,5 %
• Männer	49,4 %	47,1 %	47,4 %	46,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	77,7 %	63,0 %	80,5 %	65,9 %
• PIA	22,3 %	37,0 %	19,5 %	34,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,6 %	0,5 %	1,1 %	0,6 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,5 %	5,8 %	4,4 %	5,7 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	15,1 %	16,4 %	15,6 %	15,4 %
• Abitur/Fachabitur	3,9 %	4,4 %	3,6 %	4,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	6,6 %	6,0 %	6,8 %	6,5 %
Höchster beruflicher Abschluss	69,3 %	66,8 %	68,5 %	67,6 %
<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 	2,1 %	0,8 %	3,0 %	0,8 %
	21,4 %	24,7 %	21,6 %	22,9 %
	0,6 %	1,4 %	0,4 %	1,3 %
	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
	2,1 %	1,4 %	2,1 %	1,9 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	3,9 %	4,9 %	4,0 %	5,5 %
	69,3 %	66,8 %	68,5 %	67,6 %
Pflegestufe				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	10,5 %	15,9 %	11,8 %	15,4 %
	77,7 %	68,2 %	76,3 %	65,7 %
	11,7 %	15,9 %	11,8 %	18,9 %
Schwere psychische Störungen				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	21,1 %	21,9 %	21,6 %	23,6 %
	16,0 %	16,7 %	16,5 %	18,5 %
	63,0 %	61,4 %	61,9 %	57,9 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	48,8 %	52,6 %	48,0 %	51,6 %
	3,9 %	2,5 %	3,4 %	2,5 %
	44,3 %	43,6 %	45,5 %	44,4 %
	3,0 %	1,4 %	3,2 %	1,5 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	434	487	692	670
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,7 %	1,0 %	1,9 %	1,6 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 %	0,6 %	0,1 %	0,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,3 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,2 %	1,0 %	1,0 %	1,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,2 %	0,6 %	0,9 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	21,2 %	18,3 %	22,0 %	20,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	32,5 %	27,7 %	27,9 %	24,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	23,0 %	27,1 %	30,1 %	34,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	7,6 %	7,2 %	19,1 %	14,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,5 %	0,6 %	3,2 %	4,8 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	10,4 %	13,1 %	23,3 %	23,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,2 %	0,6 %	0,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,2 %	0,6 %	4,6 %	3,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,6 %	1,4 %	9,2 %	3,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,5 %	0,8 %	4,0 %	1,3 %
Alter ¹				
• Mittelwert	51,9	50,8	51,2	50,2
• Median	52	51	52	51
• (Interquartilsabstand)	(41 - 62)	(40 - 61)	(39 - 62)	(39 - 60)
Geschlecht				
• Frauen	53,0 %	49,1 %	55,8 %	50,4 %
• Männer	47,0 %	50,9 %	44,2 %	49,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	25,8 %	27,9 %	27,0 %	28,5 %
• PIA	74,2 %	72,1 %	73,0 %	71,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	1,6 %	1,6 %	2,7 %	1,8 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,1 %	3,9 %	4,8 %	4,2 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	11,3 %	10,7 %	11,3 %	12,2 %
• Abitur/Fachabitur	3,0 %	2,9 %	2,6 %	3,4 %
• Abschluss unbekannt	4,1 %	7,6 %	4,0 %	7,9 %
• Fehlende Angabe	75,8 %	73,3 %	74,6 %	70,4 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,8 %	3,5 %	3,9 %	3,6 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	16,8 %	14,8 %	16,6 %	16,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,6 %	0,6 %	1,4 %	1,2 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,5 %	2,5 %	0,6 %	2,8 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	2,5 %	5,3 %	2,7 %	5,4 %
• Fehlende Angabe	75,8 %	73,3 %	74,6 %	70,4 %
Pflegestufe				
• Ja	18,0 %	4,9 %	17,2 %	4,5 %
• Nein	70,0 %	20,7 %	72,0 %	19,6 %
• Fehlende Angabe	12,0 %	74,3 %	10,8 %	76,0 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	21,4 %	28,1 %	21,4 %	30,6 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	53,2 %	43,1 %	57,1 %	43,3 %
• Weder A noch B	25,3 %	28,7 %	21,5 %	26,1 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	39,6 %	45,8 %	40,0 %	48,5 %
• Familienversicherter	1,6 %	2,3 %	1,6 %	1,8 %
• Rentner und deren Familienangehörige	56,5 %	51,1 %	56,2 %	49,1 %
• Fehlende Angabe	2,3 %	0,8 %	2,2 %	0,6 %

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

8.2 Ergebnisse Outcomes

Die Ergebnisse werden entsprechend der vier Analysen U1-U4 dargestellt (siehe auch Kapitel 8 auf Seite 41). Im Folgenden werden die einzelnen Outcomes mit den jeweils vier Analysen dargestellt.

In den Analysen wurden nur Fälle, die im 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 andauern. Jede Zeile steht unabhängig und ergibt in Summe somit nicht 100 % der unter Evaluation stehenden Patienten. Bei der Berechnung der kumulierten Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte werden alle Patienten, die eingeschlossen wurden, berücksichtigt und nicht nur Patienten, die einen stationären Aufenthalt aufwiesen. Hier werden demnach Tage pro Patient ausgewiesen (inkl. Patienten mit keinen Tag) und nicht Fallzahlen im Krankenhaus.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Alle folgenden Aussagen beziehen sich auf stationäre Aufenthalte aufgrund von Indexdiagnosen als Hauptdiagnose.

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Verlauf des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den linikneuen Patienten mit Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und danach Absinken auf niedrigem Niveau zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei war der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG um 6,2 %-Punkte höher als in der KG. Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Auch bei den linikbekannten Patienten war zwischen IG und KG ein vergleichbarer Verlauf des Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt zu verzeichnen. Dabei gab es im ersten Jahr nach Referenzfall einen kleinen Peak, welcher in der IG etwas geringer ausfiel als in der KG (statistisch nicht signifikant) und ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall einen vergleichbaren Abfall in IG und KG über die Jahre. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** zeigte bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG einen statistisch signifikant höheren Peak im Vergleich zur KG. Der weitere Verlauf war zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG im Jahr vor Referenzfall größer als in der KG, fiel dann aber im ersten Jahr nach Referenzfall unter den Wert der KG und war danach mit dem der KG vergleichbar (prä: +2,0; 1. Jahr: -1,1; 2. Jahr: +0,2; 3. Jahr: +0,8, 4. Jahr: -0,2 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch 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: 0,7; KG: 0,7 vollstationäre Tage), vergleichbarem Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 21,2; KG: 22,1 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem vergleichbar niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 4,3; 3,7 und 3,4 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 4,2; 3,2 und 2,8 vollstationäre Tage

im 2., 3. und 4. Jahr). Es gab keine statistisch signifikanten Niveau-Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass im ersten Jahr nach Referenzfall bei den älteren klinikneuen Patienten (älter als medianes Alter) sowohl in der IG als auch in der KG im ersten Jahr nach Referenzfall mehr vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zu jüngeren Patienten anfielen (IG: +11,3; KG: +4,4 vollstationäre Tage). Bei den jüngeren Patienten fielen zudem in der IG ca. sechs vollstationäre Tage weniger als in der KG im ersten Jahr nach Referenzfall an. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F30-39 (affektive Störungen) und F45 (somatoforme Störungen) auf (wobei die letztgenannte nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns) und F45 (somatoforme Störungen) aufwiesen (wobei die beiden letztgenannten nur sehr wenige Patienten betraf). Bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist zu beachten, 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 168 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten war der Verlauf und das Niveau vollstationärer Tage in IG und KG vergleichbar mit stets leicht mehr vollstationären Behandlungstagen in der IG im Vergleich zur KG (IG vs. KG: prä: +1,6; 1. Jahr: +0,3; 2. Jahr: +2,2; 3. Jahr: +0,3; 4. Jahr: +0,9 vollstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass in jedem Jahr für die jüngeren klinikbekannten Patienten (jünger als medianes Alter) die Anzahl vollstationärer Behandlungstage in der IG geringer als in der KG war. Bei den älteren Patienten hingegen waren die vollstationären Behandlungstage in der IG für jedes Jahr größer, als in der KG. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannten Patienten mit Referenzdiagnosen F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol), F30-39 (affektive Störungen) und F01 (Vaskuläre Demenz) auf (wobei letztgenannte nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F50 (Essstörungen), F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) aufwiesen (wobei erstgenannte nur sehr wenige Patienten 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 168 im Anhang).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** klinikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem

zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (DiD = +8,1 teilstationäre Tage). Für die darauffolgenden Jahre zeigten sich IG und KG vergleichbar. Auch der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = +2,2 teilstationäre Tage). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich bei IG und KG vergleichbare Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage über die Zeit (IG) bzw. nach dem ersten Jahr nach Referenzfall über die Zeit (KG). Das Absinken der durchschnittlichen teilstationären Behandlungstage im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall war in der IG etwas stärker im Vergleich zur KG, da hier ein etwas höheres Ausgangsniveau zu verzeichnen war. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG etwas stärker als in der KG (IG: +68,7 %-Punkte; KG: +61,7 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in der IG stärker als in der KG (IG: +28,2 %; KG: +19,4 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG eine leicht geringere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage im Vergleich zur KG (IG: +20,4; KG: +22,5 vollstationäre Tage). Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg dagegen in der IG stärker im Vergleich zur KG (IG: +15,8; KG: +9,2 teilstationäre Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Muster des Verlaufs zum **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bzw. **mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** analog zu U1 und U2. Bei den vollstationären Aufenthalten gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied. Bei den teilstationären Anteilen war der Anteil zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr danach in der IG statistisch signifikant größer als in der KG und fiel dann auf ein vergleichbares Niveau zurück.

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG im Vergleich zur KG eine statistisch signifikant geringere Zunahme der Tage vom Jahr vor Referenzfall bis zum Jahr nach Referenzfall (DiD = -2,6 vollstationäre Tage). Danach fiel die Anzahl vollstationärer Tage in der IG und der KG, blieb aber in der IG etwas unter der Anzahl der vollstationären Tage der KG. Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** verlief, entsprechend U1 und U2, mit einem Peak im Jahr nach Referenzfall, wobei hier die teilstationären Tage der IG höher ausfielen als in der KG. Der Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = +8,3 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 bei den linikneuen Patienten stärker anstieg als in der KG (IG: +69,3 %-Punkte; KG: +61,5 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG stets etwas größer als in der KG, ausgenommen im Jahr nach Referenzfall. Die Verläufe waren weitgehend parallel. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker und war ansonsten vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten war ein vergleichbarer Verlauf mit leicht höheren Anteilen in der IG im Vergleich zur KG zu beobachten, ausgenommen im Jahr nach Referenzfall.

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: +20,1 vollstationäre Tage; KG: +23,1 vollstationäre Tage). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich parallele Verläufe zwischen IG und KG, wobei die IG (analog zu U1) stets mehr vollstationäre Behandlungstage aufwies als die KG (prä: +1,3; 1. Jahr: +0,3; 2. Jahr: +2,2; 3. Jahr: +0,6 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war, analog zu U1, ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG (IG: +14,9; KG: +7,2 teilstationäre Tage). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage über die Behandlungsjahre (mit Ausnahme im Jahr nach Referenzfall in der KG), wobei hier die IG außer im Jahr nach Referenzfall höhere Anzahlen teilstationärer Tage aufwies als die KG (prä: +1,4; 1. Jahr: -0,7; 2. Jahr: +0,5; 3. Jahr: +0,1 vollstationäre Tage).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	6,3 %	74,4 %	12,6 %	12,2 %	9,6 %	6,3 %	68,2 %	10,9 %	10,3 %	9,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,0 %	25,2 %	2,3 %	2,3 %	2,7 %	0,4 %	14,9 %	2,0 %	2,9 %	1,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	6,3 %	86,3 %	13,3 %	12,9 %	10,4 %	6,5 %	75,8 %	11,8 %	11,9 %	10,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,9 %	3,6 %	1,1 %	2,1 %	2,2 %	1,9 %	5,1 %	1,5 %	1,1 %	0,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	17,8 %	18,8 %	13,3 %	12,2 %	13,8 %	17,7 %	18,7 %	12,3 %	14,5 %	11,8 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	0,7	21,2	4,3	3,7	3,4	0,7	22,1	4,2	3,2	2,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,0	14,2	0,5	1,0	1,2	0,2	6,3	0,9	1,1	0,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	0,7	35,4	4,8	4,7	4,6	1,0	28,4	5,1	4,3	3,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	1,0	0,3	0,3	0,4	0,2	1,9	0,3	0,4	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,4	2,4	2,1	1,5	1,6	2,3	2,6	1,7	1,9	1,4

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).

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)	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	29,6 %	31,8 %	19,7 %	17,8 %	16,3 %	27,0 %	34,3 %	18,3 %	15,9 %	14,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	10,5 %	9,7 %	4,0 %	3,8 %	3,2 %	8,5 %	10,7 %	3,9 %	3,0 %	3,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	33,2 %	36,8 %	21,6 %	19,4 %	17,3 %	30,9 %	40,0 %	20,2 %	17,8 %	15,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	5,5 %	3,5 %	1,8 %	1,7 %	1,6 %	6,9 %	4,5 %	3,2 %	2,4 %	1,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	18,5 %	18,1 %	18,4 %	18,0 %	16,5 %	16,6 %	16,3 %	15,1 %	15,5 %	12,8 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	13,2	15,4	8,8	7,4	7,2	11,6	15,1	6,6	7,1	6,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	4,5	3,9	1,7	1,3	1,2	3,3	4,2	1,4	1,2	1,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	17,7	19,2	10,5	8,7	8,4	14,9	19,2	8,0	8,3	7,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	1,5	1,1	0,6	0,6	0,2	2,2	1,6	1,0	1,1	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,1	2,2	2,0	2,1	2,1	1,7	2,1	1,9	1,6	1,5

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

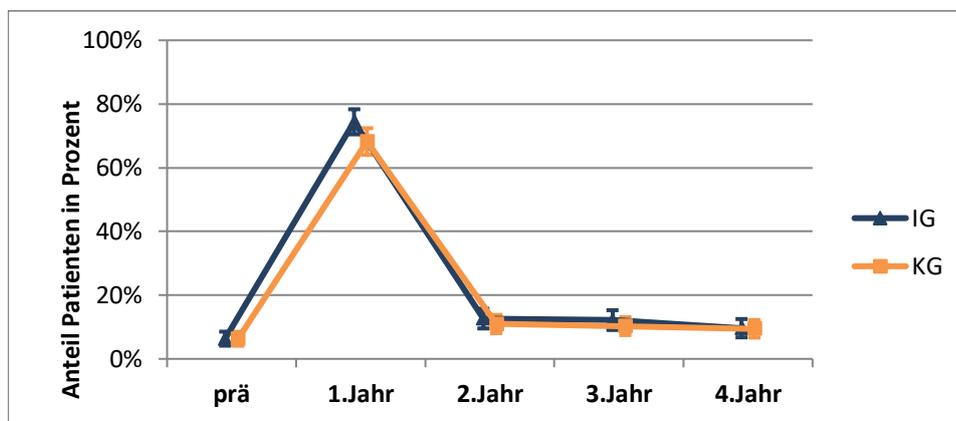
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

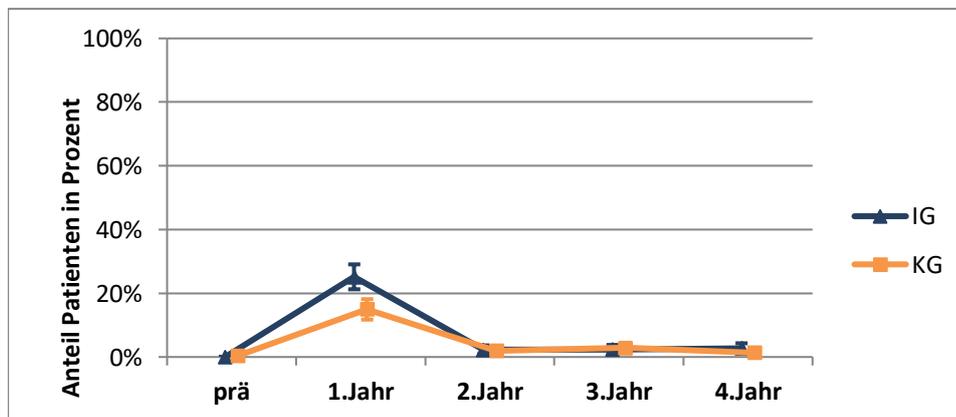
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

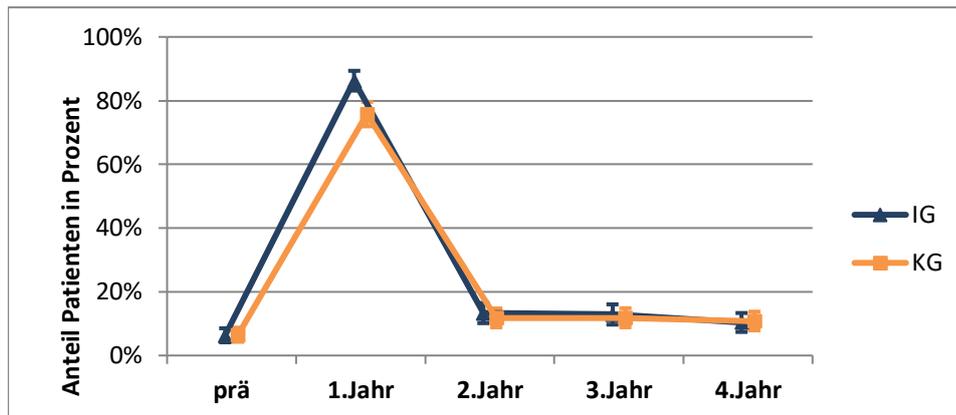
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



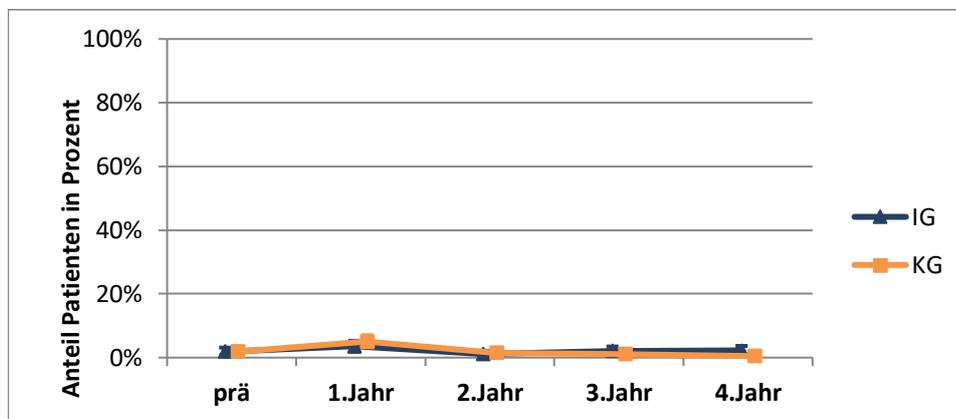
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



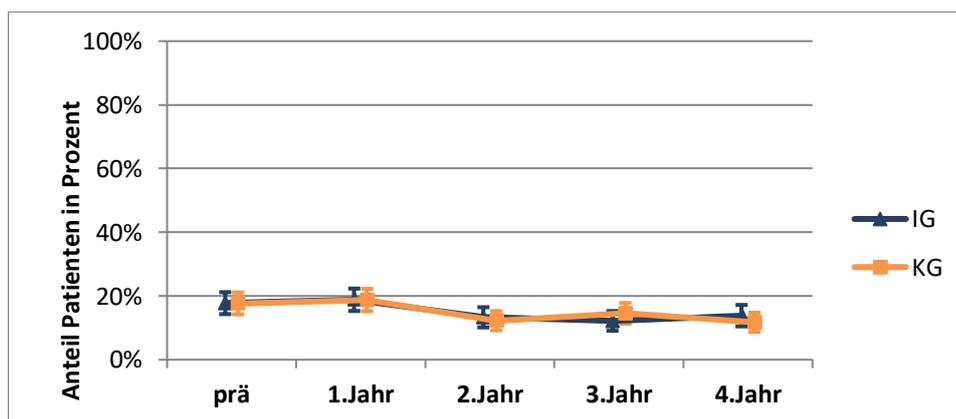
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

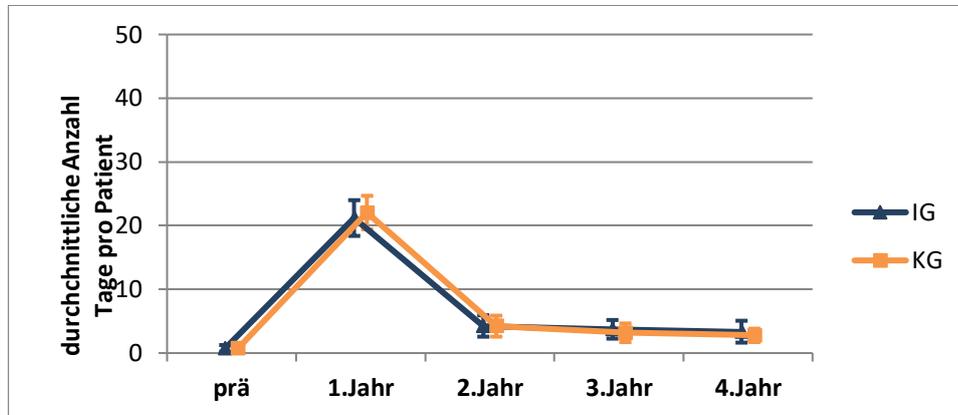


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

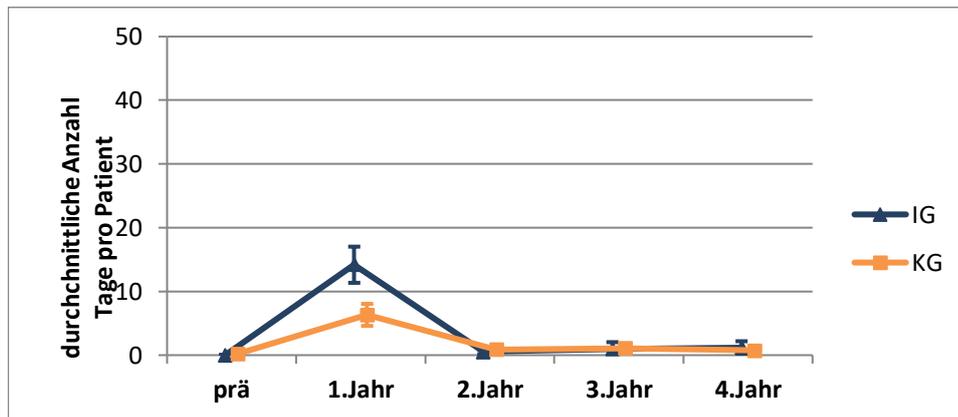


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

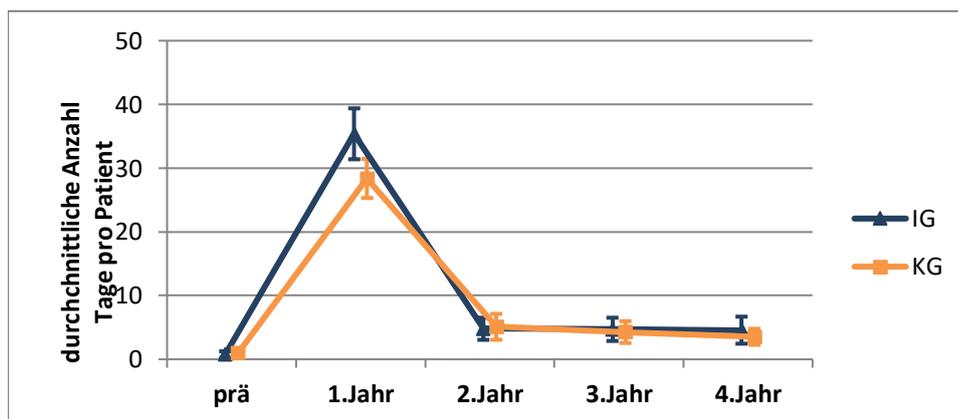
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



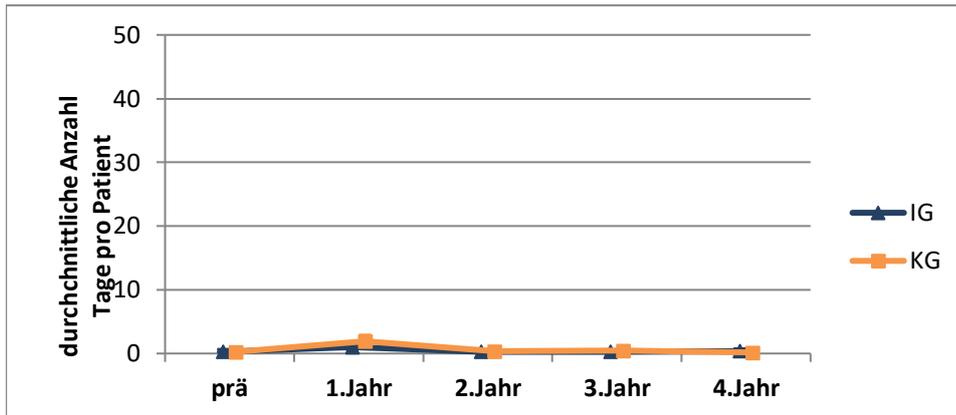
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



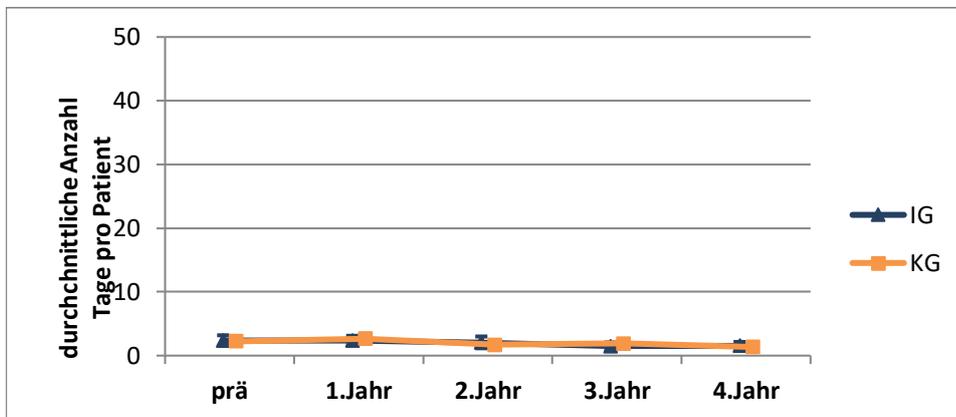
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



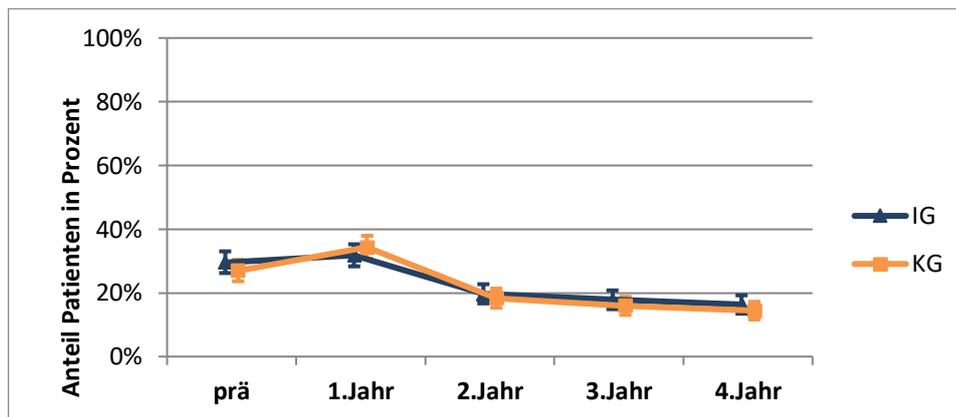
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

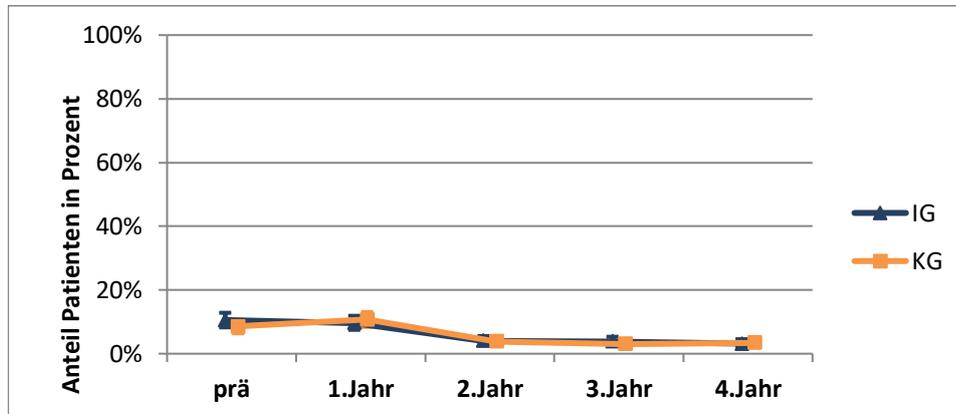
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

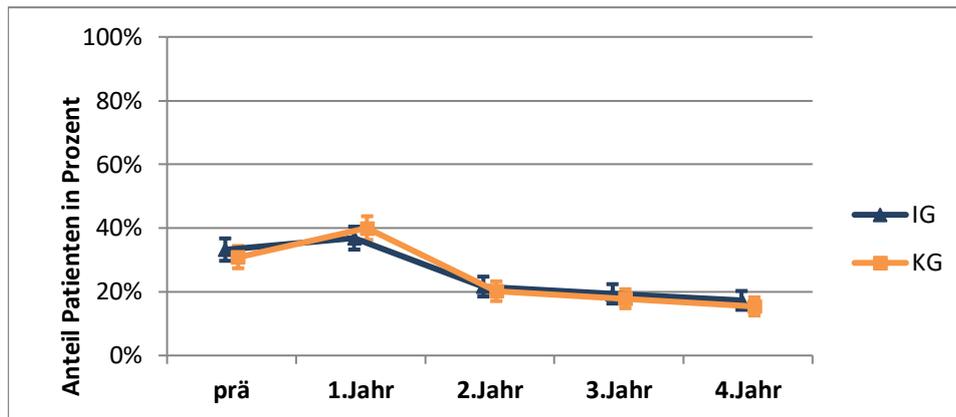
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



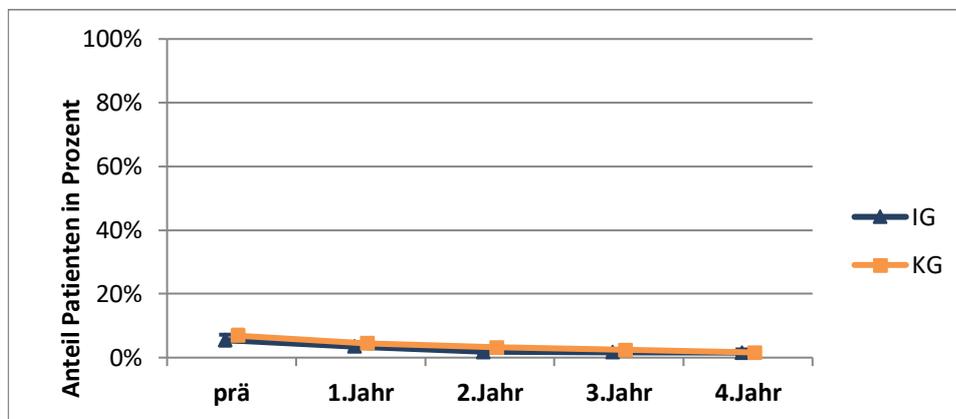
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



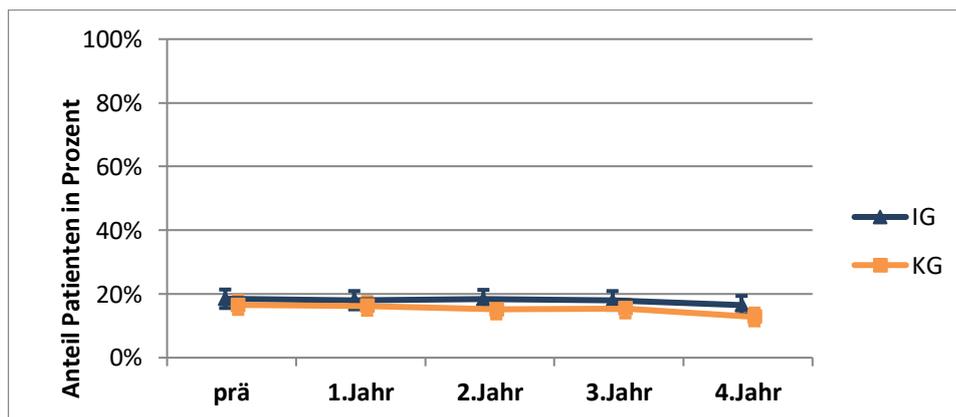
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

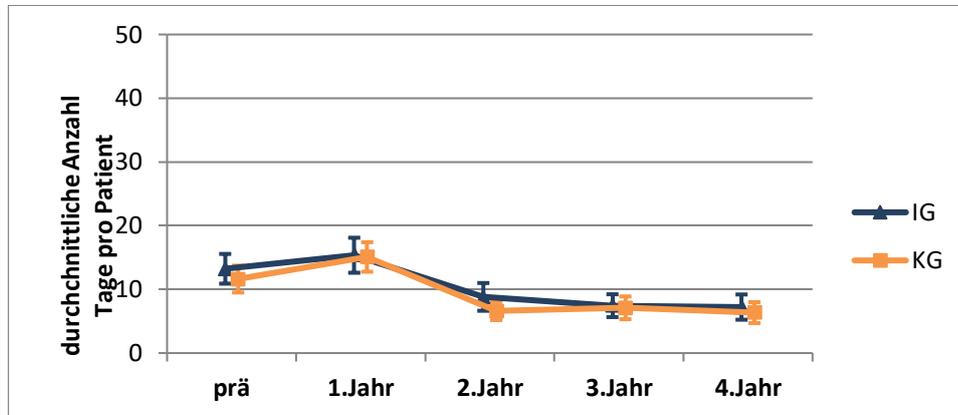


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

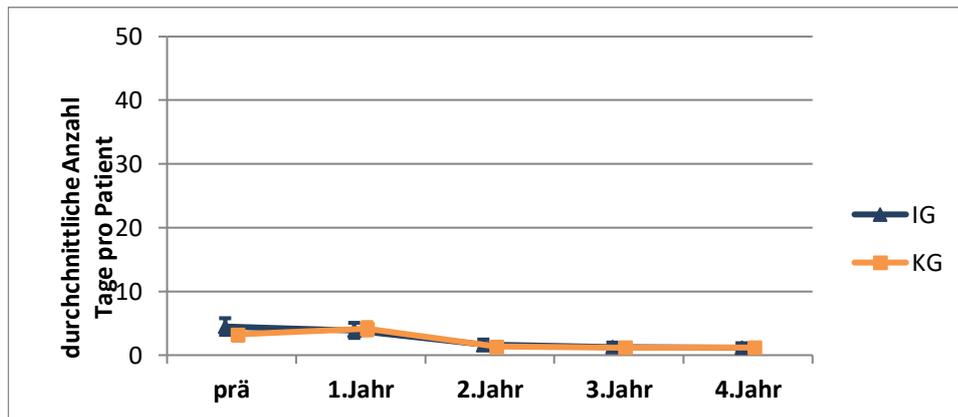


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

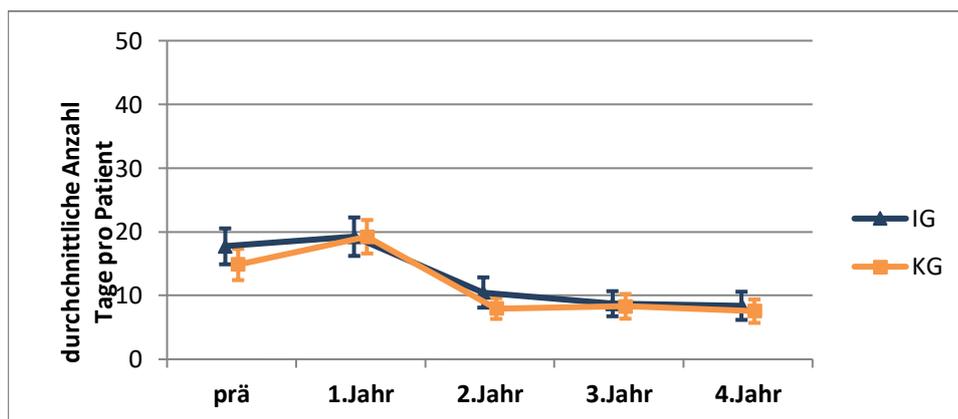
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



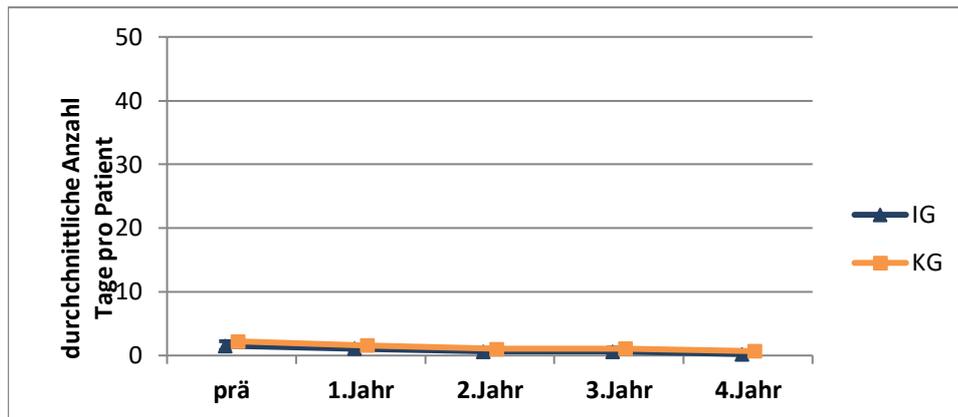
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

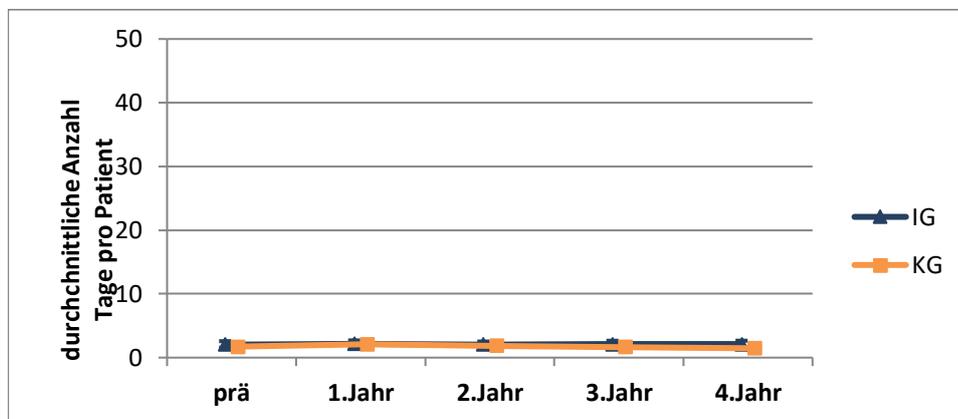


Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,09 0,58...2,04	1,91*** 1,38...2,65	-0,85 -4,07...2,37	8,09*** 5,75...10,44
DID Jahr 2	1,13 0,58...2,22	1,12 0,45...2,78	-0,07 -3,29...3,15	-0,11 -2,46...2,23
DID Jahr 3	1,14 0,58...2,27	0,77 0,33...1,77	0,38 -2,84...3,60	0,08 -2,26...2,42
DID Jahr 4	0,94 0,46...1,91	1,86 0,68...5,07	0,35 -2,87...3,57	0,57 -1,77...2,92
DID Jahr 1-4	—	—	-0,05 -2,79...2,69	2,16* 0,23...4,09

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,73 0,51...1,06	0,67 0,40...1,15	-1,35 -5,19...2,49	-1,49 -3,22...0,24
DID Jahr 2	0,94 0,63...1,41	0,81 0,41...1,60	0,53 -3,31...4,37	-0,94 -2,67...0,79
DID Jahr 3	0,99 0,65...1,50	1,00 0,48...2,07	-1,34 -5,18...2,50	-1,17 -2,90...0,56
DID Jahr 4	0,99 0,65...1,52	0,70 0,34...1,48	-0,90 -4,74...2,94	-1,26 -2,99...0,47
DID Jahr 1-4	—	—	-0,76 -3,83...2,30	-1,22 -2,59...0,16

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)	1.761	1.761	1.761	1.761
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) 	4,5 %	73,2 %	6,4 %	68,0 %
	0,0 %	28,2 %	0,5 %	19,9 %
	4,5 %	86,9 %	6,6 %	78,2 %
	1,6 %	3,1 %	1,9 %	4,0 %
	19,6 %	19,8 %	19,2 %	17,5 %
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) 	0,6	21,0	0,8	23,4
	0,0	15,8	0,2	9,4
	0,6	36,8	1,0	32,8
	0,3	0,9	0,2	1,5
	2,3	2,8	2,4	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:

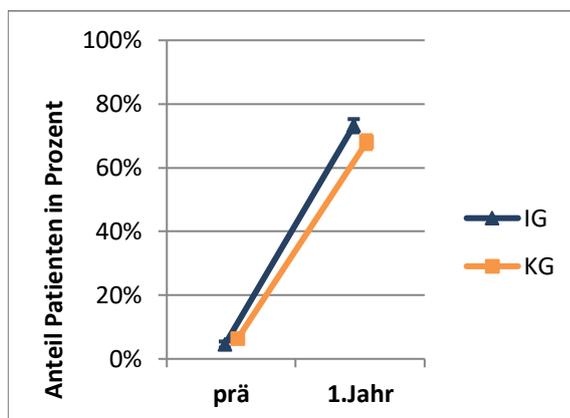
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie

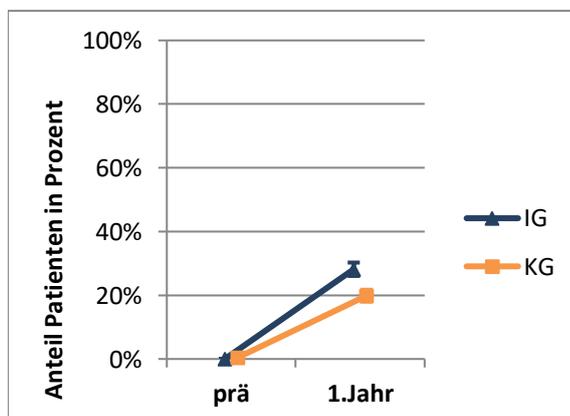
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

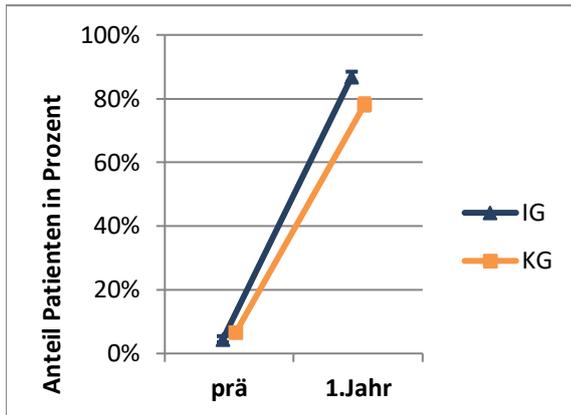
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



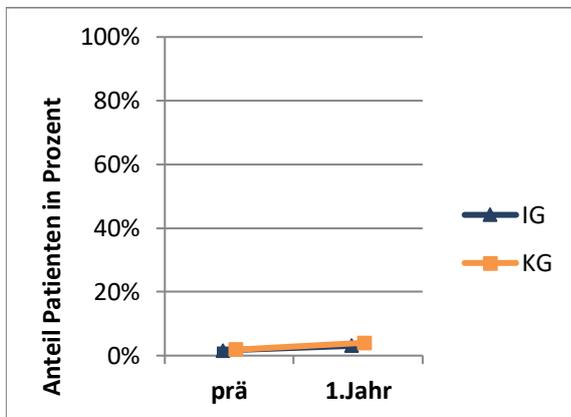
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



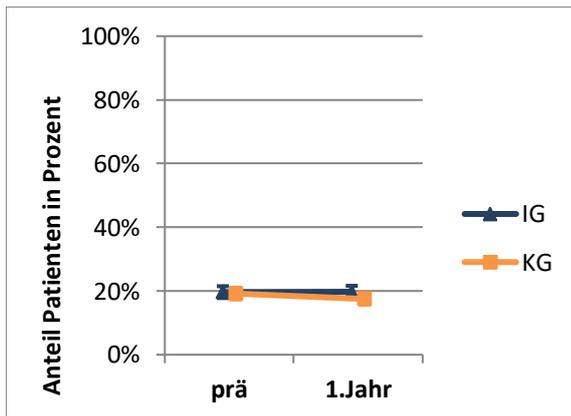
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

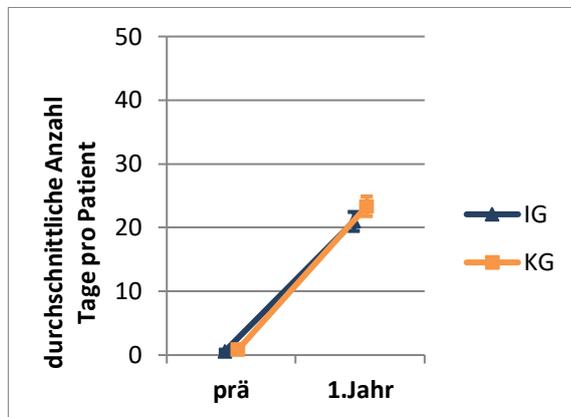


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

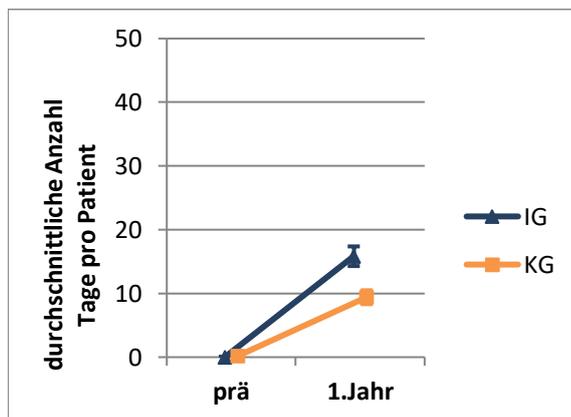


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

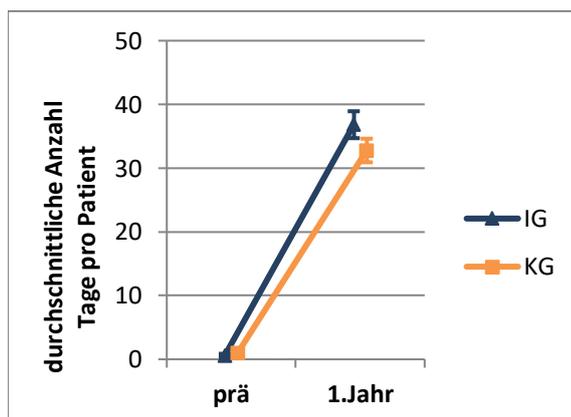
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



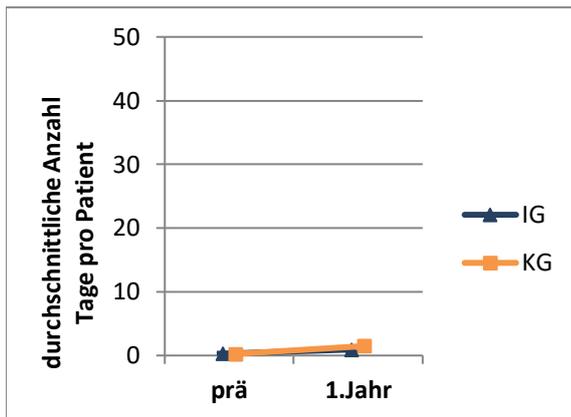
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



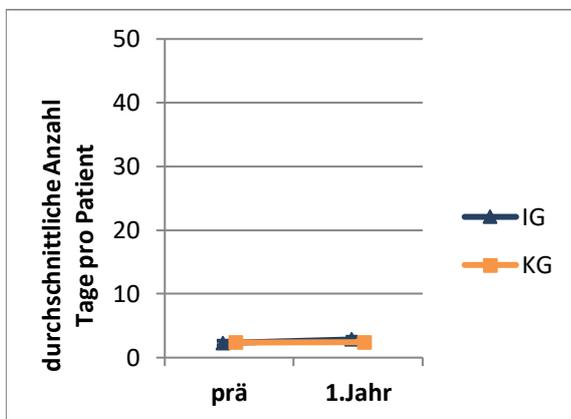
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- 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)	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	4,7 %	73,4 %	11,4 %	6,8 %	68,4 %	11,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,0 %	28,0 %	2,4 %	0,4 %	17,7 %	3,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	4,7 %	86,7 %	12,1 %	7,1 %	77,1 %	13,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,6 %	3,2 %	1,3 %	1,7 %	4,3 %	1,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	20,1 %	19,4 %	14,6 %	19,1 %	17,7 %	13,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	0,6	21,1	3,6	0,9	24,0	4,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,0	15,7	0,9	0,2	7,7	1,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	0,6	36,8	4,6	1,1	31,7	5,9
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	1,0	0,3	0,2	1,6	0,8
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,4	2,6	2,1	2,4	2,6	1,7

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:

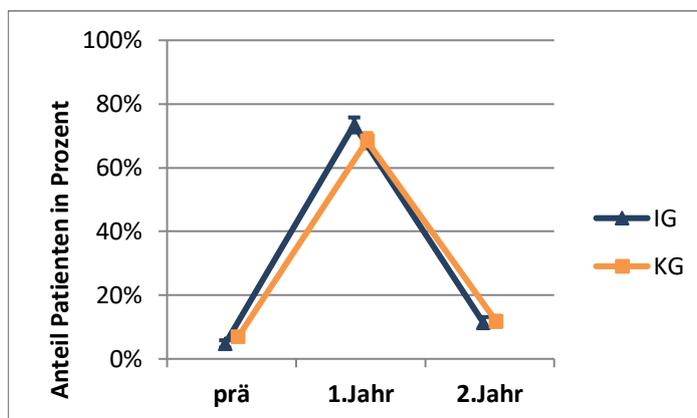
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

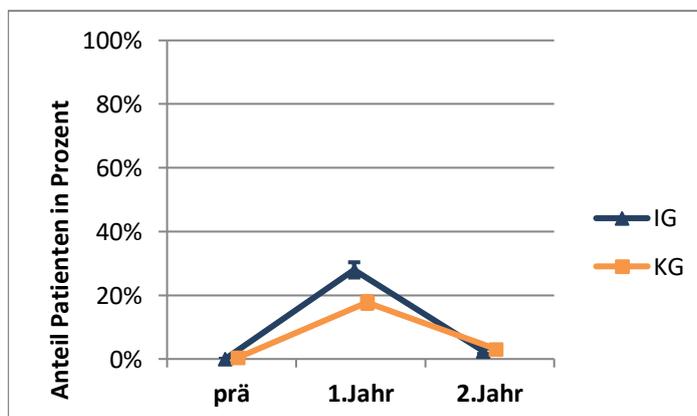
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

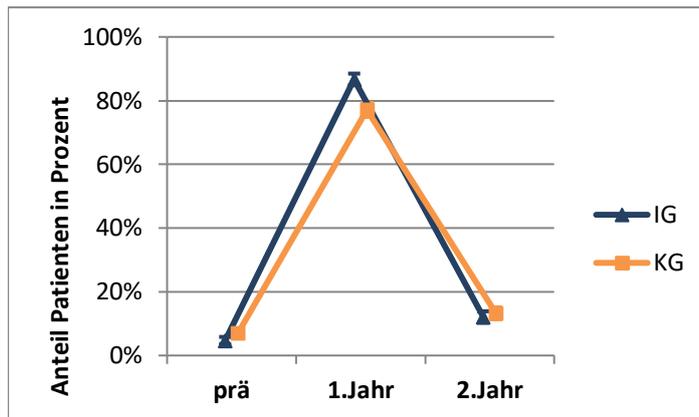
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



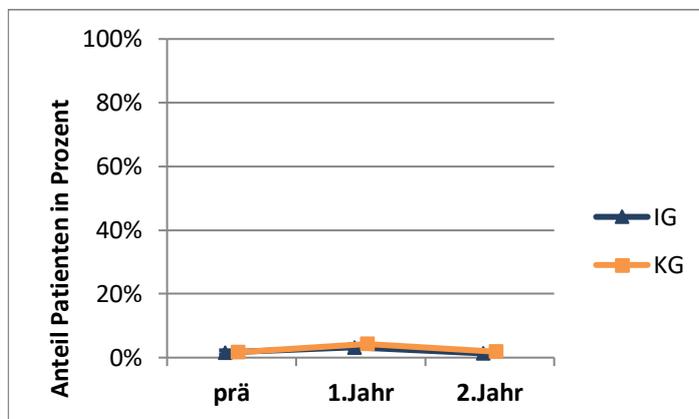
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



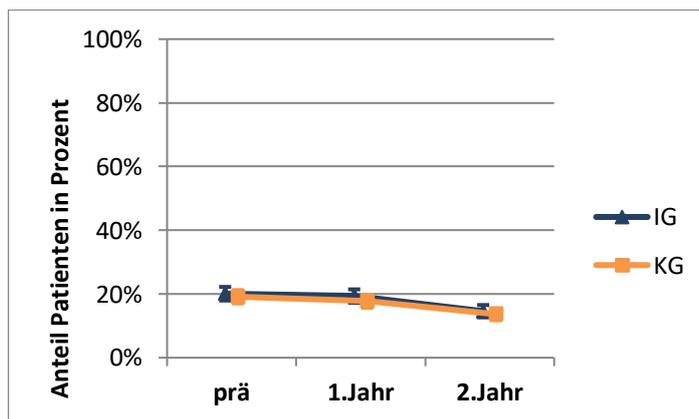
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

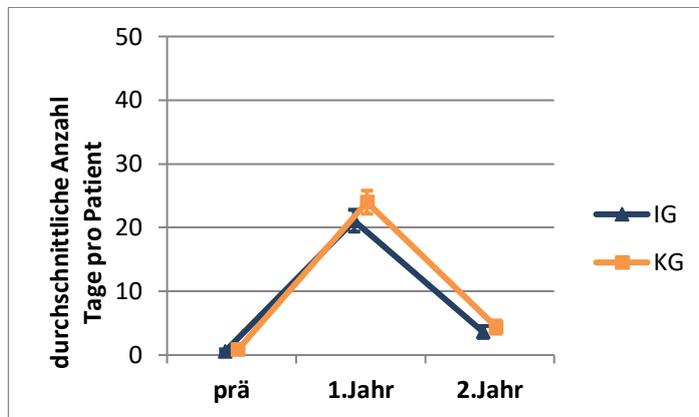


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

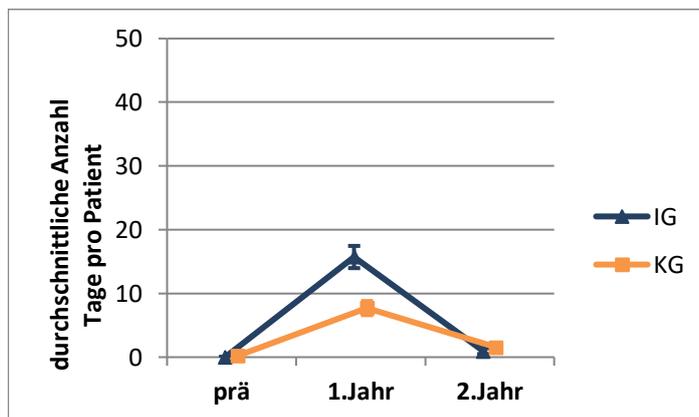


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

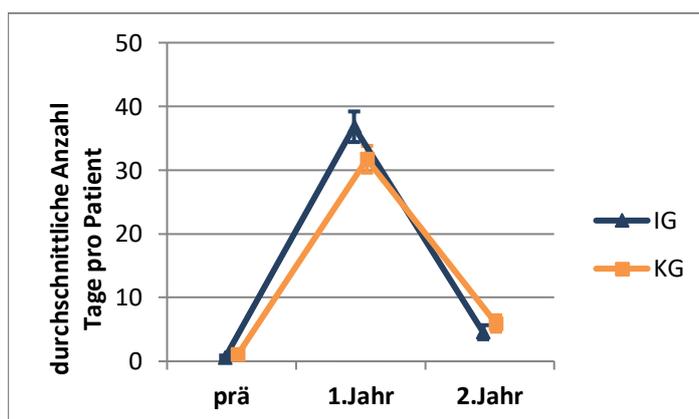
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



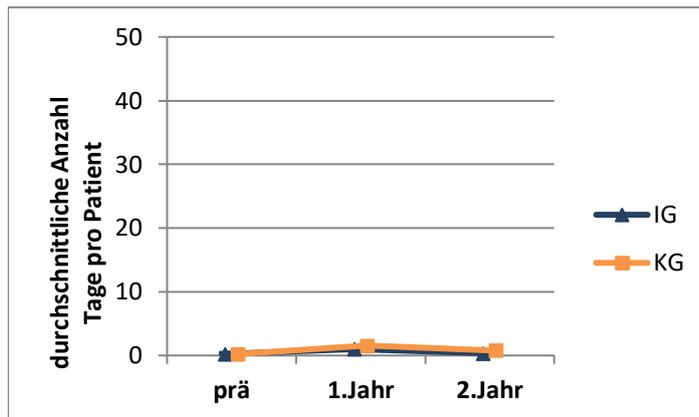
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

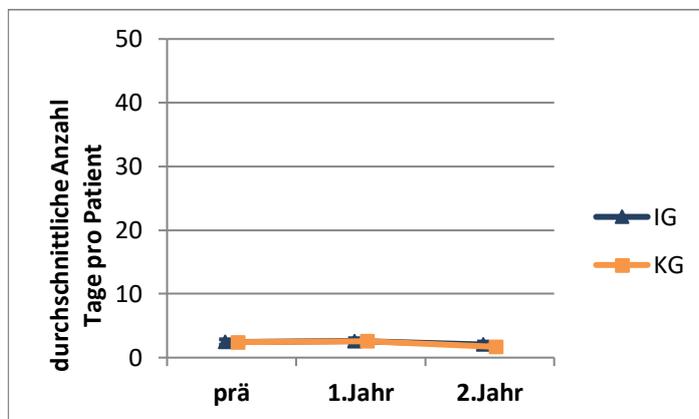


Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,38 0,93...2,06	1,80*** 1,50...2,16	-2,63* -4,90...-0,36	8,25*** 6,53...9,98
DID Jahr 2	1,42 0,94...2,15	0,77 0,48...1,24	-0,47 -2,74...1,80	-0,34 -2,07...1,39

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

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

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

Tabelle 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)	924	924	870	832	925	925	887	861
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	4,9 %	74,1 %	11,3 %	11,4 %	7,0 %	68,5 %	11,6 %	11,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,0 %	27,1 %	2,3 %	2,2 %	0,4 %	17,3 %	2,9 %	2,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	4,9 %	87,1 %	12,0 %	12,0 %	7,2 %	76,8 %	13,0 %	12,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,2 %	3,6 %	1,5 %	1,3 %	1,9 %	4,8 %	1,6 %	1,7 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	18,9 %	18,8 %	14,3 %	15,0 %	17,9 %	17,7 %	14,0 %	14,2 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	0,5	20,6	3,7	3,9	0,9	24,0	4,5	4,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,0	14,9	0,8	0,9	0,2	7,4	1,5	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	0,5	35,4	4,5	4,8	1,2	31,5	6,0	5,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	1,3	0,3	0,2	0,2	1,8	0,4	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,3	2,5	2,0	2,0	2,3	2,6	1,7	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).

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	752	752	728	705	728	728	704	687
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	28,6 %	34,6 %	19,9 %	18,3 %	26,2 %	35,9 %	18,3 %	16,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	10,2 %	10,1 %	4,5 %	3,8 %	8,1 %	11,5 %	3,7 %	3,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	32,2 %	39,8 %	22,3 %	19,9 %	30,1 %	41,8 %	20,0 %	18,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	6,5 %	3,3 %	1,8 %	1,6 %	8,4 %	4,9 %	3,7 %	2,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	18,9 %	19,1 %	18,3 %	18,6 %	16,6 %	16,2 %	15,3 %	15,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	12,5	16,0	9,0	7,5	11,2	15,7	6,8	6,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	4,5	4,0	1,7	1,3	3,1	4,6	1,3	1,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	17,0	20,0	10,8	8,7	14,3	20,4	8,1	8,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	2,0	1,1	0,6	0,6	2,5	1,7	1,1	1,1
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,1	2,3	2,0	2,3	1,7	2,0	1,9	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).

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

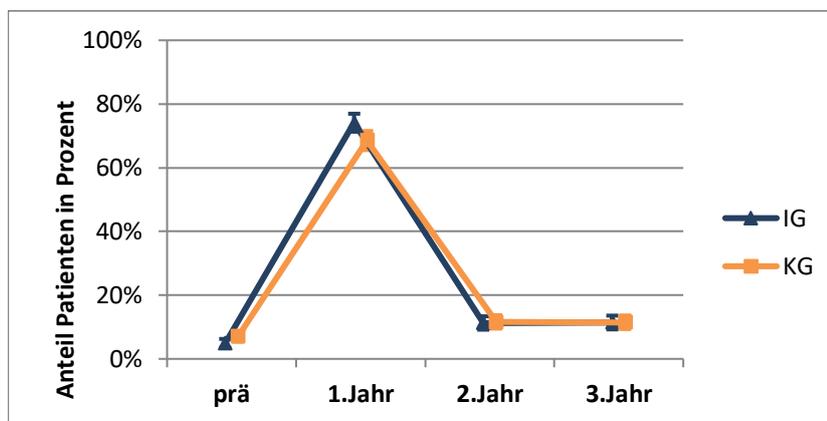
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

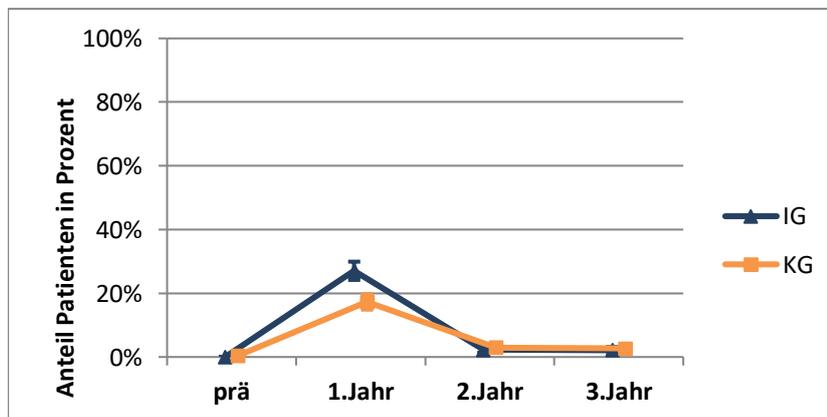
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

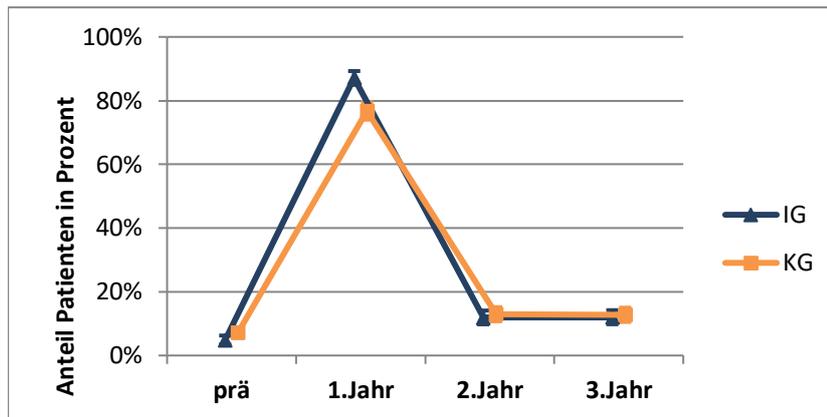
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



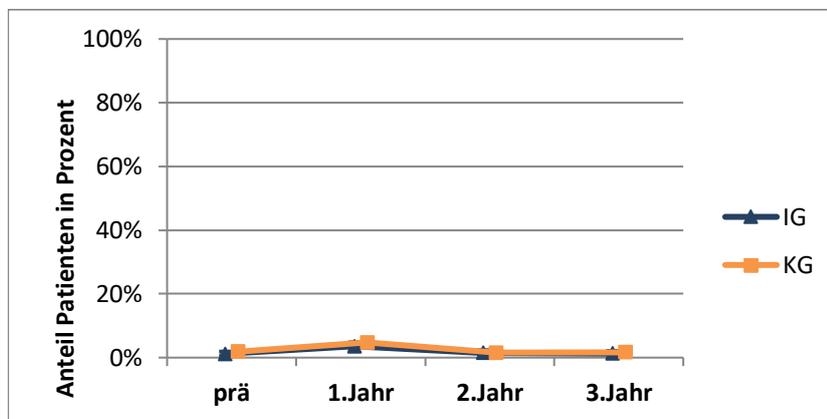
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



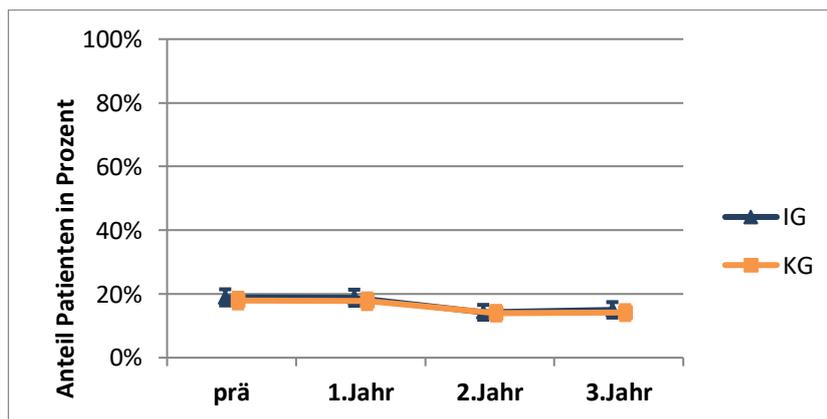
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

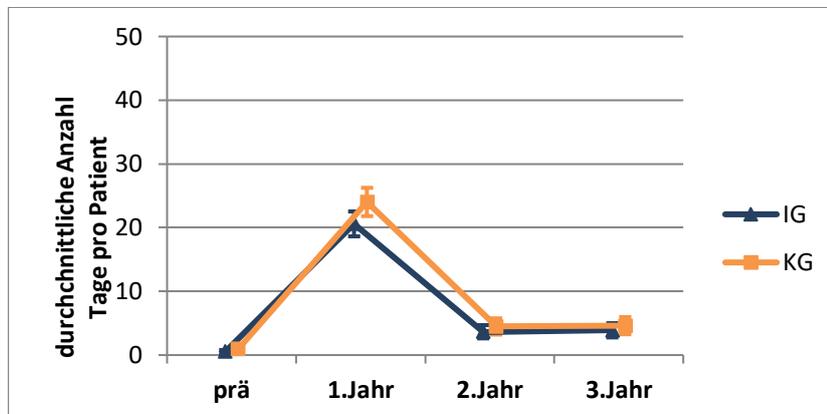


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

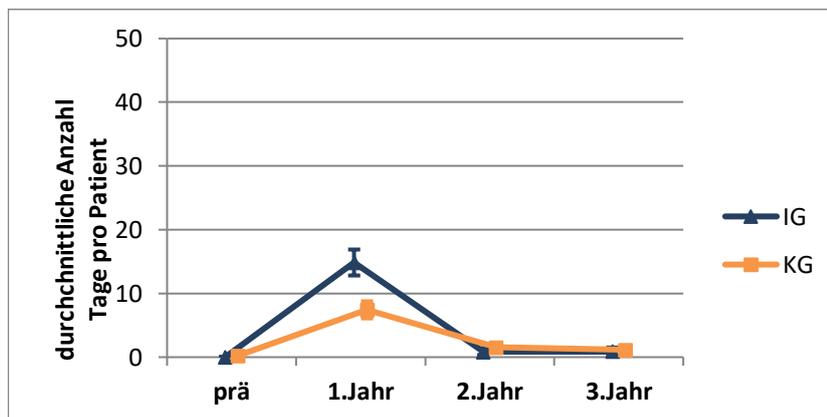


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

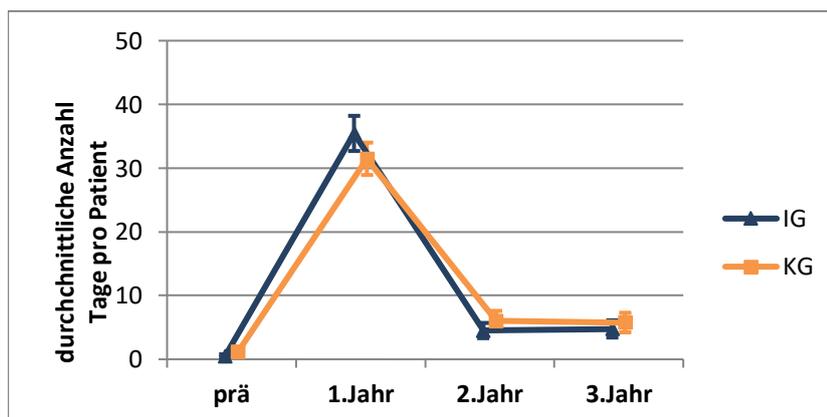
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



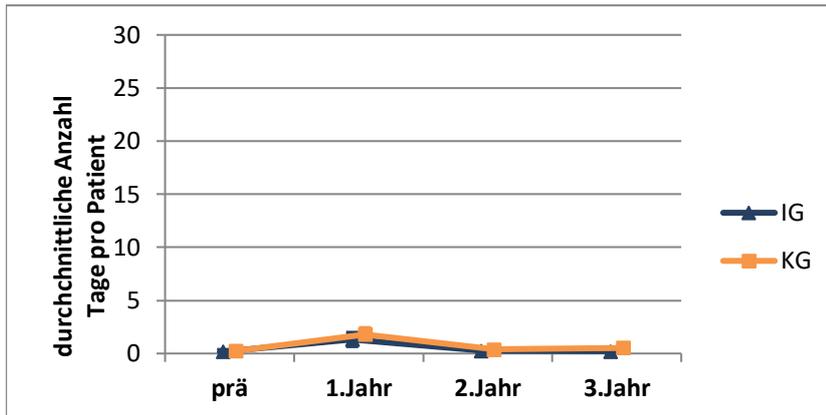
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



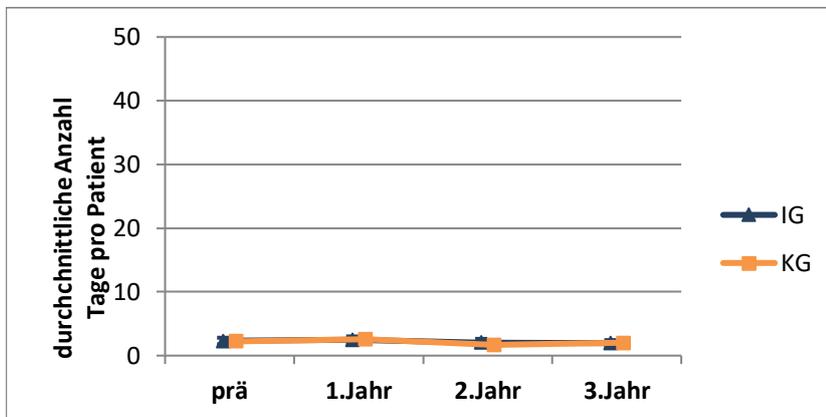
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Klinikbekannte Patienten

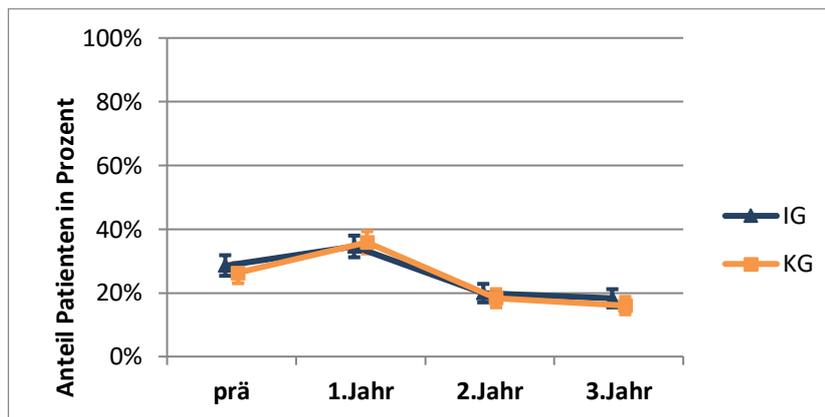
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

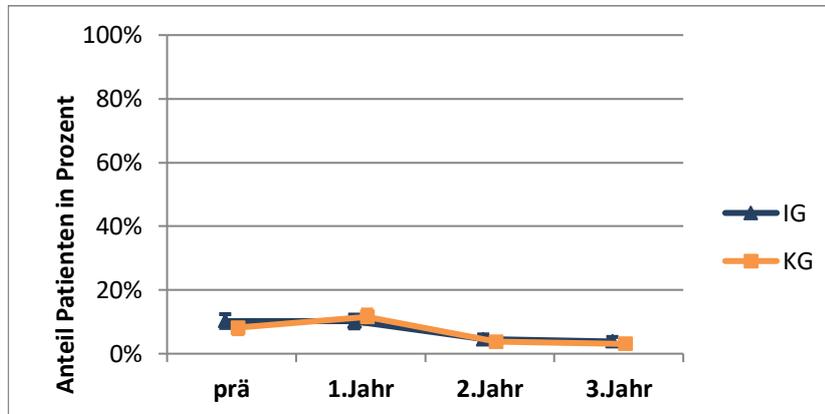
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

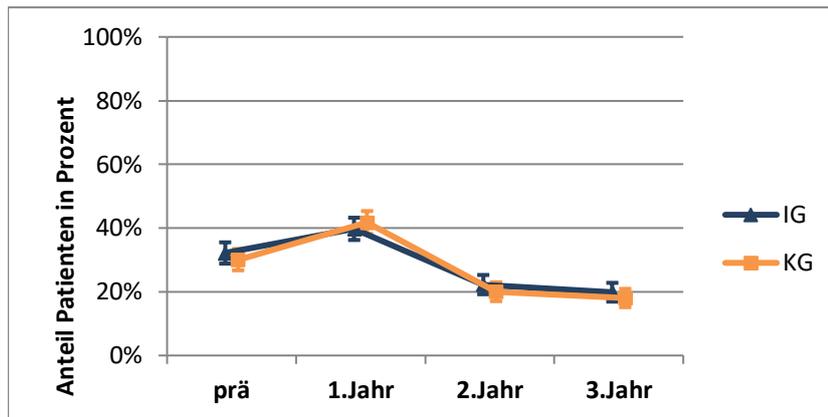
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



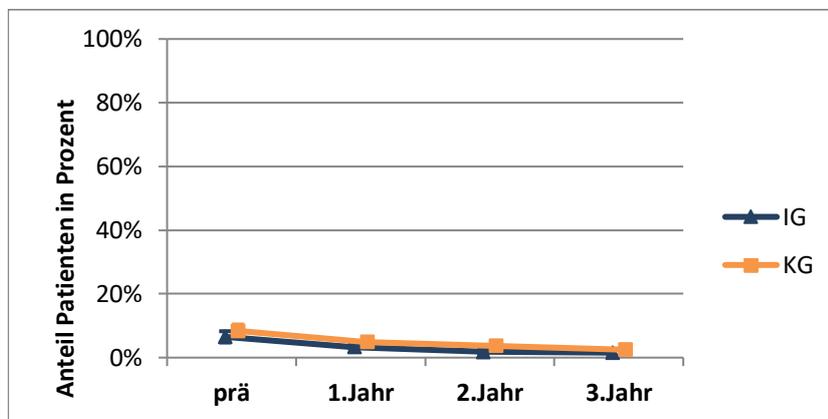
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



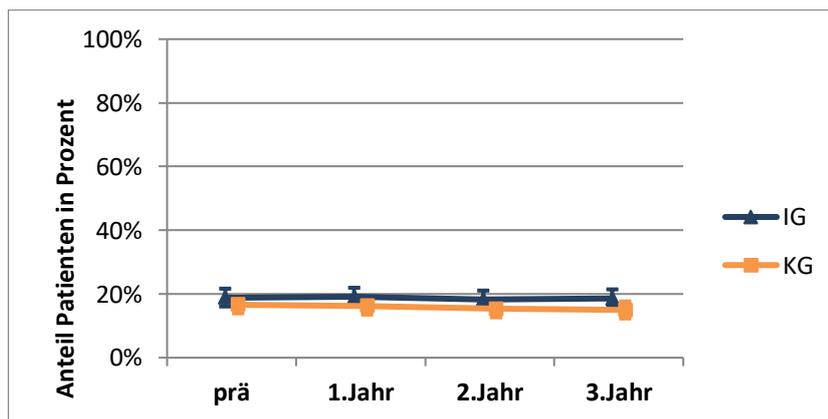
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

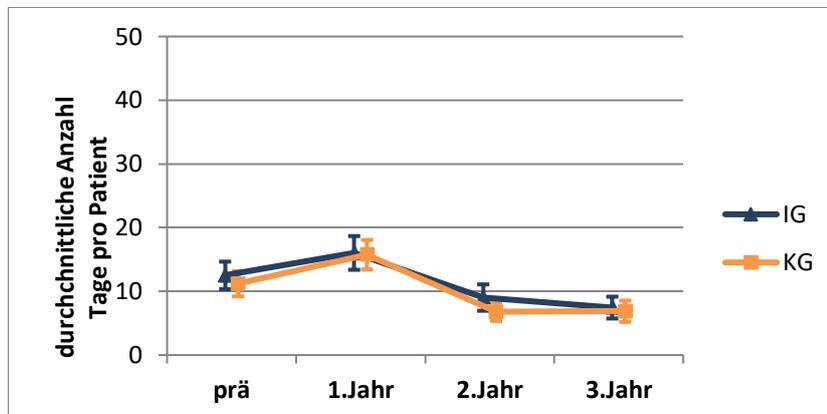


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

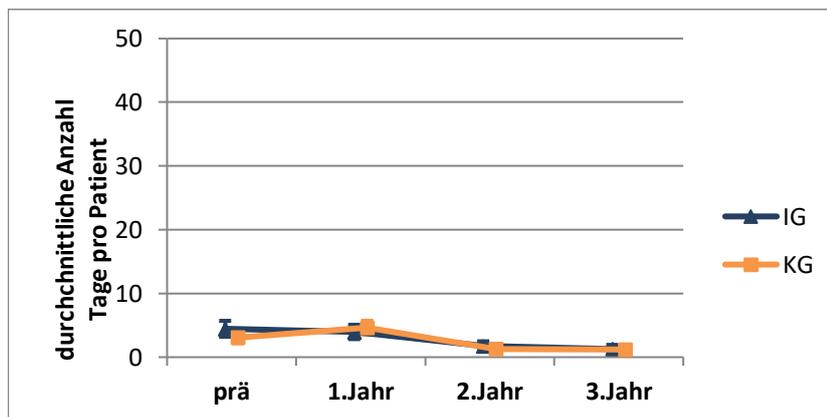


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

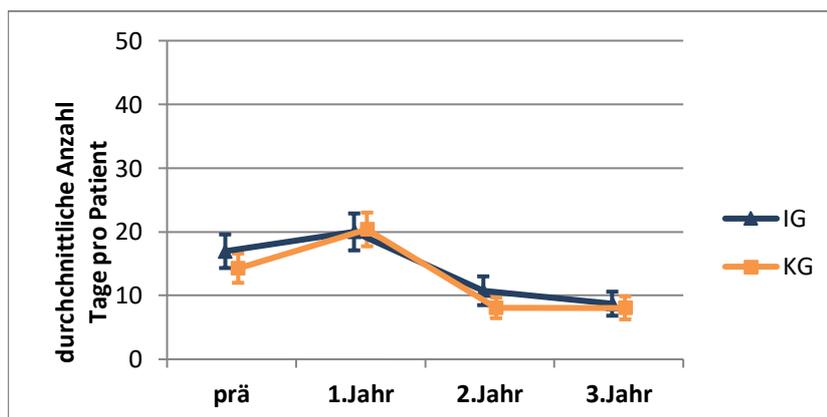
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



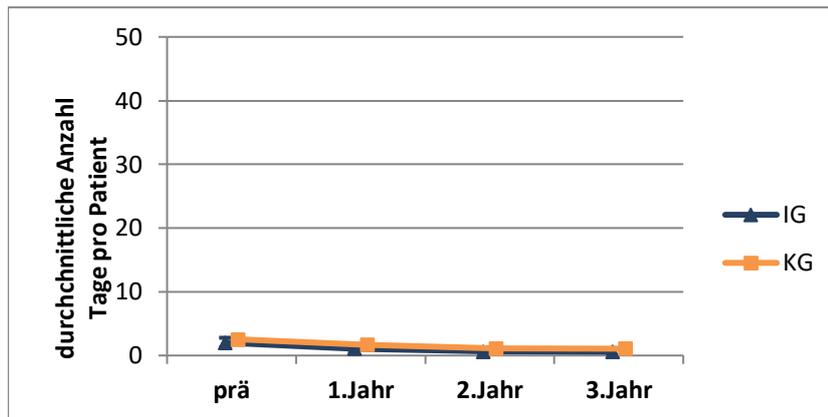
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



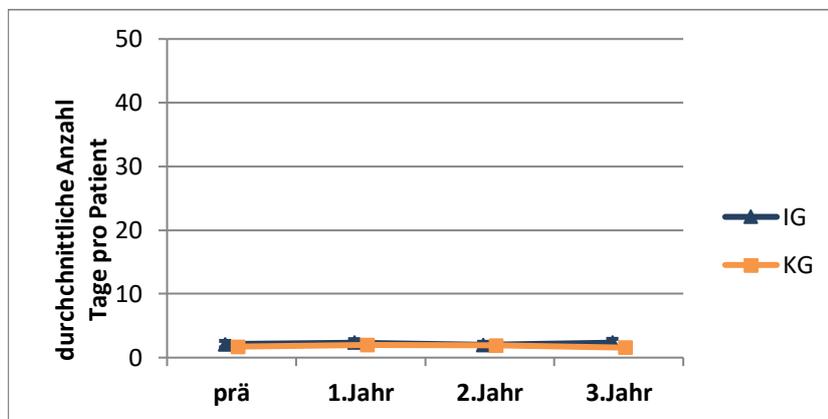
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- 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 über die Beobachtungszeit stets geringere durchschnittliche **PIA**-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG (prä: -0,4; 1. Jahr: -1,4; 2. Jahr: -0,8; 3. Jahr: -0,7; 4. Jahr: -0,3 PIA-Kontakte). Zudem war der geringere Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG im Vergleich zur KG statistisch signifikant (DiD = -1,0 PIA-Kontakte). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich für Patienten der IG und KG vergleichbare Verläufe auf weitgehend vergleichbarem Niveau. Im Jahr nach Referenzfall war der Anstieg der PIA-Inanspruchnahme in der IG geringer als in der KG. Ab dem dritten Jahr nach Referenzfall sank hier die Inanspruchnahme in der IG weniger stark als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG waren jedoch nicht ersichtlich.

Auch das Muster sowie das Niveau einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war zwischen IG und KG vergleichbar. Trotz der leicht geringeren Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG im Jahr vor Referenzfall (IG: 1,8; KG: 2,5 Kontakte) waren die Verläufe im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall statistisch nicht signifikant verschieden voneinander. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier ein zwischen IG und KG vergleichbarer Verlauf, wobei die IG stets leicht geringere Kontakte im Vergleich zur KG aufwies (prä: -0,7; 1. Jahr: -0,8; 2. Jahr: -0,4; 3. Jahr: -0,3; 4. Jahr: -0,3 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede waren analog zu den klinikneuen Patienten nicht ersichtlich.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein weniger starker Anstieg der Kontakte in der **PIA** in der IG als in der KG vom Jahr vor Referenzfall bis zum Jahr nach Referenzfall (IG: +2,5 Kontakte; KG: +3,3 Kontakte).

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG leicht stärker an als in der KG (IG: +1,7 Kontakte; KG: +1,4 Kontakte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U1 und U2, ein weniger starker Anstieg der **PIA**-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = -0,7). Danach sank die PIA-Inanspruchnahme sowohl in IG als auch KG, blieb jedoch in der IG etwas geringer.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U2, sowohl in der IG als auch in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall an und sank danach wieder leicht. Die Anzahl der ambulanten Kontakte war hier zwischen IG und KG vergleichbar.

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 weniger stark als in der KG war. Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder und blieb in der IG stets etwas geringer als in der KG. Bei den linikbekanntem Patienten zeigten sich zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe mit weniger starkem Anstieg der PIA-Inanspruchnahme vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG, jedoch stärkerem Anstieg im dritten Jahr nach Referenzfall (prä: +0,2; 1. Jahr: -1,6; 2. Jahr: -0,6; 3. Jahr: +1,6 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 stets leicht geringerer Anzahl an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: -0,7; 1. Jahr: -0,7; 2. Jahr: -0,4; 3. Jahr: -0,5 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)	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	454	453	426	407	387	463	469	439	426	419
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	1,8	1,0	1,0	1,0	0,5	3,1	1,8	1,7	1,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,8	3,6	3,3	2,7	2,5	2,5	3,8	3,3	2,9	2,3
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	5,4	6,6	6,8	6,9	6,1	6,2	7,5	7,5	7,4	7,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,1	0,0	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	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,3	0,5	1,0	1,1	0,6	4,1	2,1	0,8	1,8	2,1

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	13,5	12,7	19,6	16,8	16,8	11,9	13,3	13,6	12,0	11,6
---	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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)	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	673	668	644	624	602	653	646	623	610	598
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	7,8	8,7	7,9	8,6	8,2	7,8	10,4	8,4	6,9	6,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,0	1,9	2,3	2,0	1,9	2,7	2,6	2,6	2,3	2,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	7,5	6,6	8,0	8,1	8,0	7,8	7,9	8,2	8,2	7,8

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,2	0,1	0,0	0,1	0,2	0,7	0,3	0,2	0,2	0,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,2	0,2	0,3	0,5	0,6	0,3	0,8	0,8	1,3	1,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	7,3	9,3	9,3	12,1	11,4	10,0	11,2	13,3	14,1	15,3

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

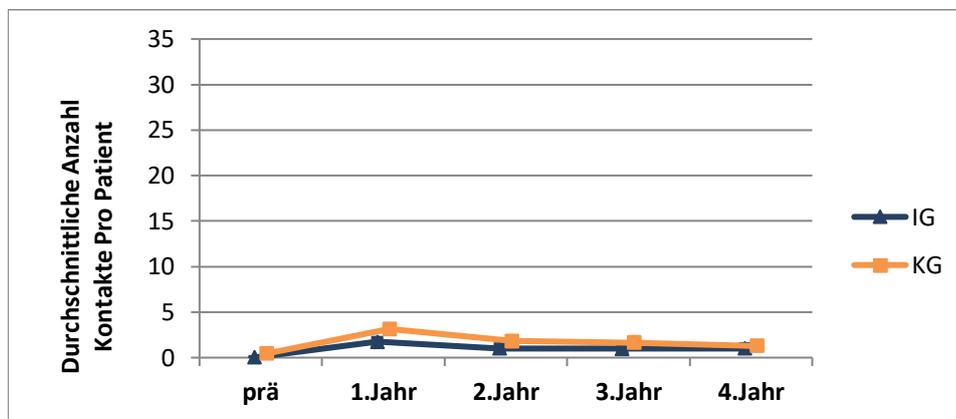
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

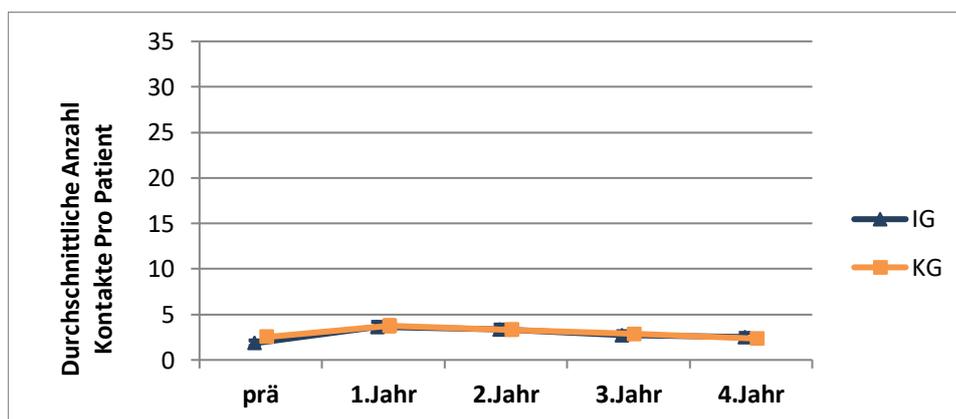
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

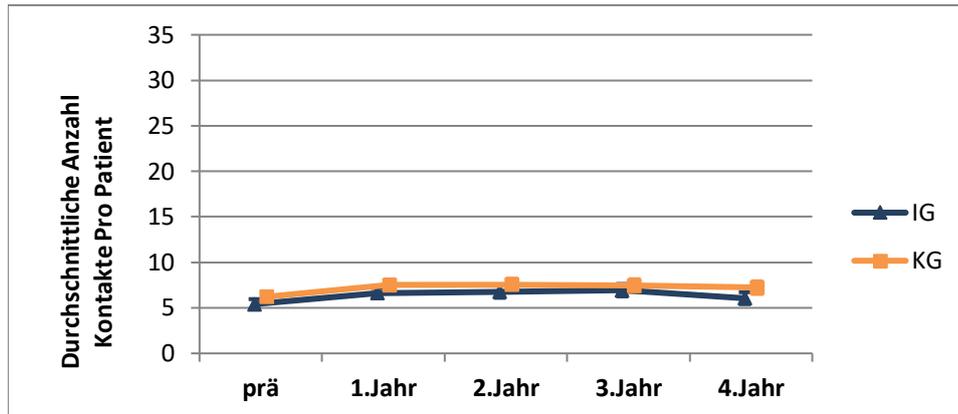
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

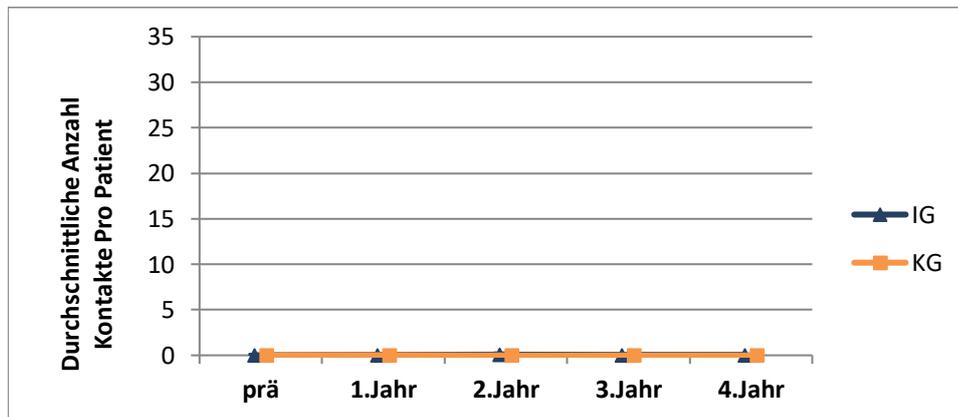


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

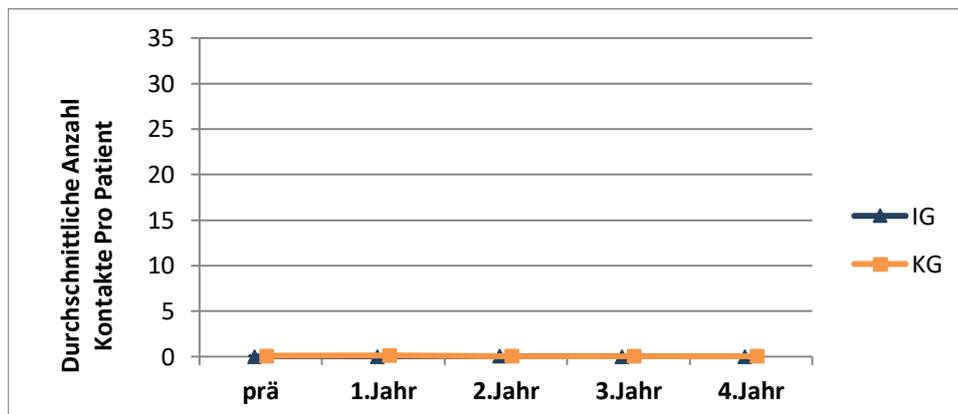


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

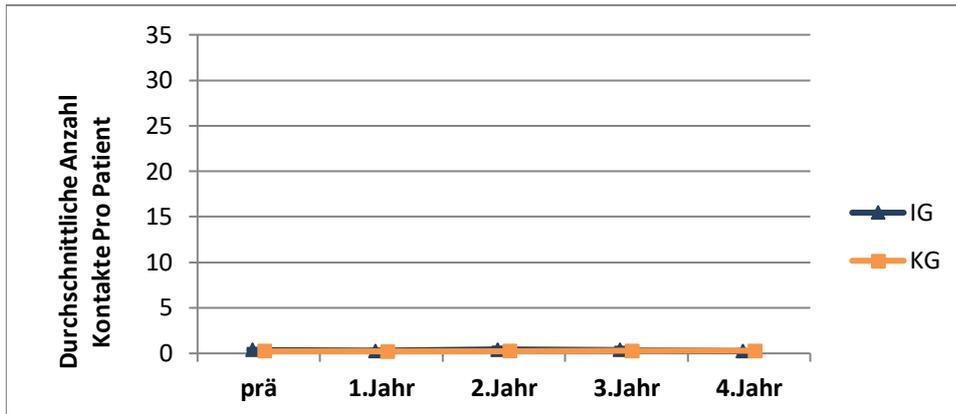
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

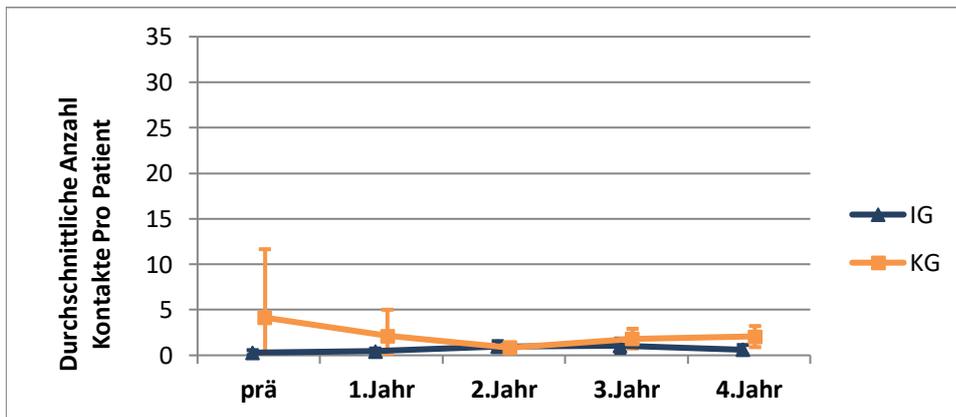


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

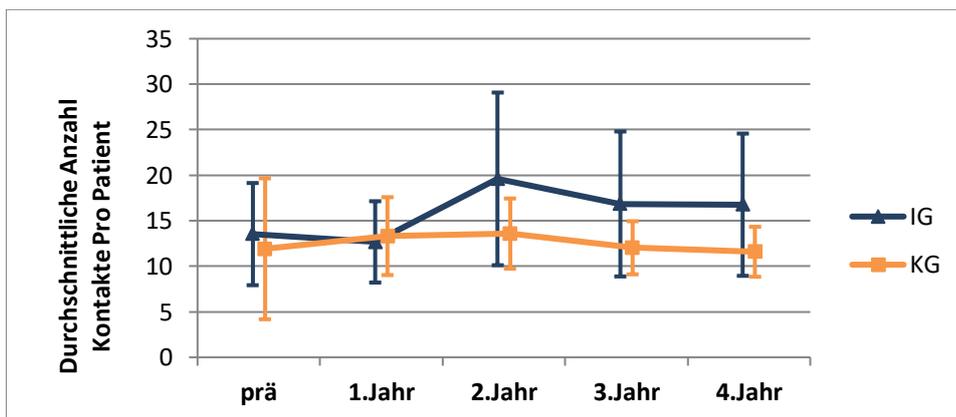


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



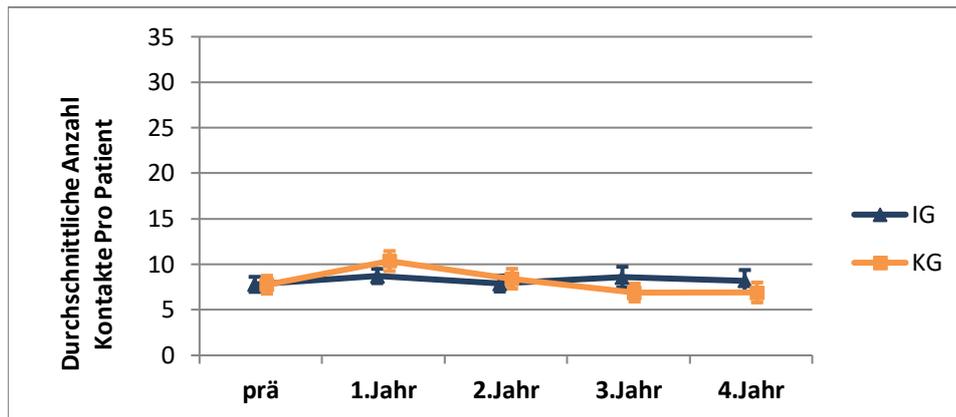
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

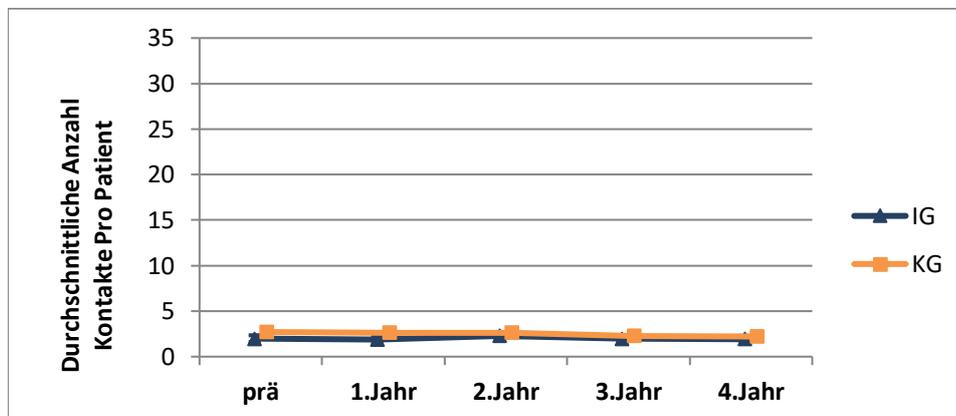
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

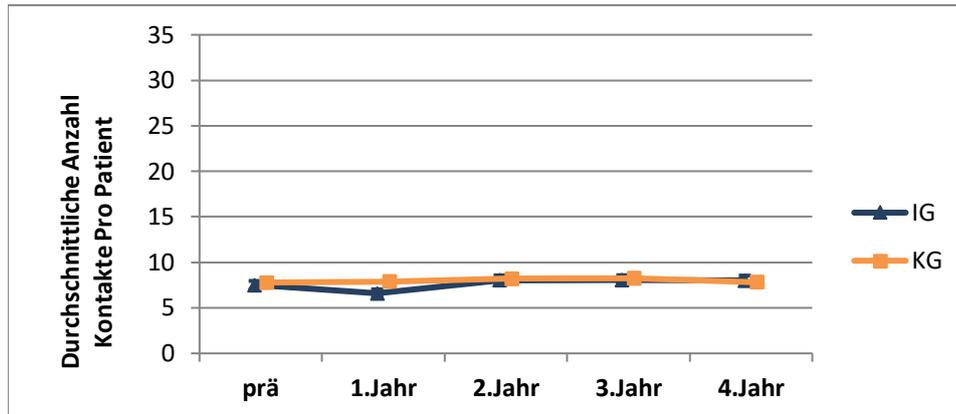
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

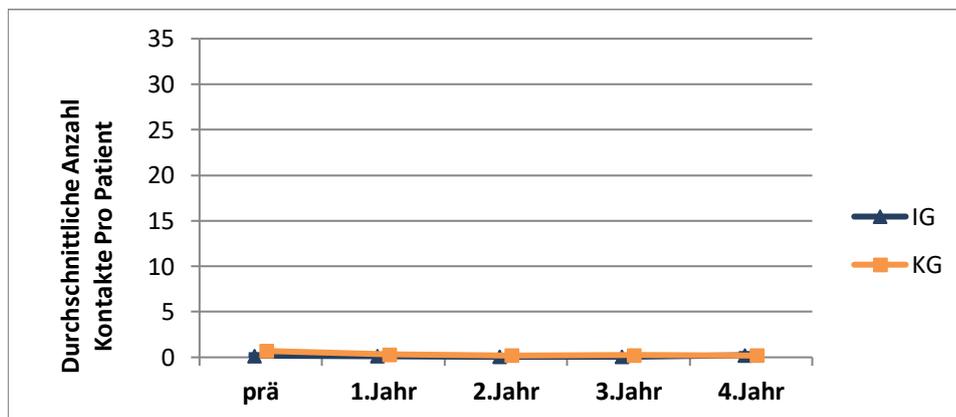


- bei anderen Vertragsärzten (E)

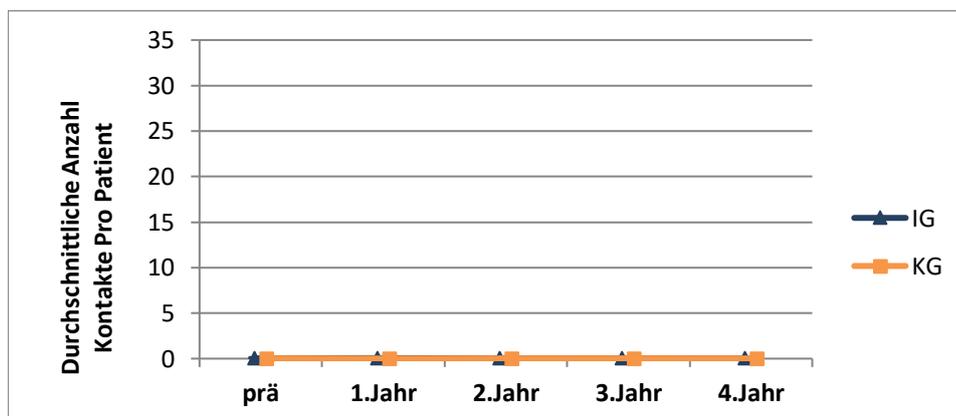


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

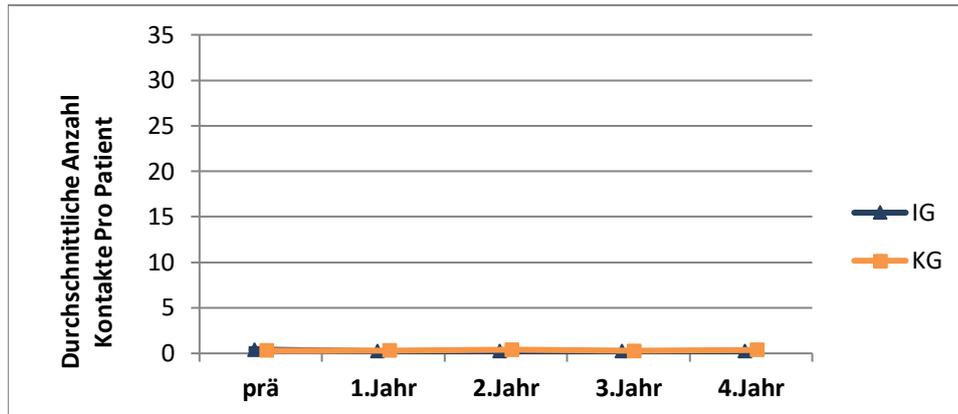
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

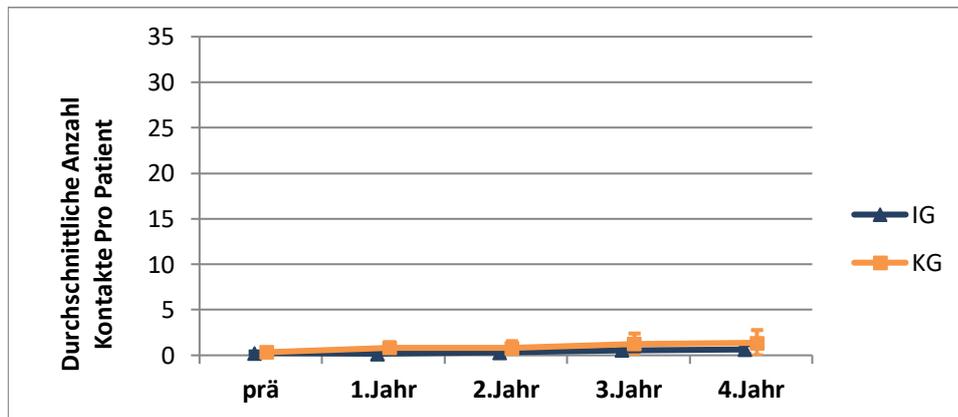


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

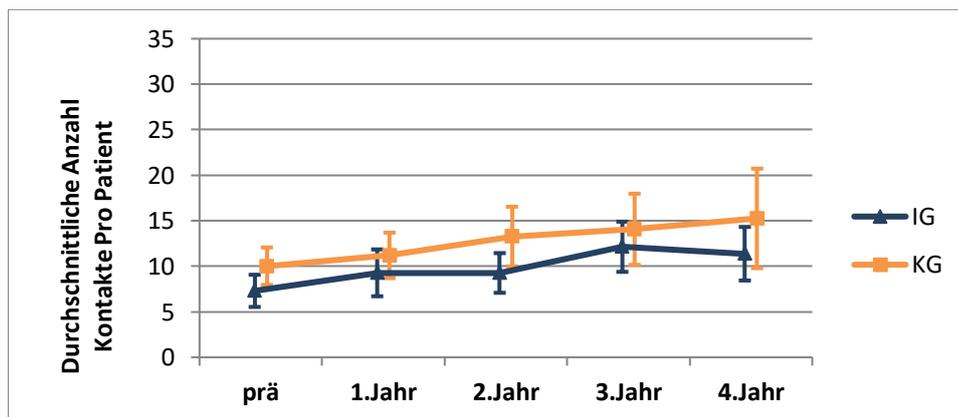


Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,96* -1,79...-0,13	0,59 -0,36...1,54	-0,08 -1,19...1,02
DID Jahr 2	-0,37 -1,20...0,47	0,64 -0,31...1,59	-0,09 -1,20...1,01
DID Jahr 3	-0,24 -1,07...0,59	0,47 -0,48...1,42	0,07 -1,03...1,18
DID Jahr 4	0,13 -0,71...0,96	0,71 -0,24...1,66	-0,60 -1,71...0,50

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,67 -3,53...0,19	-0,03 -0,84...0,78	-1,00* -1,95...-0,04
DID Jahr 2	-0,56 -2,42...1,31	0,39 -0,42...1,20	0,13 -0,83...1,08
DID Jahr 3	1,53 -0,33...3,39	0,42 -0,39...1,23	0,07 -0,89...1,02
DID Jahr 4	1,05 -0,81...2,91	0,46 -0,35...1,27	0,39 -0,56...1,35

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)	1.761	1.761	1.761	1.761
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.761	1.761	1.761	1.761
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.695	1.699	1.727	1.731
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	2,5	0,2	3,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,4	4,0	2,4	3,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	6,2	7,5	7,4	8,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,4	0,4	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,5	0,9	1,4	1,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	10,4	12,2	12,8	13,1

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

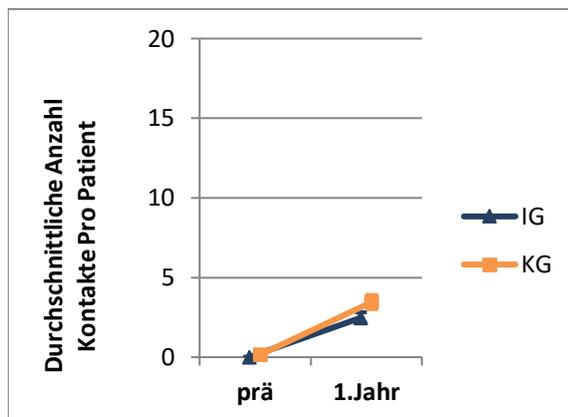
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie

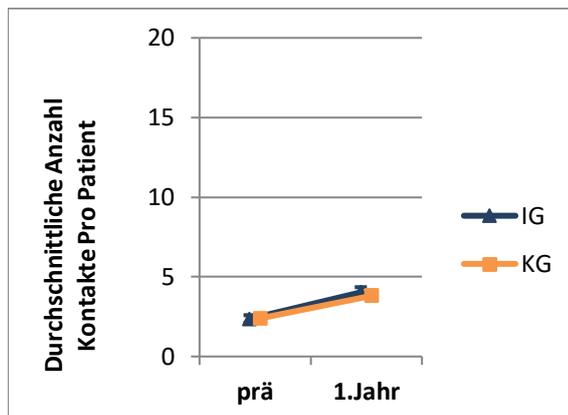
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

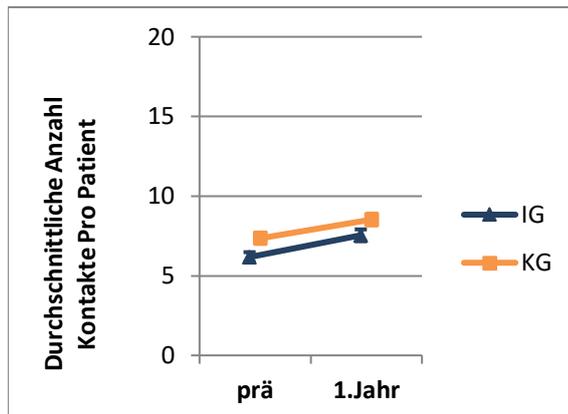
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

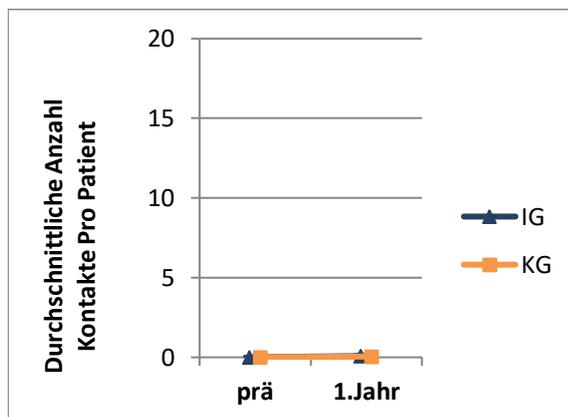


- bei anderen Vertragsärzten (E)

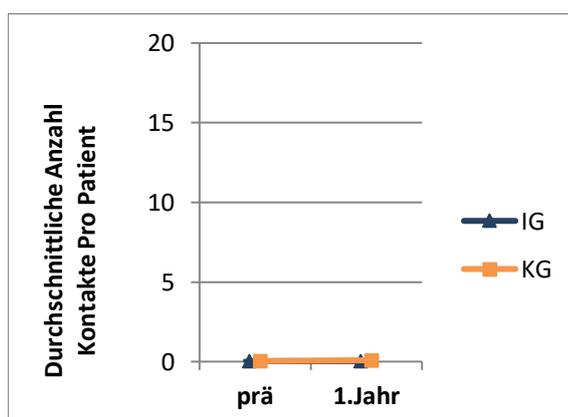


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

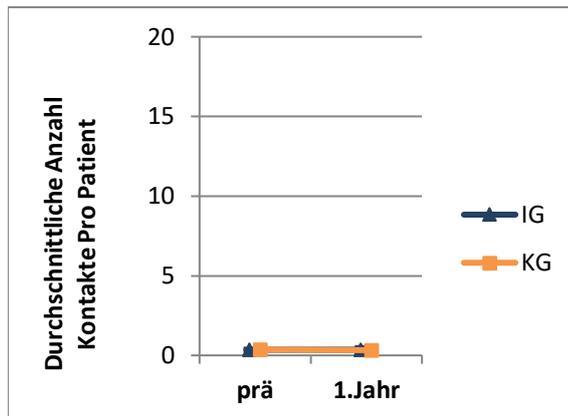
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

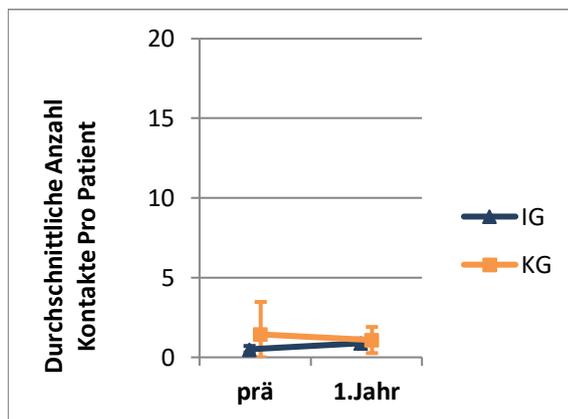


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

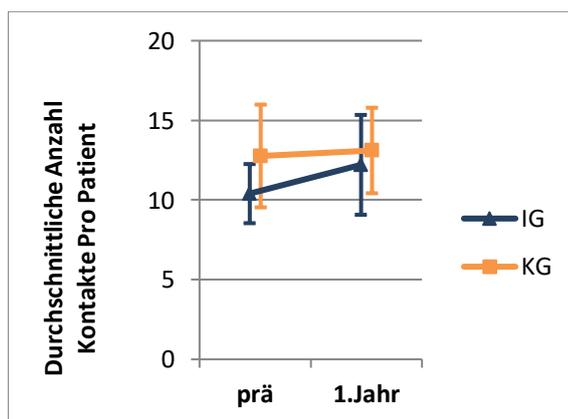


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.306	1.309	1.226	1.331	1.338	1.242
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	2,3	1,2	0,2	3,2	1,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,3	3,9	3,3	2,3	3,7	3,4
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	6,1	7,6	7,2	7,3	8,5	8,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,4	0,8	1,1	1,7	1,1	0,8

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	10,8	12,8	16,3	12,1	12,8	14,9
---	------	------	------	------	------	------

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

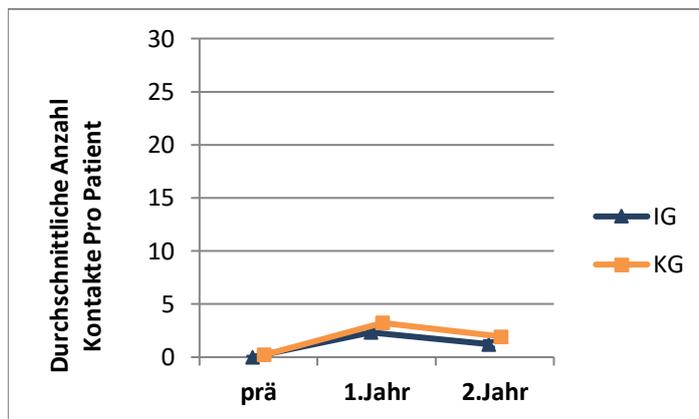
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

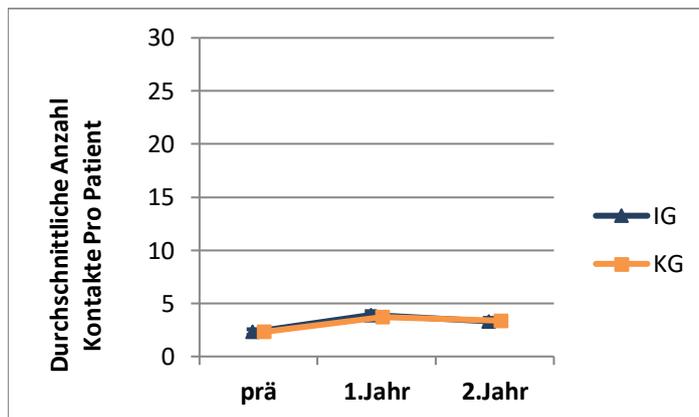
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

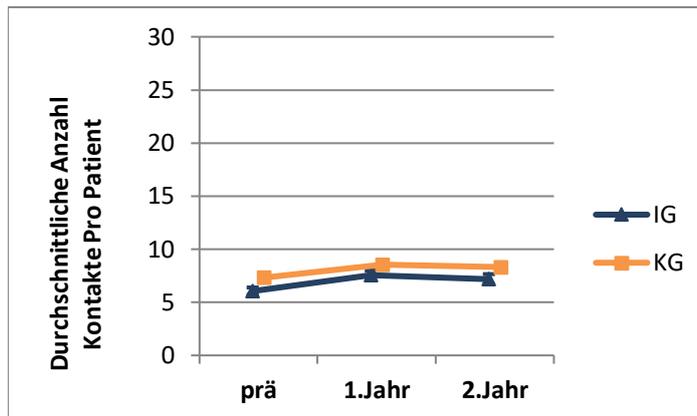
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

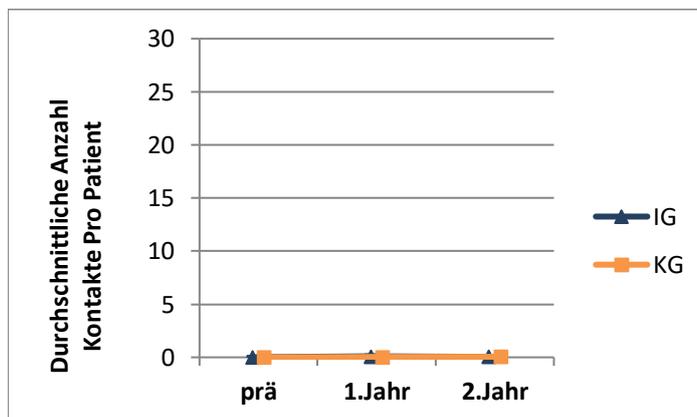


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

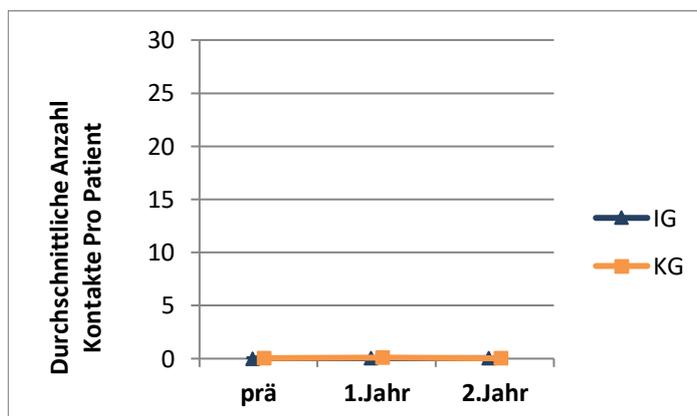


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

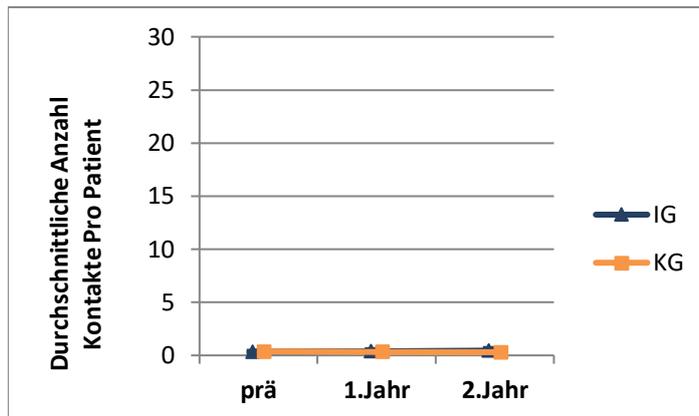
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

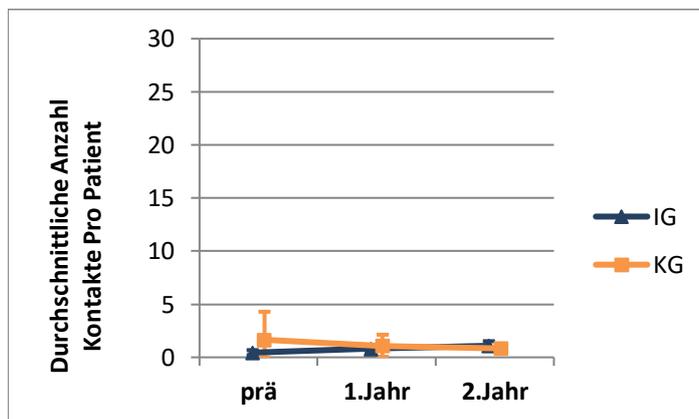


- bei anderen Vertragsärzten (F)



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)

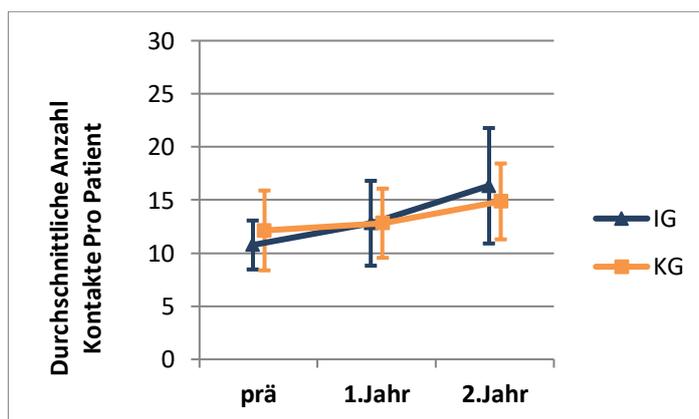


Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags- arzt
DID Jahr 1	-0,70* -1,29...-0,11	0,22 -0,40...0,83	0,28 -0,46...1,02
DID Jahr 2	-0,52 -1,11...0,07	-0,07 -0,68...0,55	0,16 -0,57...0,90

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)	924	924	870	832	925	925	887	861
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	924	924	870	832	925	925	887	861
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	888	889	835	792	904	914	853	819
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	2,1	1,2	0,9	0,3	3,2	1,9	1,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,2	3,8	3,3	2,9	2,3	3,6	3,3	3,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	5,9	7,4	7,2	7,2	6,8	8,3	8,3	7,9
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	0,1	0,1	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	0,0	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,4	0,5	0,6	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,4	0,8	1,2	1,4	2,2	1,3	0,8	1,5

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	11,7	13,6	19,0	16,2	12,9	14,2	15,2	16,3
---	------	------	------	------	------	------	------	------

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	752	752	728	705	728	728	704	687
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	752	752	728	705	728	728	704	687
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	732	726	702	677	709	703	677	661
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	7,5	8,4	7,6	8,3	7,2	10,0	8,2	6,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,0	2,0	2,3	2,0	2,7	2,7	2,7	2,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	7,5	6,7	8,0	8,0	7,9	8,0	8,3	8,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								

<ul style="list-style-type: none"> • in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B) 	0,2	0,2	0,1	0,1	0,8	0,3	0,2	0,3
<ul style="list-style-type: none"> • bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Vertragsärzten⁵ (F) 	0,4	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,2	0,2	0,4	0,5	0,6	0,8	0,8	1,2
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor⁷ (G2) 	7,6	9,0	9,1	12,1	10,8	11,2	13,5	13,5

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

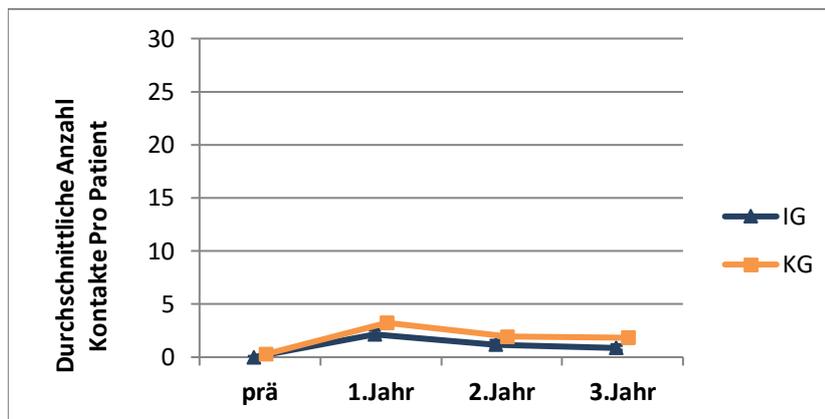
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

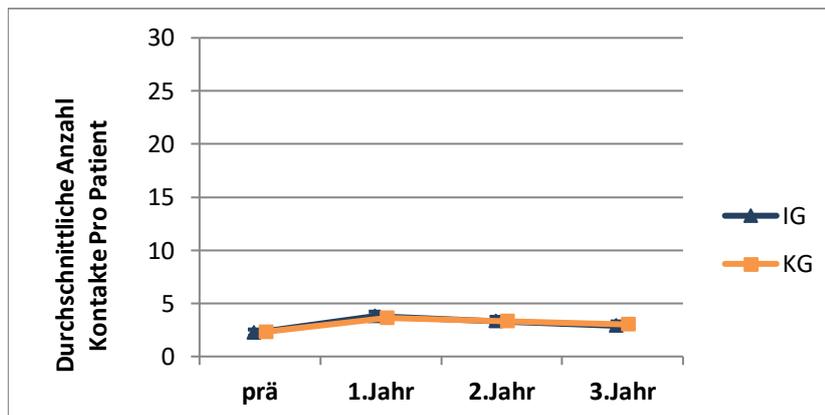
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

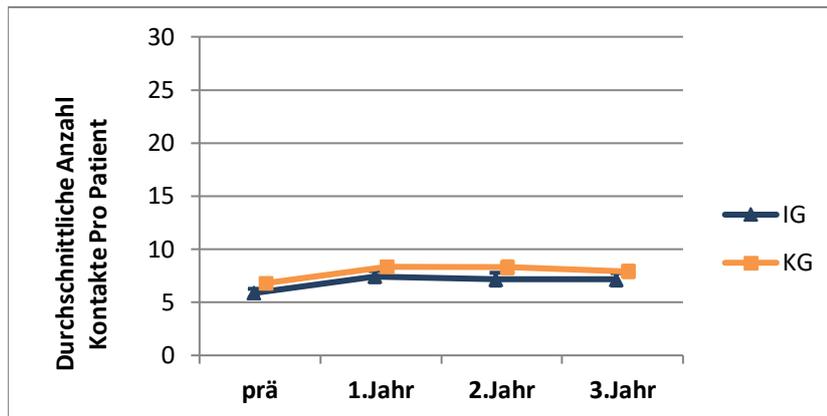
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

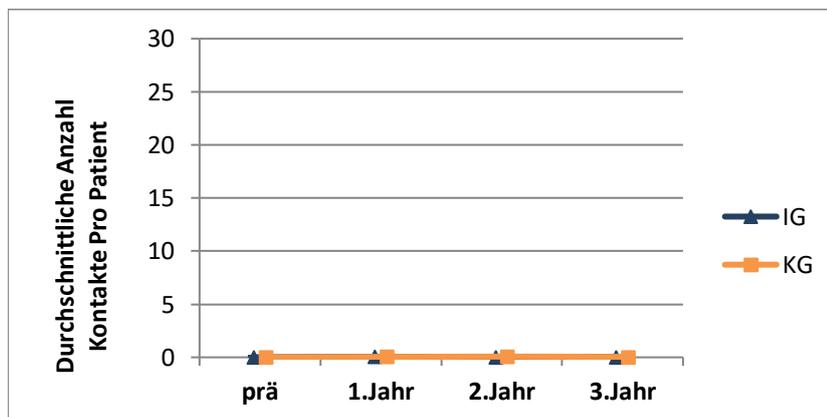


- bei anderen Vertragsärzten (E)

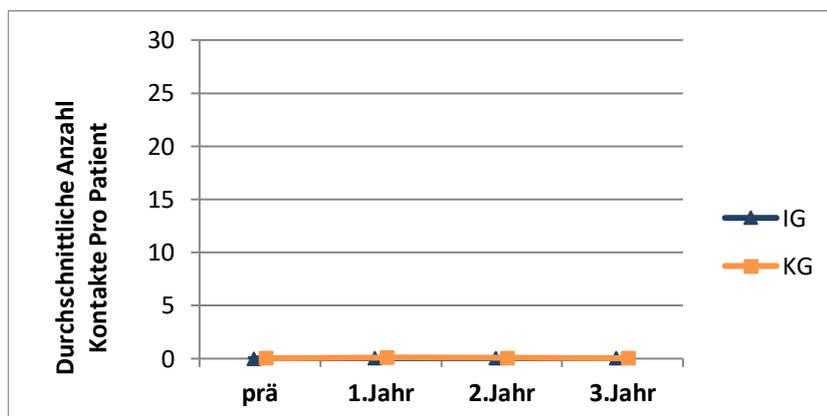


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

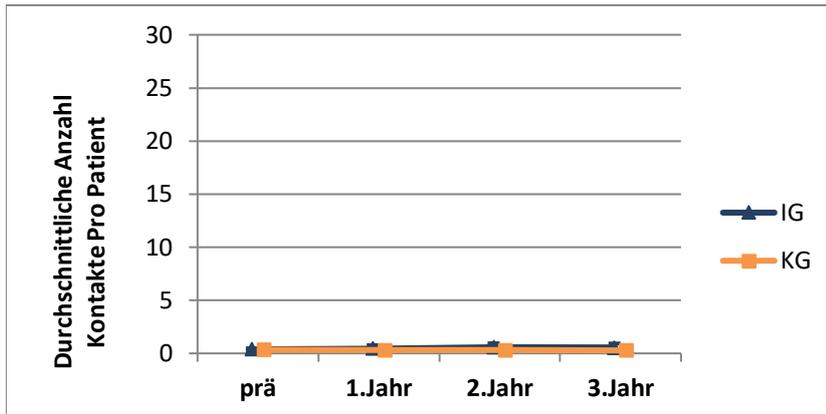
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

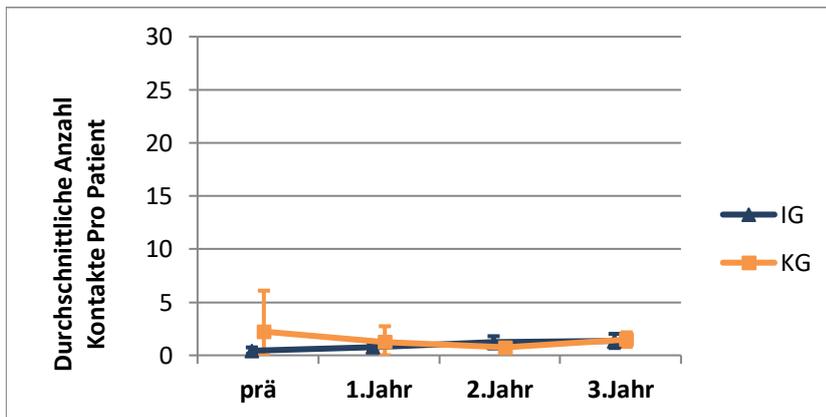


- bei anderen Vertragsärzten (F)

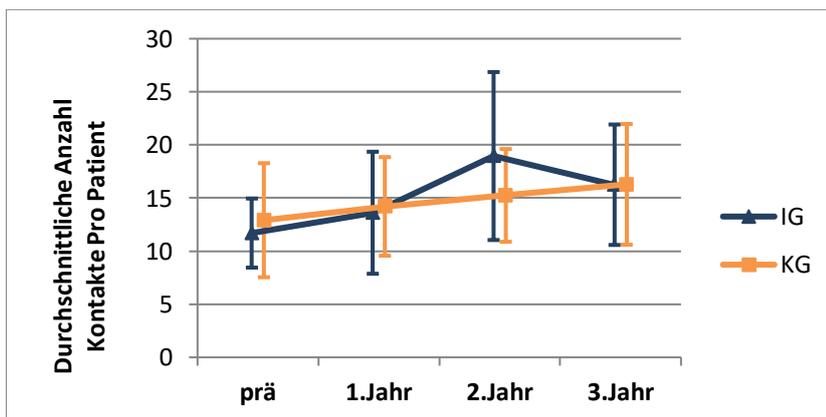


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



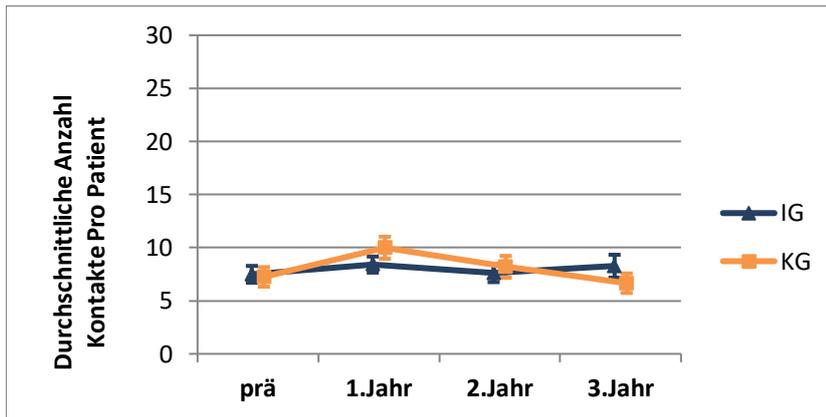
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

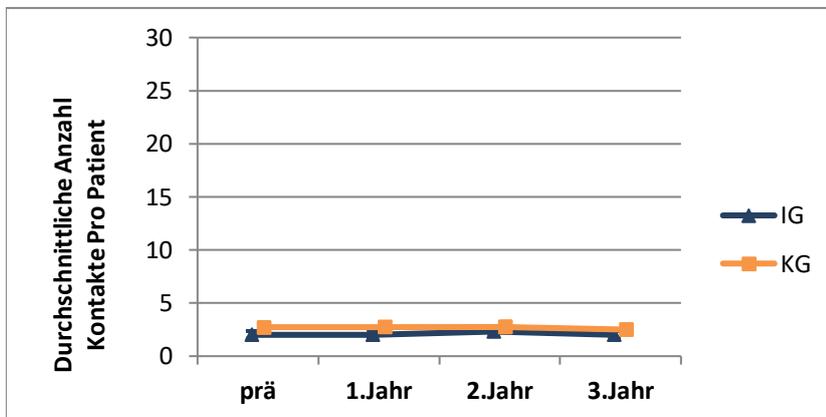
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

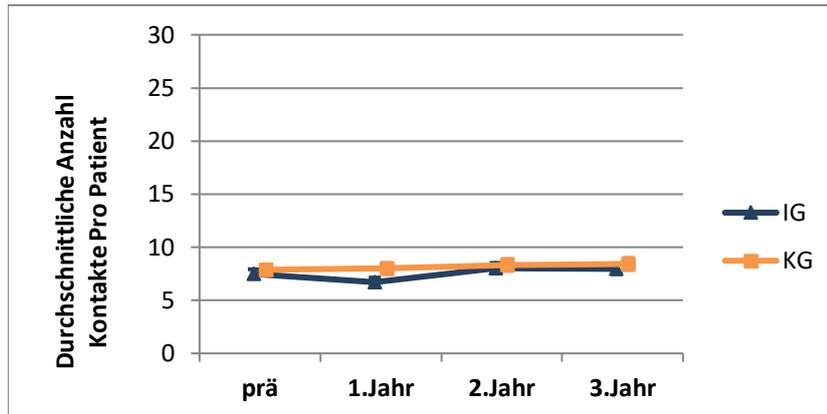
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

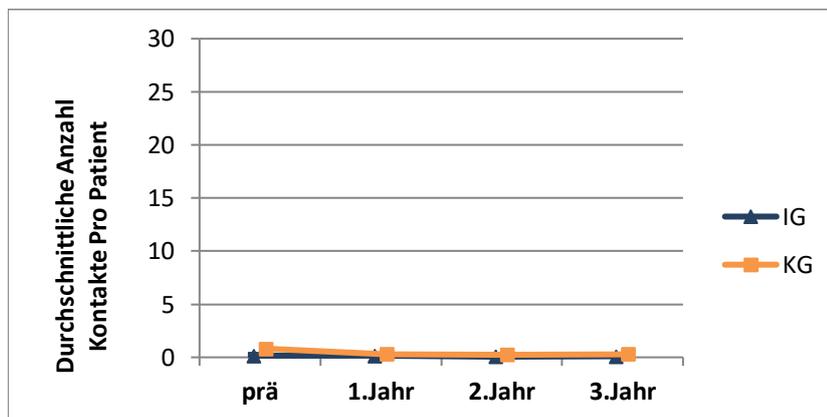


- bei anderen Vertragsärzten (E)

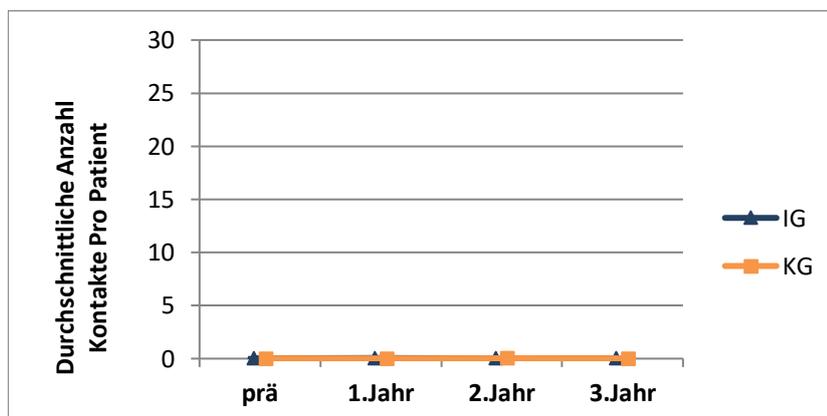


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

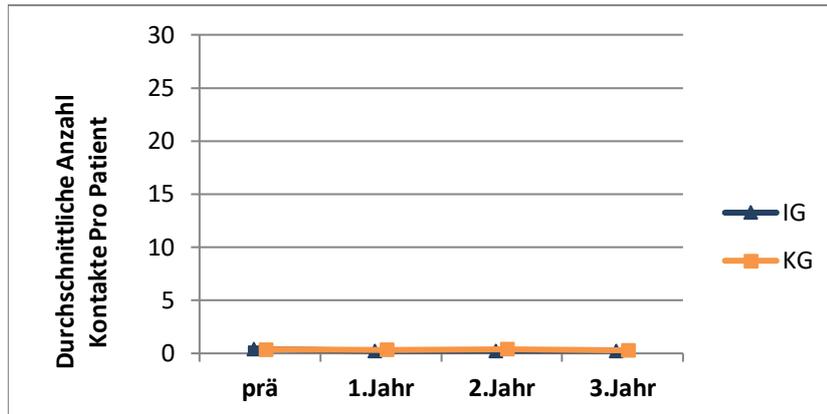
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

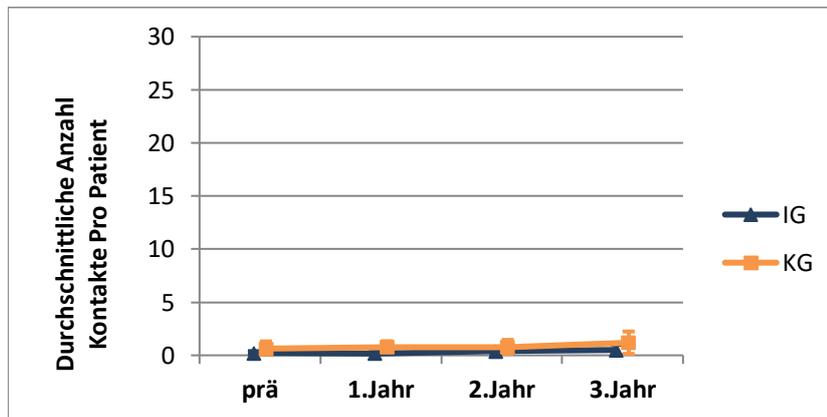


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

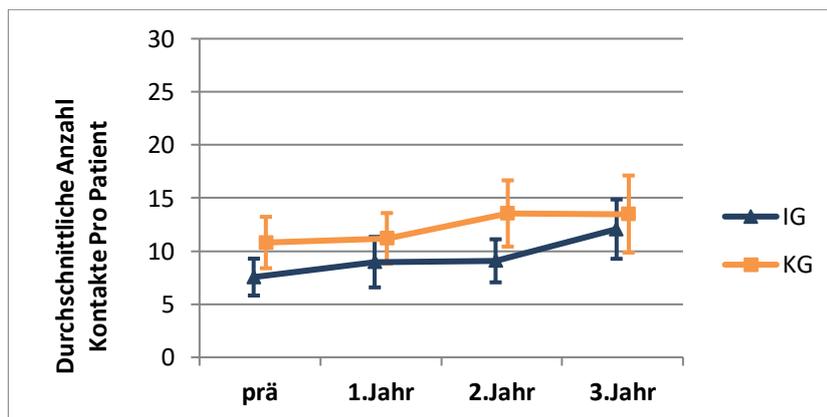


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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 bei der Betrachtung von 7, 30 und 90 Tagen bei den Patienten der IG in den ersten drei Jahren nach Referenzfall eine geringere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** verglichen mit der KG (ausgenommen das zweite Jahr nach Referenzfall bei 30 Tagen Nachbeobachtung). Im vierten Jahr nach Referenzfall stieg die Behandlungskontinuität in der IG (ausgenommen bei 90 Tagen Nachbeobachtung) stark an und sank im gleichen Jahr in der KG stark ab. Somit drehte sich das Verhältnis im vierten Jahr nach Referenzfall um, so dass die IG hier stets eine größere Behandlungskontinuität aufwies als die KG. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen waren jedoch nicht ersichtlich. Auch bei den linikbekannten Patienten war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall geringer und im vierten Jahr nach Referenzfall größer als in der KG (alle drei Nachbeobachtungszeiträume). Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch auch hier nicht ersichtlich.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich innerhalb von 7 und 30 Tagen ein vergleichbarer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor, während dieser bei 90 Tagen in der IG etwas geringer war im Vergleich zur KG (7 Tage: -0,2 %-Punkte; 30 Tage: -0,3 %-Punkte; 90 Tage: -3,8 %-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 bei 7 und 30 Tagen Nachbeobachtung zwischen IG und KG vergleichbar, während diese im zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG war (7 Tage: -8,2 %-Punkte; 30 Tage: -4,7 %-Punkte). Bei der Betrachtung von 90 Tagen war die Behandlungskontinuität in der IG in beiden Jahren etwas

geringer als in der KG (1. Jahr: -2,8 %-Punkte; 2. Jahr: -2,0 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht.

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 geringer als in der KG. Bei den linikbekanntem Patienten wies die IG im ersten Jahr nach Referenzfall stets eine niedrigere (7 Tage: -5,8 %-Punkte; 30 Tage: -9,3 %-Punkte; 90 Tage: -4,4 %-Punkte) Behandlungskontinuität auf. In den darauffolgenden Jahren war hier kein einheitliches Bild ersichtlich.

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	516	87	66	63	458	77	70	64
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	6,8 %	8,0 %	9,1 %	12,7 %	7,4 %	14,3 %	15,7 %	17,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,2 %	11,5 %	18,2 %	22,2 %	14,2 %	14,3 %	18,6 %	9,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	43,6 %	33,3 %	47,0 %	23,8 %	37,8 %	41,6 %	34,3 %	37,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,2 %	10,3 %	10,6 %	6,3 %	12,4 %	9,1 %	10,0 %	6,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,5 %	4,6 %	3,0 %	4,8 %	3,5 %	3,9 %	5,7 %	1,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	1,1 %	4,5 %	6,3 %	4,1 %	6,5 %	1,4 %	1,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,9 %	20,7 %	30,3 %	38,1 %	23,6 %	29,9 %	35,7 %	28,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,0 %	50,6 %	28,8 %	46,0 %	41,5 %	41,6 %	41,4 %	46,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	187	40	26	27	221	46	44	32
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	9,6 %	10,0 %	11,5 %	18,5 %	10,4 %	19,6 %	13,6 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	24,1 %	17,5 %	23,1 %	25,9 %	20,4 %	19,6 %	27,3 %	12,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	43,9 %	35,0 %	38,5 %	25,9 %	37,6 %	43,5 %	38,6 %	34,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,6 %	15,0 %	3,8 %	7,4 %	14,0 %	10,9 %	9,1 %	9,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,4 %	7,5 %	0,0 %	3,7 %	5,4 %	4,3 %	2,3 %	3,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	0,0 %	0,0 %	3,7 %	3,2 %	4,3 %	0,0 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,9 %	30,0 %	34,6 %	44,4 %	34,4 %	41,3 %	40,9 %	40,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	27,3 %	42,5 %	34,6 %	37,0 %	34,8 %	37,0 %	34,1 %	40,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	83	18	17	18	97	27	25	16
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	4,8 %	22,2 %	17,6 %	16,7 %	11,3 %	22,2 %	20,0 %	37,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,3 %	16,7 %	23,5 %	27,8 %	27,8 %	18,5 %	16,0 %	6,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,4 %	33,3 %	35,3 %	33,3 %	37,1 %	44,4 %	32,0 %	18,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,9 %	11,1 %	0,0 %	5,6 %	11,3 %	7,4 %	4,0 %	12,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,8 %	11,1 %	0,0 %	5,6 %	5,2 %	7,4 %	4,0 %	6,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	0,0 %	0,0 %	5,6 %	2,1 %	7,4 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,6 %	44,4 %	41,2 %	44,4 %	41,2 %	44,4 %	40,0 %	50,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	26,5 %	33,3 %	29,4 %	27,8 %	32,0 %	37,0 %	36,0 %	37,5 %

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	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	486	81	65	56	417	69	63	56
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,5 %	13,6 %	15,4 %	17,9 %	14,1 %	21,7 %	27,0 %	16,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,0 %	28,4 %	29,2 %	37,5 %	24,0 %	20,3 %	30,2 %	14,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	65,8 %	59,3 %	61,5 %	46,4 %	65,7 %	59,4 %	55,6 %	55,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	35,2 %	24,7 %	30,8 %	21,4 %	29,0 %	30,4 %	23,8 %	21,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,4 %	6,2 %	4,6 %	7,1 %	9,4 %	8,7 %	12,7 %	5,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,5 %	8,6 %	10,8 %	8,9 %	10,8 %	14,5 %	3,2 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,0 %	44,4 %	47,7 %	57,1 %	41,5 %	43,5 %	57,1 %	32,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,3 %	17,3 %	15,4 %	19,6 %	14,4 %	18,8 %	17,5 %	30,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	176	39	26	26	201	42	38	25
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,3 %	12,8 %	19,2 %	23,1 %	18,9 %	23,8 %	31,6 %	28,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	39,2 %	41,0 %	38,5 %	50,0 %	34,3 %	26,2 %	44,7 %	24,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	63,6 %	64,1 %	57,7 %	53,8 %	67,2 %	61,9 %	63,2 %	68,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	37,5 %	35,9 %	26,9 %	15,4 %	32,8 %	31,0 %	23,7 %	32,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,8 %	10,3 %	0,0 %	7,7 %	13,4 %	7,1 %	7,9 %	4,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,8 %	5,1 %	7,7 %	3,8 %	9,5 %	11,9 %	2,6 %	8,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,3 %	59,0 %	57,7 %	69,2 %	57,7 %	50,0 %	73,7 %	56,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,8 %	10,3 %	19,2 %	7,7 %	8,0 %	9,5 %	7,9 %	8,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	77	18	17	17	92	24	20	12
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	13,0 %	22,2 %	29,4 %	17,6 %	20,7 %	29,2 %	40,0 %	41,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	48,1 %	38,9 %	41,2 %	58,8 %	43,5 %	29,2 %	45,0 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,5 %	61,1 %	58,8 %	64,7 %	65,2 %	58,3 %	65,0 %	58,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	40,3 %	33,3 %	17,6 %	11,8 %	31,5 %	20,8 %	20,0 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,4 %	11,1 %	0,0 %	11,8 %	10,9 %	8,3 %	15,0 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,8 %	5,6 %	5,9 %	5,9 %	6,5 %	12,5 %	5,0 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,4 %	66,7 %	70,6 %	70,6 %	65,2 %	58,3 %	85,0 %	66,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,1 %	5,6 %	11,8 %	0,0 %	5,4 %	12,5 %	5,0 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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	436	64	55	46	391	54	52	43
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,6 %	14,1 %	20,0 %	19,6 %	17,6 %	31,5 %	30,8 %	18,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,2 %	39,1 %	49,1 %	43,5 %	31,2 %	29,6 %	40,4 %	18,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,0 %	81,3 %	80,0 %	67,4 %	83,9 %	90,7 %	76,9 %	74,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,7 %	48,4 %	56,4 %	45,7 %	51,9 %	55,6 %	46,2 %	48,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,3 %	9,4 %	1,8 %	8,7 %	14,3 %	11,1 %	15,4 %	9,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,3 %	18,8 %	12,7 %	23,9 %	20,2 %	27,8 %	13,5 %	14,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,5 %	53,1 %	67,3 %	56,5 %	53,2 %	59,3 %	69,2 %	39,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,0 %	4,7 %	1,8 %	17,4 %	5,4 %	1,9 %	5,8 %	16,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	159	31	24	21	185	32	34	20

Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	21,4 %	12,9 %	20,8 %	28,6 %	24,3 %	40,6 %	38,2 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	50,3 %	58,1 %	62,5 %	57,1 %	44,3 %	34,4 %	50,0 %	30,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	84,3 %	83,9 %	83,3 %	81,0 %	85,4 %	87,5 %	85,3 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	55,3 %	61,3 %	58,3 %	47,6 %	57,3 %	53,1 %	52,9 %	55,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,6 %	16,1 %	0,0 %	9,5 %	21,1 %	12,5 %	11,8 %	10,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,5 %	19,4 %	16,7 %	28,6 %	20,5 %	15,6 %	17,6 %	15,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,8 %	71,0 %	79,2 %	71,4 %	74,1 %	71,9 %	79,4 %	60,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,4 %	6,5 %	4,2 %	9,5 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	73	14	16	12	82	19	16	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,5 %	21,4 %	31,3 %	25,0 %	24,4 %	52,6 %	50,0 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	58,9 %	71,4 %	68,8 %	66,7 %	52,4 %	36,8 %	56,3 %	22,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	84,9 %	92,9 %	87,5 %	91,7 %	85,4 %	78,9 %	87,5 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,4 %	71,4 %	50,0 %	41,7 %	56,1 %	42,1 %	43,8 %	55,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,7 %	14,3 %	0,0 %	16,7 %	17,1 %	10,5 %	25,0 %	22,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,2 %	28,6 %	12,5 %	25,0 %	20,7 %	21,1 %	12,5 %	11,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,6 %	92,9 %	93,8 %	75,0 %	79,3 %	84,2 %	93,8 %	66,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Klinikbekannte 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	436	233	211	172	446	209	180	157
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	17,0 %	22,3 %	25,6 %	28,5 %	20,6 %	26,3 %	29,4 %	26,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,6 %	9,9 %	12,3 %	14,5 %	10,8 %	8,1 %	5,6 %	6,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	34,9 %	28,8 %	26,5 %	30,2 %	30,9 %	32,5 %	35,6 %	27,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,2 %	6,0 %	9,0 %	9,9 %	9,6 %	10,0 %	8,9 %	12,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,1 %	0,9 %	1,4 %	2,3 %	2,0 %	1,0 %	0,0 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	3,0 %	0,9 %	3,5 %	2,9 %	2,9 %	3,9 %	0,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,5 %	32,2 %	38,4 %	41,9 %	32,1 %	34,4 %	35,0 %	34,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	43,6 %	43,8 %	42,2 %	37,8 %	42,8 %	41,1 %	37,2 %	43,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	278	161	135	118	301	141	133	110
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	23,7 %	30,4 %	31,1 %	34,7 %	26,2 %	37,6 %	38,3 %	32,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,7 %	11,8 %	14,8 %	18,6 %	13,0 %	9,2 %	6,0 %	8,2 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,3 %	29,8 %	26,7 %	33,9 %	32,9 %	26,2 %	34,6 %	29,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,2 %	6,8 %	11,1 %	11,0 %	10,3 %	7,8 %	9,8 %	10,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,2 %	1,2 %	2,2 %	3,4 %	3,0 %	1,4 %	0,0 %	2,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,0 %	3,1 %	0,7 %	3,4 %	3,0 %	2,1 %	5,3 %	0,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,8 %	42,2 %	46,7 %	51,7 %	40,2 %	46,8 %	44,4 %	43,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,8 %	34,8 %	34,1 %	27,1 %	34,6 %	39,0 %	32,3 %	37,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	162	107	104	80	169	99	92	71
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	28,4 %	38,3 %	33,7 %	40,0 %	33,1 %	37,4 %	44,6 %	40,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,4 %	12,1 %	15,4 %	13,8 %	11,2 %	8,1 %	3,3 %	8,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	34,0 %	29,0 %	26,0 %	41,3 %	30,8 %	29,3 %	28,3 %	25,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,2 %	8,4 %	12,5 %	13,8 %	10,7 %	8,1 %	9,8 %	12,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,5 %	0,9 %	1,9 %	3,8 %	3,0 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	1,9 %	1,0 %	5,0 %	3,0 %	1,0 %	6,5 %	1,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	44,4 %	49,5 %	50,0 %	55,0 %	46,2 %	45,5 %	47,8 %	52,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,1 %	29,9 %	31,7 %	21,3 %	31,4 %	35,4 %	33,7 %	32,4 %

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	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	384	205	191	146	366	186	148	133
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	26,0 %	38,5 %	36,6 %	41,8 %	31,1 %	37,6 %	41,2 %	36,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,1 %	21,5 %	21,5 %	21,2 %	22,1 %	13,4 %	12,8 %	14,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	58,3 %	55,6 %	55,0 %	54,8 %	57,7 %	53,8 %	59,5 %	51,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,3 %	22,0 %	24,6 %	23,3 %	28,1 %	27,4 %	23,6 %	27,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,7 %	4,4 %	5,2 %	8,2 %	6,8 %	2,7 %	2,7 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,6 %	10,7 %	9,9 %	8,2 %	9,0 %	8,6 %	10,8 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,0 %	58,0 %	57,6 %	61,0 %	52,5 %	51,6 %	54,7 %	53,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,6 %	15,6 %	15,7 %	17,8 %	18,3 %	23,7 %	14,2 %	23,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	244	144	124	102	249	125	106	91
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	36,5 %	50,0 %	46,8 %	52,9 %	37,8 %	52,0 %	53,8 %	45,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,3 %	25,0 %	25,8 %	26,5 %	28,1 %	15,2 %	13,2 %	15,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	60,2 %	57,6 %	58,1 %	64,7 %	59,8 %	51,2 %	60,4 %	50,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,7 %	26,4 %	25,0 %	26,5 %	29,3 %	28,0 %	25,5 %	26,4 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,4 %	6,3 %	7,3 %	8,8 %	8,8 %	4,0 %	3,8 %	6,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,4 %	11,8 %	10,5 %	7,8 %	8,8 %	7,2 %	11,3 %	3,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,0 %	72,2 %	71,8 %	75,5 %	64,7 %	68,0 %	67,9 %	63,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,5 %	10,4 %	8,1 %	4,9 %	11,6 %	19,2 %	10,4 %	18,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	141	98	95	68	137	84	69	58
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	41,8 %	61,2 %	50,5 %	60,3 %	45,3 %	56,0 %	60,9 %	51,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	24,8 %	25,5 %	27,4 %	20,6 %	25,5 %	13,1 %	10,1 %	15,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	65,2 %	56,1 %	60,0 %	70,6 %	56,2 %	57,1 %	59,4 %	51,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,5 %	25,5 %	23,2 %	30,9 %	27,7 %	25,0 %	24,6 %	27,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,1 %	7,1 %	6,3 %	10,3 %	9,5 %	2,4 %	4,3 %	6,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,3 %	13,3 %	10,5 %	10,3 %	9,5 %	6,0 %	13,0 %	5,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,4 %	82,7 %	76,8 %	80,9 %	71,5 %	69,0 %	72,5 %	72,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,7 %	6,1 %	5,3 %	4,4 %	9,5 %	15,5 %	11,6 %	13,8 %

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

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	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	293	146	139	106	298	144	114	97
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	31,1 %	46,6 %	46,0 %	50,9 %	39,3 %	42,4 %	53,5 %	42,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	27,0 %	24,0 %	27,3 %	28,3 %	26,8 %	20,1 %	21,1 %	23,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,2 %	74,7 %	83,5 %	77,4 %	78,9 %	78,5 %	81,6 %	72,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	48,5 %	50,7 %	46,8 %	50,0 %	53,0 %	41,7 %	44,7 %	47,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,5 %	4,8 %	7,2 %	10,4 %	14,4 %	4,9 %	5,3 %	10,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,5 %	21,9 %	25,2 %	13,2 %	23,5 %	24,3 %	16,7 %	11,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,7 %	67,1 %	71,2 %	72,6 %	63,4 %	61,1 %	73,7 %	70,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,2 %	6,2 %	1,4 %	6,6 %	6,4 %	9,0 %	6,1 %	10,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	202	107	93	75	206	97	83	71
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	38,6 %	57,0 %	57,0 %	62,7 %	46,1 %	56,7 %	67,5 %	47,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,2 %	26,2 %	32,3 %	33,3 %	33,5 %	23,7 %	19,3 %	26,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,2 %	75,7 %	84,9 %	81,3 %	82,5 %	75,3 %	80,7 %	73,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	52,0 %	56,1 %	49,5 %	52,0 %	57,3 %	43,3 %	47,0 %	49,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,9 %	6,5 %	9,7 %	10,7 %	18,0 %	7,2 %	4,8 %	9,9 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	19,8 %	22,4 %	25,8 %	12,0 %	24,3 %	22,7 %	15,7 %	11,3 %
	71,8 %	78,5 %	86,0 %	86,7 %	76,7 %	78,4 %	85,5 %	77,5 %
	4,0 %	3,7 %	0,0 %	1,3 %	1,9 %	8,2 %	3,6 %	7,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	118	67	68	49	111	63	56	48
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) 	43,2 %	70,1 %	61,8 %	69,4 %	52,3 %	63,5 %	73,2 %	52,1 %
	37,3 %	23,9 %	36,8 %	30,6 %	31,5 %	20,6 %	14,3 %	27,1 %
	85,6 %	76,1 %	88,2 %	87,8 %	82,9 %	77,8 %	80,4 %	70,8 %
	54,2 %	61,2 %	51,5 %	57,1 %	57,7 %	47,6 %	46,4 %	50,0 %
	9,3 %	6,0 %	8,8 %	8,2 %	20,7 %	6,3 %	5,4 %	8,3 %
	23,7 %	23,9 %	26,5 %	16,3 %	30,6 %	15,9 %	14,3 %	12,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	79,7 %	86,6 %	94,1 %	91,8 %	82,9 %	81,0 %	87,5 %	83,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,8 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	1,6 %	3,6 %	4,2 %

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

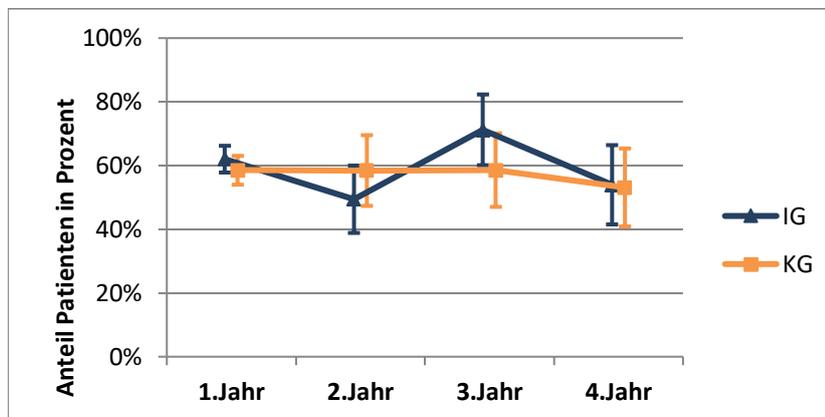
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

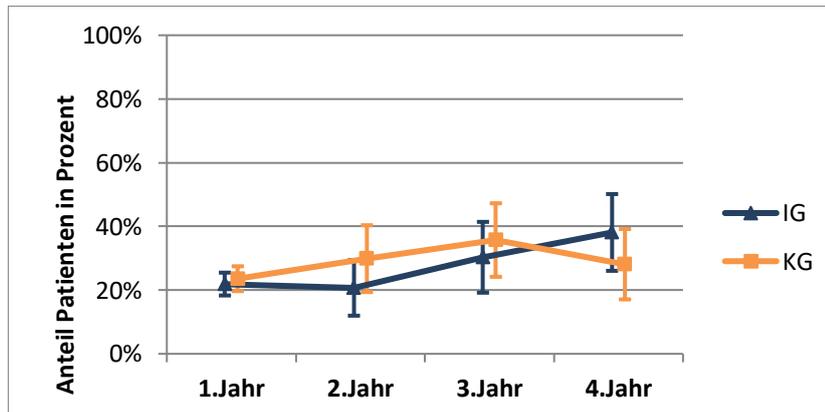
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



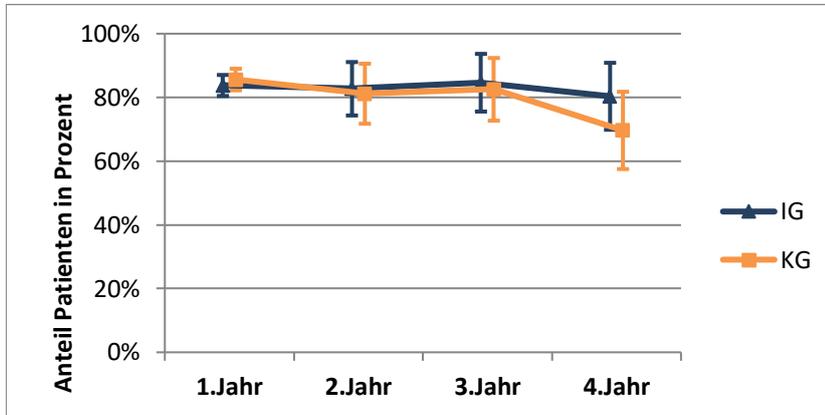
- Alle (psychiatrischer Sektor)



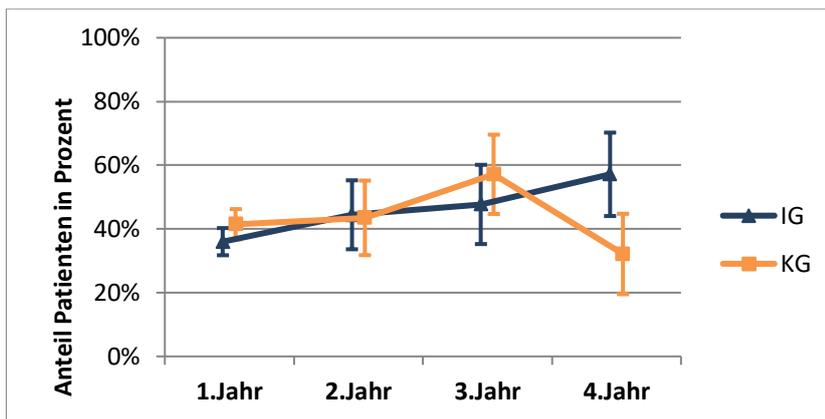
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



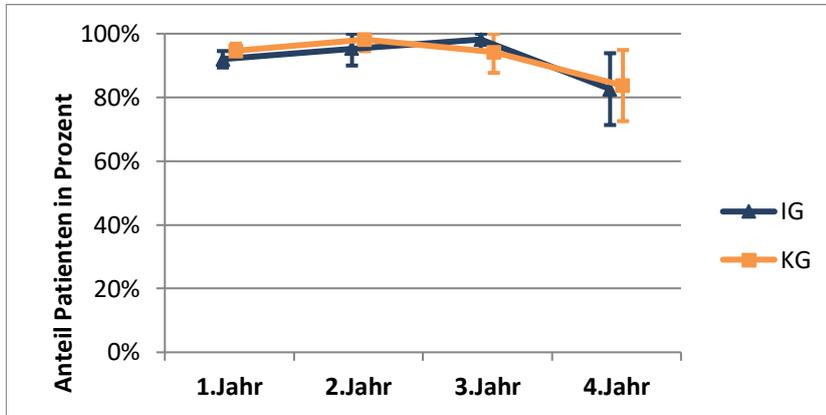
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



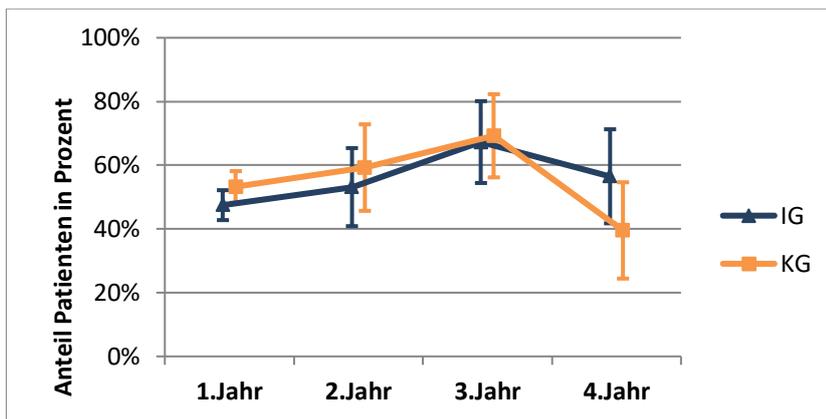
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

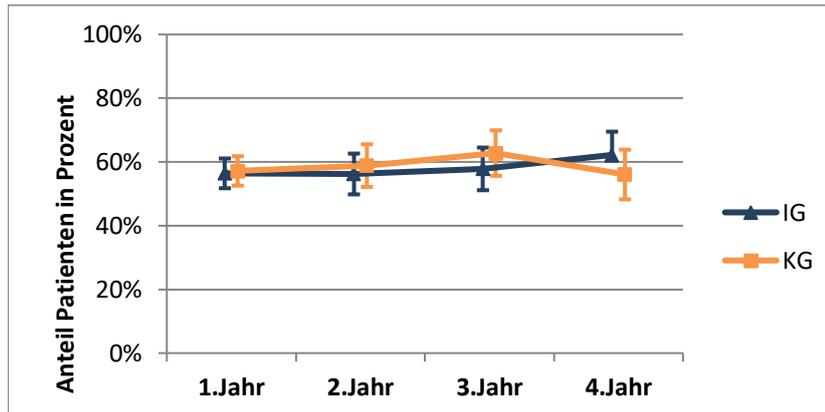
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie

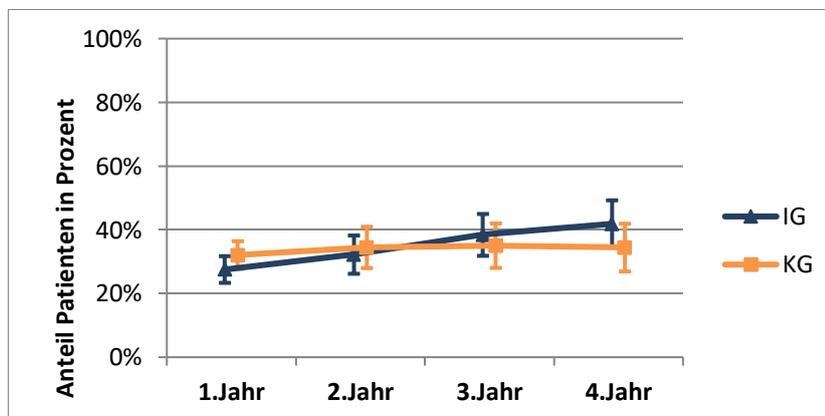
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



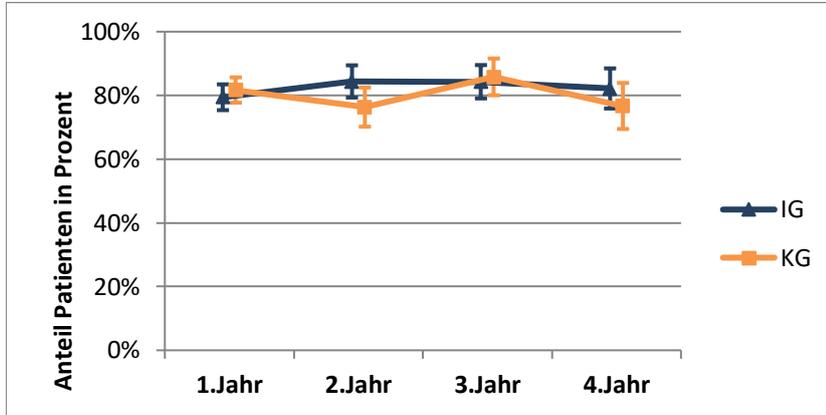
- Alle (psychiatrischer Sektor)



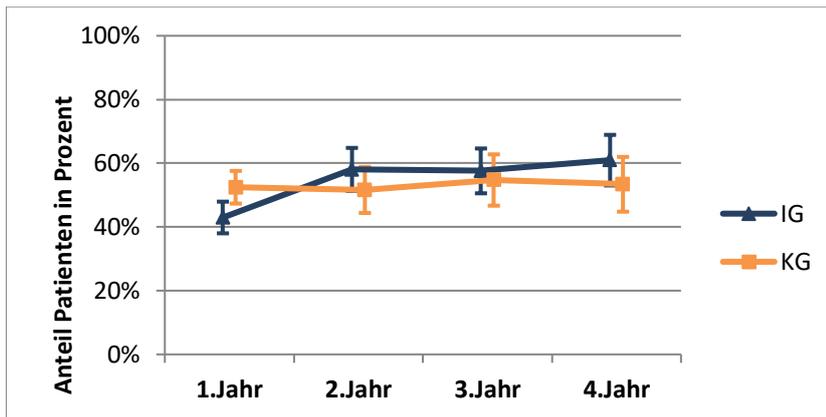
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



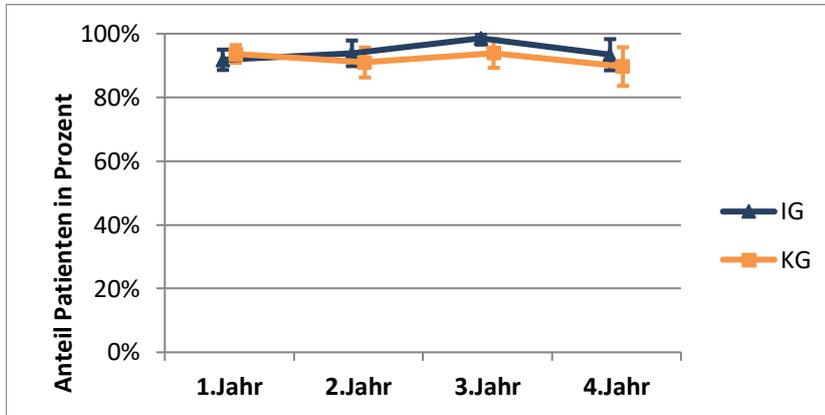
- Alle (psychiatrischer Sektor)



Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

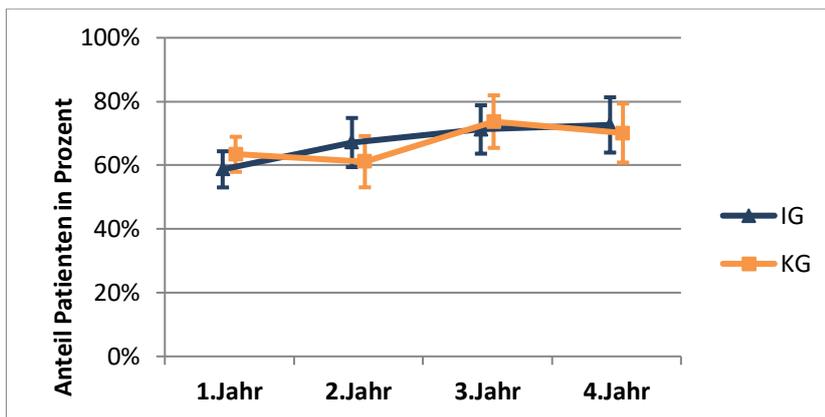


Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	1,02 0,73...1,41	0,86 0,63...1,18	0,84 0,60...1,16
Gruppe Jahr 2	0,76 0,33...1,77	1,26 0,56...2,80	0,86 0,31...2,40
Gruppe Jahr 3	1,06 0,44...2,58	1,07 0,43...2,66	1,20 0,41...3,55
Gruppe Jahr 4	1,04 0,35...3,10	2,99 0,96...9,30	2,83 0,72...11,11

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

Klinikbekannte Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	0,98 0,69...1,39	0,87 0,60...1,26	0,84 0,54...1,31
Gruppe Jahr 2	0,96 0,58...1,58	1,36 0,78...2,36	1,41 0,71...2,81
Gruppe Jahr 3	1,18 0,71...1,98	1,22 0,69...2,17	0,79 0,38...1,66
Gruppe Jahr 4	1,53 0,88...2,65	1,22 0,64...2,32	1,04 0,42...2,53

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	1.903	1.746
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	11,6 %	9,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,3 %	14,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	41,7 %	42,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,8 %	13,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,2 %	3,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	3,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,6 %	25,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,6 %	37,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	801	802
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	15,4 %	11,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,1 %	20,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	42,6 %	44,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,7 %	14,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,5 %	5,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	3,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,7 %	34,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,0 %	31,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	353	338
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		

• PIA (A)	13,3 %	10,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	24,6 %	24,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	40,8 %	45,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,4 %	15,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,5 %	3,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,8 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,4 %	37,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,7 %	29,6 %

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

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	1.806	1.620
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	17,1 %	14,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,3 %	23,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,3 %	67,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	31,6 %	32,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,9 %	10,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,6 %	10,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,3 %	41,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,1 %	15,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	761	741
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	21,9 %	17,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	39,7 %	31,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,1 %	70,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,0 %	36,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,6 %	13,6 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	7,8 %	10,0 %
	58,0 %	54,3 %
	8,9 %	8,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	332	315
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) 	20,8 %	15,2 %
	48,8 %	39,0 %
	66,0 %	72,7 %
	34,6 %	37,8 %
	6,3 %	8,3 %
	7,8 %	10,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,4 %	56,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,2 %	6,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.632	1.483
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) 	19,4 %	17,4 %
	34,7 %	33,9 %
	82,4 %	83,5 %
	53,2 %	54,6 %
	11,9 %	14,4 %
	21,3 %	22,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,1 %	54,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,9 %	5,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	692	676

Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	24,6 %	20,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	52,6 %	46,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,0 %	86,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,2 %	60,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,8 %	20,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,8 %	24,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,7 %	71,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,3 %	1,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	298	281
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	23,8 %	18,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	62,8 %	58,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,6 %	90,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	60,4 %	63,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,8 %	13,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,2 %	27,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,2 %	77,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,0 %	0,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

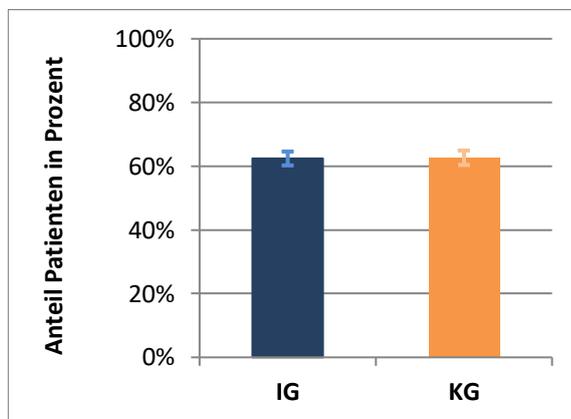
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

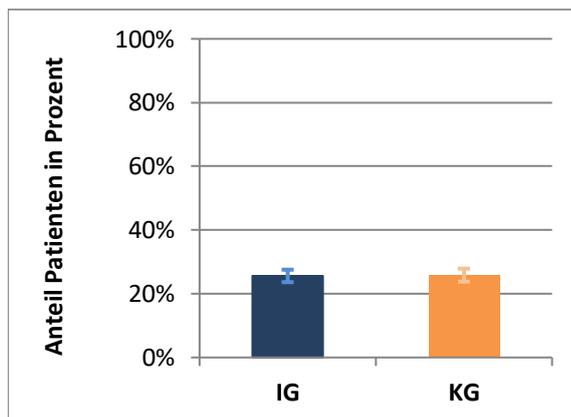
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

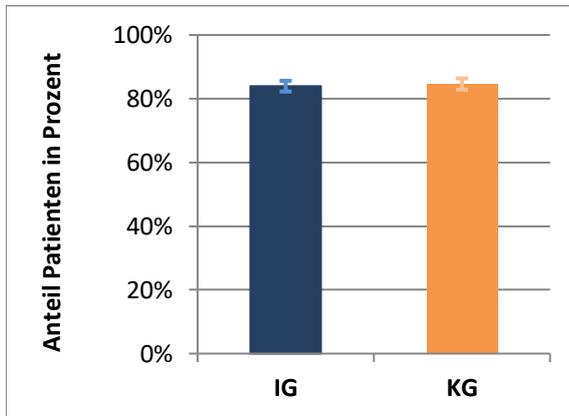


- Alle (psychiatrischer Sektor)

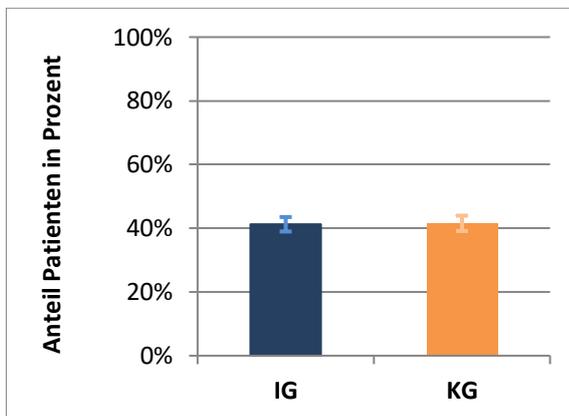


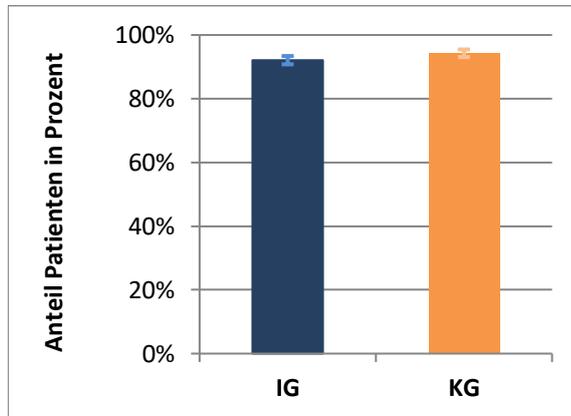
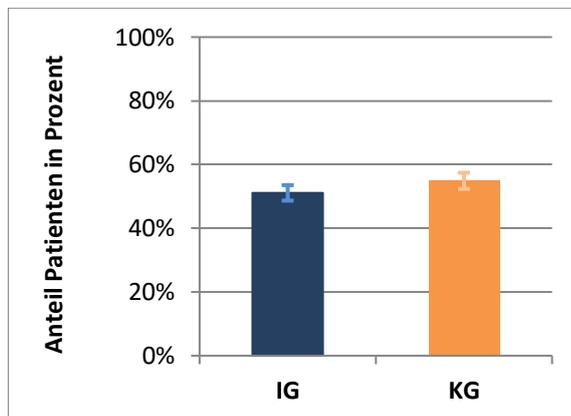
Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



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	1.475	227	1.354	222
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	10,6 %	12,8 %	8,6 %	18,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,7 %	12,8 %	14,6 %	13,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	41,8 %	33,0 %	43,0 %	44,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,7 %	10,1 %	13,2 %	10,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,8 %	3,5 %	3,1 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	4,0 %	3,9 %	6,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,7 %	26,0 %	24,7 %	34,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,6 %	45,4 %	38,1 %	36,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	610	108	628	120
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	13,3 %	13,0 %	9,9 %	24,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,0 %	19,4 %	21,5 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	43,1 %	37,0 %	44,3 %	49,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,9 %	12,0 %	13,9 %	11,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,9 %	5,6 %	3,8 %	4,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	2,8 %	3,8 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,1 %	33,3 %	33,4 %	46,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	30,0 %	39,8 %	33,0 %	26,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	283	62	277	63
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	10,6 %	11,3 %	10,1 %	20,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	26,5 %	21,0 %	26,0 %	22,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	43,1 %	35,5 %	45,5 %	54,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,1 %	11,3 %	14,4 %	11,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,5 %	4,8 %	3,2 %	7,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,5 %	4,8 %	4,3 %	11,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,7 %	33,9 %	37,5 %	47,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,8 %	38,7 %	30,7 %	25,4 %

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	
	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	1.396	209	1.251	195
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,0 %	17,2 %	13,2 %	23,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,6 %	26,8 %	24,1 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,4 %	56,9 %	67,1 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	31,4 %	24,4 %	32,7 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,1 %	6,2 %	8,5 %	11,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,7 %	9,6 %	10,6 %	14,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,8 %	43,5 %	40,7 %	48,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,4 %	20,1 %	15,7 %	14,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	578	102	575	104
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,1 %	17,6 %	15,7 %	27,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	42,0 %	42,2 %	32,9 %	27,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,3 %	62,7 %	69,4 %	71,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,9 %	32,4 %	35,8 %	36,5 %

<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 	10,4 %	8,8 %	11,1 %	9,6 %
	8,3 %	7,8 %	10,6 %	15,4 %
	58,3 %	58,8 %	53,0 %	57,7 %
	9,5 %	9,8 %	8,7 %	7,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	265	59	256	55
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	17,7 %	18,6 %	14,8 %	25,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	51,3 %	45,8 %	40,6 %	36,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,4 %	59,3 %	73,0 %	72,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	35,5 %	33,9 %	36,7 %	30,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,0 %	8,5 %	6,6 %	12,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,7 %	6,8 %	11,3 %	20,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,9 %	64,4 %	57,0 %	63,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,3 %	6,8 %	5,9 %	7,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	1.259	159	1.145	162
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,7 %	21,4 %	15,9 %	29,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	34,4 %	42,8 %	34,4 %	32,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	82,0 %	78,0 %	83,8 %	88,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,1 %	49,7 %	55,3 %	57,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,2 %	10,7 %	12,8 %	15,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	21,8 %	21,4 %	23,9 %	27,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,6 %	59,1 %	53,4 %	61,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,3 %	7,5 %	5,6 %	2,5 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	531	78	525	87
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	23,2 %	24,4 %	18,7 %	34,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	53,9 %	62,8 %	47,8 %	41,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,1 %	83,3 %	86,3 %	90,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,0 %	64,1 %	60,0 %	57,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,9 %	15,4 %	17,0 %	17,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,2 %	23,1 %	25,0 %	25,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,0 %	79,5 %	69,9 %	71,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,4 %	3,8 %	1,9 %	1,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	246	47	228	46
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	21,5 %	25,5 %	16,7 %	39,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	63,0 %	70,2 %	59,2 %	50,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	89,4 %	85,1 %	88,6 %	89,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	61,8 %	72,3 %	61,8 %	52,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,2 %	12,8 %	11,0 %	17,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	26,0 %	25,5 %	29,4 %	32,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	75,6 %	91,5 %	76,8 %	80,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,4 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Abbildung 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:

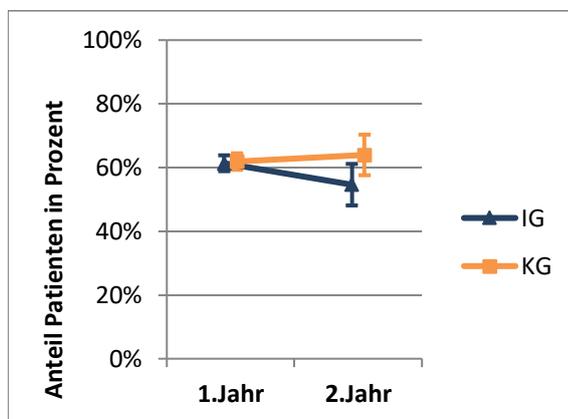
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

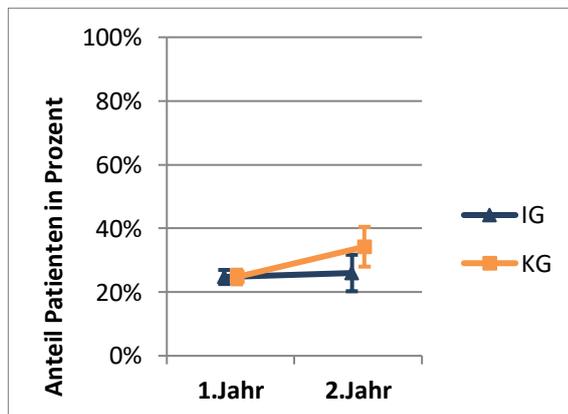
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



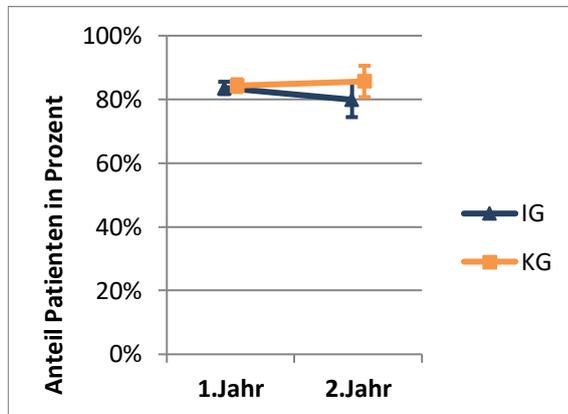
- Alle (psychiatrischer Sektor)



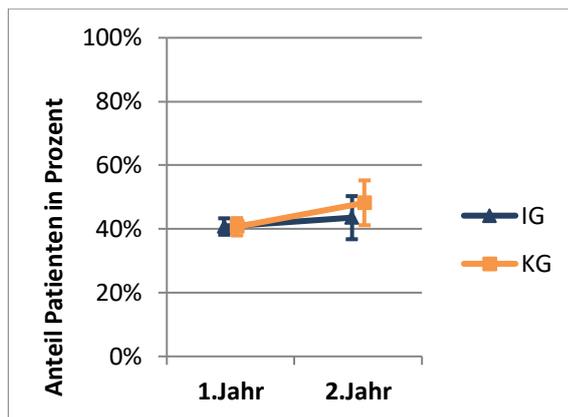
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



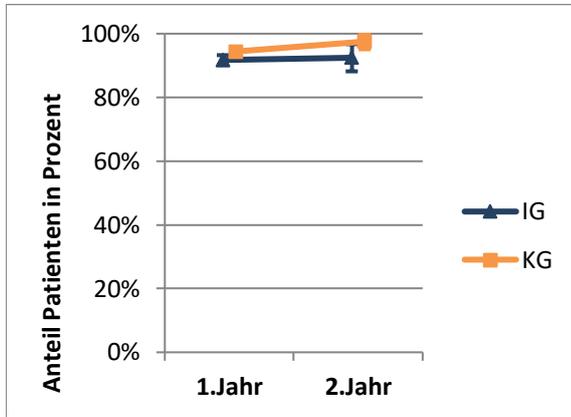
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

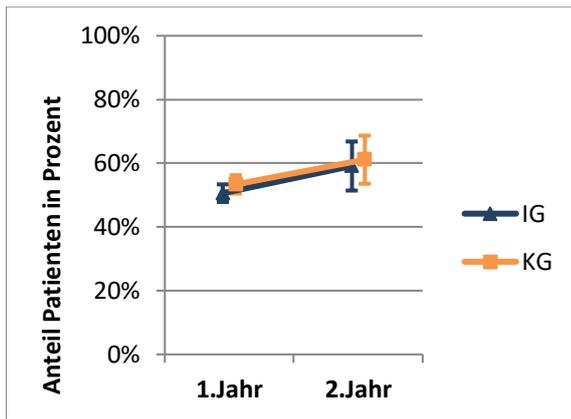


Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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	1,02 0,85...1,23	1,03 0,86...1,22	0,86 0,72...1,04
Gruppe Jahr 2	0,71 0,45...1,14	0,95 0,60...1,50	1,01 0,59...1,74

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	1.002	157	138	920	157	159
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	9,7 %	12,7 %	11,6 %	9,1 %	21,0 %	14,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,0 %	12,1 %	13,8 %	15,1 %	12,1 %	18,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	44,7 %	30,6 %	46,4 %	42,4 %	43,3 %	35,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,1 %	9,6 %	10,1 %	12,2 %	11,5 %	14,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,8 %	3,8 %	2,2 %	3,0 %	4,5 %	3,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	3,8 %	5,1 %	3,7 %	6,4 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	23,8 %	24,8 %	26,8 %	25,9 %	36,3 %	34,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,2 %	48,4 %	34,1 %	38,5 %	33,8 %	39,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	404	74	59	433	88	100

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	11,9 %	12,2 %	13,6 %	10,9 %	26,1 %	16,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,5 %	17,6 %	16,9 %	21,7 %	18,2 %	23,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	46,5 %	35,1 %	40,7 %	44,6 %	45,5 %	40,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,4 %	12,2 %	8,5 %	12,7 %	12,5 %	16,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,5 %	5,4 %	1,7 %	4,2 %	4,5 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,5 %	2,7 %	0,0 %	3,7 %	6,8 %	2,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,6 %	29,7 %	30,5 %	35,1 %	47,7 %	40,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	28,0 %	43,2 %	37,3 %	32,8 %	27,3 %	31,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	186	38	31	192	48	57
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	8,6 %	13,2 %	12,9 %	10,9 %	22,9 %	17,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	28,5 %	15,8 %	16,1 %	27,1 %	18,8 %	17,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	47,8 %	31,6 %	41,9 %	44,3 %	50,0 %	40,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,0 %	13,2 %	9,7 %	11,5 %	10,4 %	14,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,7 %	7,9 %	0,0 %	3,6 %	8,3 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	5,3 %	0,0 %	3,6 %	10,4 %	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,6 %	31,6 %	29,0 %	39,6 %	47,9 %	38,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	28,5 %	42,1 %	29,0 %	31,3 %	27,1 %	29,8 %

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

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	948	144	123	843	138	140
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	15,4 %	16,7 %	17,1 %	14,6 %	25,4 %	20,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	24,3 %	25,7 %	23,6 %	23,8 %	19,6 %	30,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,0 %	54,2 %	65,0 %	67,5 %	63,8 %	59,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	32,1 %	21,5 %	30,9 %	32,6 %	34,1 %	32,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,1 %	6,3 %	6,5 %	8,9 %	12,3 %	12,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,8 %	10,4 %	11,4 %	10,9 %	13,0 %	5,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,5 %	42,4 %	44,7 %	41,6 %	50,0 %	52,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,0 %	22,2 %	16,3 %	14,7 %	14,5 %	20,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	382	69	53	394	74	87
Schwere psychische Erkrankungen (A)						

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	19,1 %	15,9 %	17,0 %	17,8 %	27,0 %	24,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	40,8 %	37,7 %	30,2 %	33,2 %	25,7 %	41,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,3 %	62,3 %	62,3 %	71,1 %	67,6 %	65,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,0 %	29,0 %	32,1 %	35,3 %	37,8 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,7 %	8,7 %	7,5 %	12,7 %	10,8 %	10,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,3 %	10,1 %	3,8 %	11,2 %	14,9 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,9 %	53,6 %	50,9 %	55,8 %	56,8 %	65,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,4 %	10,1 %	17,0 %	8,1 %	8,1 %	12,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	174	35	27	177	41	48
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	16,7 %	17,1 %	22,2 %	16,9 %	26,8 %	27,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	50,6 %	37,1 %	33,3 %	41,8 %	31,7 %	37,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	69,5 %	57,1 %	63,0 %	71,8 %	68,3 %	70,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	35,6 %	28,6 %	29,6 %	34,5 %	29,3 %	29,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,5 %	11,4 %	3,7 %	7,9 %	12,2 %	14,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,6 %	8,6 %	3,7 %	10,7 %	19,5 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,1 %	57,1 %	59,3 %	59,9 %	63,4 %	66,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,9 %	5,7 %	7,4 %	6,2 %	7,3 %	10,4 %

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	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	859	108	100	777	115	108
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	17,8 %	19,4 %	23,0 %	17,2 %	33,0 %	24,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,1 %	40,7 %	37,0 %	33,3 %	29,6 %	38,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	82,8 %	76,9 %	82,0 %	84,3 %	90,4 %	84,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	51,6 %	46,3 %	50,0 %	54,7 %	56,5 %	52,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,5 %	12,0 %	5,0 %	12,7 %	16,5 %	14,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,3 %	23,1 %	16,0 %	22,5 %	27,8 %	17,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	49,1 %	54,6 %	59,0 %	53,7 %	62,6 %	63,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,8 %	9,3 %	4,0 %	5,1 %	3,5 %	5,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	351	50	47	359	60	67

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	22,2 %	22,0 %	19,1 %	21,2 %	38,3 %	31,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	52,1 %	60,0 %	44,7 %	47,1 %	38,3 %	47,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,7 %	82,0 %	78,7 %	87,5 %	90,0 %	89,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	56,7 %	60,0 %	46,8 %	58,5 %	60,0 %	55,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,0 %	18,0 %	4,3 %	18,4 %	20,0 %	13,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	21,9 %	26,0 %	10,6 %	24,5 %	25,0 %	20,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,8 %	72,0 %	63,8 %	72,4 %	75,0 %	76,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,4 %	6,0 %	6,4 %	1,4 %	1,7 %	1,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	166	26	26	155	33	35
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	21,1 %	23,1 %	23,1 %	20,0 %	45,5 %	40,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	61,4 %	65,4 %	53,8 %	60,0 %	39,4 %	45,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	90,4 %	88,5 %	84,6 %	87,7 %	87,9 %	94,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	59,0 %	69,2 %	50,0 %	58,1 %	54,5 %	40,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,6 %	19,2 %	3,8 %	13,5 %	15,2 %	20,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	26,5 %	30,8 %	7,7 %	29,0 %	33,3 %	22,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	75,3 %	84,6 %	76,9 %	80,0 %	81,8 %	82,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,2 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	509	267	236	501	221	193
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	15,7 %	21,7 %	24,6 %	20,2 %	25,3 %	27,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,0 %	9,4 %	11,9 %	11,6 %	8,6 %	6,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	34,0 %	29,2 %	25,0 %	32,7 %	32,6 %	35,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,8 %	6,7 %	9,3 %	9,8 %	10,0 %	8,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,0 %	0,7 %	1,3 %	2,0 %	0,9 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,3 %	2,6 %	2,1 %	3,0 %	2,7 %	4,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,5 %	31,1 %	36,4 %	32,3 %	33,9 %	33,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,6 %	44,2 %	44,1 %	41,5 %	41,6 %	38,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	321	187	153	334	148	140
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	22,4 %	29,4 %	30,1 %	26,0 %	36,5 %	36,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,6 %	11,2 %	14,4 %	13,8 %	10,1 %	6,4 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	35,2 %	31,0 %	25,5 %	33,5 %	27,0 %	33,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,0 %	7,5 %	11,8 %	10,5 %	8,1 %	9,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,1 %	1,1 %	2,0 %	3,0 %	1,4 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	2,7 %	2,6 %	3,0 %	2,0 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,3 %	40,6 %	44,4 %	40,7 %	46,6 %	42,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,6 %	35,3 %	35,3 %	33,8 %	38,5 %	33,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	185	121	116	175	104	94
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	25,4 %	36,4 %	32,8 %	32,6 %	35,6 %	43,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,7 %	10,7 %	14,7 %	12,0 %	9,6 %	4,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	34,1 %	31,4 %	25,0 %	32,0 %	29,8 %	27,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,1 %	7,4 %	13,8 %	11,4 %	8,7 %	9,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,2 %	0,8 %	1,7 %	2,9 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	1,7 %	3,4 %	2,9 %	1,0 %	6,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,6 %	46,3 %	48,3 %	46,3 %	45,2 %	47,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,1 %	30,6 %	31,9 %	30,3 %	34,6 %	34,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	449	234	213	411	198	160
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,9 %	37,6 %	35,2 %	30,2 %	37,4 %	38,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,6 %	20,1 %	20,7 %	22,6 %	15,2 %	13,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	57,9 %	55,1 %	53,5 %	59,1 %	55,6 %	60,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	24,9 %	22,2 %	24,4 %	28,0 %	29,8 %	23,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,7 %	3,8 %	5,2 %	6,6 %	2,5 %	3,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,2 %	9,8 %	11,7 %	10,5 %	8,6 %	11,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,8 %	55,6 %	54,9 %	52,1 %	53,0 %	52,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,7 %	17,1 %	17,4 %	17,5 %	22,7 %	15,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	284	166	139	275	132	113
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	35,6 %	48,8 %	45,3 %	37,5 %	50,8 %	50,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,5 %	23,5 %	25,2 %	28,7 %	17,4 %	13,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	59,5 %	57,2 %	56,8 %	61,1 %	53,8 %	59,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,9 %	25,9 %	25,9 %	28,7 %	29,5 %	23,9 %

<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 	7,0 %	5,4 %	7,2 %	8,7 %	3,8 %	4,4 %
	9,2 %	10,8 %	12,2 %	10,5 %	7,6 %	11,5 %
	58,1 %	69,3 %	69,1 %	65,1 %	68,9 %	65,5 %
	12,0 %	12,0 %	9,4 %	11,3 %	18,2 %	12,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	161	110	104	142	89	71
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	39,1 %	60,9 %	50,0 %	44,4 %	53,9 %	59,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	24,8 %	23,6 %	26,0 %	26,8 %	16,9 %	11,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,6 %	57,3 %	58,7 %	57,7 %	59,6 %	57,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,8 %	24,5 %	24,0 %	28,9 %	28,1 %	23,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,2 %	6,4 %	6,7 %	9,2 %	2,2 %	4,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,6 %	11,8 %	13,5 %	9,9 %	6,7 %	12,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,0 %	80,0 %	75,0 %	71,8 %	70,8 %	71,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,8 %	6,4 %	5,8 %	9,2 %	14,6 %	12,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	343	161	152	335	153	123
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,3 %	46,6 %	44,7 %	37,6 %	42,5 %	49,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	28,6 %	24,2 %	27,0 %	27,2 %	20,9 %	22,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,6 %	73,3 %	82,9 %	79,7 %	79,1 %	82,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,8 %	49,7 %	45,4 %	52,5 %	43,8 %	46,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,9 %	4,3 %	7,2 %	13,4 %	4,6 %	6,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,0 %	21,1 %	25,0 %	24,8 %	25,5 %	17,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,0 %	67,1 %	68,4 %	62,4 %	62,1 %	73,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,7 %	6,8 %	2,0 %	6,3 %	9,2 %	5,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	233	119	102	225	102	89
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	39,1 %	57,1 %	55,9 %	45,3 %	55,9 %	62,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	34,8 %	26,9 %	32,4 %	33,3 %	24,5 %	21,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,7 %	73,9 %	85,3 %	83,1 %	76,5 %	82,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	51,1 %	54,6 %	48,0 %	56,9 %	45,1 %	47,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,7 %	5,9 %	9,8 %	17,3 %	6,9 %	6,7 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	19,7 %	21,8 %	24,5 %	25,3 %	23,5 %	15,7 %
	71,7 %	79,0 %	83,3 %	76,0 %	78,4 %	85,4 %
	4,3 %	4,2 %	1,0 %	1,8 %	7,8 %	3,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	133	73	74	115	66	58
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) 	41,4 %	71,2 %	60,8 %	51,3 %	62,1 %	70,7 %
	37,6 %	23,3 %	35,1 %	32,2 %	22,7 %	17,2 %
	85,0 %	76,7 %	89,2 %	83,5 %	78,8 %	81,0 %
	52,6 %	60,3 %	50,0 %	57,4 %	50,0 %	46,6 %
	9,0 %	5,5 %	8,1 %	20,0 %	6,1 %	5,2 %
	23,3 %	23,3 %	25,7 %	30,4 %	18,2 %	13,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,4 %	86,3 %	90,5 %	82,6 %	81,8 %	87,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,8 %	1,4 %	0,0 %	0,9 %	1,5 %	3,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

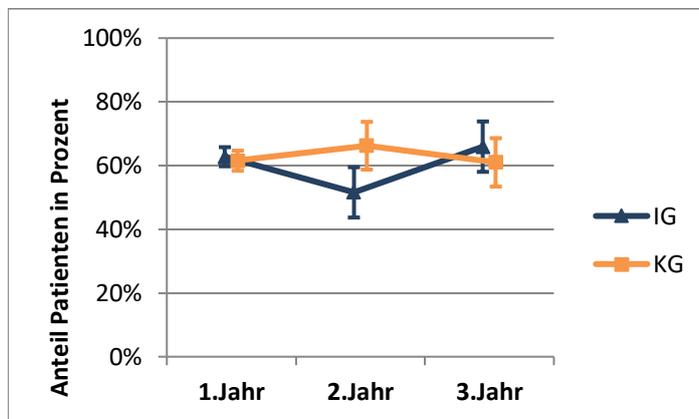
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

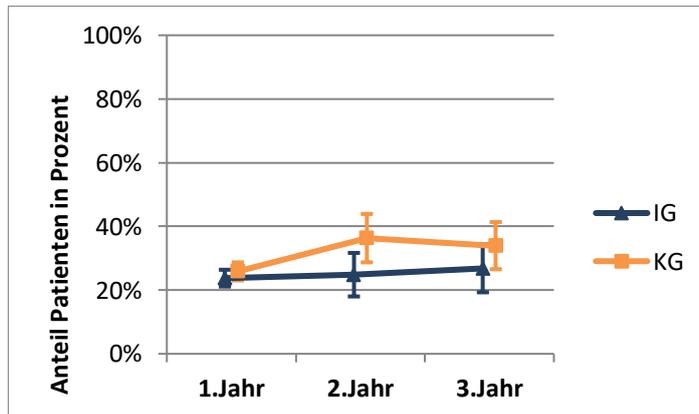
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



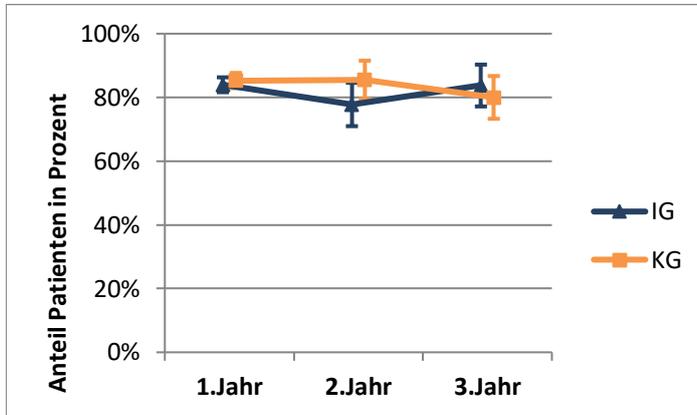
- Alle (psychiatrischer Sektor)



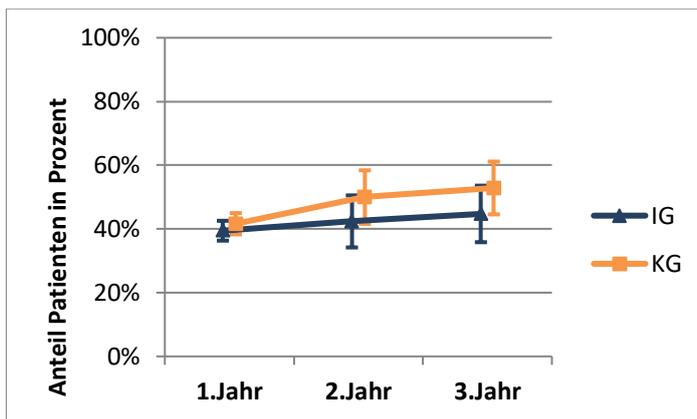
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



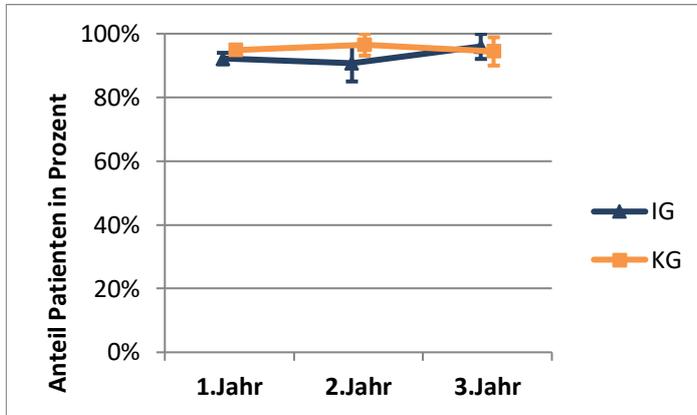
- Alle (psychiatrischer Sektor)



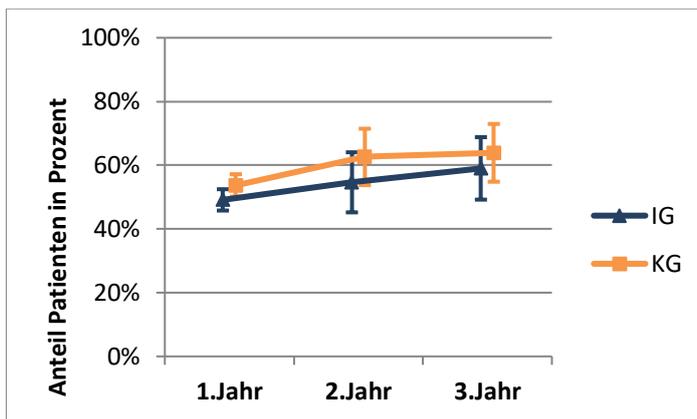
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

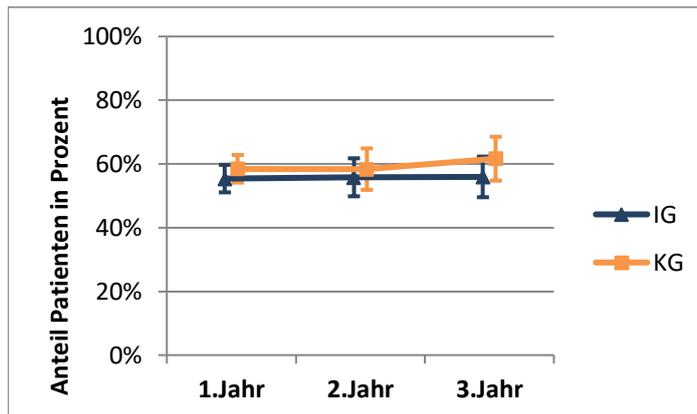
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie

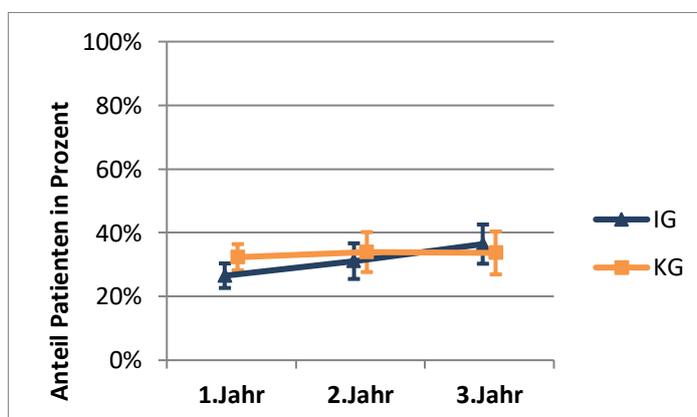
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



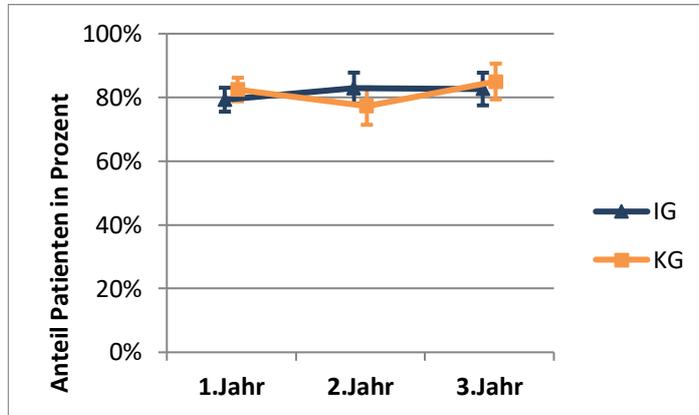
- Alle (psychiatrischer Sektor)



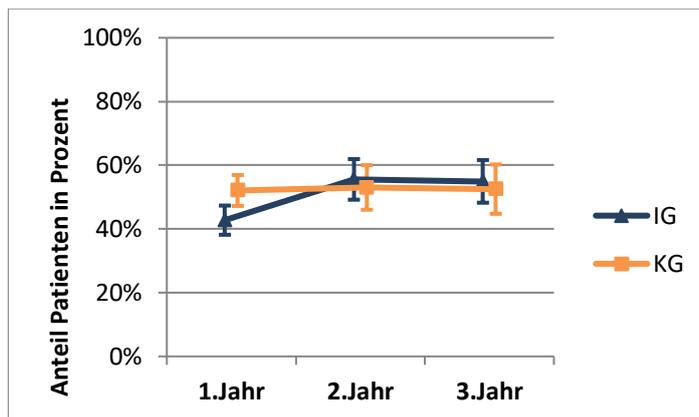
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



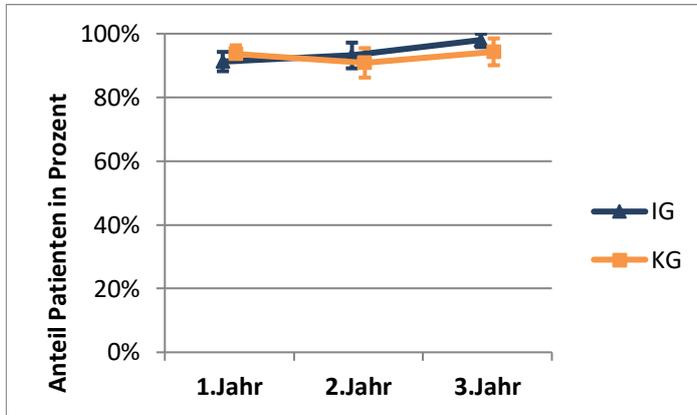
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



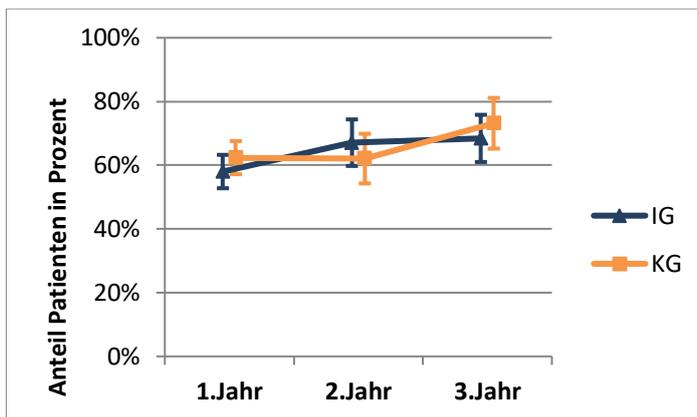
Klinikbekannte Patienten

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 durchschnittlichen 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 war sowohl der **Anteil an Patienten**, die **keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem** (ambulant oder stationär) aufwiesen, als auch die **Dauer der Kontaktabbrüche** zwischen IG und KG vergleichbar.

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						
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	1.227	1.227	1.258	1.258	1.227	1.227	1.258	1.258
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	33	460	58	455	33	460	58	454
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	145	12	172	<10	144	12	172
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	51	<10	68	<10	50	<10	67
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	16	203	24	187	16	203	24	187
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	77	<10	88	<10	76	<10	88
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	29	<10	35	<10	28	<10	34

* 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						
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n)	787	1.227	797	1.258	787	1.227	797	1.258
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)	27,8 %	27,0 %	14,8 %	26,4 %	33,3 %	22,0 %	7,4 %	21,4 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	20,0 %	24,6 %	16,7 %	16,6 %	30,0 %	18,2 %	8,3 %	12,8 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	66,7 %	6,9 %	0,0 %	11,0 %	0,0 %	5,6 %	0,0 %	5,2 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	66,7 %	1,3 %	0,0 %	9,1 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %	4,5 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	0,0 %	9,8 %	0,0 %	5,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	0,0 %	10,3 %	0,0 %	8,6 %	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)	232,4	294,3	224,3	288,0	296,8	342,1	344,5	342,9
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	221,0	277,9	218,0	266,2	353,7	340,1	324,0	344,5
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	245,5	254,6	0,0	241,7	0,0	297,3	0,0	324,7
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	245,5	168,0	0,0	225,8	0,0	320,5	0,0	308,1
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	0,0	190,6	0,0	198,2	0,0	0,0	0,0	250,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	183,1	0,0	182,6	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						
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung A³	359	528	354	550	359	528	354	550
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	6,0	84,9	2,5	84,2	5,0	74,4	1,9	72,5

Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung B⁴	155	227	136	218	155	227	136	218
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,1
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	9,2	70,8	3,2	62,8	6,8	58,3	2,4	49,2

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

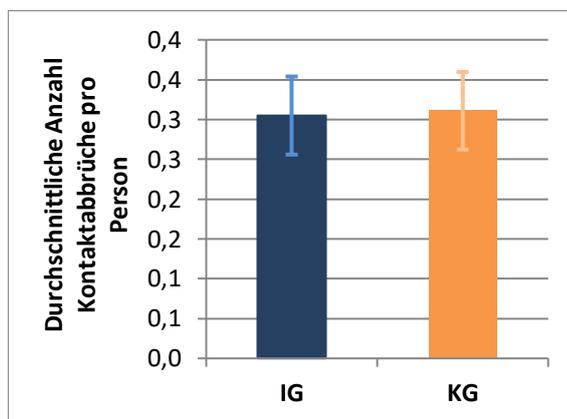
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

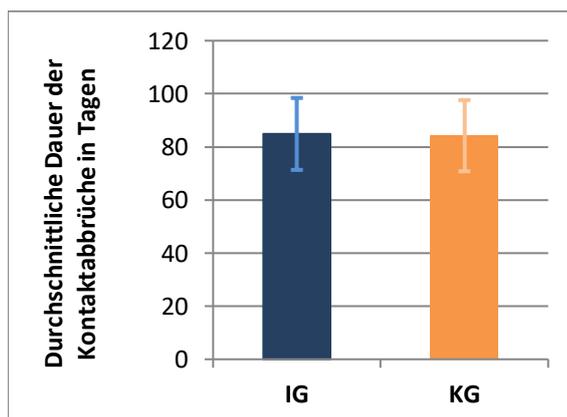
> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

**Klinikneue Patienten**

> 90 Tage, Dauer

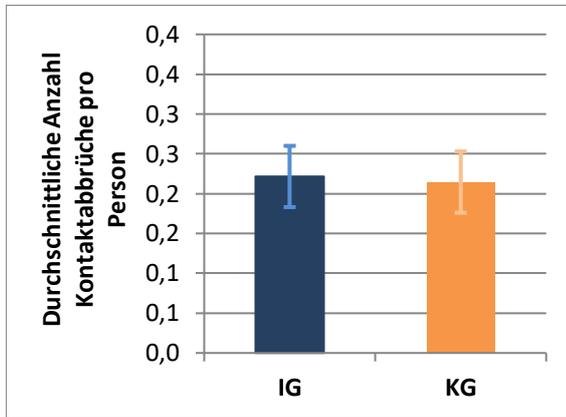
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

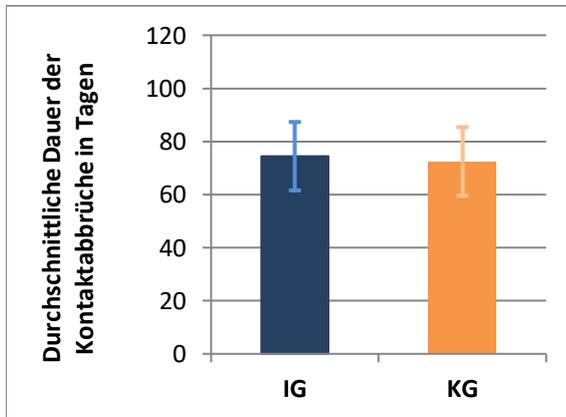


Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,01 -0,06...0,08	4,70 -14,13...23,54	0,02 -0,04...0,07	5,88 -12,14...23,90

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)	473	473	473	473	473	475	475	475	475	475
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	454	453	426	407	387	463	469	439	426	419
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%	1,3%	1,1%	0,0%	0,0%	0,4%	0,8%	0,2%	0,2%	0,8%
• Vier (B)	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	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)	692	692	692	692	692	670	670	670	670	670
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	673	668	644	624	603	653	646	623	610	599
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)	0,6%	0,7%	0,3%	0,3%	0,6%	0,3%	0,1%	0,9%	0,1%	0,9%
• Vier (B)	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

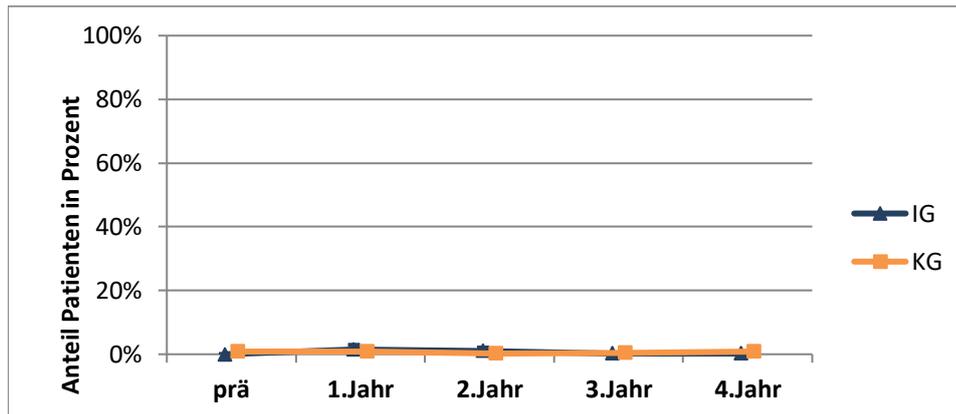
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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.

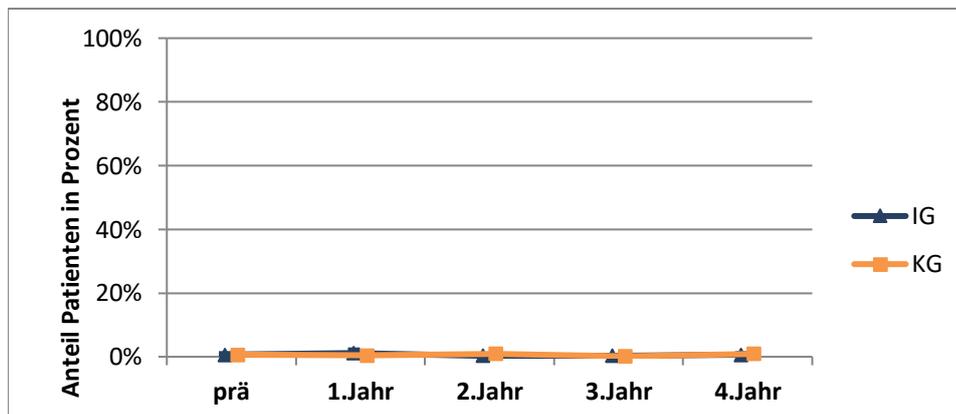


Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Klinikbekannte Patienten

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.761	1.761	1.761	1.761
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.695	1.699	1.727	1.731
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%	0,9%	0,3%	0,6%
• Vier (B)	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%

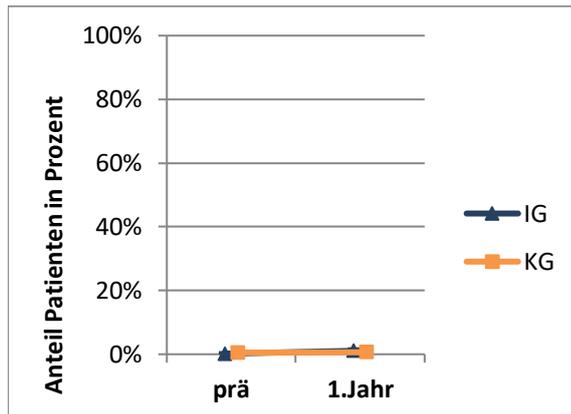
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 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)	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359	1.359
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.306	1.309	1.226	1.331	1.338	1.242
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei						
• Drei (A)	0,1%	1,0%	0,4%	0,4%	0,7%	0,4%
• Vier (B)	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%

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

Abbildung 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.

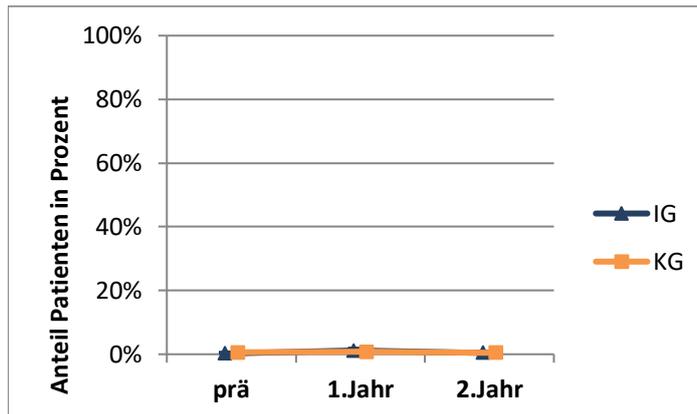


Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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)	924	924	924	924	925	925	925	925
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	888	889	835	792	904	914	853	820
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,2%	1,0%	0,6%	0,1%	0,5%	0,8%	0,3%	0,1%
• Vier (B)	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	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	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	752	752	752	752	728	728	728	728
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	732	726	702	677	709	703	677	661
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%	0,8%	0,5%	0,4%	0,5%	0,3%	0,8%	0,1%
• Vier (B)	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%

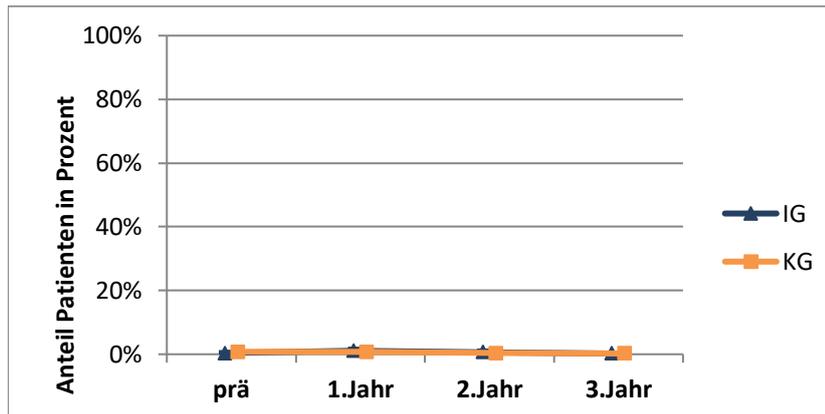
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

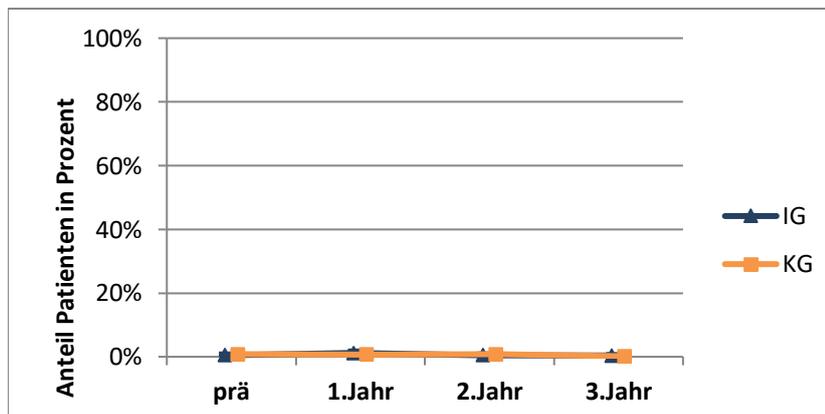
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



8.2.6 Arbeitsunfähigkeit

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den linikneuen Patienten in der IG und KG eine vergleichbare Anzahl an **AU-Episoden** in allen untersuchten Jahren. Die durchschnittliche Anzahl an AU-Episoden verzeichnete einen Peak mit 1,2 AU-Episoden im ersten Jahr nach Referenzfall, der zwischen IG und KG vergleichbar war und sank dann in beiden Gruppen auf 0,3 AU-Episoden ab. Auch bei den linikbekannten Patienten war die Anzahl an AU-Episoden stets zwischen IG und KG vergleichbar. Jedoch war der leicht geringere Anteil in der IG im vierten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall (IG: -0,5; KG: -0,3) statistisch signifikant (DiD = -0,3).

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 als Vergleich zwischen dem Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall war in der IG etwas geringer als in der KG. Die IG wies jedoch zu jedem Zeitpunkt mehr AU-Tage im Vergleich zur KG auf (prä: +3,3; 1. Jahr: +2,8; 2. Jahr: +2,6 AU-Tage, 3. Jahr: +3,2 AU-Tage, 4. Jahr: +6,2 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es aber nicht.

In der IG war die Anzahl an AU-Tagen vom ersten bis dritten Jahr nach Referenzfall bei den jüngeren linikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) geringer als in der KG (siehe Kapitel 14.2). Bei den älteren Patienten wies die IG jedoch mehr AU-Tage als die KG auf, ausgenommen im Jahr nach

Referenzfall. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F45 (somatoforme Störungen), F30-39 (affektive Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) auf (wobei erstgenannte nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F45 (somatoforme Störungen), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) und F30-39 (affektive Störungen) aufwiesen (wobei die beiden erstgenannten nur sehr wenige Patienten betrafen). Bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist zu beachten, 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 169 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. Während die Patienten der IG auf einem höheren AU-Tage-Niveau starteten als die KG (prä = +4,7 AU-Tage), drehte sich dieser Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall zu einer niedrigeren Anzahl an AU-Tagen in der IG im Vergleich zur KG (1. Jahr: -4,7 AU-Tage). Dieses stärkere Absinken in der IG (-12,4 AU-Tage) verglichen mit der KG (-3,0 AU-Tage) war jedoch statistisch nicht signifikant, da dieser Effekt hier vorwiegend durch Ausreißer, also Patienten mit sehr hohen AU-Dauern, verursacht wird. Das stärkere Absinken der AU-Tage in der IG im vierten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zur KG und dem Jahr vor Referenzfall (IG: -31,7; KG: -23,5 AU-Tage) war statistisch signifikant.

Die jüngeren klinikbekannten Patienten war zwischen IG und KG kein Trends bezüglich Altersverteilung ersichtlich (siehe Kapitel 14.2). Bei den älteren Patienten wies die IG ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall weniger AU-Tage als die KG auf. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F40-48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F30-39 (affektive Störungen), und F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) auf, während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F50 (Essstörungen), F30-39 (affektive Störungen) und F45 (somatoforme Störungen) (wobei erst- und letztgenannte nur sehr wenige Patienten betraf) aufwiesen. Bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist zu beachten, 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 169 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 (+0,6 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg jedoch in der IG etwas weniger stark als in der KG an (IG: +56,9 AU-Tage; KG: +61,8 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. Während die Anzahl an AU-Tagen in der IG im Jahr vor Referenzfall über den AU-Tagen der KG lag (+7,8 AU-Tage), sank diese in der IG über die Zeit stärker als in der KG und fiel im zweiten Jahr nach Referenzfall unter den Wert der KG (-4,0 AU-Tage). Dieses stärkere Absinken vom Jahr vor Referenzfall zum zweiten Jahr danach war statistisch signifikant (DiD = -11,8 AU-Tage).

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 etwas niedriger (IG: +56,1 AU-Tage; KG: +59,8 AU-Tage). Aufgrund des höheren Wertes im Jahr vor Referenzfall waren die absoluten Werte in der IG dennoch höher als in der KG. Im zweiten Jahr nach Referenzfall gab es hier, analog zu U3, ein größeres Absinken der AU-Tage in der IG im Vergleich zur KG. Im dritten Jahr nach Referenzfall glichen sich beide Gruppen in Bezug zur Höhe der AU-Tage an. Bei den linikbekannten Patienten sank die Anzahl an AU-Tagen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG stärker als in der KG (-5,9 AU-Tage), im zweiten Jahr nach Referenzfall glichen sich die AU-Tage in der Höhe an und im dritten Jahr waren etwas mehr AU-Tage in der IG im Vergleich zur KG zu verzeichnen.

In allen untersuchten Kohorten war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall in der IG höher als in der KG.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

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)	227	227	227	226	222	245	245	245	245	243
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,5	1,2	0,4	0,4	0,3	0,6	1,2	0,4	0,3	0,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	20,9	73,4	17,9	16,6	15,0	17,6	70,6	15,3	13,3	8,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,3%	13,2%	6,2%	6,6%	3,2%	25,7%	12,2%	3,3%	3,7%	2,9%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,5	1,1	0,1	0,3	0,4	0,1	0,8	0,1	0,2	0,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,4%	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 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)	277	277	276	276	275	325	325	319	316	313
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	1,0	1,0	0,6	0,6	0,5	0,9	1,0	0,6	0,7	0,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	48,1	35,7	19,6	18,2	16,4	43,4	40,4	18,7	15,7	19,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	18,1%	5,8%	5,1%	4,7%	5,5%	14,2%	10,2%	6,6%	6,3%	4,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,6	1,2	1,2	0,5	0,3	2,6	2,5	1,0	1,2	1,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%

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

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

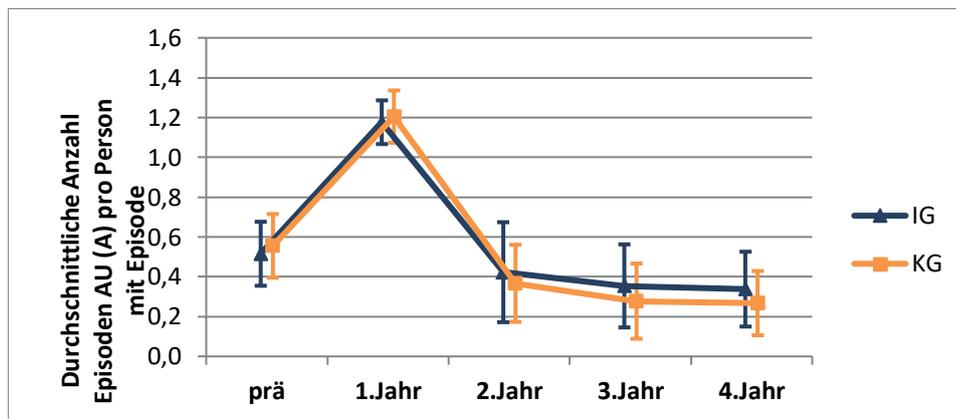
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

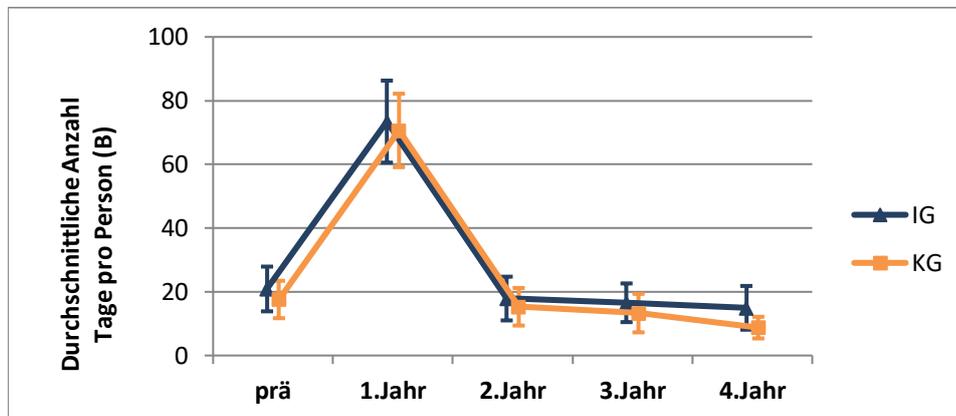
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

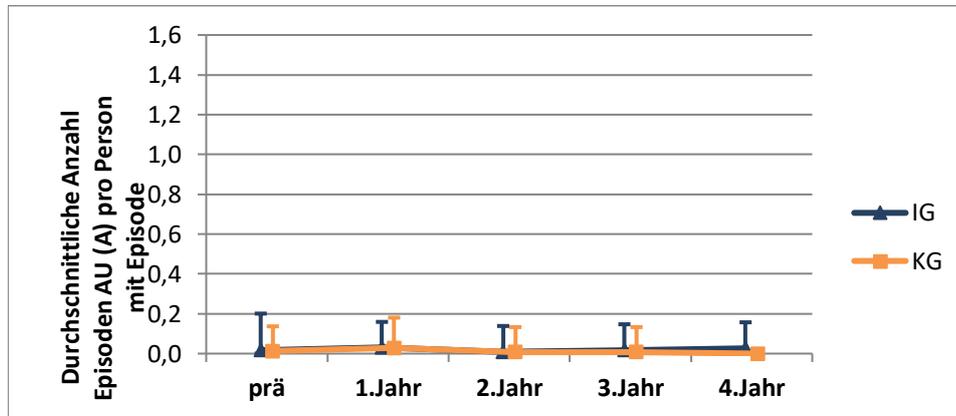


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

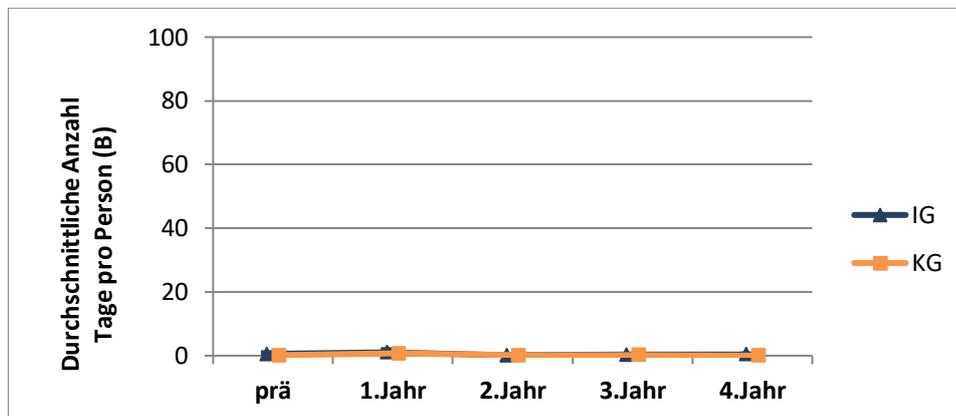


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



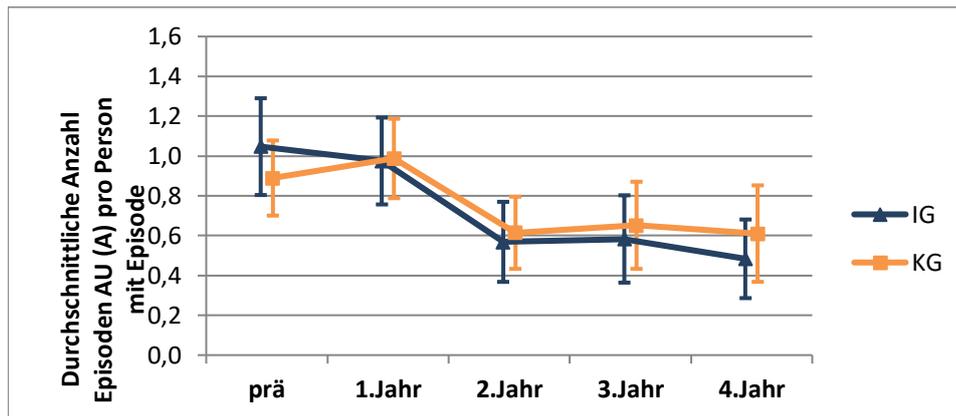
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

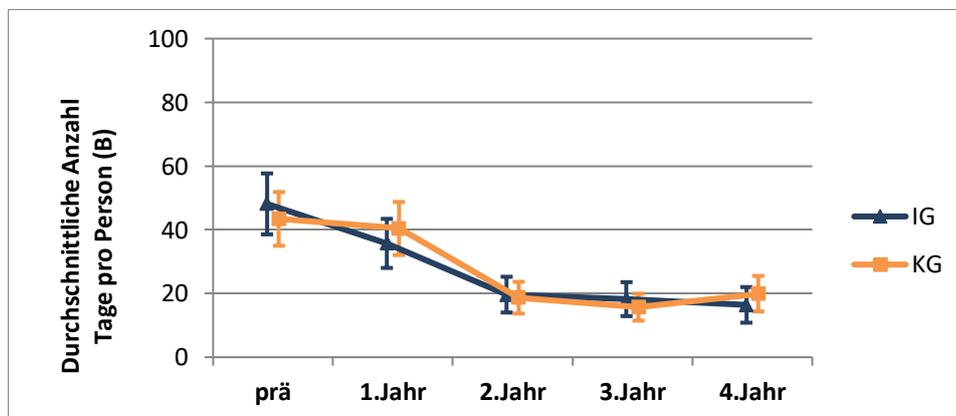
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

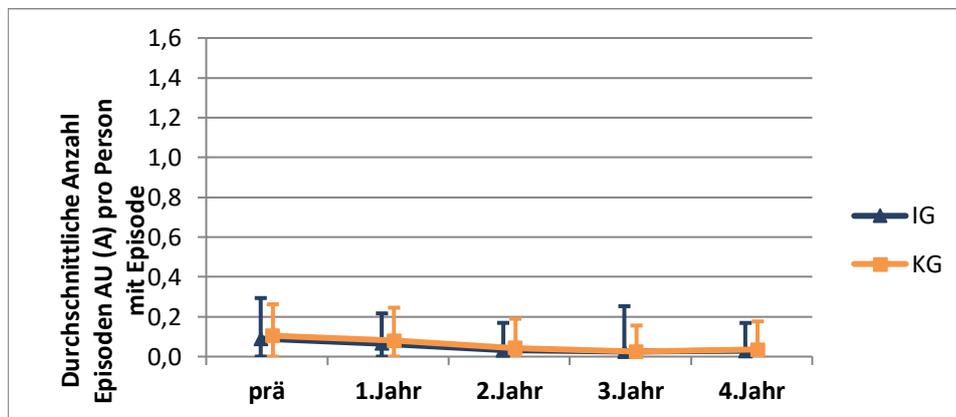


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

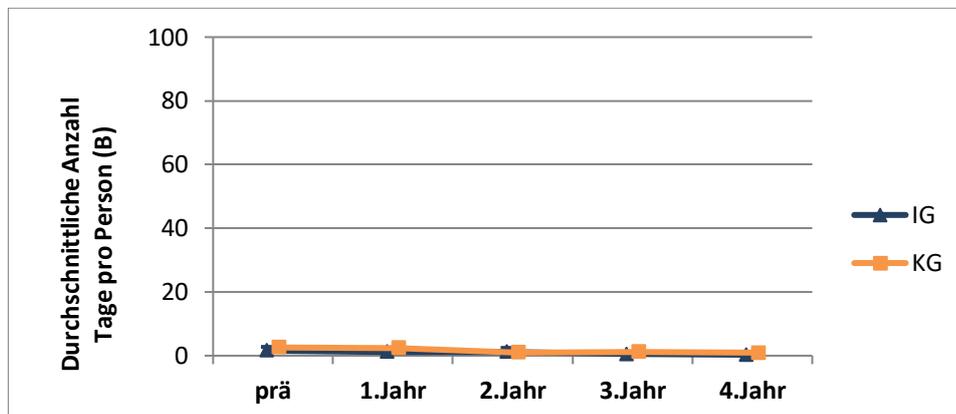


Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,01 -0,18...0,21	-0,53 -15,23...14,17
DID Jahr 2	0,10 -0,10...0,29	-0,72 -15,42...13,97
DID Jahr 3	0,12 -0,08...0,31	-0,13 -14,83...14,57
DID Jahr 4	0,11 -0,09...0,30	2,65 -12,05...17,34
DID Jahr 1-4	—	0,32 -12,14...12,78

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

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,17 -0,42...0,08	-9,38 -22,17...3,41
DID Jahr 2	-0,19 -0,44...0,06	-3,47 -16,26...9,32
DID Jahr 3	-0,21 -0,46...0,04	-1,82 -14,61...10,97
DID Jahr 4	-0,27* -0,52...-0,02	-7,60 -20,39...5,19
DID Jahr 1-4	—	-5,57 -15,77...4,64

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)	890	890	969	969
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	1,2	0,6	1,2
	25,3	82,2	21,8	83,6
	27,4%	15,8%	27,3%	14,3%
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	0,0	0,0	0,0
	0,4	0,7	0,2	0,7
	0,1%	0,0%	0,2%	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

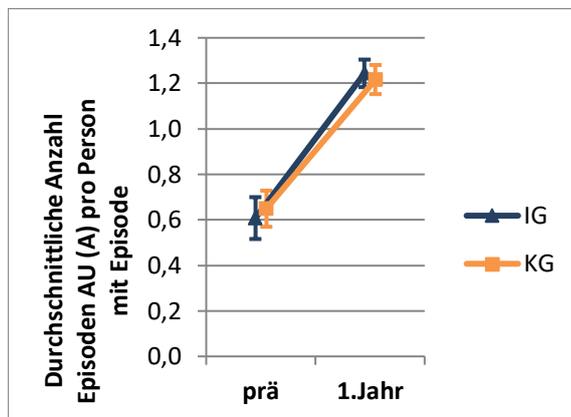
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

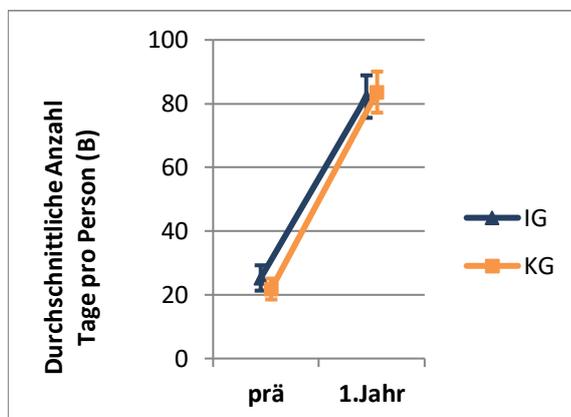
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

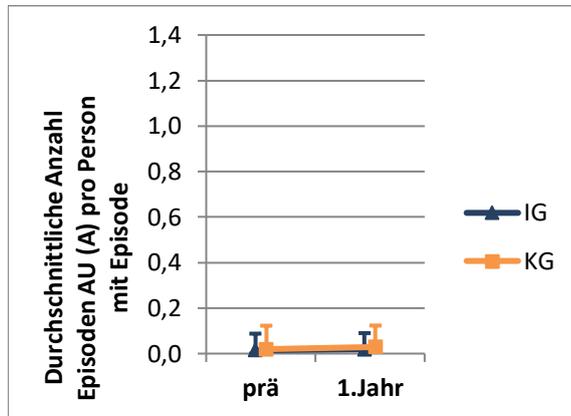


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

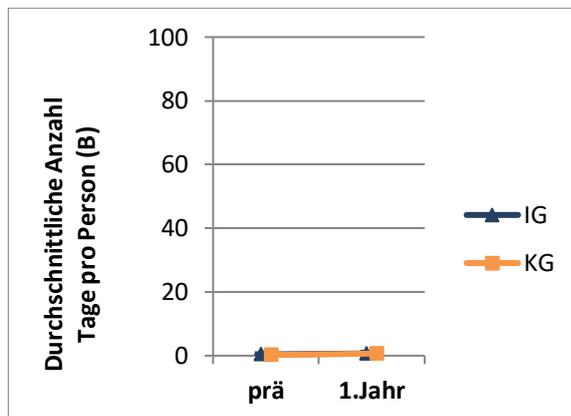


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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)	673	673	671	727	727	723
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,2	0,4	0,6	1,2	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	24,8	83,4	18,2	16,9	78,4	22,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	27,6%	15,6%	4,5%	24,8%	14,0%	5,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,5	0,8	0,3	0,3	0,6	1,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,3%

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.

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

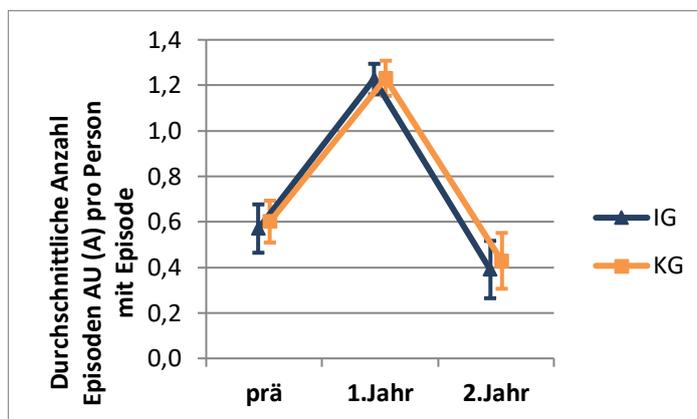
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

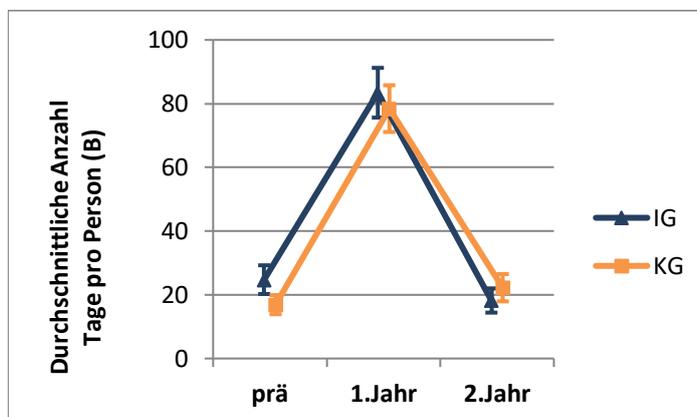
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

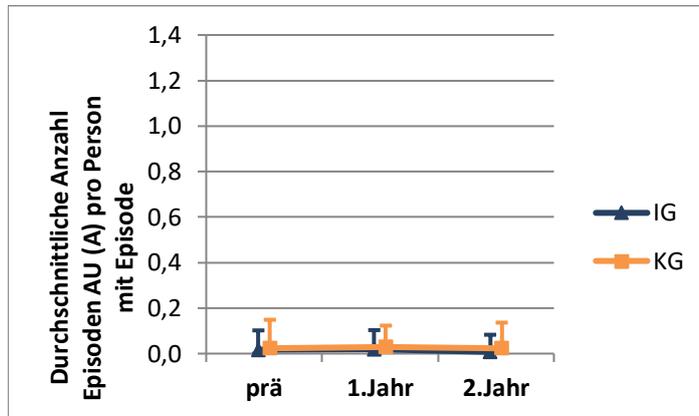


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

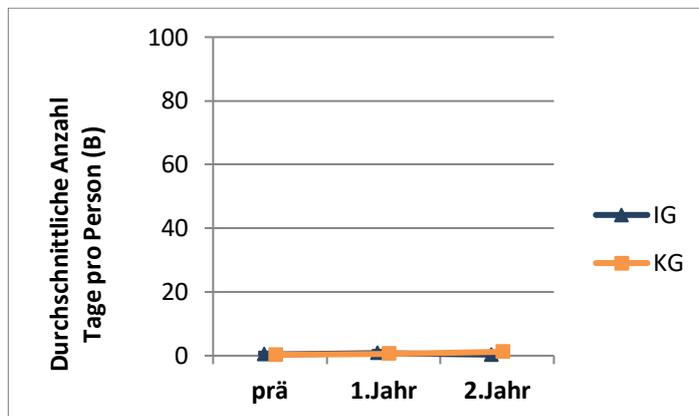


Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,03 -0,10...0,15	-2,86 -12,96...7,24
DID Jahr 2	-0,01 -0,13...0,12	-11,79* -21,88...-1,69

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)	450	450	450	448	482	482	481	478
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,5	1,2	0,4	0,4	0,6	1,2	0,4	0,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	24,4	80,5	17,8	15,5	16,3	76,1	21,2	15,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	25,1%	15,3%	5,1%	5,1%	23,9%	14,1%	5,8%	4,0%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	1,2	0,2	0,2	0,2	0,6	0,4	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	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	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	306	306	305	305	351	351	344	341
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	1,0	1,0	0,6	0,6	0,9	1,0	0,6	0,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	45,5	35,6	18,7	18,8	42,4	41,5	18,6	15,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	17,3%	5,2%	4,6%	4,9%	14,5%	9,7%	6,4%	6,2%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,1	1,3	1,2	0,4	2,8	2,4	1,2	1,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	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

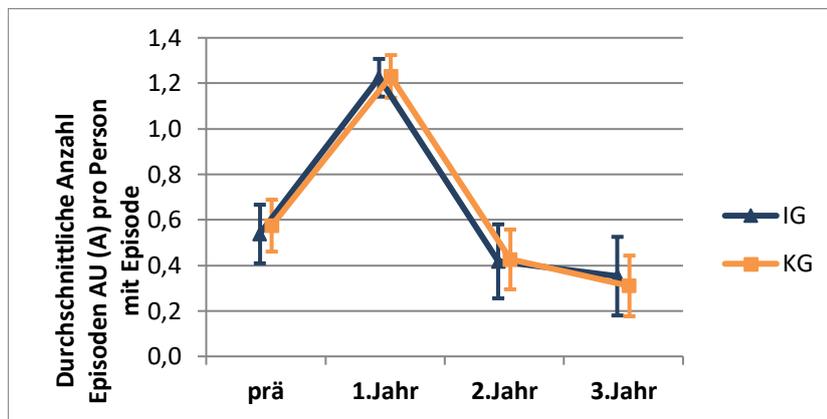
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

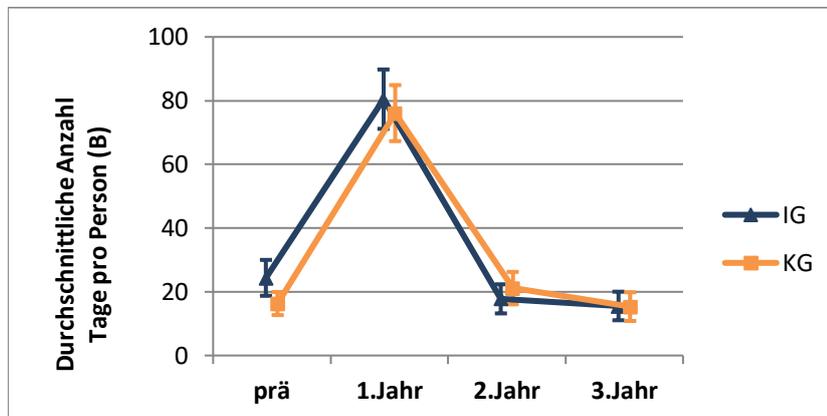
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

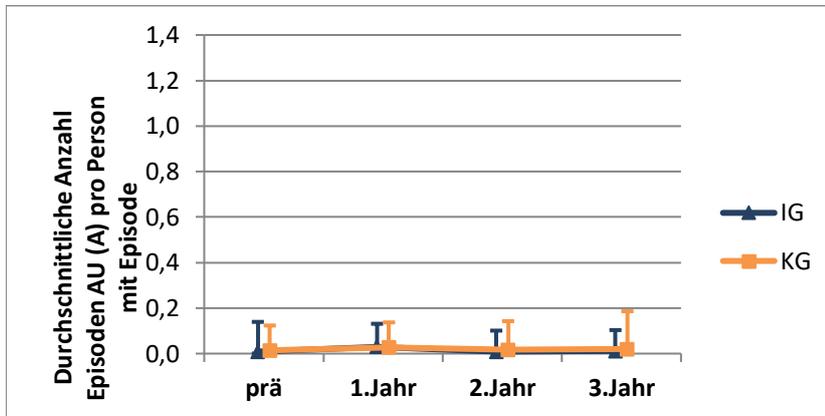


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

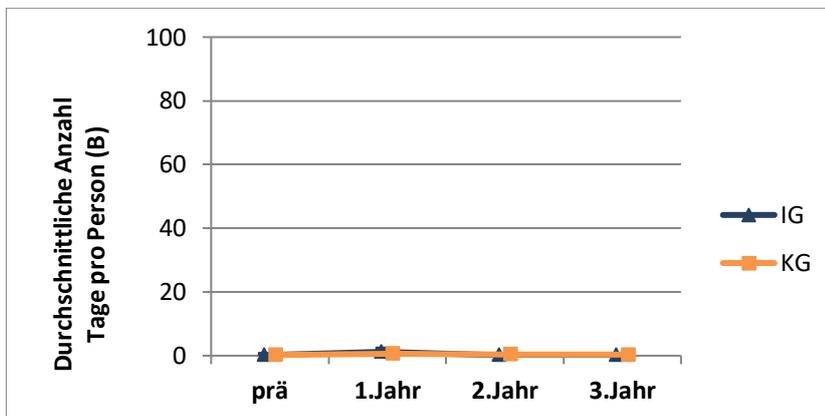


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



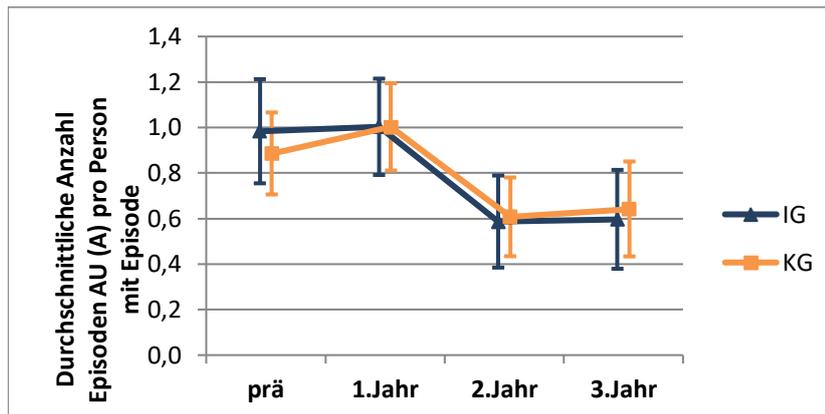
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

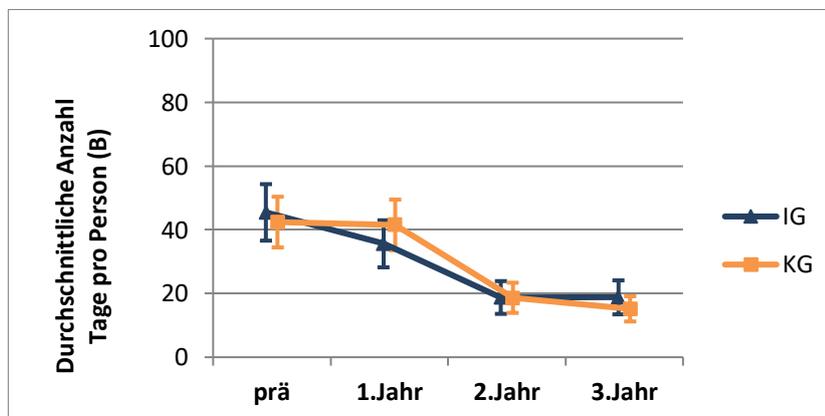
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

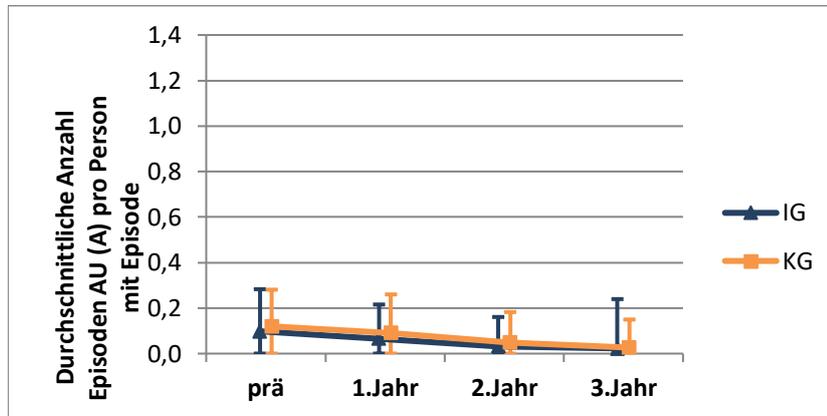


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

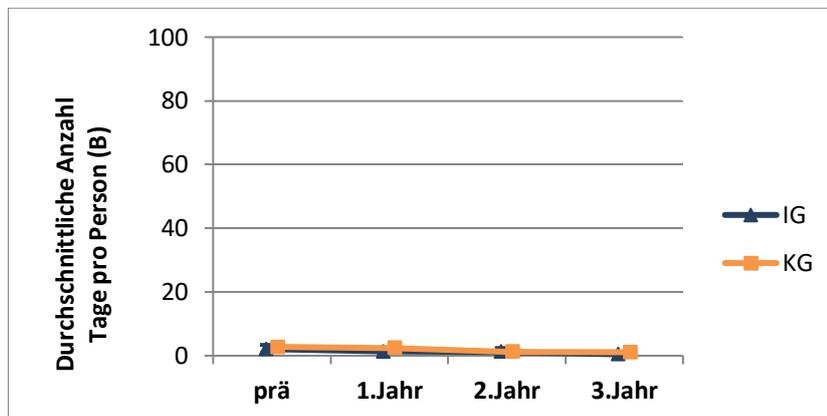


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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 dem 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 der Personen mit vollstationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG nur leicht geringer als in der KG (-2,6 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** war in der IG leicht höher als in der KG (+10,7 Tage). Auch dieser Unterschied war 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)	1.190	1.144
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	22,6%	25,2%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	135,0	124,3
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	471	488
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	10,8%	12,6%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	137,6	127,4
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	212	206
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	5,9%	6,6%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	145,3	135,1

¹ Hier wird immer nur der erste stationäre Aufenthalt ab Einschuss 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

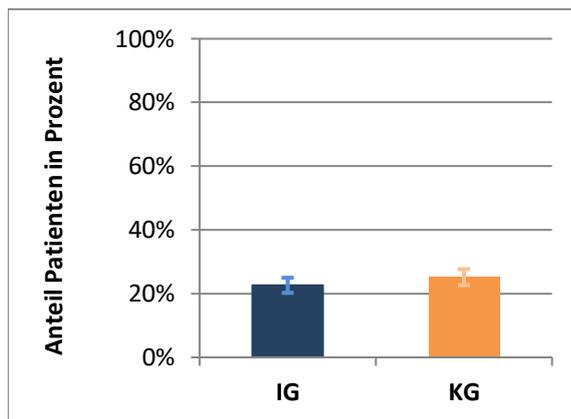
Klinikneue Patienten

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)

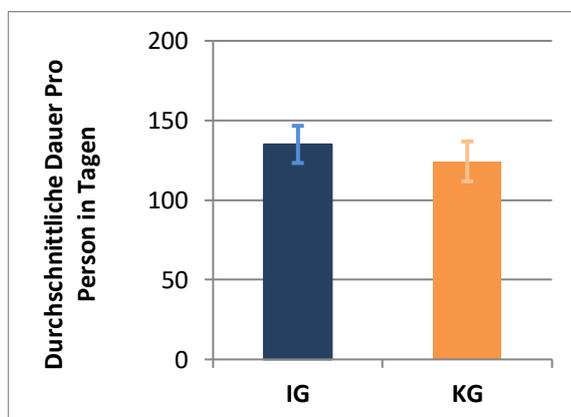


Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,89 0,73...1,08	9,83 -7,45...27,10

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 bis zum Jahr danach etwas an (IG: +1,0; KG: +0,9). Danach sank der Score erneut, blieb aber über dem vor Referenzfall. Dabei waren zwischen IG und KG keine statistisch signifikanten Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Zu jedem Zeitpunkt waren die Komorbiditäts-Scores in der IG leicht geringer als in der KG, einschließlich im Jahr vor Referenzfall. 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 (3,1-3,6), jedoch kaum Unterschiede zwischen IG und KG und sehr wenig relevante Veränderungen über die Zeit. Auch hier waren die Komorbiditäts-Scores in der IG stets leicht geringer als in der KG, inklusive des Jahres vor Referenzfall.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung waren erneut die Scores in der IG etwas geringer als in der KG. Der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall war jedoch parallel.

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. Die Komorbiditäts-Scores waren in der IG stets etwas geringer als in der KG. Der Verlauf des Scores war jedoch parallel zwischen IG und 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-Score vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zu erkennen. Der Verlauf war zwischen IG und KG parallel. Auch bei den linikbekannten Patienten war kaum ein Unterschied zwischen IG und KG und ein nur sehr kleiner Peak im ersten Jahr nach Referenzfall ersichtlich.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,8	3,2	3,2	3,1	3,0	3,9	3,3	3,4	3,4

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)	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,1	3,4	3,4	3,5	3,4	3,3	3,6	3,5	3,5	3,5

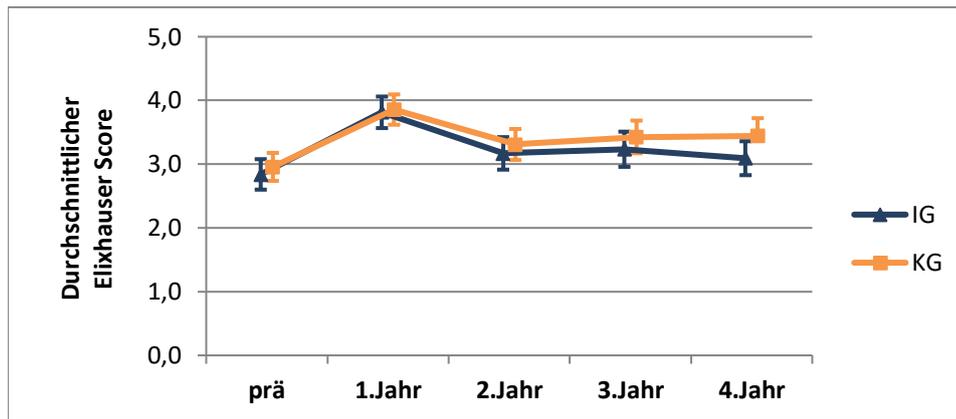
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

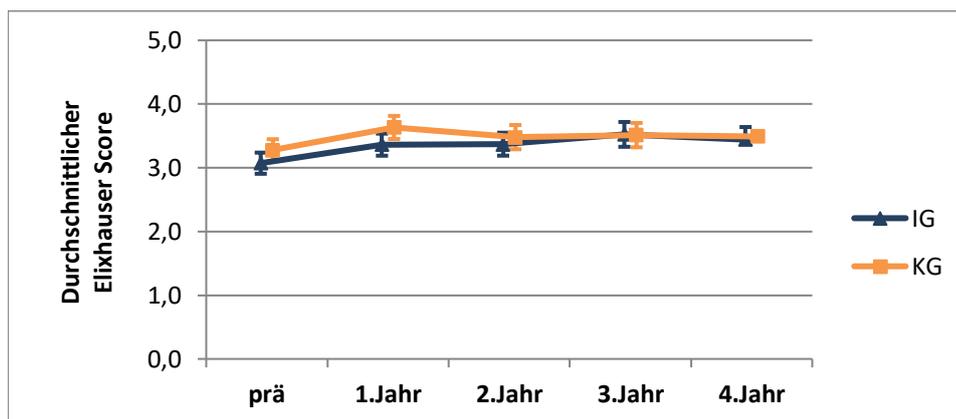


Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,08 -0,36...0,51
DID Jahr 2	-0,10 -0,53...0,34
DID Jahr 3	-0,19 -0,62...0,25
DID Jahr 4	-0,38 -0,82...0,06

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

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,06 -0,42...0,29
DID Jahr 2	0,10 -0,25...0,45
DID Jahr 3	0,20 -0,15...0,55
DID Jahr 4	0,13 -0,23...0,48

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)	1.761	1.761	1.761	1.761
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,9	3,2	4,1

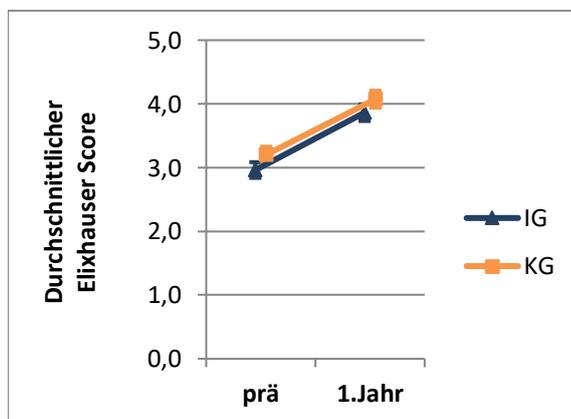
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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)	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,9	3,3	3,2	4,1	3,5

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

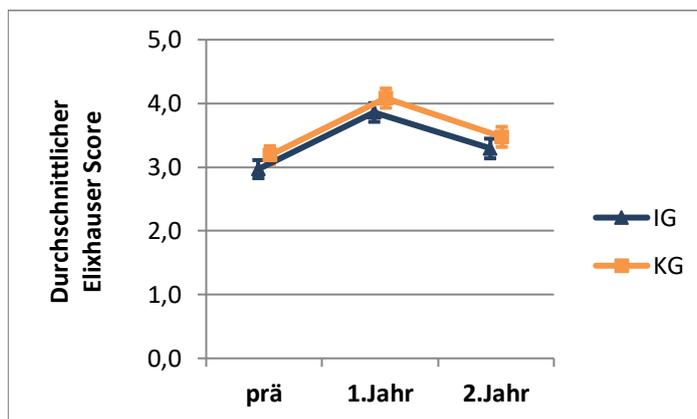


Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,01 -0,26...0,25
DID Jahr 2	0,02 -0,23...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)	924	924	870	832	925	925	887	861
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,9	3,8	3,3	3,3	3,2	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)	752	752	728	705	728	728	704	687
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,1	3,4	3,4	3,5	3,3	3,7	3,5	3,5

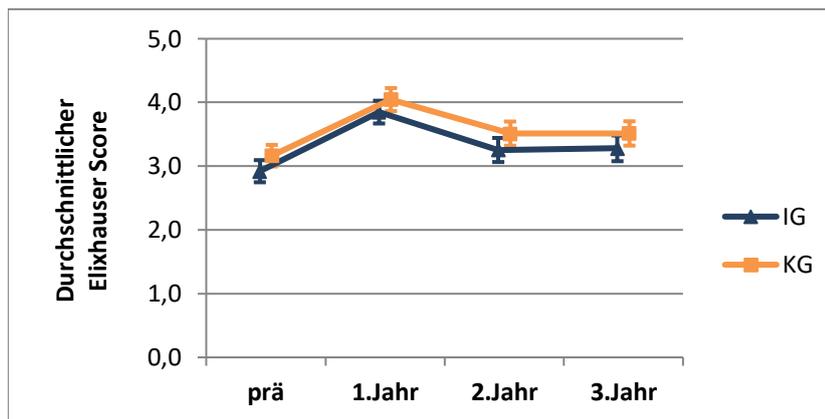
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

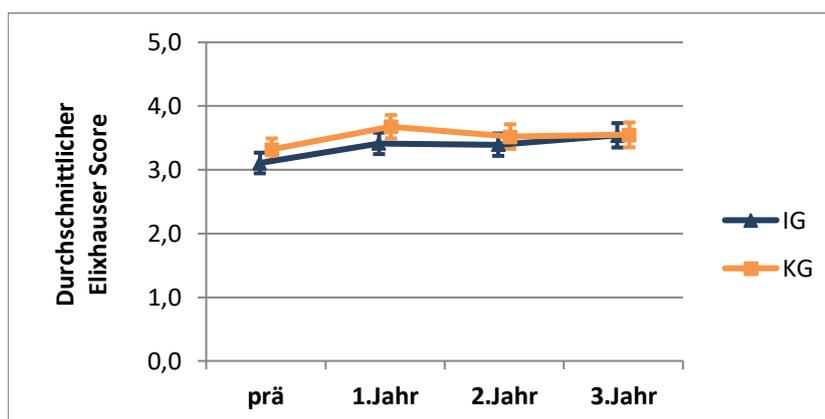


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



8.2.9 Mortalität

Sekundärer Outcome: Hier wurde der Anteil an Personen 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 statistisch signifikant höher als in der KG (+6,0 %-Punkte; Gruppenschätzer = 1,5). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG auch etwas höher (+2,0 %-Punkte), aber statistisch nicht 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 U1, die Anzahl Personen, die nach zwei Jahren nach Referenzfall verstarben in der IG statistisch signifikant höher (+2,5 %-Punkte, Gruppenschätzer = 1,4).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiederholte sich das Muster der erhöhten Mortalität linikneuer Patienten in der IG im Vergleich zur KG für die 3-Jahres-Mortalität (+3,4 %-Punkte). Die 3-Jahres-Mortalität war bei den linikbekannten Patienten der IG nur leicht höher als in der KG (+1,1 %-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)	473	475
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	18,6 %	12,6 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	692	670
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	11,1 %	9,1 %

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

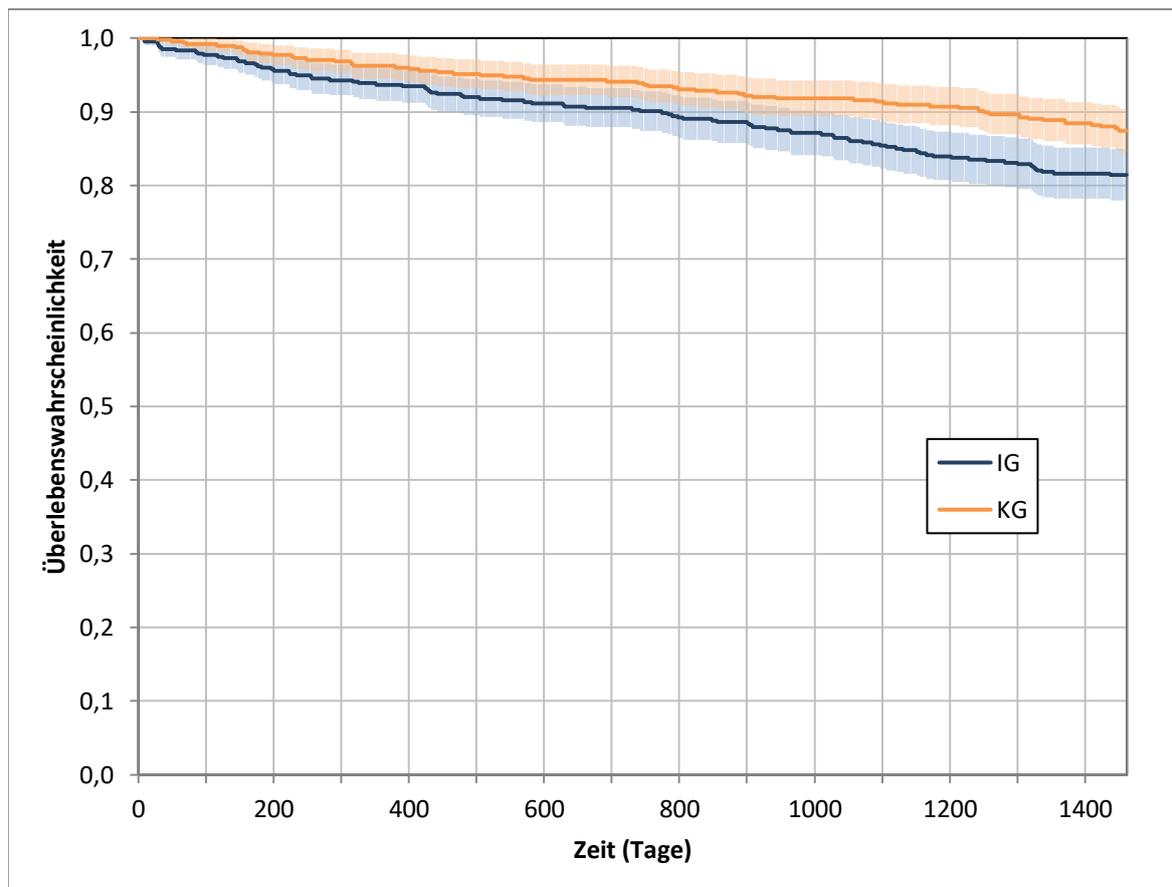
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

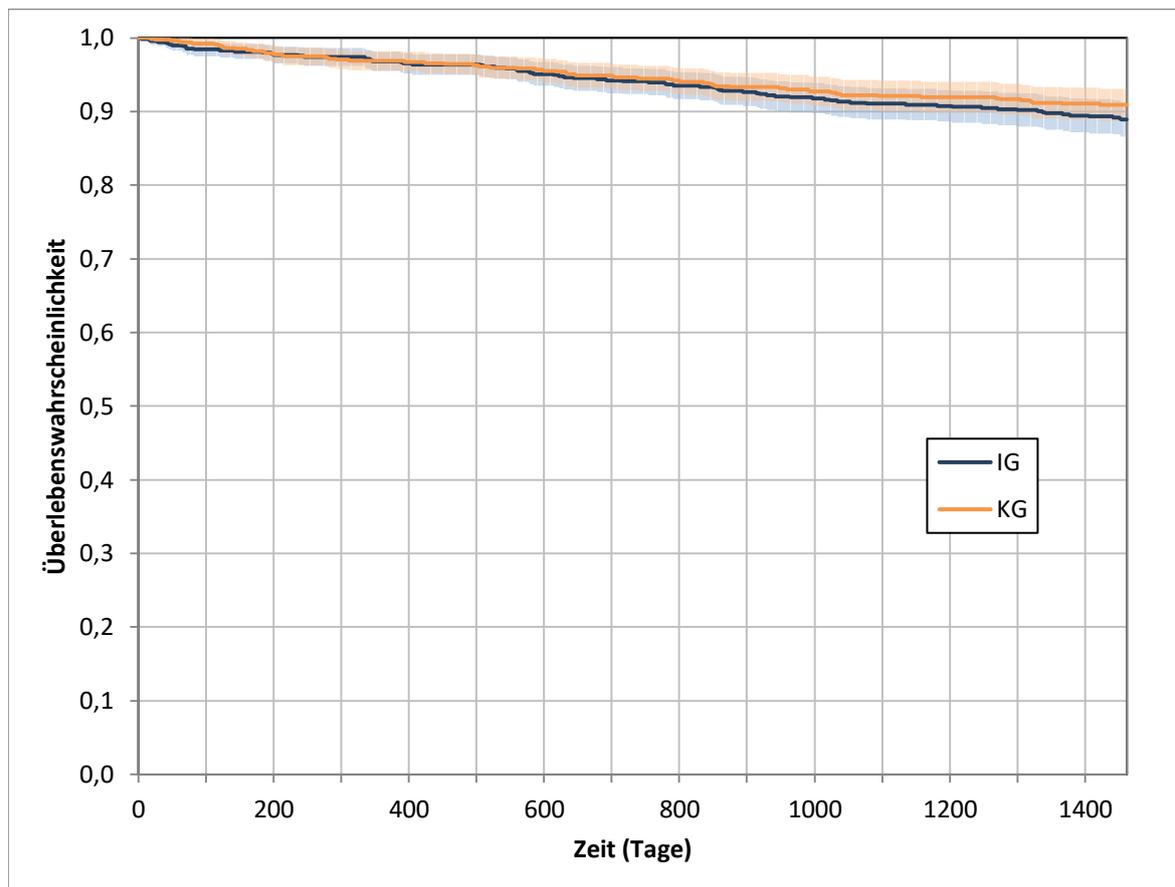
Überlebenswahrscheinlichkeit

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

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,49* 1,07...2,08

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,29 0,91...1,84

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)	1.761	1.761
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	5,6 %	5,3 %

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

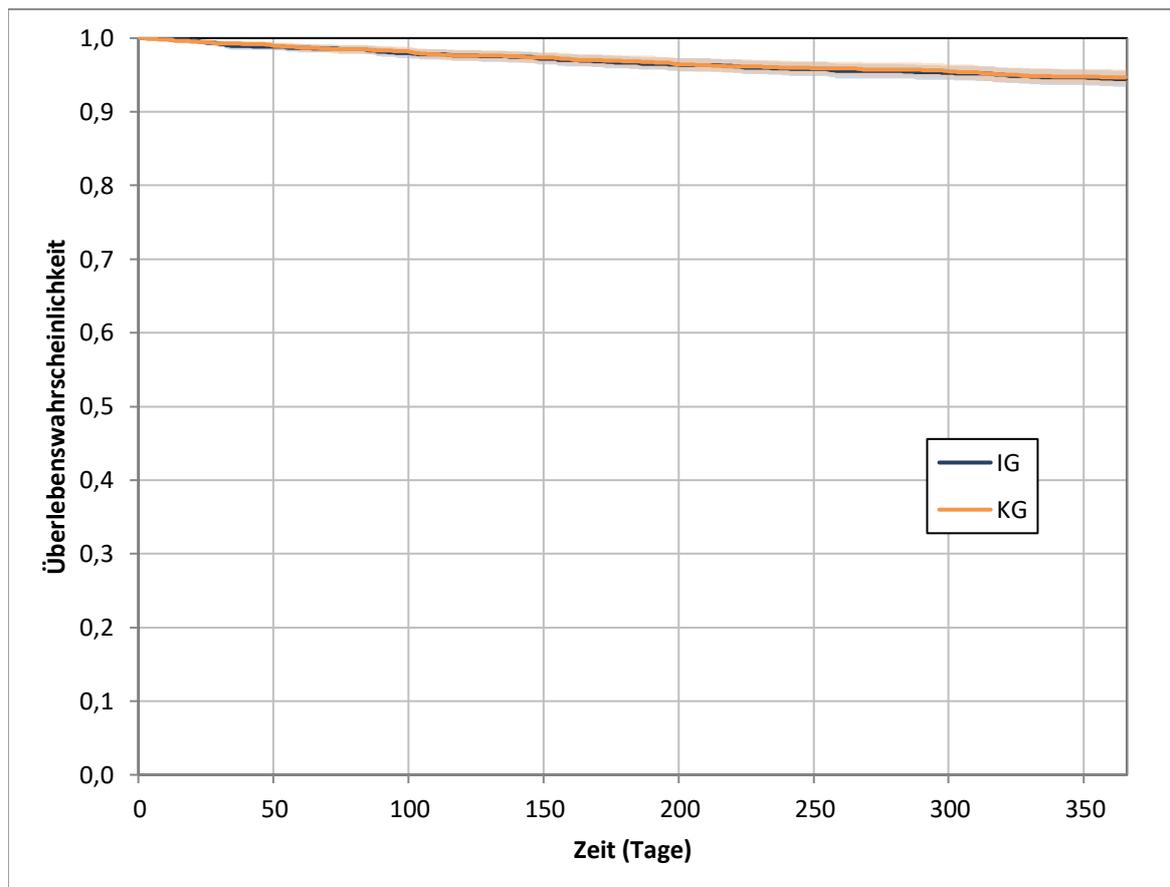
Klinikneue Patienten

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)	1.359	1.359
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A) 	9,9 %	7,4 %

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

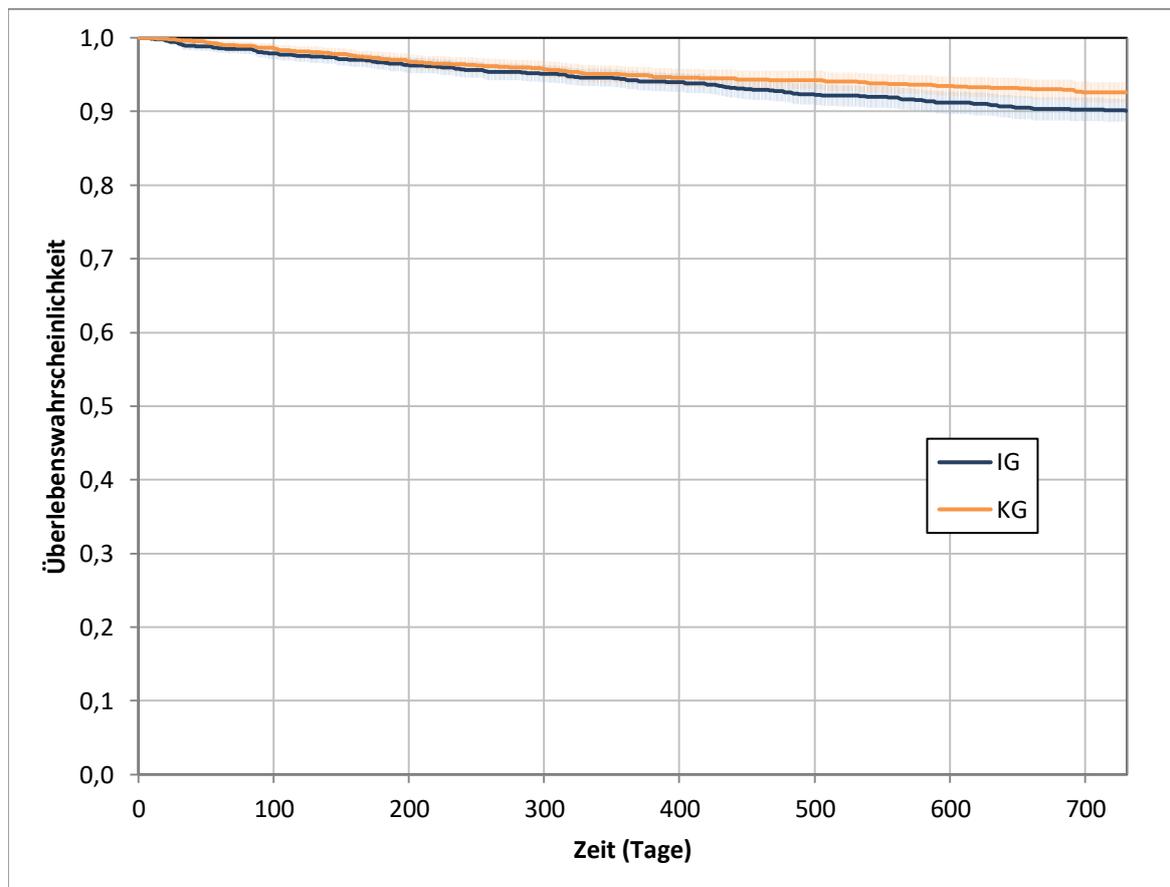


Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,37* 1,05...1,77

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)	924	925
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	13,3 %	9,9 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	752	728
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	9,3 %	8,2 %

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

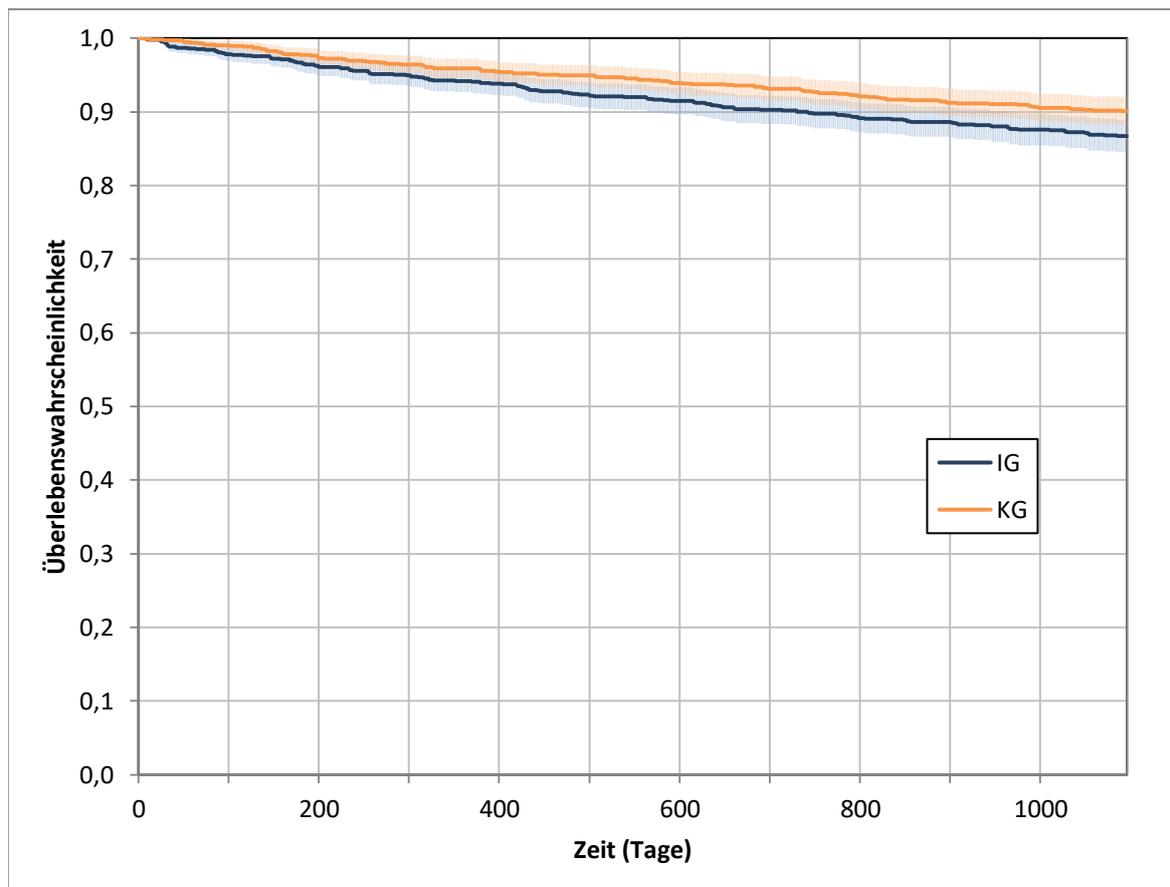
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

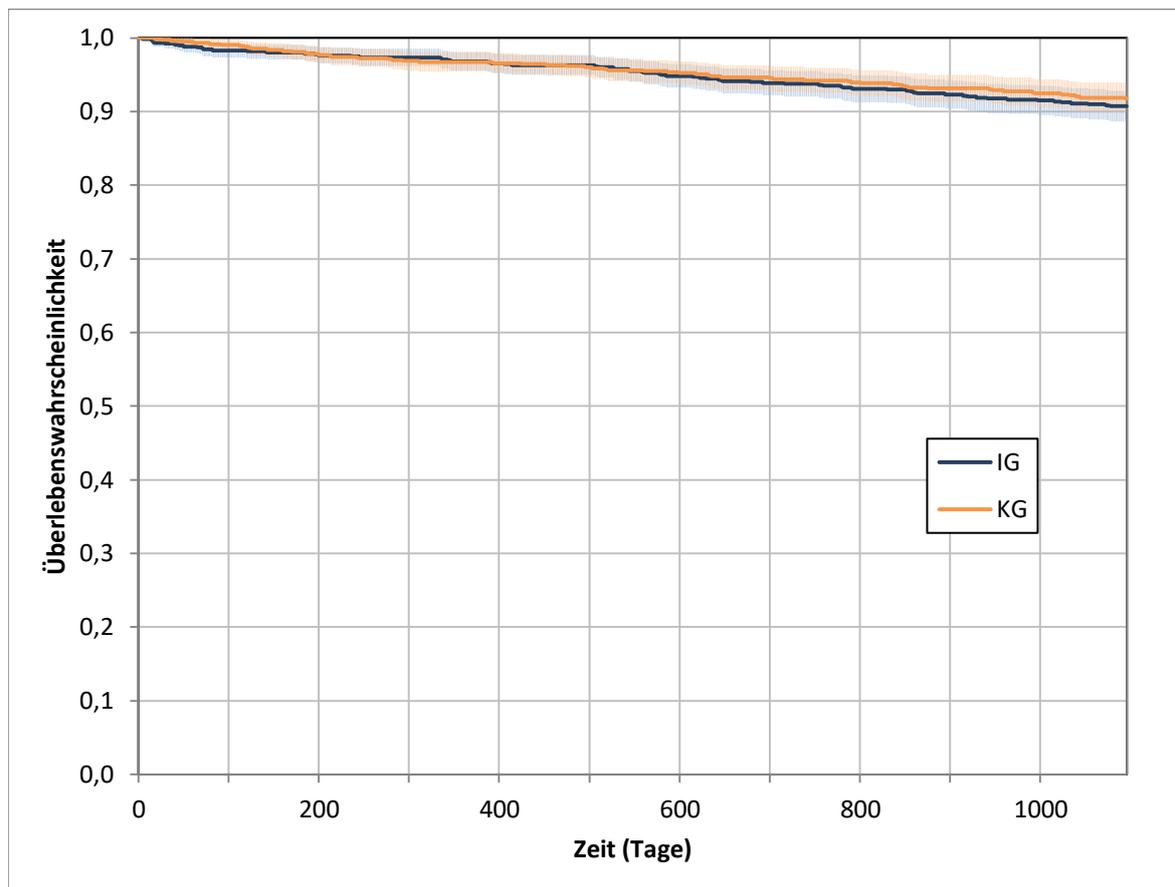


Klinikbekannte Patienten

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 (-3,5 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG etwas geringer als in der KG (-1,2 %-Punkte). Beide Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten linikneue und linikbekannte Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu vergleichbaren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall etwas geringer als in der KG (-1,6 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG auch geringer als in der KG (-4,1 %-Punkte). Beide Unterschiede waren jedoch 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 1,9 %-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 stärker ausgeprägt als in der KG. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar.

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 geringer als in der KG (-3,1 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch jedoch nicht signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar. Auch das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war zwischen IG und KG vergleichbar.

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 (-3,5 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG auch erneut geringer (-3,3 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu größeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+2,1 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG und KG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall in vergleichbarem Maße. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-2,5 %-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	385	415
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	136	148
• Jegliche depr. Episode ³	212	251
• ohne Suchterkrankung ⁵	290	304
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	14,7 %	18,2 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	4,2 %	4,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	30,0 %	31,6 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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	615	609
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	127 252 425	147 270 388
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	11,0 % 4,4 % 18,6 %	12,2 % 4,8 % 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 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjährige Nachbeobachtung

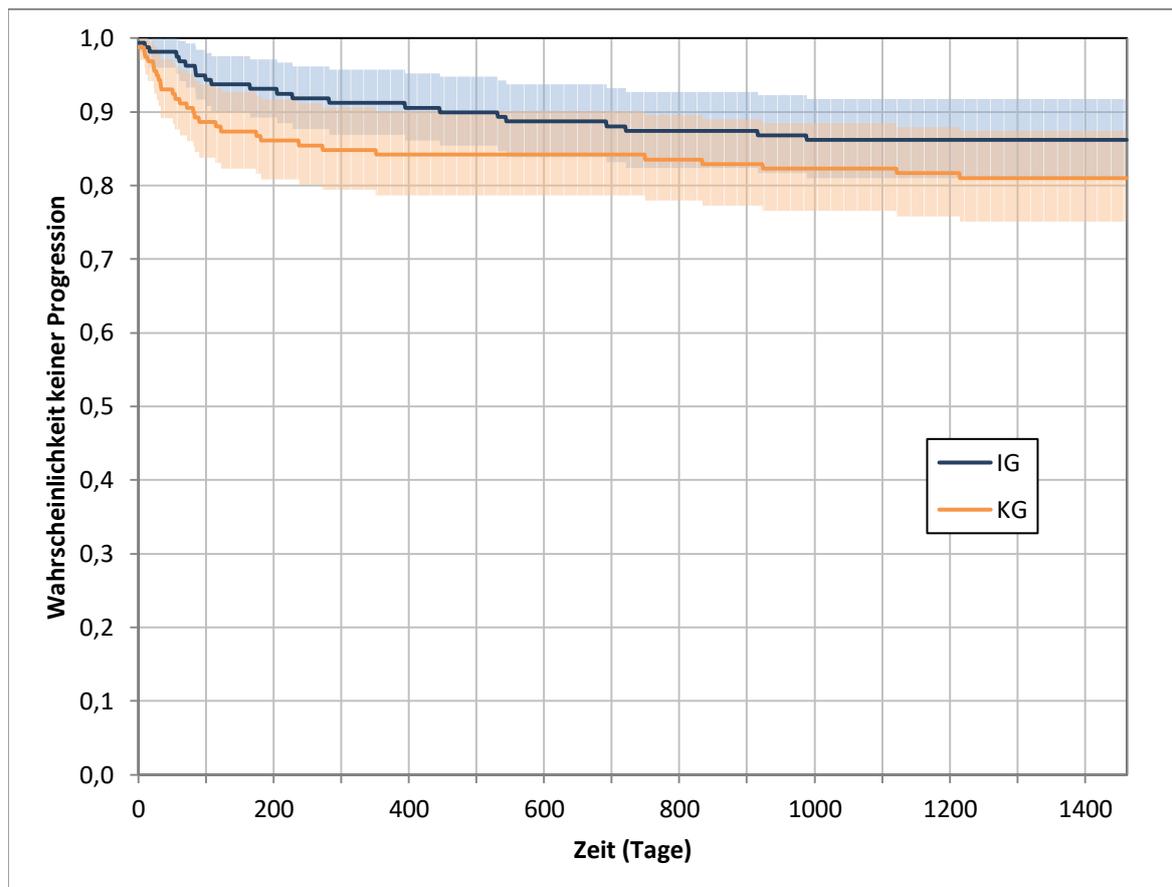
Klinikneue Patienten

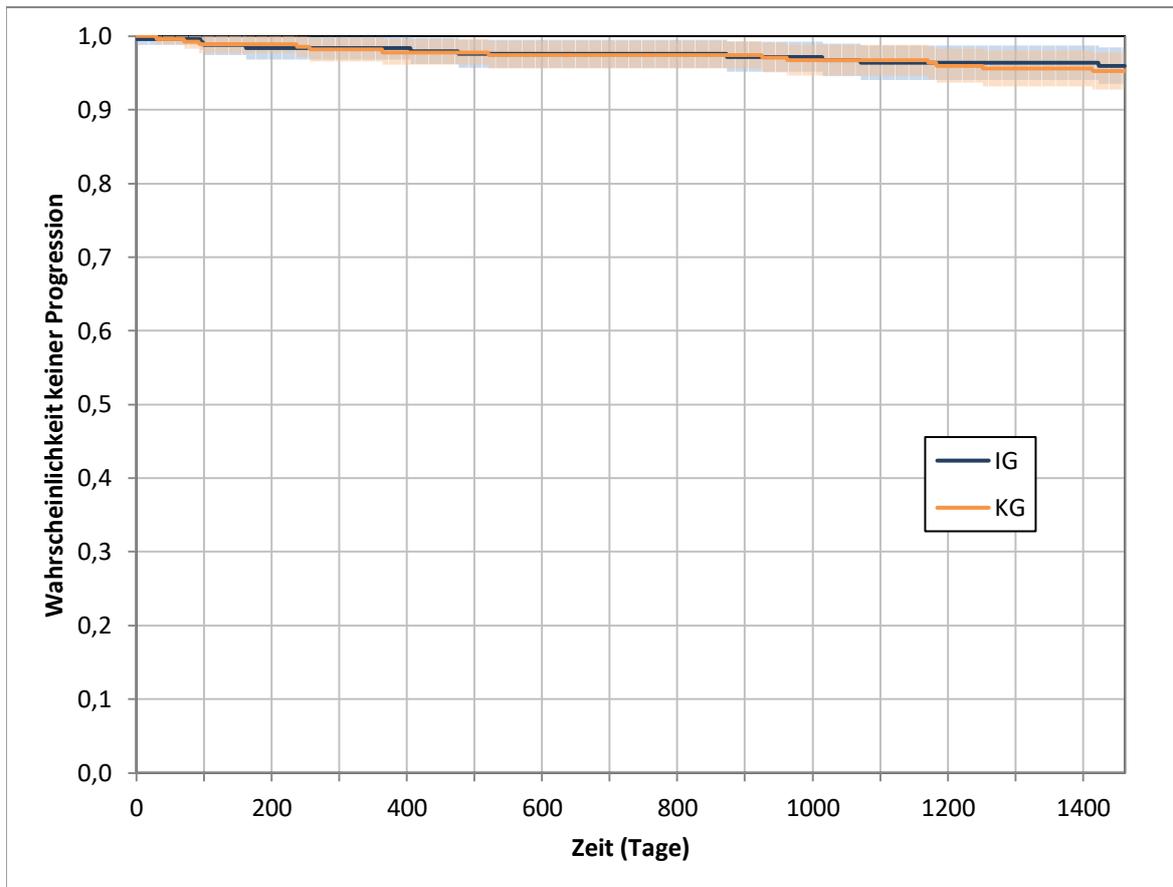
Legende für die folgenden Abbildungen:

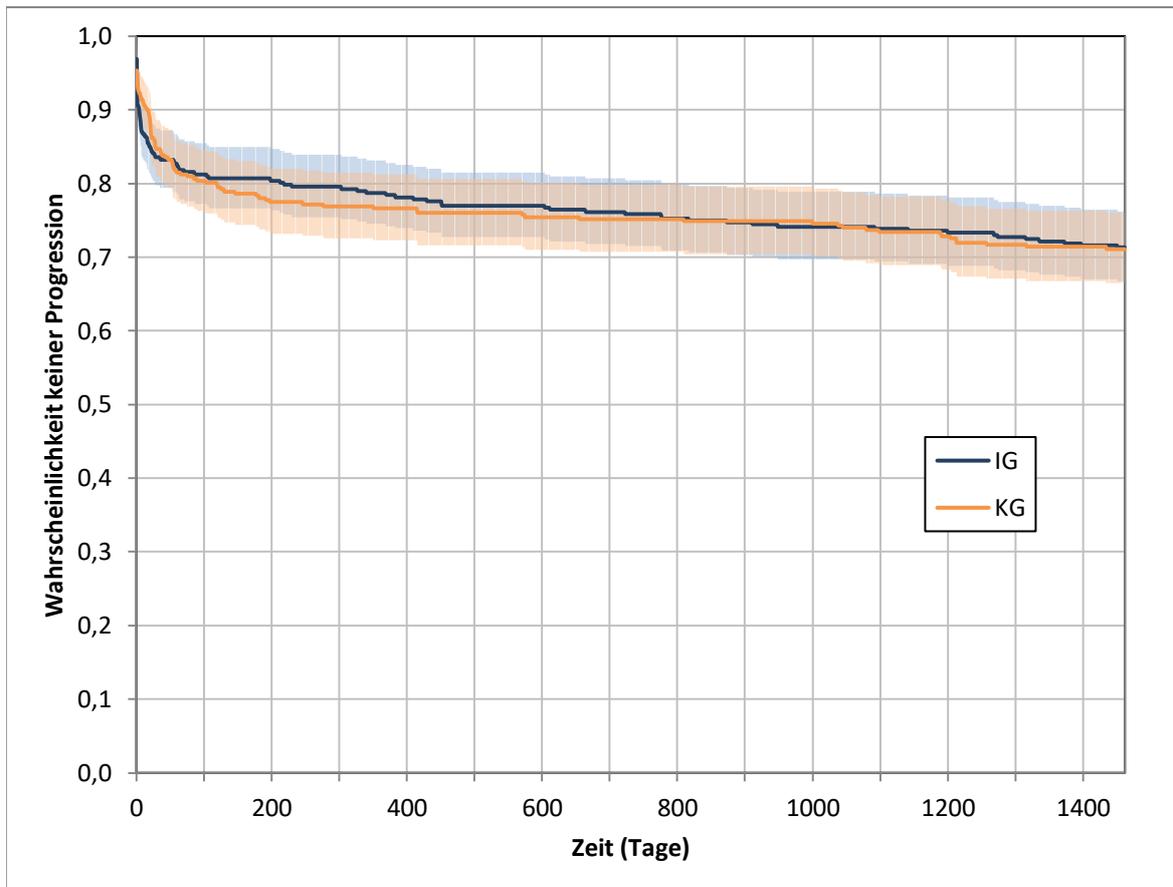
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

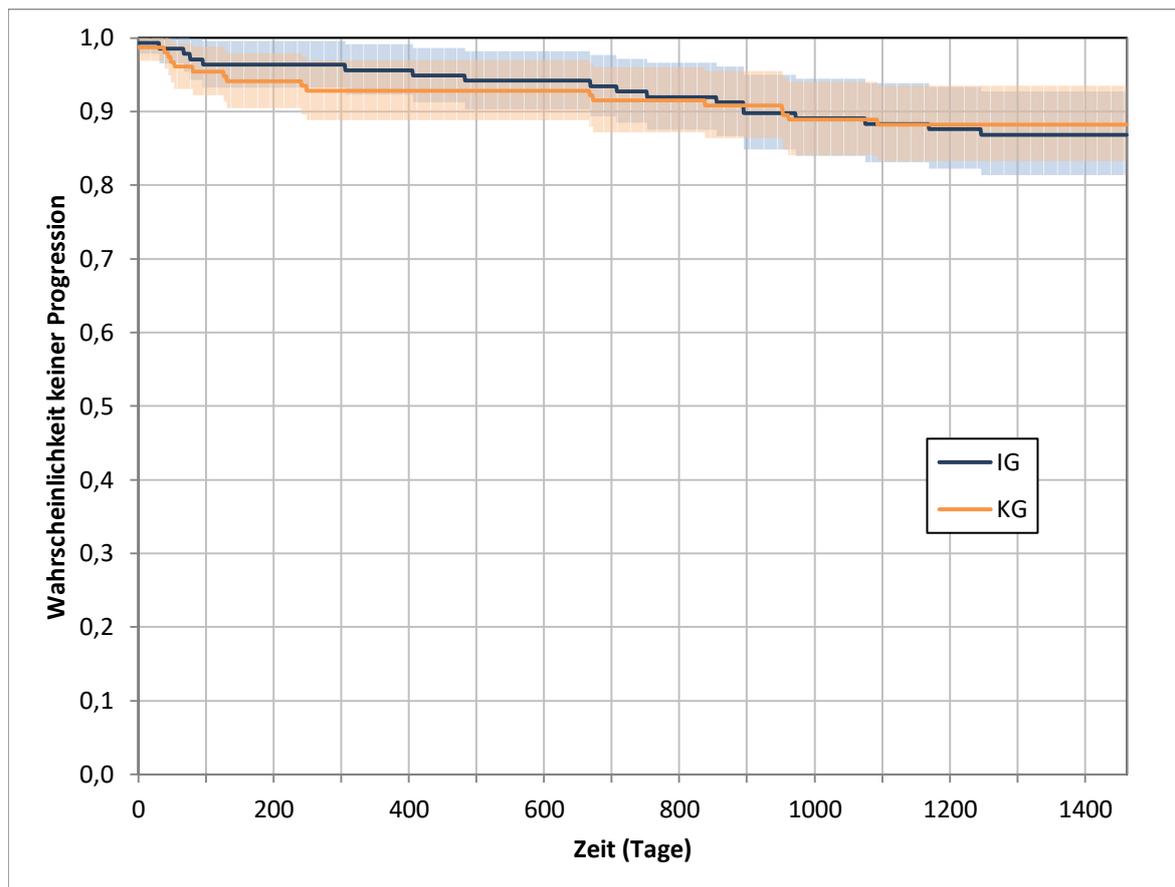
Progression C (→ Suchterkrankung)

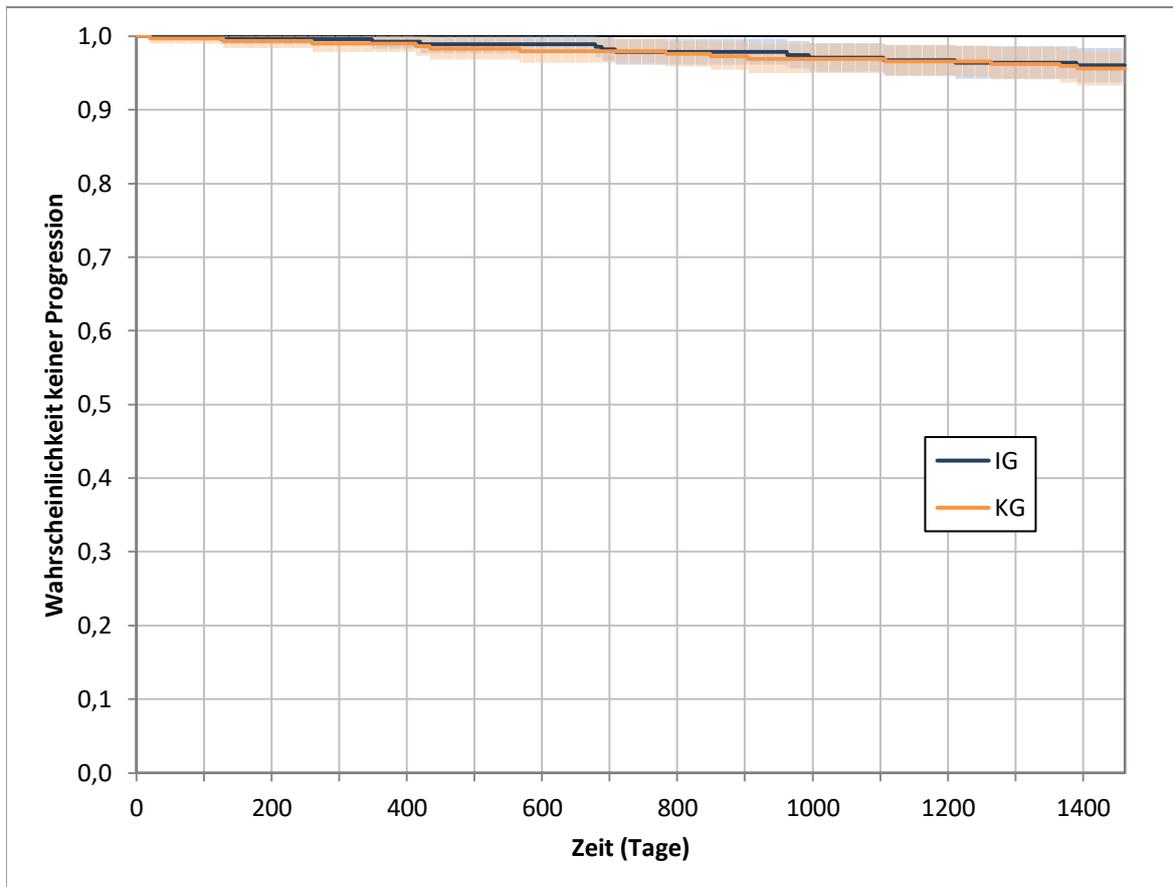
Klinikbekannte Patienten

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)

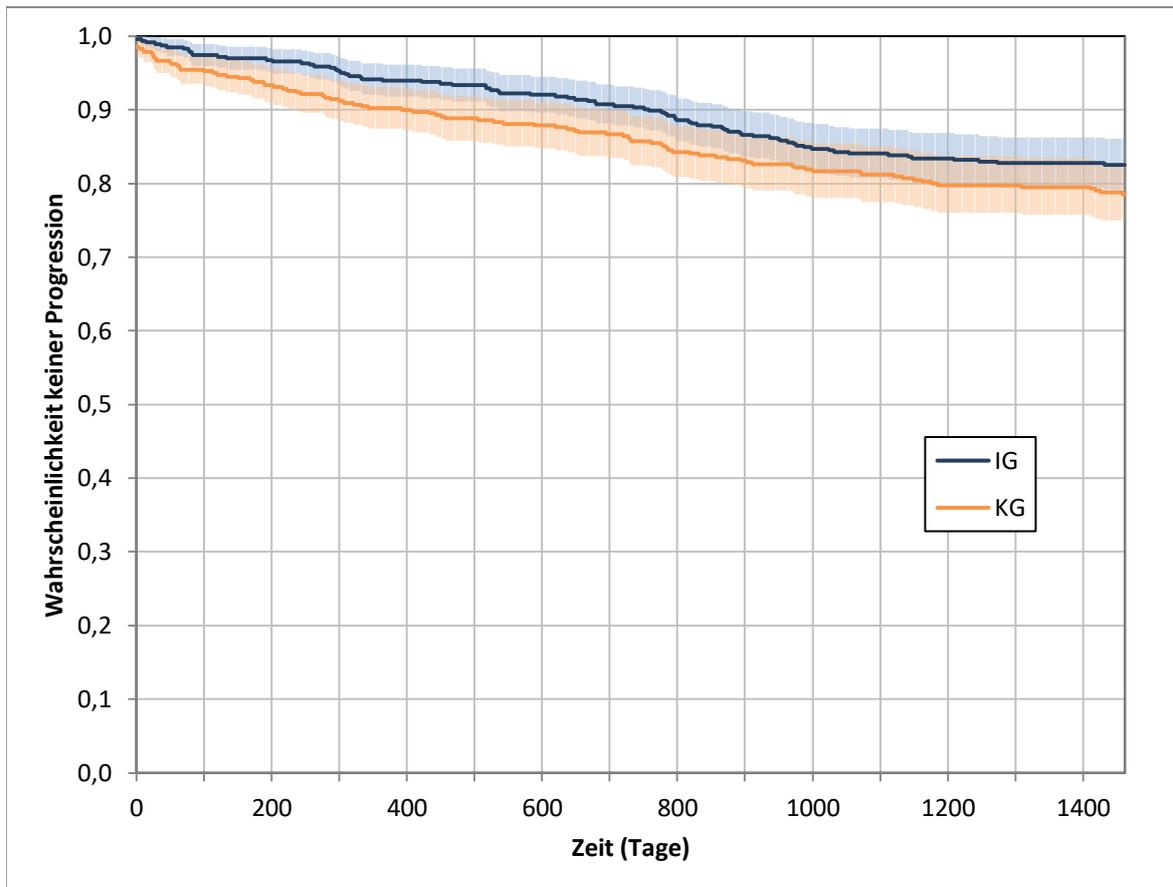
Progression C (→ Suchterkrankung)

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	0,64 0,36...1,14	0,86 0,37...2,02	0,84 0,63...1,12

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	0,97 0,49...1,94	0,87 0,39...1,96	0,83 0,61...1,13

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 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	1.663	1.667
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	487	565
• Jegliche depr. Episode ³	860	928
• ohne Suchterkrankung ⁵	1.244	1.168
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	11,7 %	13,6 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	3,4 %	2,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	22,8 %	22,0 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

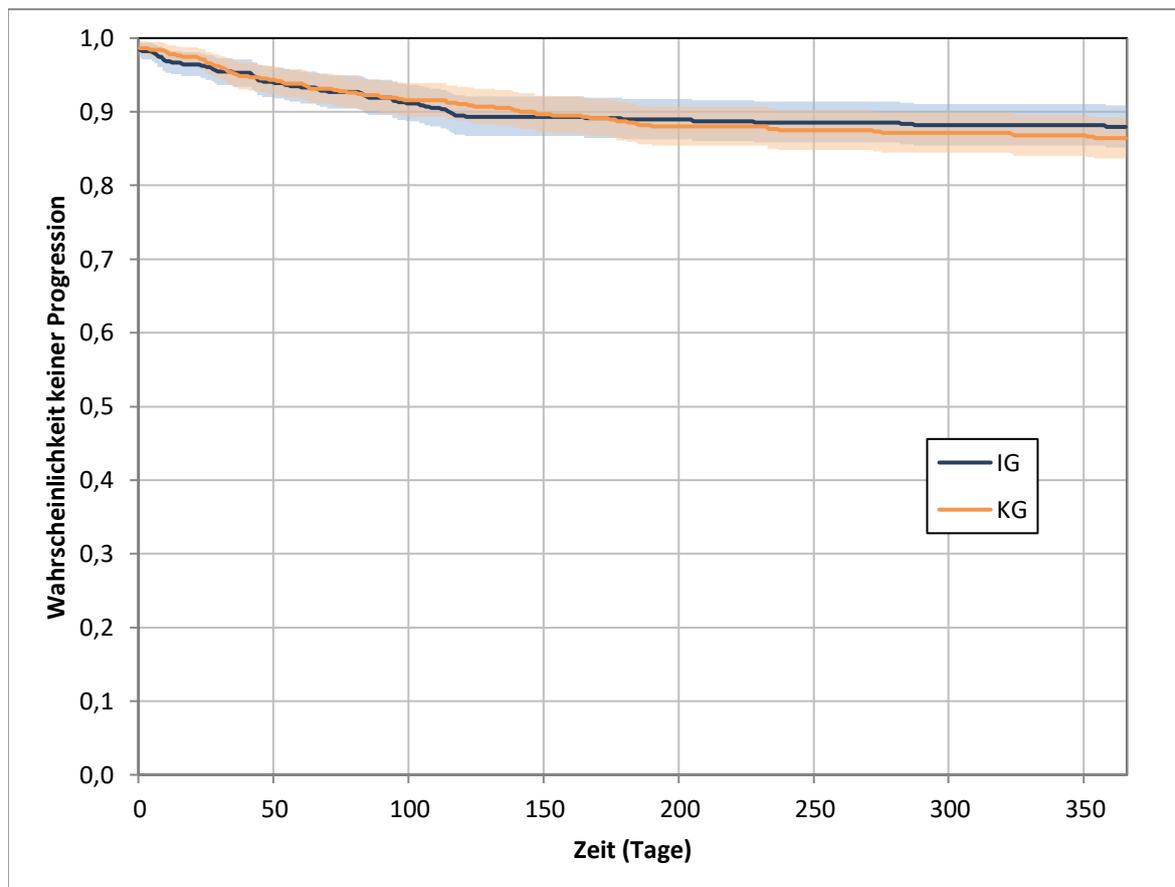
Klinikneue Patienten

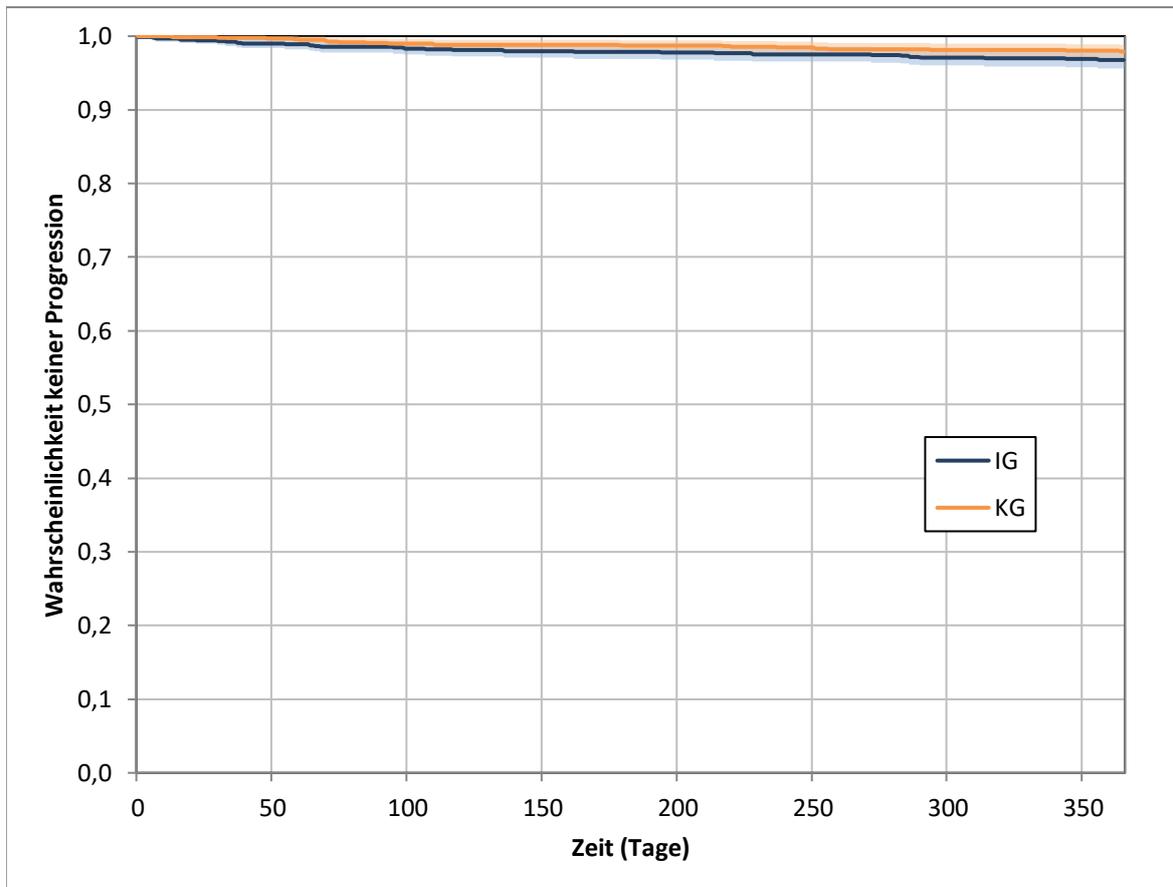
Legende für die folgenden Abbildungen:

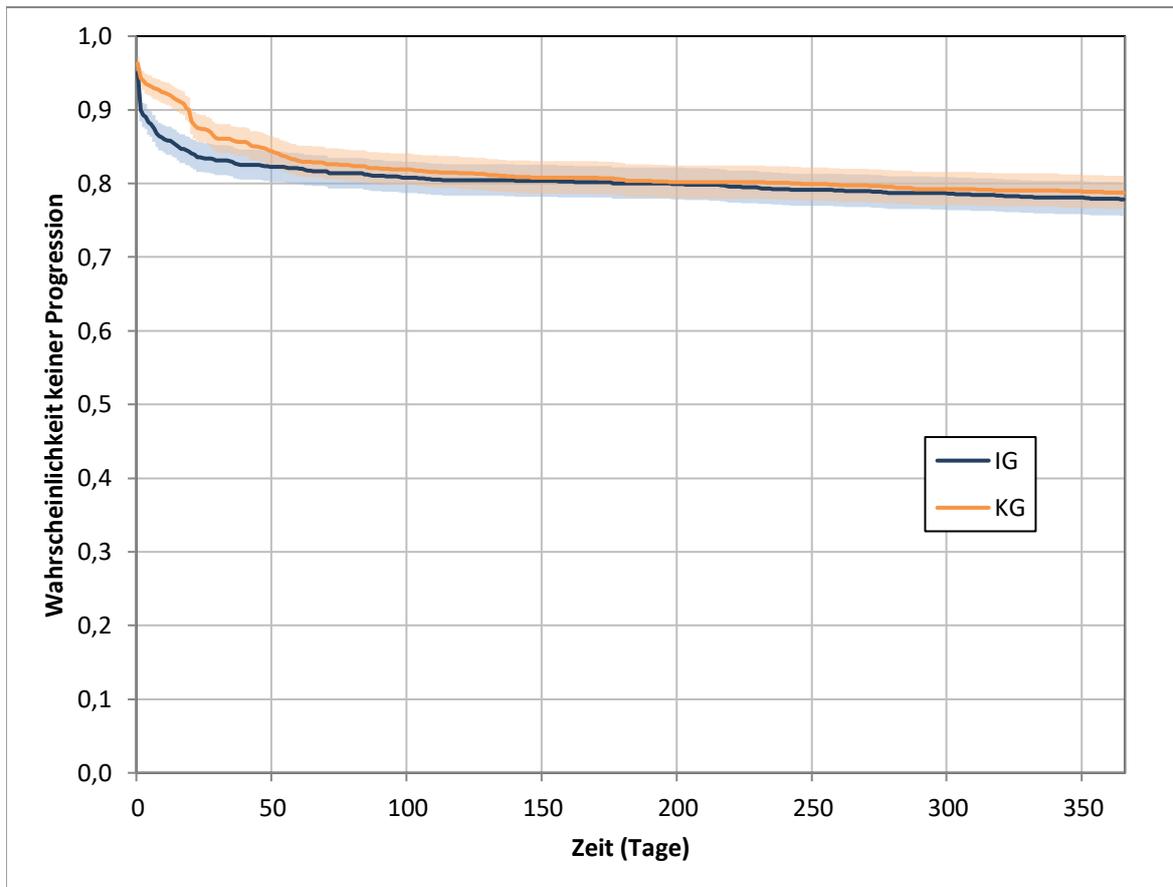
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	2 Jahre	2 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens zwei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	1.224	1.258
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	379	423
• Jegliche depr. Episode ³	633	711
• ohne Suchterkrankung ⁵	912	878
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	12,9 %	16,1 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	4,3 %	3,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	24,9 %	25,1 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

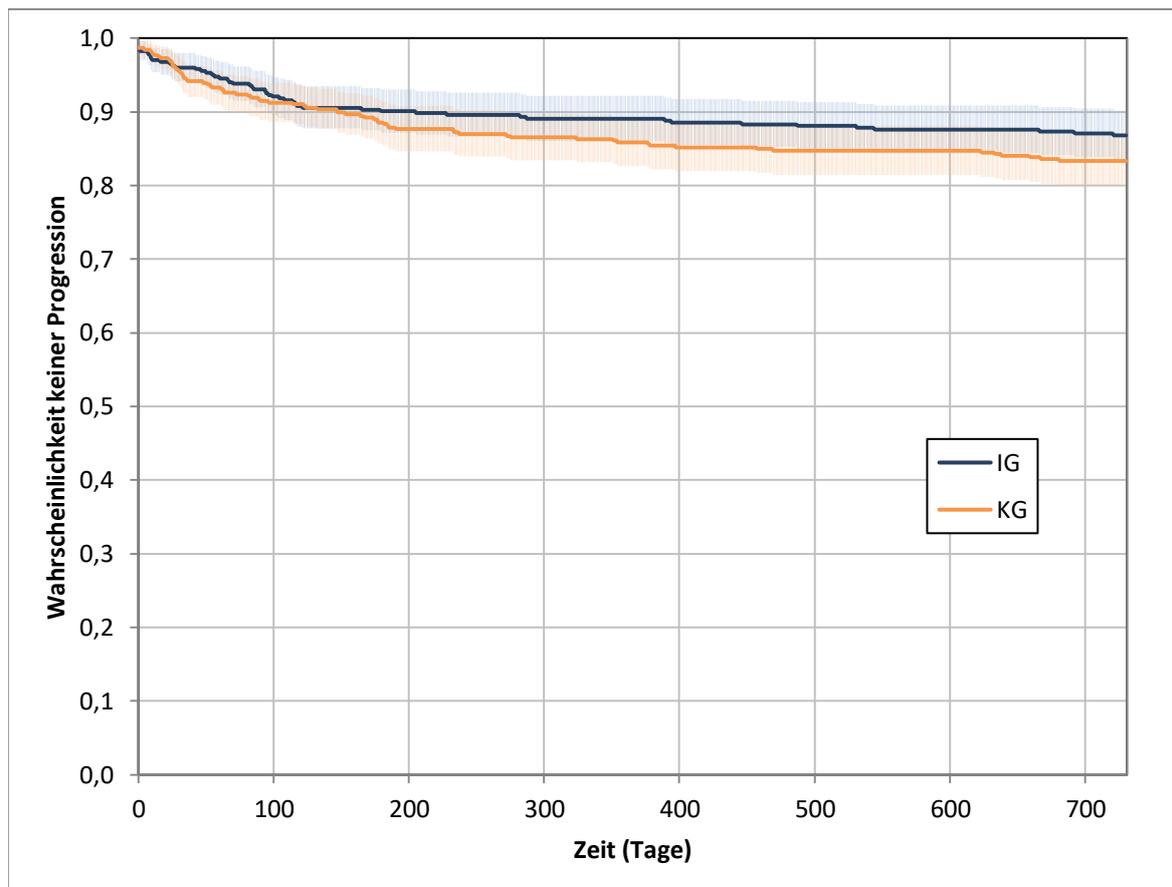
Klinikneue Patienten

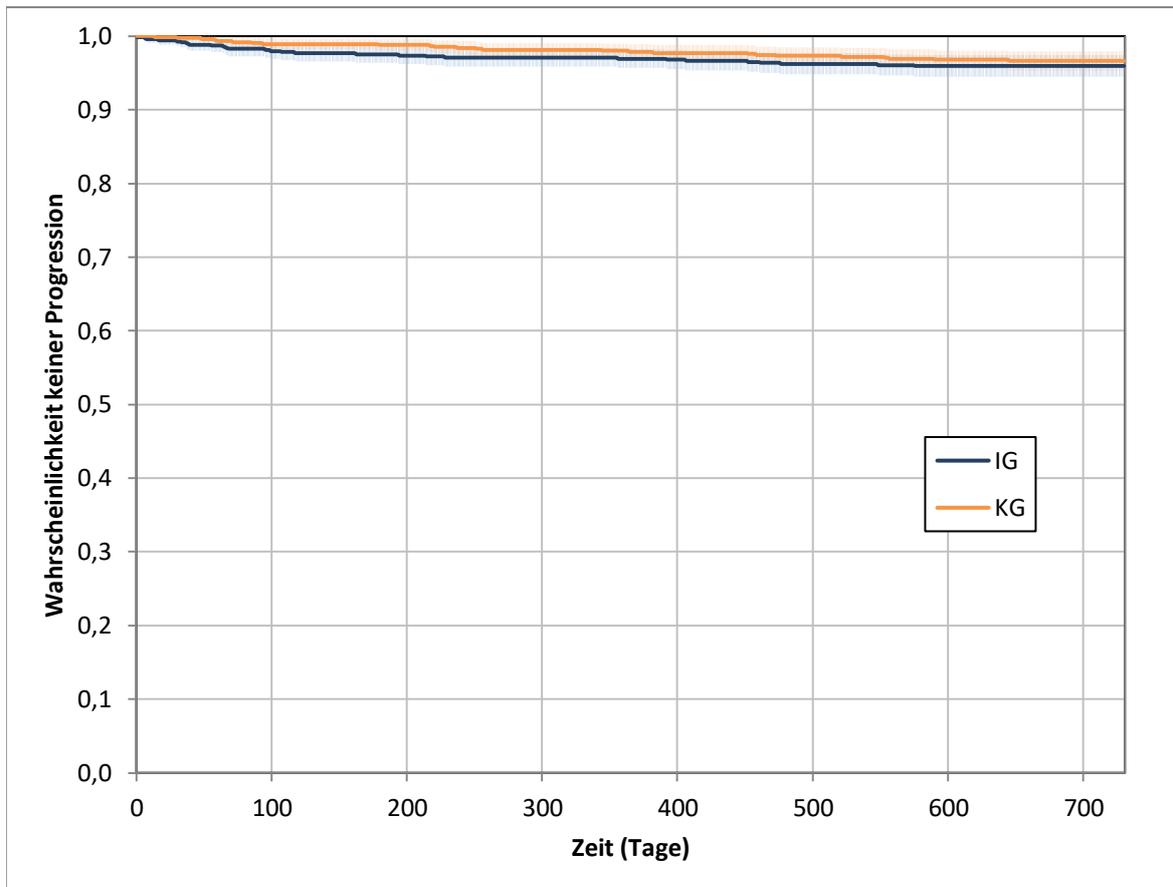
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

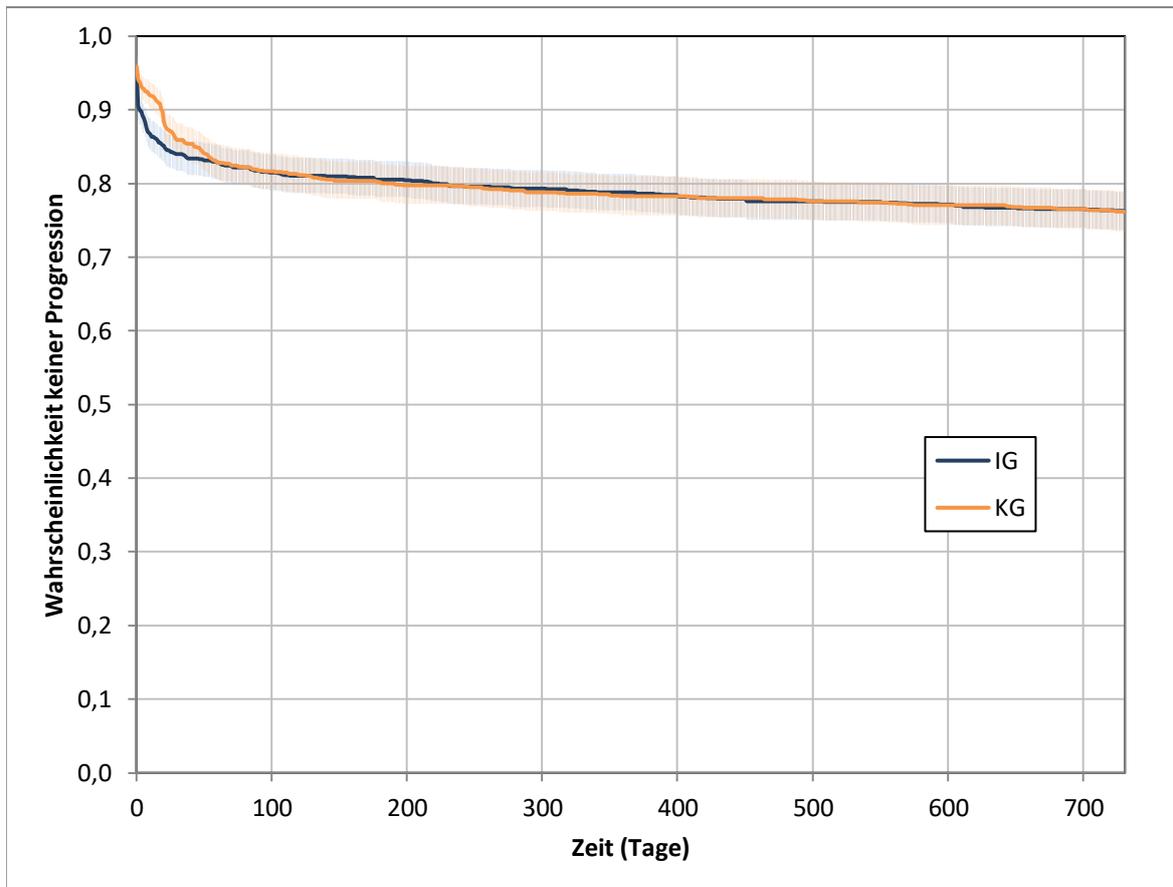
Progression C (→ Suchterkrankung)

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	0,75 0,52...1,08	1,12 0,65...1,94	1,05 0,87...1,26

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	801	833
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	277	284
• Jegliche depr. Episode ³	434	483
• ohne Suchterkrankung ⁵	598	589
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	14,1 %	17,6 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	6,0 %	3,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	26,6 %	26,3 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	682	668
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	134	154
• Jegliche depr. Episode ³	278	302
• ohne Suchterkrankung ⁵	457	420
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	9,7 %	13,0 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	3,2 %	3,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	17,3 %	19,8 %

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

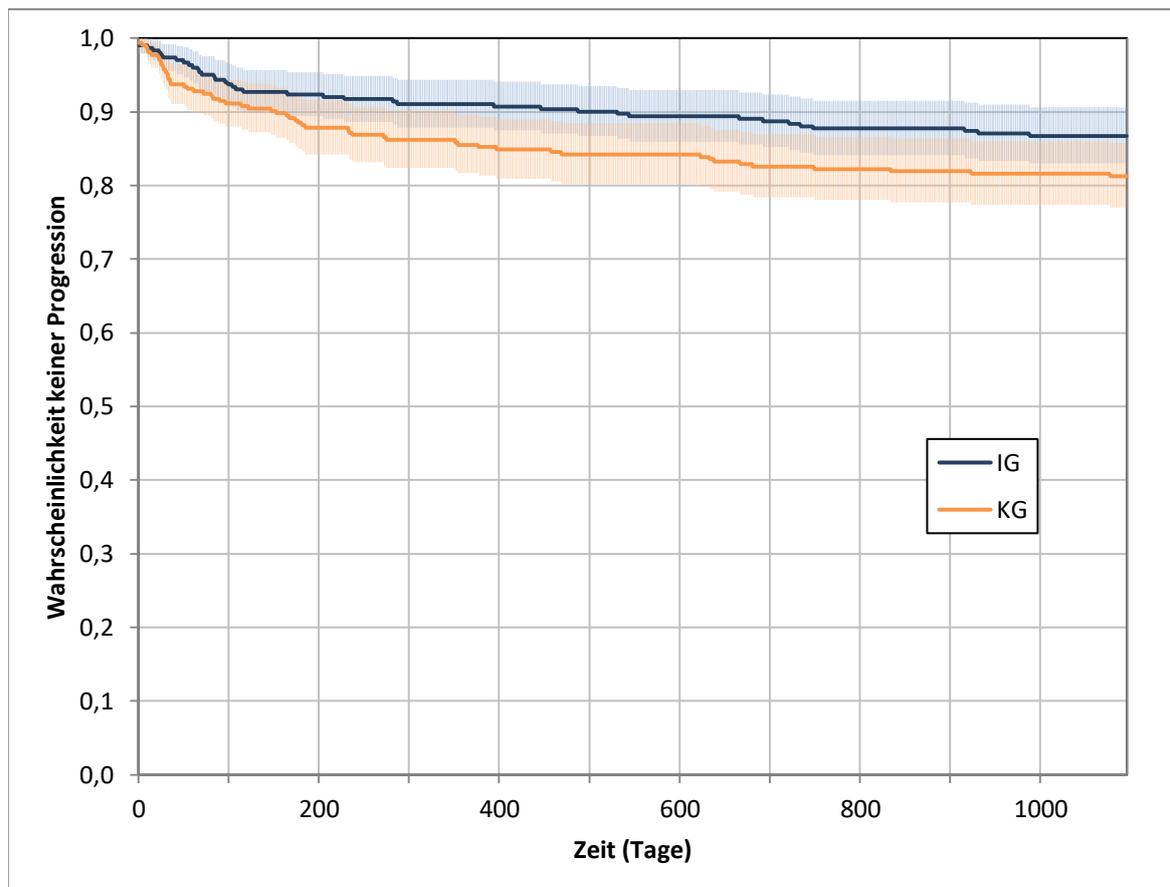
Klinikneue Patienten

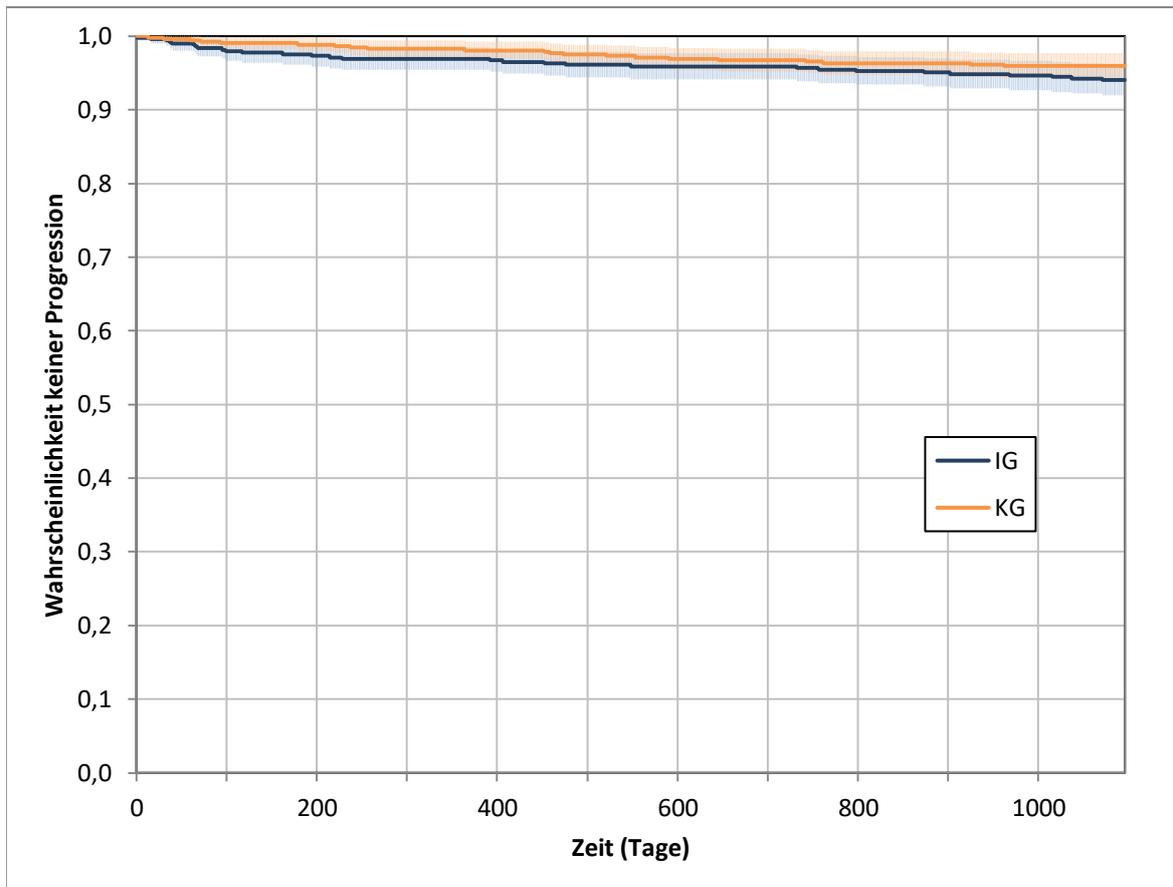
Legende für die folgenden Abbildungen:

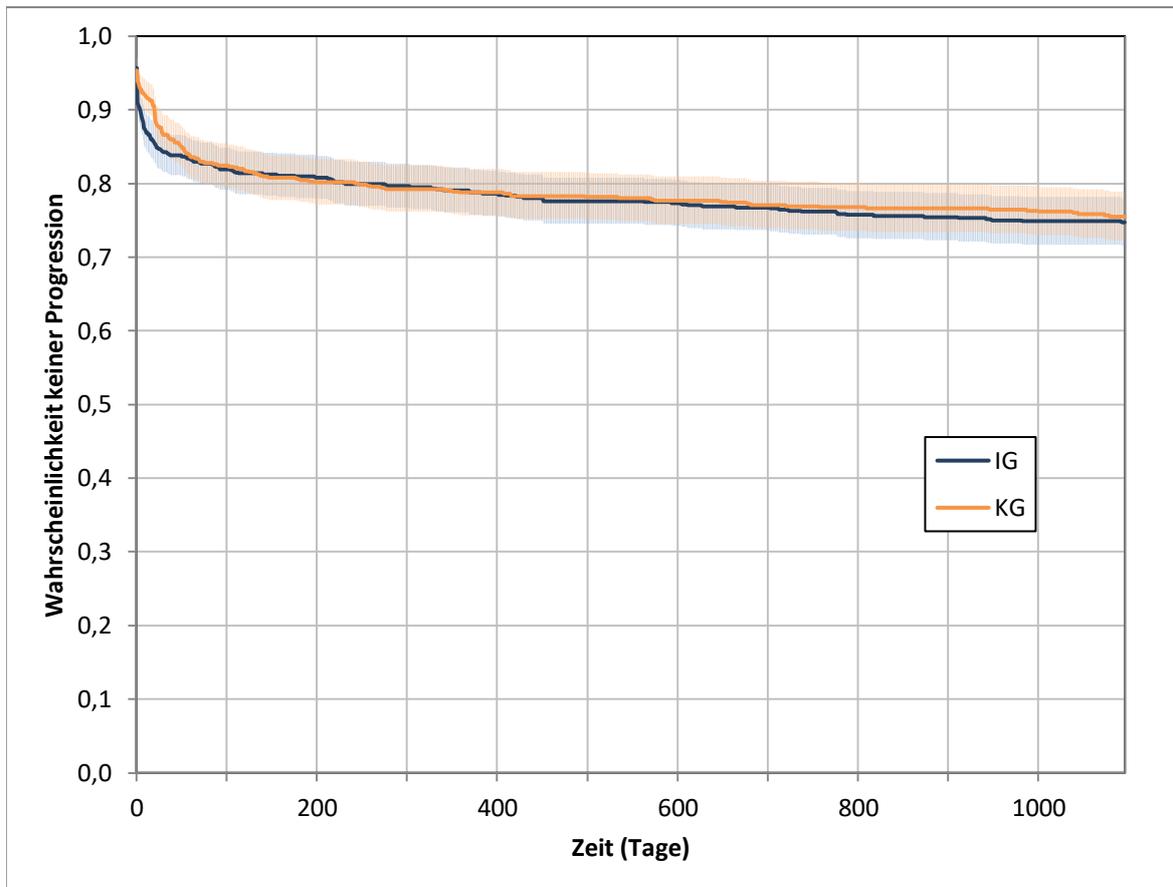
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

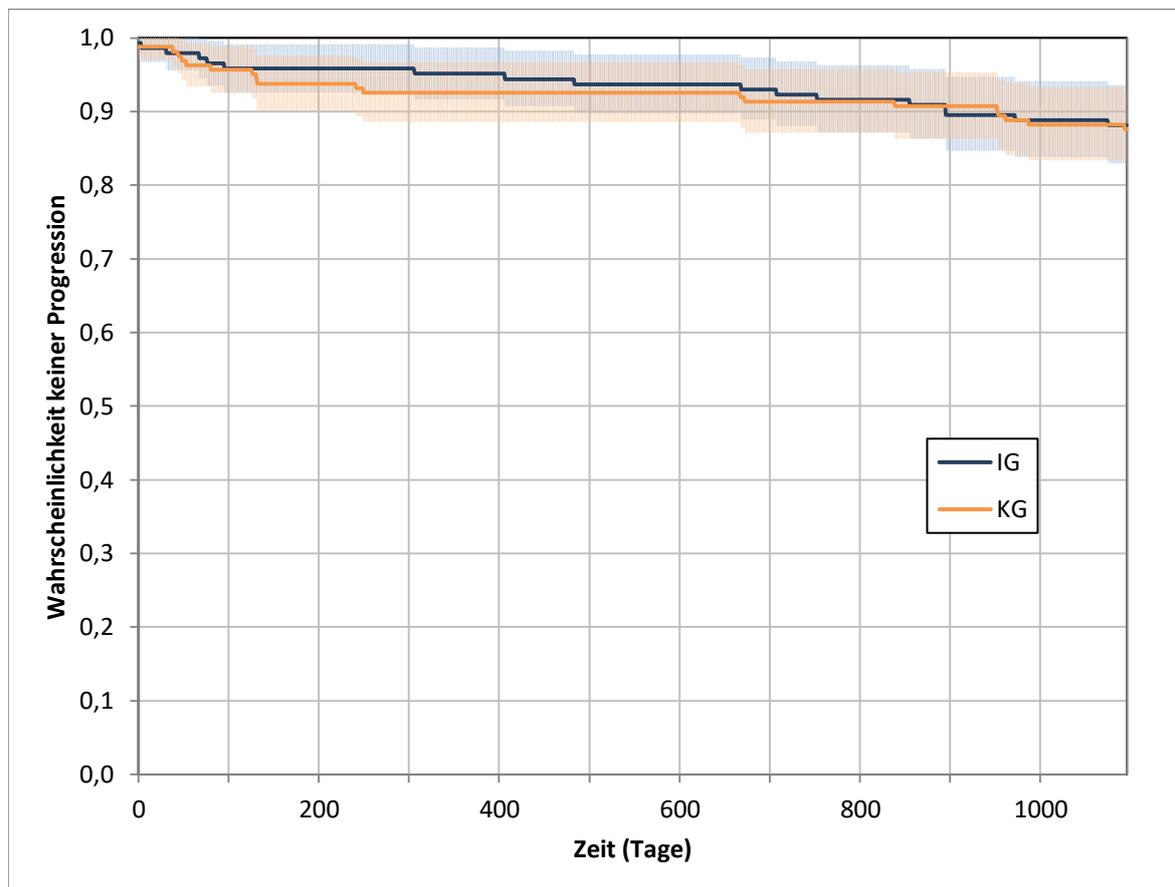
Progression C (→ Suchterkrankung)

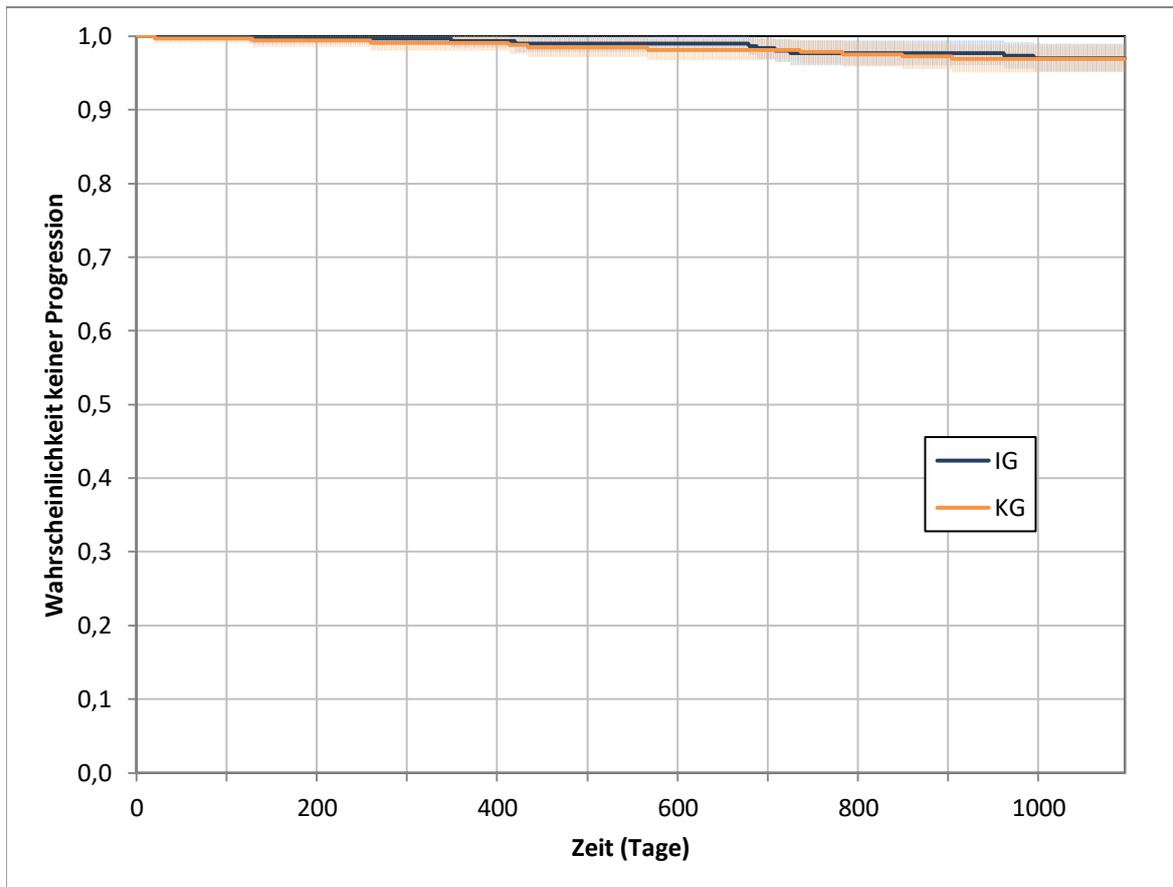
Klinikbekannte Patienten

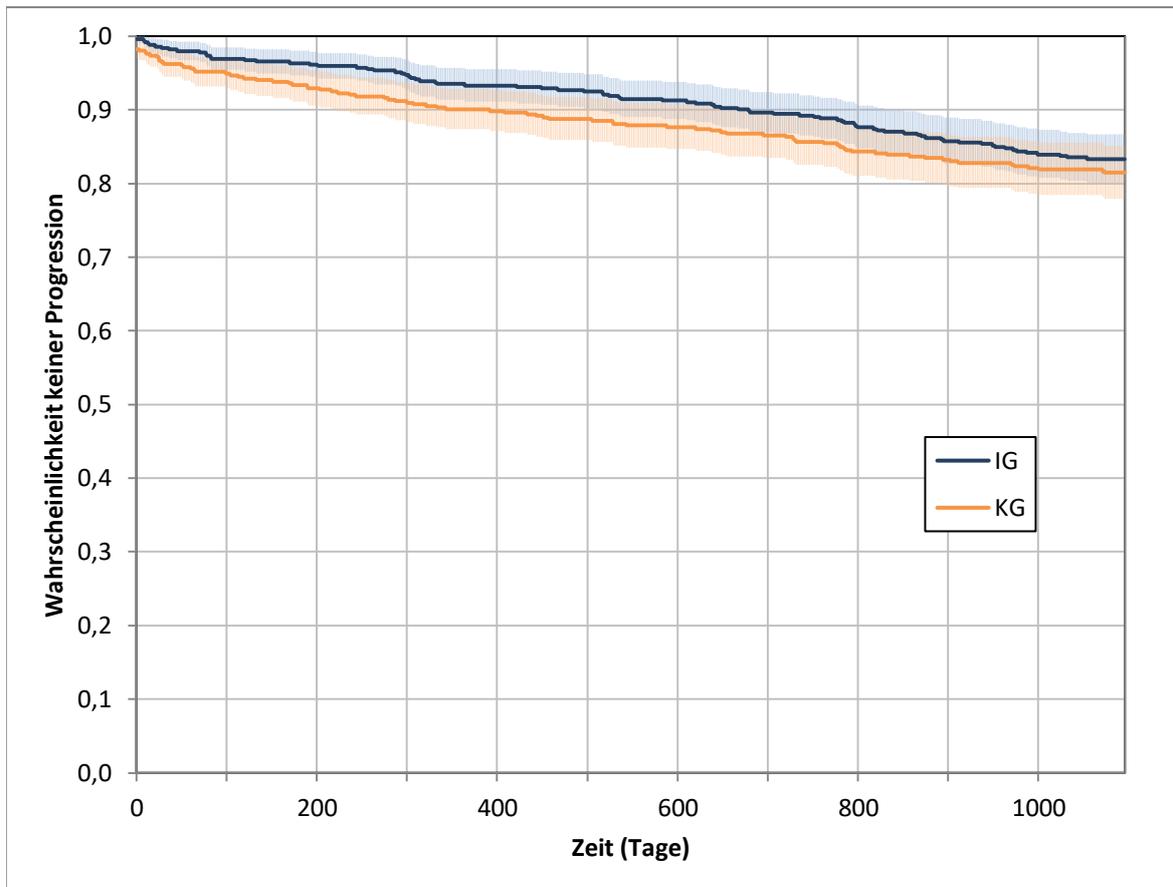
Legende für die folgenden Abbildungen:

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 an Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit und mindestens einem Untersuchungstermin für mindestens sechs Monate (IG: 3,2 %; KG: 1,7 %) sowie Anteile an Personen mit Alkoholabhängigkeit und Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 1,5 %; KG: 1,2 %).

Für die **Demenz** ergaben sich niedrige Anteile an Personen mit neu diagnostizierter Demenz und zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose, welche in der IG niedriger als in der KG waren (IG: 3,5 %; KG: 2,9 %). Der Anteil an Personen ohne Antipsychotikaverordnung an den Personen mit Demenz war in der IG geringer als in der KG (IG: 37,5 %; KG: 53,9 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant.

Der Anteil an Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger **depressiver** Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (IG: 61,6 %; KG: 53,9 2%; Gruppenschätzer = 1,4). Der Anteil an Personen mit einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war dagegen in der IG etwas geringer als in der KG (IG: 10,9 %; KG: 13,5 %). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.

Der Anteil an Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war in der IG geringer als in der KG (IG: 82,5 %; KG: 94,3 %). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Gruppenschätzer = 0,3). Der Anteil an Patienten mit antipsychotischer Medikation unter den Erwachsenen mit

Schizophrenie und einer ersten Episode war in der IG geringer als in der KG (IG: 84,6 %; KG: 93,4 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant.

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 behandelter Alkoholabhängigkeit³ Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	<p>155 3,2 %</p>	<p>175 1,7 %</p>
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	<p>204 1,5 %</p>	<p>241 1,2 %</p>

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>202</p> <p>3,5 %</p>	<p>204</p> <p>2,9 %</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>43</p> <p>60,5 %</p>	<p>50</p> <p>50,0 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>88</p> <p>37,5 %</p>	<p>115</p> <p>53,9 %</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 einer leichten bis mittelschweren depressiven 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>485 61,6 %</p>	<p>532 53,9 %</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>531 10,9 %</p>	<p>557 13,5 %</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 	<p style="text-align: center;">80</p> 82,5 %	<p style="text-align: center;">88</p> 94,3 %
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 	<p style="text-align: center;">52</p> 84,6 %	<p style="text-align: center;">61</p> 93,4 %
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 	<p style="text-align: center;">19</p> 10,5 %	<p style="text-align: center;">23</p> 4,3 %

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

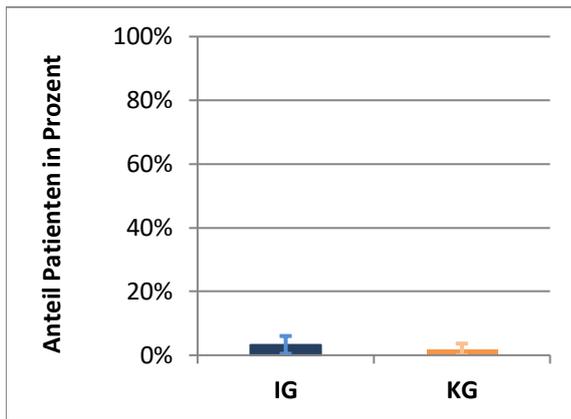
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Klinikneue Patienten

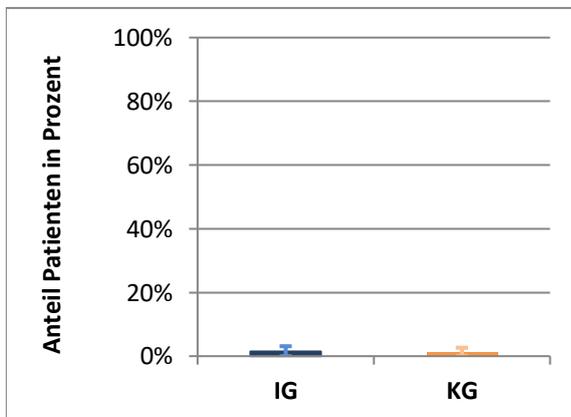
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

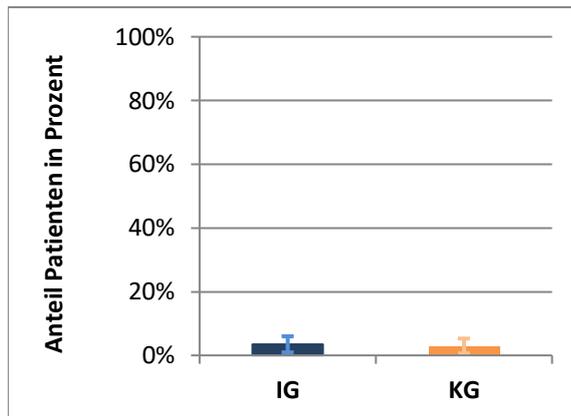
Alkoholabhängigkeit B



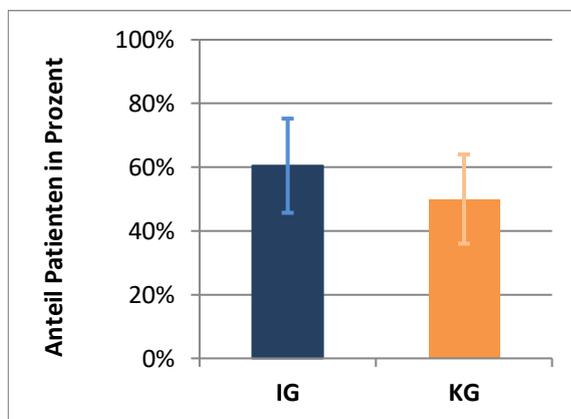
Alkoholabhängigkeit C



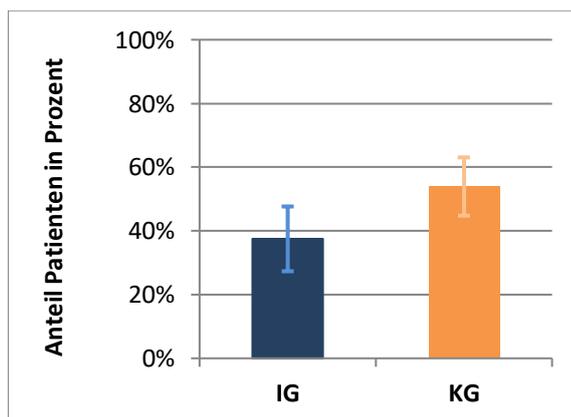
Demenz D



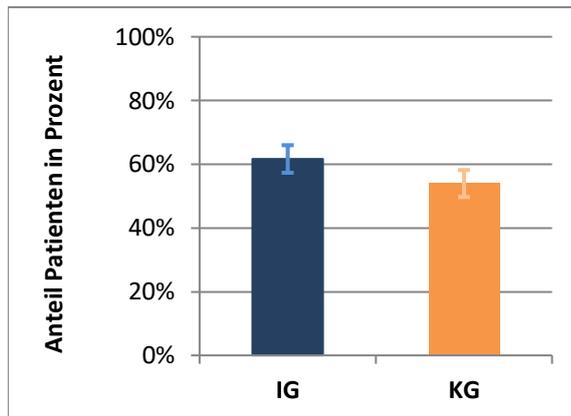
Demenz E



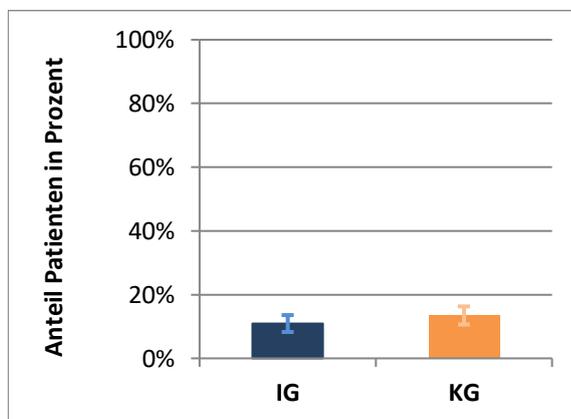
Demenz F



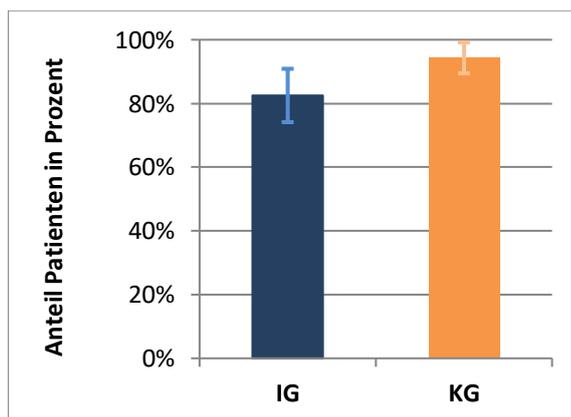
Depression G



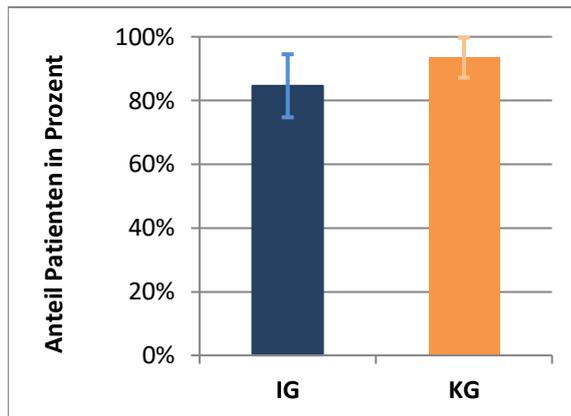
Depression I



Schizophrenie J



Schizophrenie K



Schizophrenie L

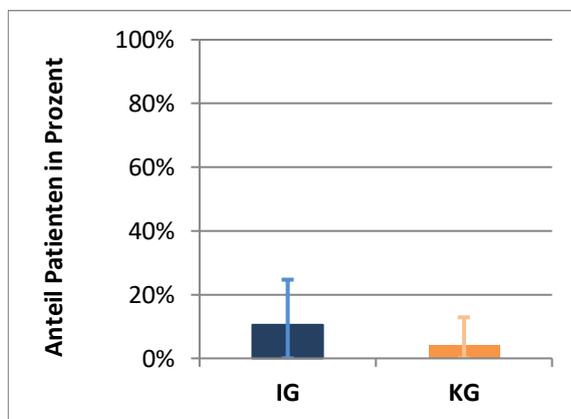


Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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	0,54 0,30...1,00	1,37* 1,06...1,77	0,79 0,54...1,16	0,30* 0,10...0,91	0,45 0,12...1,70	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 hatten im Präzeitraum etwa gleich viele Patienten der IG und der KG keinen Fall (vgl. Tabelle 63 und Abbildung 36). Ihren Referenzfall hatten in der IG mehr Individuen vollstationär bzw. tagesklinisch, während in der IG weniger Individuen ihren Referenzfall in der PIA hatten. Vom ersten bis zum vierten Jahr hatten in etwa gleich viele Patienten der IG und der KG keinen weiteren Fall.

Bei den linikbekannten Patienten ergaben sich im Zeitverlauf keine Unterschiede im Behandlungssetting zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 37).

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung hatten in der IG mehr Individuen ihren Referenzfall im vollstationären bzw. tagesklinischen Setting. Gleichzeitig hatten in der IG weniger Individuen ihren Referenzfall in der PIA (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 38).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatten ebenfalls mehr Patienten der IG ihren Referenzfall im vollstationären bzw. tagesklinischen Setting und dafür seltener in der PIA (vgl. Tabelle 66 und Abbildung 39). Während sich die Anzahl an Individuen ohne Fall im ersten Jahr nicht zwischen den Gruppen unterschied, hatten im zweiten Jahr weniger Individuen der IG noch einen Fall.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung hatten ebenfalls mehr Patienten der IG ihren Referenzfall im vollstationären bzw. tagesklinischen Setting und dafür seltener in der PIA (vgl. Tabelle 67 und

Abbildung 40). Vom ersten bis zum dritten individuellen Nachbeobachtungsjahr wurden in der IG weniger Patienten in der PIA behandelt, dafür hatten in der IG mehr Individuen keinen Fall mehr.

Bei den linikbekannten Patienten ergaben sich hingegen keine Unterschiede im Behandlungssetting des Referenzfalls (vgl. Tabelle 68 und Abbildung 41).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

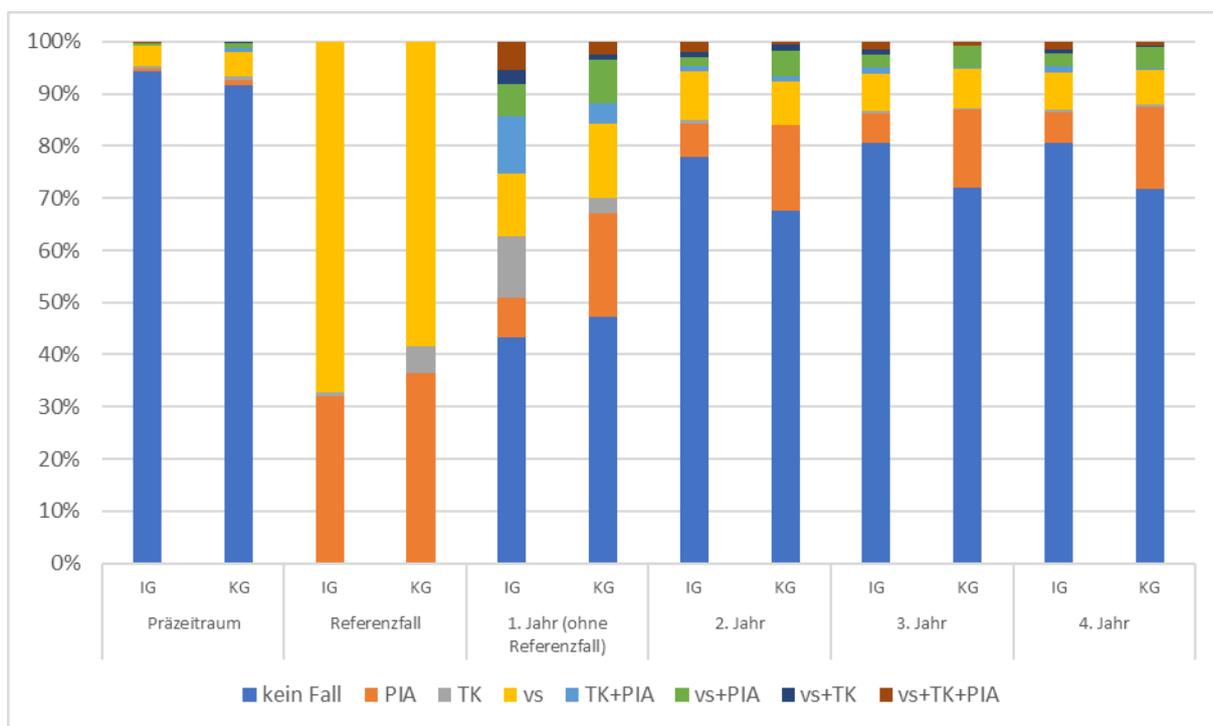
Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			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		1	1,000				9	19	0,432	3	5	1,000	4	5	1,000	4	4	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK							14	8	1,000	5	1	1,000	3	2	1,000	3	3	1,000
vs+PIA	2	2	1,000				17	25	1,000	8	14	1,000	9	11	1,000	10	6	1,000
vs+HT																		
TK+PIA							26	13	0,337	2	3	1,000	3	6	1,000	2	3	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	7	4	1,000	337	289	0,002	63	62	1,000	39	30	1,000	39	27	0,755	37	32	1,000
TK		1	1,000	44	24	0,016	35	20	0,337	1	1	1,000		1	1,000	1	4	1,000
PIA	1	9	0,186	92	162	0,000	63	96	0,047	41	72	0,040	33	65	0,018	28	50	0,265
HT																		
kein Fall	463	458	1,000				246	232	1,000	344	331	0,583	336	330	0,755	320	332	1,000
Gesamtergebnis	473	475	0,599	473	475	0,000	473	475	0,019	443	457	0,318	427	447	0,315	405	434	1,000

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

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



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

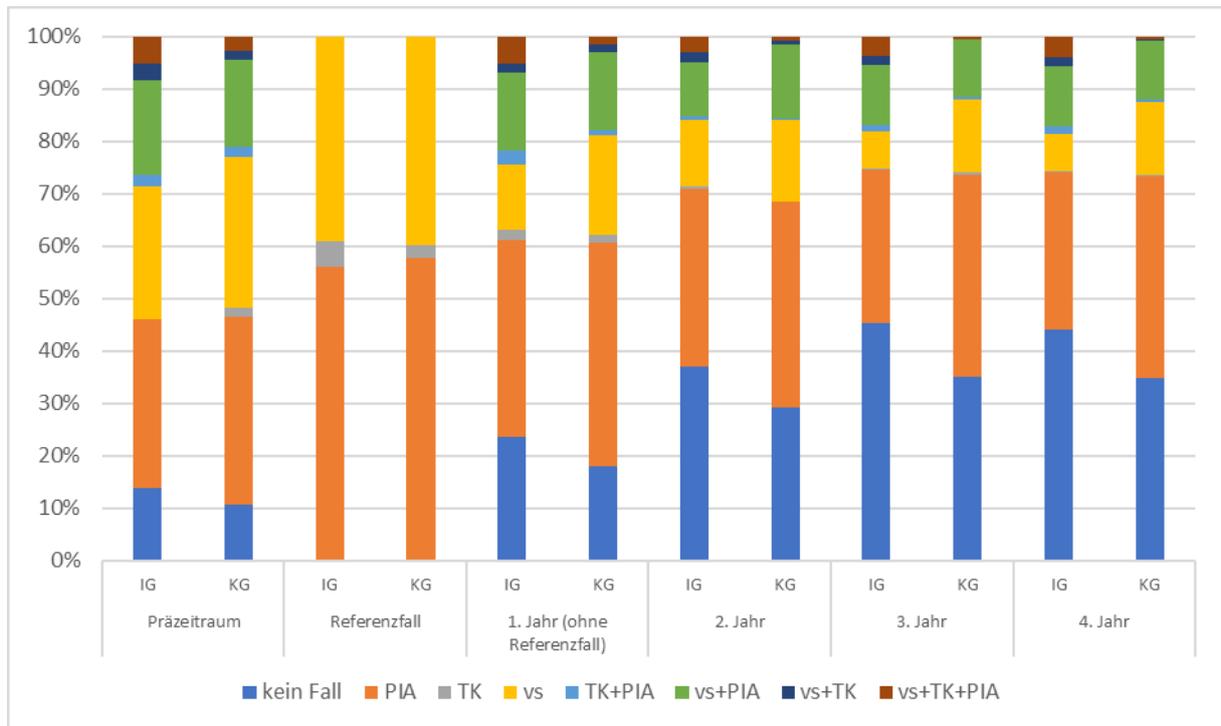
Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			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	33	30	1,000				12	21	1,000	11	9	1,000	15	6	0,536	11	6	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	16	4	0,113				6	9	1,000	4	3	1,000	2	2	1,000	6	2	1,000
vs+PIA	79	94	0,687				61	78	0,922	60	61	1,000	52	53	1,000	47	48	1,000
vs+HT																		
TK+PIA	23	26	1,000				19	19	1,000	10	11	1,000	4	12	0,487	5	10	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	82	80	1,000	160	158	1,000	73	56	1,000	60	53	1,000	53	38	0,820	55	41	1,000
TK	8	1	0,301	27	33	1,000	8	7	1,000	2	2	1,000	5	2	1,000	4	2	1,000
PIA	390	345	0,403	505	479	1,000	404	374	1,000	353	345	1,000	342	311	0,933	317	283	0,907
HT																		
kein Fall	61	90	0,069				109	106	1,000	170	165	1,000	178	210	0,253	185	225	0,082
Gesamtergebnis	692	670	0,021	692	670	1,000	692	670	1,000	670	649	1,000	651	634	0,253	630	617	0,478

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

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



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

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

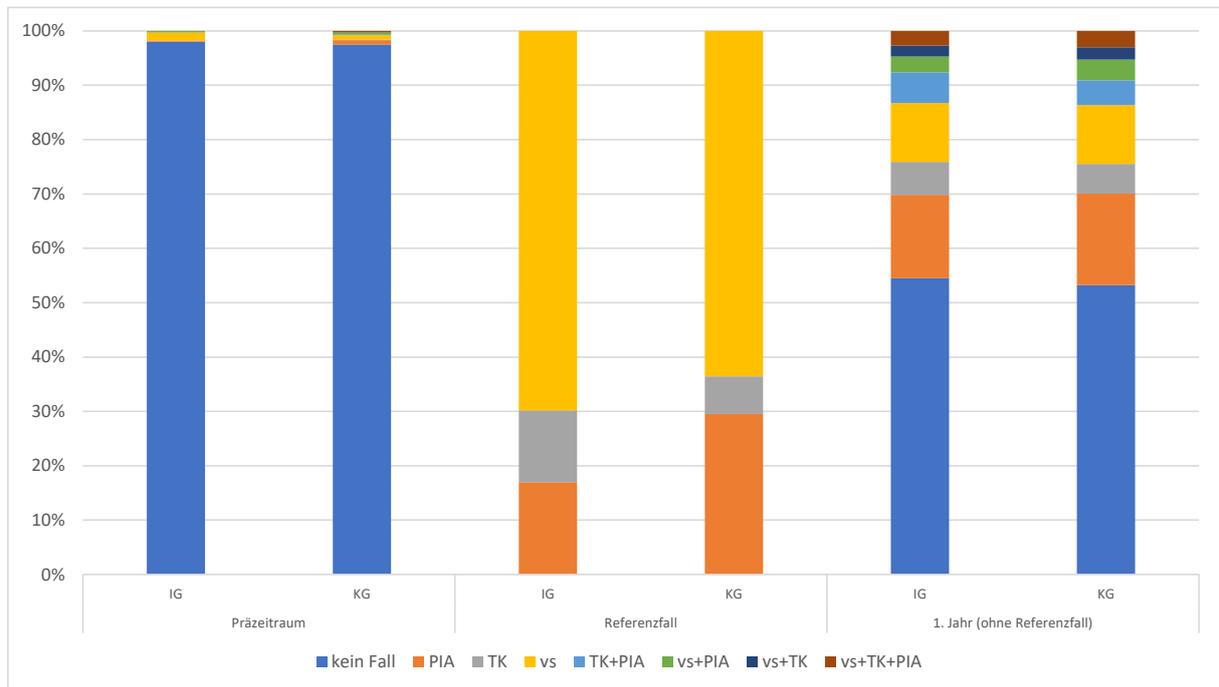
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär, Tagesklinik, Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr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

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA		4	0,800				47	53	1,000
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK		1	1,000				36	40	1,000
vs+PIA	5	6	1,000				51	67	1,000
vs+HT									
TK+PIA		2	1,000				100	80	1,000
TK+HT									
HT+PIA									
vs	27	15	0,614	1.229	1.119	0,000	190	191	1,000
TK		2	1,000	233	122	0,000	107	96	1,000
PIA	3	14	0,120	299	520	0,000	270	296	1,000
HT									
kein Fall	1.726	1.717	1,000				960	938	1,000
Gesamtergebnis	1.761	1.761	0,057	1.761	1.761	0,000	1.761	1.761	1,000

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

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



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

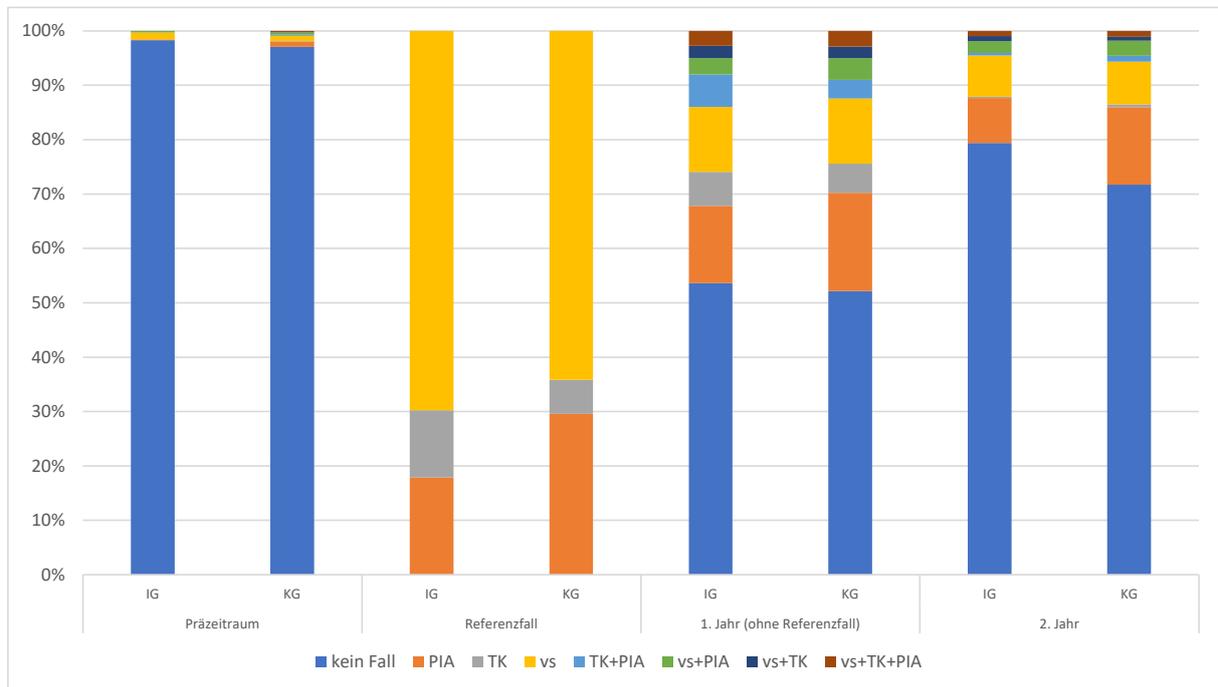
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			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		3	1,000				37	39	1,000	12	14	1,000
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK		1	1,000				31	29	1,000	12	9	1,000
vs+PIA	4	6	1,000				41	54	1,000	28	36	1,000
vs+HT												
TK+PIA		2	1,000				81	47	0,025	6	14	0,719
TK+HT												
HT+PIA												
vs	17	13	1,000	948	872	0,002	162	163	1,000	97	101	1,000
TK		1	1,000	168	85	0,000	85	73	1,000	3	7	1,000
PIA	2	14	0,052	243	402	0,000	193	245	0,062	106	184	0,000
HT												
kein Fall	1.336	1.319	0,290				729	709	1,000	1.017	925	0,000
Gesamtergebnis	1.359	1.359	0,137	1.359	1.359	0,000	1.359	1.359	0,075	1.281	1.290	0,000

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

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



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

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

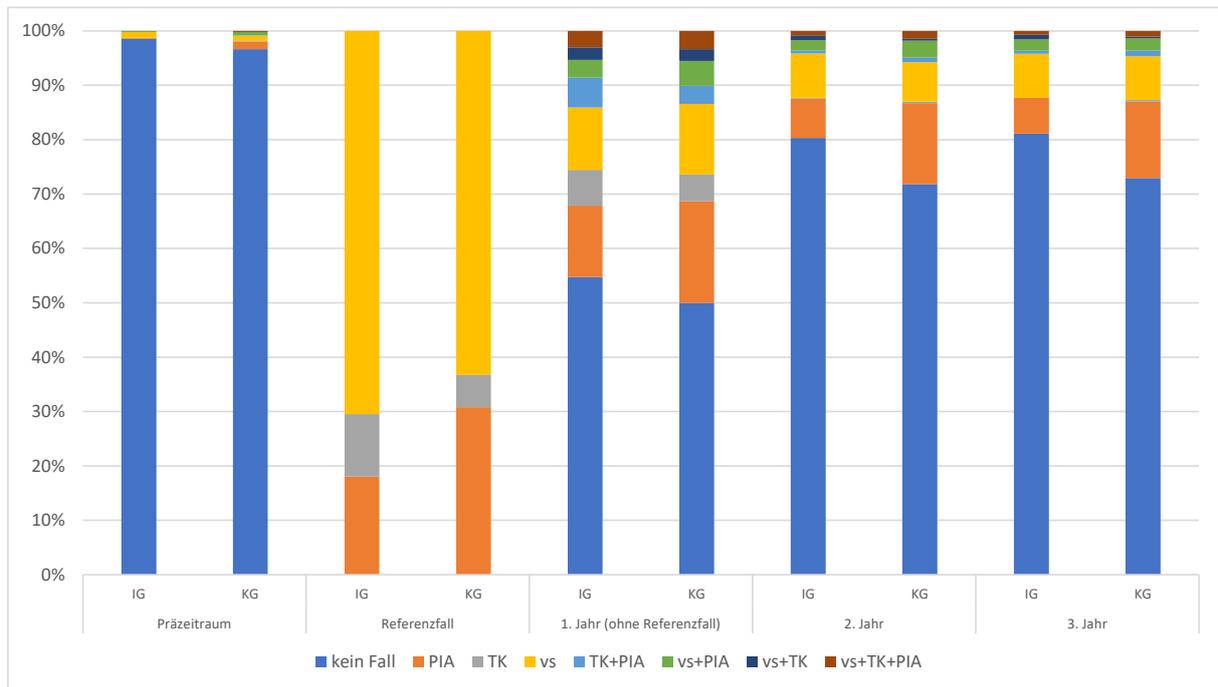
Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			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		2	1,000				28	31	1,000	7	12	1,000	6	9	1,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK							21	20	1,000	8	4	1,000	7	3	1,000
vs+PIA	2	5	1,000				30	42	0,807	16	27	0,834	17	19	1,000
vs+HT															
TK+PIA		1	1,000				51	31	0,220	5	8	1,000	5	9	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	10	9	1,000	651	585	0,001	106	120	1,000	71	64	1,000	67	69	1,000
TK		1	1,000	106	55	0,000	61	46	0,807	1	4	1,000		3	1,000
PIA	1	13	0,026	167	285	0,000	121	173	0,011	63	131	0,000	55	121	0,000
HT															
kein Fall	911	894	0,067				506	462	0,256	699	637	0,000	675	628	0,001
Gesamtergebnis	924	925	0,090	924	925	0,000	924	925	0,028	870	887	0,000	832	861	0,000

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

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



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

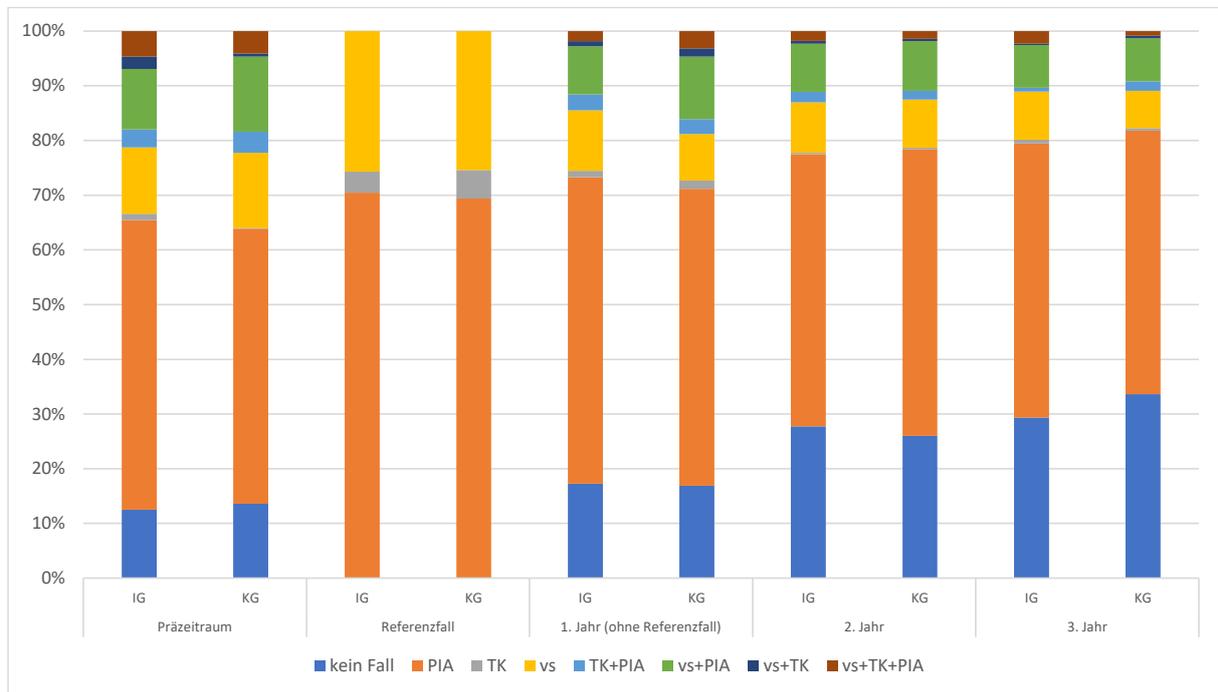
Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			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	35	30	1,000				14	23	1,000	13	10	1,000	16	6	0,549
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	17	4	0,093				7	11	1,000	4	3	1,000	2	3	1,000
vs+PIA	83	100	0,805				66	83	1,000	64	64	1,000	55	54	1,000
vs+HT															
TK+PIA	25	28	1,000				22	20	1,000	14	11	1,000	5	12	0,784
TK+HT															
HT+PIA															
vs	91	100	1,000	193	185	1,000	83	62	1,000	67	62	1,000	62	47	1,000
TK	9	1	0,210	29	38	1,000	9	11	1,000	2	2	1,000	5	3	1,000
PIA	398	366	1,000	530	505	1,000	421	395	1,000	362	369	1,000	353	331	1,000
HT															
kein Fall	94	99	1,000				130	123	1,000	202	183	1,000	207	231	0,784
Gesamtergebnis	752	728	0,093	752	728	1,000	752	728	1,000	728	704	1,000	705	687	0,784

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

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



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

9.2 Leistungserbringung

Beschreibung Ergebnisse (U1)

U1: Vgl. Tabelle 69 bis Tabelle 72 für die linikneuen Patienten und Tabelle 73 bis Tabelle 76 für die linikbekannten.

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.¹ Zusätzlich wurde 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.

¹ Durch eine Änderung des OPS-Kataloges ab dem Jahr 2016 konnten die Therapieeinheiten nicht analog der Vorjahre erfasst werden. An der Implementierung in die Auswertungsroutinen und der Überprüfung auf die inhaltliche Vergleichbarkeit der neuen OPS-Schlüssel wird gearbeitet. Die Darstellung erfolgt an dieser Stelle demzufolge nur bis einschließlich des zweiten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahres.

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		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	473	475	473	475	473	475	473	475	473	475	473	475	443	457	443	457	427	447	427	447	405	434	405	434
N mit Fall	9	7	-	2	337	289	44	24	103	114	84	60	55	50	11	10	55	45	10	14	36	35	12	5
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	-	0,0	3,1	1,6	2,2	0,5	1,2	1,3	3,0	1,3	0,7	0,6	0,5	0,1	0,7	0,4	0,2	0,2	0,4	0,3	0,4	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1	-	0,1	3,2	4,1	5,6	0,8	2,3	4,4	6,1	3,1	1,5	1,4	1,7	0,3	1,8	1,4	0,9	0,5	0,8	0,9	0,8	0,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,0	-	-	1,8	0,5	-	-	0,6	0,3	0,0	0,0	0,5	0,1	-	-	0,4	0,2	-	-	0,4	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1	-	-	0,6	1,4	-	-	0,3	1,1	-	0,0	0,4	0,3	-	-	0,4	0,5	-	-	0,5	0,5	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	-	0,1	-	0,1	-	0,1	-	0,9	0,1	0,4	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	-	-	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,1	-	0,2	-	0,1	-	0,1	-	0,8	0,1	0,3	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	-	-	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,1	-	-	-	-	-	-	0,3	0,1	-	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,1	-	-	-	-	-	-	0,3	0,1	-	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	0,2	0,5	-	0,4	8,8	7,9	7,9	1,4	5,1	9,1	9,3	5,2	3,4	2,5	2,3	0,6	3,3	2,7	1,2	0,8	2,2	1,7	1,2	0,4

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr				
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		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	473	475	473	475	473	475	473	475	473	475	473	475	443	457	443	457	427	447	427	447	405	434	405	434	
N mit Fall	9	7	-	2	337	289	44	24	103	114	84	60	55	50	11	10	55	45	10	14	36	35	12	5	
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,3	3,0	-	8,0	4,3	2,7	1	24,9,5	5,5	5,5	0	17,10,7	5,9	5,4	21,3	6,8	5,3	4,4	9,4	7,4	4,5	3,2	8	14,7,4	
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	3,4	5,1	-	13,0	4,5	6,7	4	60,16,5	10,8	18,5	1	34,24,8	11,8	12,7	69,7	2	13,9	13,9	37,6	4	15,9,0	10,8	25,4	23,3	
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	3,3	1,6	-	-	2,5	0,9	-	-	3,0	1,1	0,0	0,1	4,1	0,6	-	-	3,0	2,4	-	-	4,5	1,4	-	-	
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,7	5,0	-	-	0,9	2,4	-	-	1,6	4,7	-	0,1	2,9	2,4	-	-	3,1	4,7	-	-	5,9	5,9	-	-	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	2,0	-	32,5	-	0,2	-	1,4	-	3,7	0,5	2,8	1,3	1,1	0,6	4,3	0,1	0,5	2,0	1,9	0,3	-	-	2,2	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	8,6	-	41,5	-	0,2	-	1,2	-	3,5	0,5	2,5	1,6	0,9	0,6	3,6	0,1	0,9	1,1	1,2	0,7	-	-	3,2	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	5,3	-	-	-	-	-	-	1,2	0,5	-	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	3,7	-	-	-	-	-	-	1,2	0,6	-	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Gesamt	11,9	34,3	-	95,0	12,3	13,0	84,5	28,6	23,2	38,1	11	40,9	27,7	23,1	92,3	0	28,4	25,8	26,8	50,2	25,9	24,9	21,3	40,2	36,1

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	473	475	473	475	473	475	443	457	427	447	427	447
N mit Fall	3	12	92	162	115	153	54	94	49	87	44	63
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,3	0,2	0,5	1,1	2,0	0,7	1,4	0,8	1,3	0,8	1,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,3	0,1	0,7	0,7	2,0	0,6	1,3	0,5	1,1	0,4	0,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,2	0,0	0,5	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,2	0,0	0,5	0,0	0,4	0,1	0,3	0,0	0,3	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,6	0,3	1,2	1,9	4,0	1,3	2,8	1,3	2,3	1,2	1,9
Gesamt	0,0	0,6	0,5	1,2	2,4	4,0	1,7	2,8	1,7	2,4	1,5	1,9
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,318		0,000		0,000		0,000		0,000		0,000	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,015		0,000		0,000		0,005		0,043		0,133	

Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	473	475	473	475	473	475	443	457	427	447	427	447
N mit Fall	3	12	92	162	115	153	54	94	49	87	44	63
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,7	11,7	1,3	1,4	4,6	6,2	6,1	7,0	7,0	6,6	7,8	7,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,0	13,0	0,5	2,0	3,1	6,2	4,8	6,4	4,6	5,4	4,2	5,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,3	1,0	0,0	2,1	0,0	2,7	0,1	2,8	0,1	2,7	0,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,3	1,0	0,0	2,1	0,1	3,0	0,3	2,9	0,2	2,8	0,3
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	6,7	24,7	1,8	3,4	7,7	12,3	10,9	13,4	11,6	12,0	12,0	13,3
Gesamt	6,7	24,9	2,8	3,4	9,8	12,4	13,9	13,7	14,5	12,2	14,8	13,6
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,339		0,000		0,000		0,000		0,000		0,000	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,017		0,000		0,001		0,316		0,878		0,626	

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 73: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		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	692	670	692	670	692	670	692	670	692	670	692	670	670	649	670	649	651	634	651	634	630	617	630	617
N mit Fall	210	208	80	61	160	158	27	33	152	164	45	56	135	126	27	25	122	99	26	22	104	87	18	21
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,7	1,7	1,7	1,1	0,7	0,5	0,5	0,5	1,3	1,1	1,2	0,7	1,7	0,9	0,7	0,3	1,2	0,6	0,5	0,3	1,0	0,5	0,3	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	4,2	5,9	5,3	2,2	1,0	1,5	1,2	0,8	2,6	3,6	2,4	1,6	3,2	2,8	1,5	0,6	2,2	2,0	1,0	0,7	1,5	2,0	0,8	0,5
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,3	-	-	0,6	0,3	-	-	1,2	0,3	-	-	1,1	0,2	-	-	0,9	0,1	-	-	0,8	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,4	1,8	-	-	0,5	1,0	-	-	1,6	1,3	-	-	1,3	1,2	-	-	0,8	1,2	-	-	0,9	0,6	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	0,4	0,2	-	0,1	-	0,1	0,0	0,2	-	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,1	1,3	0,3	-	0,1	-	0,1	0,0	0,2	-	0,4	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,2	-	0,0	-	0,1	-	0,1	0,2	0,3	0,0	0,1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,2	-	0,0	-	0,2	-	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamt	8,4	10,3	8,7	3,8	2,7	3,9	1,8	1,7	7,1	7,3	3,6	3,0	7,5	5,2	2,2	1,1	5,1	4,1	1,6	1,1	4,4	3,4	1,2	0,9

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 Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr				
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		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	692	670	692	670	692	670	692	670	692	670	692	670	670	649	670	649	651	634	651	634	630	617	630	617	
N mit Fall	210	208	80	61	160	158	27	33	152	164	45	56	135	126	27	25	122	99	26	22	104	87	18	21	
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	5,6	5,6	15,1	10	2,8	2,1	0	9,9	5,9	4,4	4	8,1	8,4	4,6	7	7,7	6,5	4,1	2	7,9	5,9	3,8	9	6,0	
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	13,9	19,0	24,45	24,9	4,3	6,4	0	32,4	16,0	12,8	14,2	37,9	18,16	14,3	37,9	14,9	11,5	9,9	12,7	23,7	18,9	13,9	28,2	14,8	
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	2,1	1,0	-	-	2,7	1,1	-	-	5,4	1,4	-	-	5,5	1,1	-	-	4,6	0,8	-	-	5,0	1,6	-	-	
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	4,5	5,8	-	-	2,0	4,4	-	-	7,4	5,2	-	-	6,4	6,3	-	-	4,2	7,7	-	-	5,6	4,6	-	-	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,3	3,4	2,6	-	0,2	-	3,0	0,1	0,8	-	2,3	0,3	0,3	0,2	2,8	0,2	0,4	1,4	3,3	0,4	0,2	0,6	2,5	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,4	10,9	2,8	-	0,5	-	2,9	0,1	0,7	-	5,0	0,3	0,3	0,5	2,8	0,4	0,1	1,5	2,6	0,6	0,2	1,3	2,8	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,6	-	0,2	-	0,6	-	1,2	0,7	1,2	0,1	0,8	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	0,5	-	0,1	-	1,0	-	0,9	0,5	1,3	0,0	1,3	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Gesamt	27,8	33,3	75,2	42,2	11,8	16,4	0	46,4	34,1	32,9	29,7	55,5	36,5	37,4	26,9	8,8	54,27	28,5	26,9	38,9	32,7	26,8	24,2	41,0	26,1

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 75: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	692	670	692	670	692	670	670	649	651	634	651	634
N mit Fall	525	492	505	479	496	492	434	426	413	382	380	347
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	7,2	7,5	2,2	2,1	6,3	7,2	6,9	7,1	7,1	5,6	6,6	5,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,0	6,2	1,0	1,8	2,8	6,2	3,0	5,4	3,0	4,5	2,8	4,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,8	0,0	2,2	0,0	2,4	0,0	2,2	0,1	2,1	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	0,3	0,1	0,1	0,3	0,3	0,5	0,4	0,8	0,4	0,7	0,4
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	0,3	0,9	0,1	2,5	0,4	2,9	0,4	3,0	0,4	2,9	0,4
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	12,2	13,6	3,2	3,9	9,0	13,5	9,9	12,5	10,0	10,1	9,4	10,1
Gesamt	12,5	13,9	4,0	4,0	11,6	13,8	12,8	12,9	13,0	10,6	12,3	10,5
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,790		0,000		0,000		0,000		0,000		0,000	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,131		0,005		0,000		0,006		0,916		0,496	

Tabelle 76: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	692	670	692	670	692	670	670	649	651	634	651	634
N mit Fall	525	492	505	479	496	492	434	426	413	382	380	347
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	9,5	10,2	3,0	3,0	8,7	9,8	10,7	10,8	11,1	9,3	11,3	10,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	6,5	8,4	1,4	2,6	3,9	8,5	4,7	8,2	4,7	7,5	4,9	8,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,0	1,1	0,0	3,1	0,1	3,6	0,1	3,5	0,1	3,6	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,4	0,4	0,1	0,1	0,4	0,4	0,8	0,6	1,2	0,6	1,3	0,7
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,5	0,4	1,2	0,1	3,5	0,5	4,4	0,6	4,7	0,7	4,9	0,8
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	16,1	18,6	4,3	5,5	12,6	18,3	15,4	19,0	15,8	16,8	16,2	18,5
Gesamt	16,5	19,0	5,5	5,7	16,1	18,8	19,8	19,6	20,5	17,5	21,1	19,3
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,857		0,000		0,000		0,000		0,000		0,000	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,031		0,001		0,000		0,003		0,462		0,137	

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 linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen **direkten psychiatrischen Kosten** im Präzeitraum mit 679,63 € je Patient der IG und 800,47 € je Patient der KG in etwa auf gleich hohem Niveau (vgl. Tabelle 77, Tabelle 79 und Abbildung 42). Die Kosten des Präzeitraums setzten sich dabei hauptsächlich aus den Kosten der Psychopharmaversorgung (IG: 39 %; KG: 37 %), den Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 38 %; KG: 29 %) sowie den Kosten der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung (IG: 21 %; KG: 29 %) zusammen.

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die gesamten psychiatrischen Kosten je Patient sowohl in der IG als auch in der KG an: In der IG stiegen die Kosten auf 8.176,38 €, in der KG auf 7.051,04 € je Patient. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr war in der IG (im Vergleich zur KG) um 1.246,18 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 79). Im ersten Nachbeobachtungsjahr machten die Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung den Großteil der Kosten aus (IG: 68 %; KG: 75 %). Im ersten Nachbeobachtungsjahr machten die Kosten vollstationärer psychiatrischer Versorgung in der IG im Vergleich zur KG einen etwas geringeren Anteil an den Gesamtkosten aus (IG: 68 %; KG: 75 %). Dafür war der Anteil der Kosten teilstationärer Leistungen in der IG größer als in der KG (IG: 22 %; KG: 10 %).

Vom zweiten bis zum vierten individuellen Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen wieder deutlich unterhalb des Niveaus des ersten Nachbeobachtungsjahres. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 625,91 € signifikant stärker.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen Kosten im Präzeitraum mit 6.567,76 € je Patient der IG oberhalb der 5.117,15 € je Patient der KG (vgl. Tabelle 78 und Abbildung 43). Der Anteil vollstationärer psychiatrischer Versorgungskosten an den Gesamtkosten waren in beiden Gruppen in etwa gleich groß (IG: 59 %; KG: 60 %). Der Anteil teilstationärer psychiatrischer Kosten war in der IG höher als in der KG (IG: 18 %; KG: 8 %).

Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten der IG auf 6.183,00 €, während sie in der KG auf 6.170,20 € anstiegen. Entsprechend sanken die Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG (im Vergleich zur KG) um 1.437,81 € signifikant stärker. Vom Zweiten bis vierten Nachbeobachtungsjahr lagen die Kosten in beiden Gruppen deutlich unterhalb des jeweiligen Präzeitraums. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.060,41 € signifikant stärker.

U2:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die direkten psychiatrischen Versorgungskosten in beiden Gruppen, wobei sie in der IG von 672,99 € auf 9.192,44 € und in der KG von 753,60 € auf 7.645,81 € stiegen. Der Anstieg der Kosten je Patient der IG war somit um 1.627,24 € stärker (vgl. Tabelle 81 und Abbildung 44).

U3:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich für den Verlauf der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr ein vergleichbares Muster wie für U1 und U2 (vgl. Tabelle 82 und Abbildung 45). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 747,94 € signifikant stärker.

U4:

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein vergleichbares Bild zu U1 (vgl. Tabelle 84 und Abbildung 46).

Auch bei den linikbekannten Patienten war da Muster zu U1 vergleichbar (vgl. Tabelle 85 und Abbildung 47).

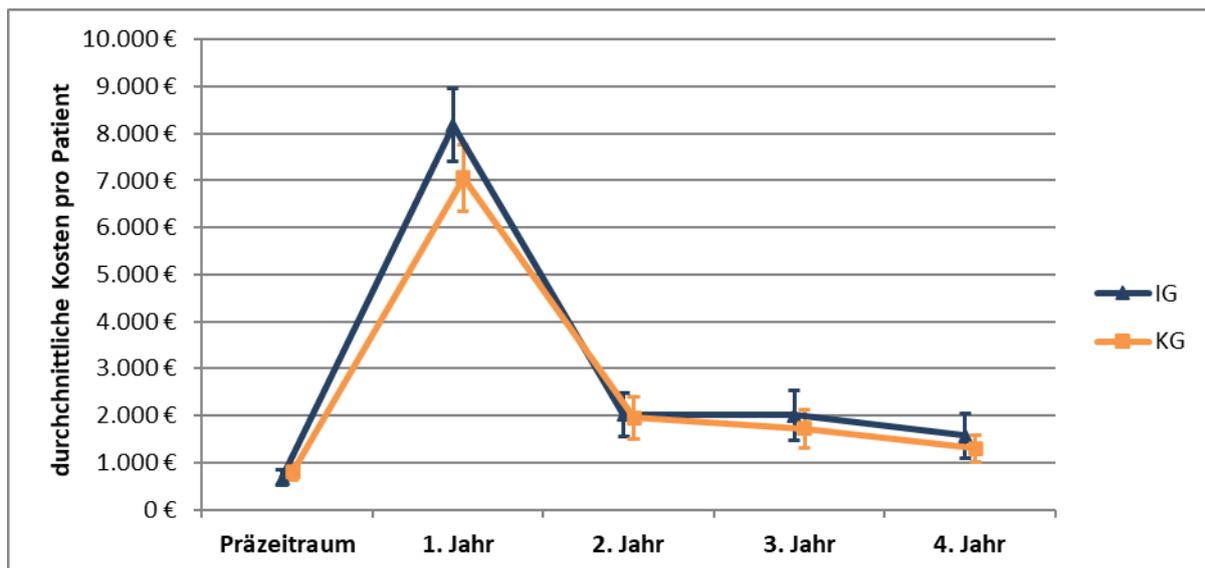
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
N mit Fall	404	473	378	354	305	427	475	395	379	329
durchschnittliche Kosten	679,63 €	8.176,38 €	2.015,68 €	2.001,43 €	1.577,80 €	800,47 €	7.051,04 €	1.951,11 €	1.716,39 €	1.296,61 €
Standardabweichung	1.861,49 €	8.697,62 €	4.989,00 €	5.578,89 €	4.886,01 €	1.905,53 €	7.962,04 €	4.982,39 €	4.392,94 €	3.118,22 €
Minimum	0,00 €	40,61 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,94 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	21,72 €	1.655,34 €	40,12 €	28,31 €	2,22 €	28,33 €	1.101,93 €	42,53 €	30,21 €	1,21 €
Median	131,98 €	5.625,33 €	359,77 €	317,93 €	167,50 €	127,11 €	4.775,27 €	336,55 €	253,15 €	137,18 €
75%-Perzentil	583,10 €	11.380,46 €	1.410,65 €	1.208,70 €	780,59 €	693,42 €	10.220,72 €	1.458,14 €	1.128,87 €	848,81 €
Maximum	25.676,13 €	67.548,90 €	47.481,09 €	70.287,49 €	44.935,91 €	21.018,72 €	58.661,47 €	51.763,18 €	48.440,33 €	21.763,14 €

Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
N mit Fall	682	692	652	632	590	662	670	621	592	577
durchschnittliche Kosten	6.567,76 €	6.183,00 €	4.228,60 €	3.851,75 €	3.604,82 €	5.117,15 €	6.170,20 €	3.509,43 €	3.537,26 €	3.087,24 €
Standardabweichung	10.486,21 €	10.084,99 €	8.711,72 €	7.398,85 €	8.201,74 €	7.422,78 €	7.947,87 €	5.483,42 €	6.913,07 €	5.980,16 €
Minimum	0,00 €	44,08 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	26,85 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	627,34 €	822,96 €	505,71 €	471,45 €	363,04 €	518,30 €	767,24 €	397,12 €	279,79 €	230,23 €
Median	2.001,44 €	2.193,00 €	1.309,88 €	1.165,40 €	921,81 €	2.001,96 €	2.835,60 €	1.206,88 €	941,99 €	771,45 €
75%-Perzentil	7.914,32 €	7.014,27 €	3.328,43 €	3.074,18 €	2.370,53 €	6.657,15 €	8.515,59 €	4.285,12 €	3.042,62 €	2.464,16 €
Maximum	86.445,25 €	92.947,62 €	69.015,75 €	68.228,62 €	79.298,34 €	63.297,26 €	60.338,07 €	33.887,81 €	52.707,68 €	43.343,52 €

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

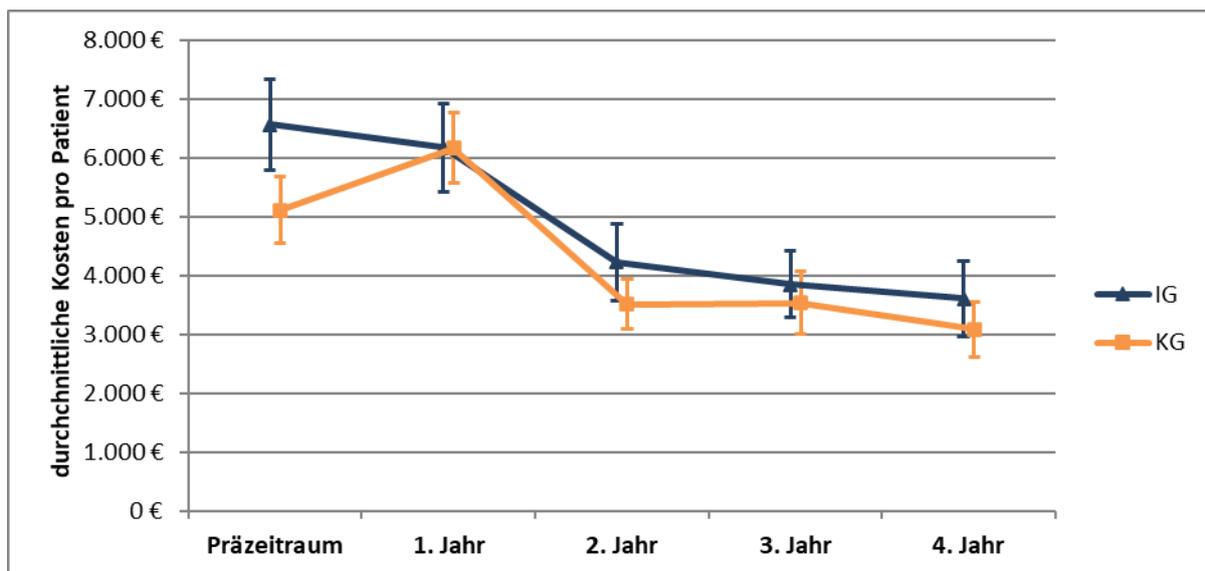


Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	800,47 €	0,000	800,47 €	0,000	-118,22 €	0,730
IG (vs. KG)	-120,84 €	0,323	-120,84 €	0,324	-14,92 €	0,904
Post (vs. Prä)	2.272,26 €	0,000				
IG x Post (DiD)	625,91 €	0,012				
1. Jahr (vs. Prä)			6.250,58 €	0,000	6.522,99 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.150,65 €	0,000	1.406,02 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			915,93 €	0,000	1.189,82 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			496,14 €	0,001	778,29 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			1.246,18 €	0,018	1.164,04 €	0,028
IG x Jahr 2 (DiD)			185,41 €	0,557	86,23 €	0,785
IG x Jahr 3 (DiD)			405,87 €	0,221	282,89 €	0,384
IG x Jahr 4 (DiD)			402,03 €	0,165	260,07 €	0,359
Alter (30-47 J. vs. U30)					298,29 €	0,348
Alter (48-64 J. vs. U30)					198,23 €	0,488
Alter (Ü64 vs. U30)					377,42 €	0,309
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					218,96 €	0,274
F 00 (Demenz)					-87,46 €	0,928
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-752,34 €	0,251
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					691,67 €	0,300
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1.021,55 €	0,045
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					888,94 €	0,383
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-364,39 €	0,180
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					4.867,01 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.036,70 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-160,80 €	0,552
F 45 (Somatoforme Störungen)					-952,49 €	0,000
F 40-48 (ohne F43 und F45)					185,57 €	0,622
F 50 (Essstörungen)					-1.156,94 €	0,204
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-493,20 €	0,470
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.937,45 €	0,014
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-253,23 €	0,493
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-788,86 €	0,009
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.927,32 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.843,72 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.244,91 €	0,135
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-57,00 €	0,676
R ²		0,033		0,187		0,264

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

Tabelle 80: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	5.117,15 €	0,000	5.117,15 €	0,000	-477,48 €	0,624
IG (vs. KG)	1.450,61 €	0,003	1.450,61 €	0,003	1.277,95 €	0,001
Post (vs. Prä)	-1.008,55 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-1.060,41 €	0,022				
1. Jahr (vs. Prä)			1.053,06 €	0,002	6.492,28 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-1.607,72 €	0,000	3.812,62 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-1.579,89 €	0,000	3.820,06 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-2.029,91 €	0,000	3.363,63 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.437,81 €	0,008	-1.334,04 €	0,010
IG x Jahr 2 (DiD)			-731,43 €	0,179	-634,31 €	0,188
IG x Jahr 3 (DiD)			-1.136,12 €	0,036	-1.019,96 €	0,034
IG x Jahr 4 (DiD)			-933,03 €	0,085	-826,80 €	0,087
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1.045,74 €	0,090
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.196,59 €	0,044
Alter (Ü64 vs. U30)					-1.241,90 €	0,042
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-237,41 €	0,444
F 00 (Demenz)					-53,30 €	0,928
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-526,09 €	0,710
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					4.821,17 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-342,24 €	0,698
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					2.198,23 €	0,066
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					254,14 €	0,497
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					3.539,12 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.086,38 €	0,002
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-703,42 €	0,018
F 45 (Somatoforme Störungen)					536,77 €	0,221
F 40-48 (ohne F43 und F45)					108,07 €	0,825
F 50 (Essstörungen)					2.438,43 €	0,414
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					4.098,21 €	0,000
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-469,58 €	0,350
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-3.165,83 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-2.042,73 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.928,17 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.458,85 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.553,02 €	0,002
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					117,33 €	0,860
R ²		0,008		0,023		0,184

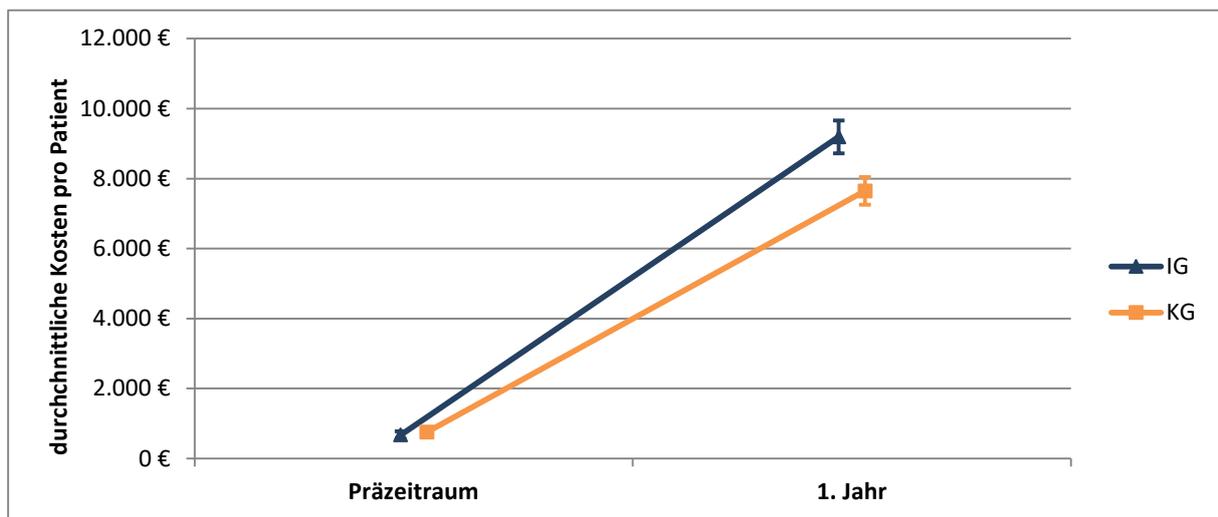
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.761	1.761	1.761	1.761
N mit Fall	1.502	1.761	1.585	1.761
durchschnittliche Kosten	672,99 €	9.192,44 €	753,60 €	7.645,81 €
Standardabweichung	2.182,40 €	10.082,90 €	2.090,03 €	8.470,87 €
Minimum	0,00 €	19,26 €	0,00 €	20,54 €
25%-Perzentil	23,68 €	1.931,56 €	35,38 €	1.388,29 €
Median	134,56 €	6.449,63 €	148,47 €	5.180,56 €
75%-Perzentil	530,76 €	12.617,25 €	673,19 €	10.869,40 €
Maximum	59.510,29 €	82.990,51 €	40.720,52 €	80.156,67 €

Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinische 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) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
N mit Fall	1.158	1.359	1.077	1.220	1.359	1.102
durchschnittliche Kosten	670,38 €	9.029,12 €	1.958,08 €	763,74 €	7.629,51 €	2.113,79 €
Standardabweichung	2.251,43 €	9.785,60 €	5.914,69 €	1.986,00 €	8.688,29 €	5.400,40 €
Minimum	0,00 €	19,26 €	0,00 €	0,00 €	20,54 €	0,00 €
25%-Perzentil	23,90 €	1.998,76 €	29,79 €	33,66 €	1.346,91 €	34,67 €
Median	140,02 €	6.287,13 €	293,67 €	147,96 €	5.123,88 €	338,46 €
75%-Perzentil	552,88 €	12.530,42 €	1.211,33 €	685,86 €	10.844,44 €	1.423,10 €
Maximum	59.510,29 €	82.990,51 €	123.996,30 €	40.720,52 €	80.156,67 €	62.735,88 €

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

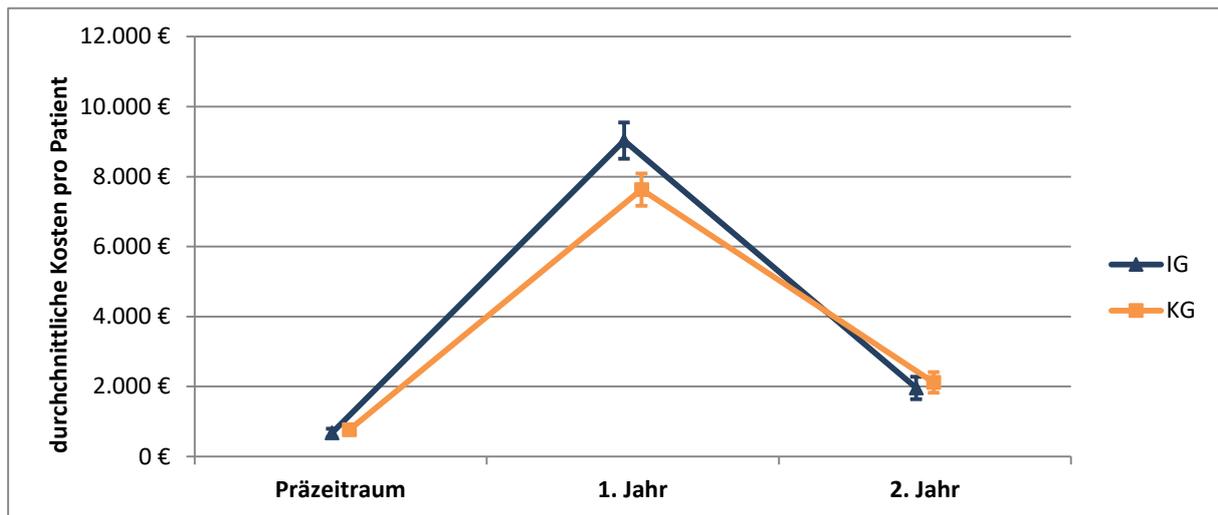


Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	763,74 €	0,000	763,74 €	0,000	-688,71 €	0,016
IG (vs. KG)	-93,36 €	0,252	-93,36 €	0,252	69,47 €	0,460
Post (vs. Prä)	4.179,74 €	0,000				
IG x Post (DiD)	747,94 €	0,002				
1. Jahr (vs. Prä)			6.865,77 €	0,000	7.096,08 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.350,05 €	0,000	1.540,87 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			1.492,97 €	0,000	1.318,41 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-62,35 €	0,779	-229,97 €	0,307
Alter (30-47 J. vs. U30)					455,57 €	0,065
Alter (48-64 J. vs. U30)					527,64 €	0,017
Alter (Ü64 vs. U30)					139,95 €	0,595
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					332,70 €	0,046
F 00 (Demenz)					511,44 €	0,263
F 01 (Vaskuläre Demenz)					19,69 €	0,961
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.041,22 €	0,438
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-852,37 €	0,015
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.792,88 €	0,093
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-509,07 €	0,034
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					4.887,92 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.886,80 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					170,63 €	0,456
F 45 (Somatoforme Störungen)					-685,72 €	0,001
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1.110,27 €	0,025
F 50 (Essstörungen)					-141,62 €	0,877
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.515,75 €	0,035
F 70-79 (Intelligenzstörung)					926,34 €	0,107
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-735,08 €	0,024
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-1.165,37 €	0,003
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.274,23 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.318,54 €	0,006
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.844,99 €	0,022
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-191,85 €	0,073
R ²		0,090		0,217		0,282

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

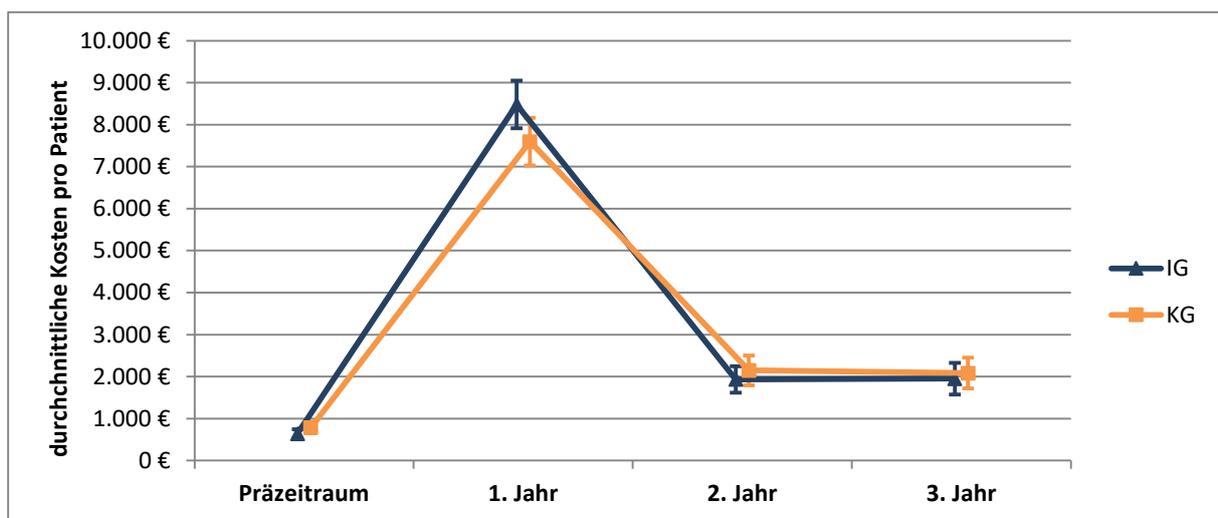
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	924	924	870	832	925	925	887	861
N mit Fall	792	924	746	678	833	925	776	720
durchschnittliche Kosten	640,25 €	8.480,62 €	1.932,91 €	1.951,11 €	783,48 €	7.596,48 €	2.149,30 €	2.083,97 €
Standardabweichung	1.664,26 €	8.791,75 €	4.743,25 €	5.540,64 €	2.133,83 €	8.815,20 €	5.414,03 €	5.440,63 €
Minimum	0,00 €	19,26 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	20,54 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	22,72 €	2.003,18 €	38,28 €	18,44 €	32,52 €	1.188,92 €	44,44 €	21,73 €
Median	129,07 €	5.899,00 €	346,63 €	269,26 €	150,10 €	5.157,91 €	369,39 €	232,41 €
75%-Perzentil	543,09 €	12.039,72 €	1.322,69 €	1.010,31 €	701,19 €	10.806,86 €	1.527,60 €	1.120,34 €
Maximum	25.676,13 €	67.548,90 €	47.481,09 €	70.287,49 €	40.720,52 €	80.156,67 €	54.058,60 €	58.716,73 €

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

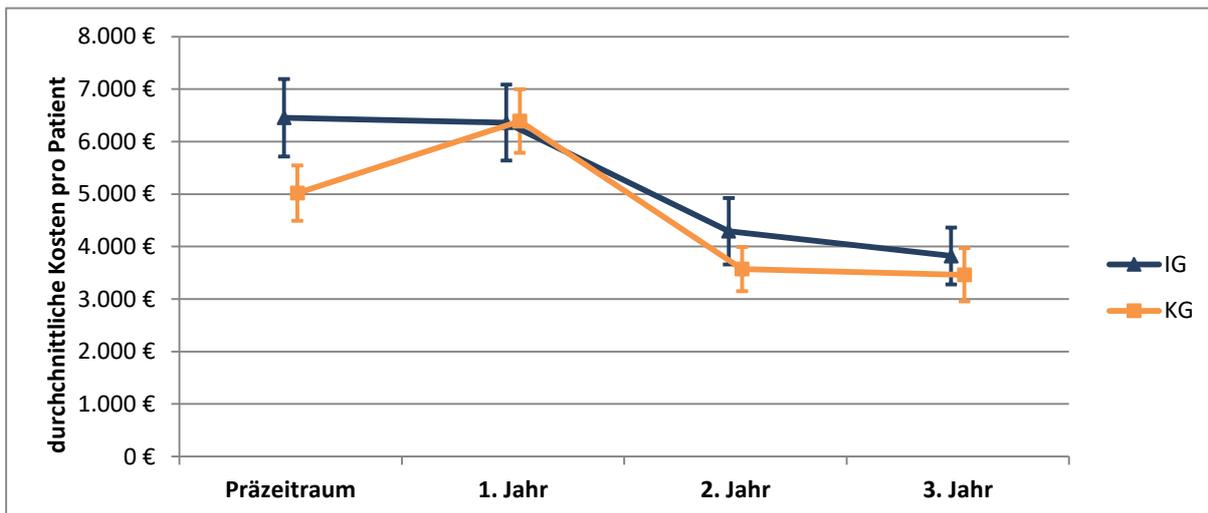


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	752	752	728	705	728	728	704	687
N mit Fall	739	752	704	680	720	728	675	641
durchschnittliche Kosten	6.455,33 €	6.362,73 €	4.293,88 €	3.821,32 €	5.019,93 €	6.390,41 €	3.572,24 €	3.461,41 €
Standardabweichung	10.349,89 €	10.106,03 €	8.688,83 €	7.331,47 €	7.270,46 €	8.348,80 €	5.730,24 €	6.785,78 €
Minimum	0,00 €	44,08 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	26,85 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	589,71 €	845,02 €	485,52 €	435,82 €	508,97 €	806,22 €	398,15 €	285,35 €
Median	1.943,24 €	2.339,84 €	1.289,10 €	1.148,93 €	1.980,57 €	2.982,76 €	1.205,98 €	939,05 €
75%-Perzentil	7.799,13 €	7.434,05 €	3.479,37 €	3.136,29 €	6.605,12 €	9.009,40 €	4.124,34 €	2.909,45 €
Maximum	86.445,25 €	92.947,62 €	69.015,75 €	68.228,62 €	63.297,26 €	67.061,06 €	37.056,74 €	52.707,68 €

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 255,77 € auf einem ähnlich hohen Niveau wie jene der KG mit 230,69 € (vgl. Tabelle 86, Tabelle 88 und Abbildung 48). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen deutlich an: In der IG auf 5.553,53 € und in der KG auf 5.270,25 €. Im zweiten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr lagen die Kosten in beiden Gruppen deutlich unterhalb der Kosten des ersten Jahres. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 316,54 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 88).

Bei den linikbekannten Patienten hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlich 3.881,54 € höhere Kosten als die KG mit 3.048,73 € (vgl. Tabelle 87, Tabelle 89 und Abbildung 49). Im ersten Nachbeobachtungsjahr blieben die Kosten in der IG konstant (4.014,64 €), in der KG stiegen sie auf 3.365,84 €. Vom zweiten bis zum vierten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen unterhalb des Niveaus des Präzeitraums. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 312,58 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 89).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum Kosten in Höhe von 233,38 € und die KG in Höhe von 270,57 € auf (vgl. Tabelle 90 und Abbildung 50). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr deutlich an: In der IG auf 6.106,16 € und in der KG auf 5.590,81 €. Dementsprechend fiel der Anstieg in der IG im Vergleich zur KG um 552,54 € stärker aus.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich wiederum ein zu U1 vergleichbares Bild (vgl. Tabelle 91, Tabelle 92 und Abbildung 51). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 197,81 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 92).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zu U1 vergleichbares Muster (vgl. Tabelle 93 und Abbildung 52).

Gleiches gilt für die linikbekannten Patienten. (vgl. Tabelle 94 und Abbildung 53).

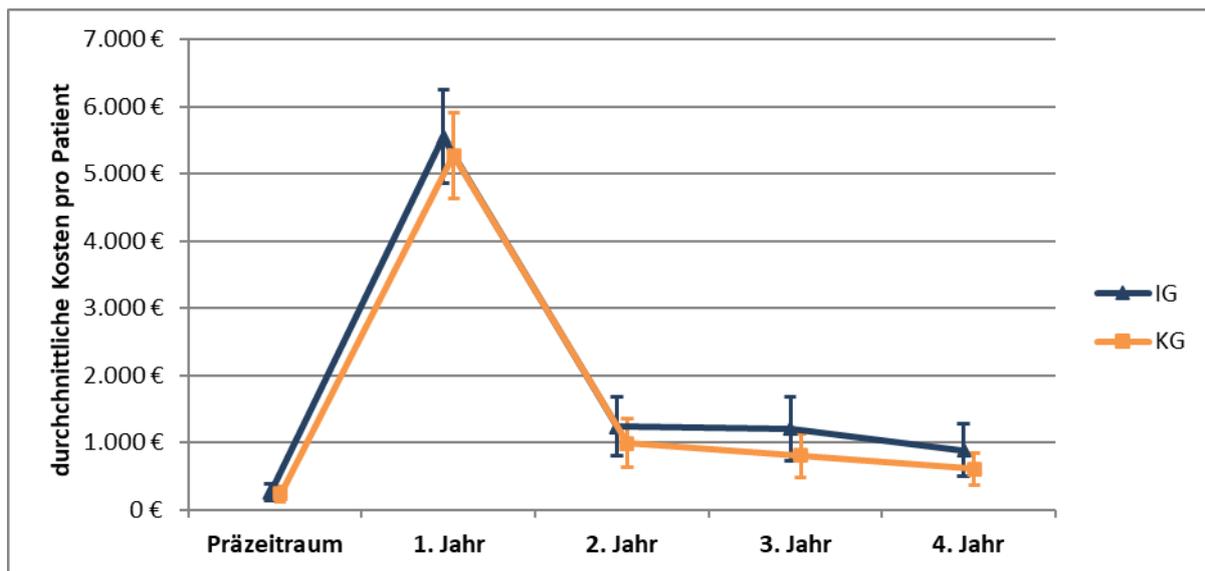
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
N mit Fall	36	353	60	59	39	37	332	53	48	38
durchschnittliche Kosten	255,77 €	5.553,53 €	1.238,28 €	1.201,26 €	884,67 €	230,69 €	5.270,24 €	988,98 €	806,31 €	603,60 €
Standardabweichung	1.447,12 €	7.690,82 €	4.700,62 €	4.967,09 €	4.021,46 €	1.271,14 €	7.181,64 €	3.968,70 €	3.470,78 €	2.470,09 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	2.859,86 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.389,33 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	7.648,26 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8.116,94 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	20.534,22 €	65.844,08 €	46.619,44 €	69.061,62 €	38.026,91 €	19.557,63 €	56.240,16 €	37.841,59 €	43.126,36 €	17.668,94 €

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
N mit Fall	215	229	137	124	107	215	242	131	107	88
durchschnittliche Kosten	3.881,54 €	4.014,64 €	2.498,77 €	2.212,48 €	2.141,78 €	3.048,73 €	3.635,84 €	1.733,34 €	1.892,26 €	1.530,44 €
Standardabweichung	8.979,85 €	9.521,59 €	8.055,53 €	6.576,72 €	7.487,35 €	6.592,35 €	7.006,34 €	4.596,56 €	6.023,75 €	5.111,82 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	3.420,51 €	3.400,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.328,02 €	4.989,58 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	86.158,32 €	92.525,10 €	64.895,63 €	60.593,41 €	69.593,76 €	63.269,30 €	58.358,80 €	27.220,68 €	51.989,54 €	41.609,62 €

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

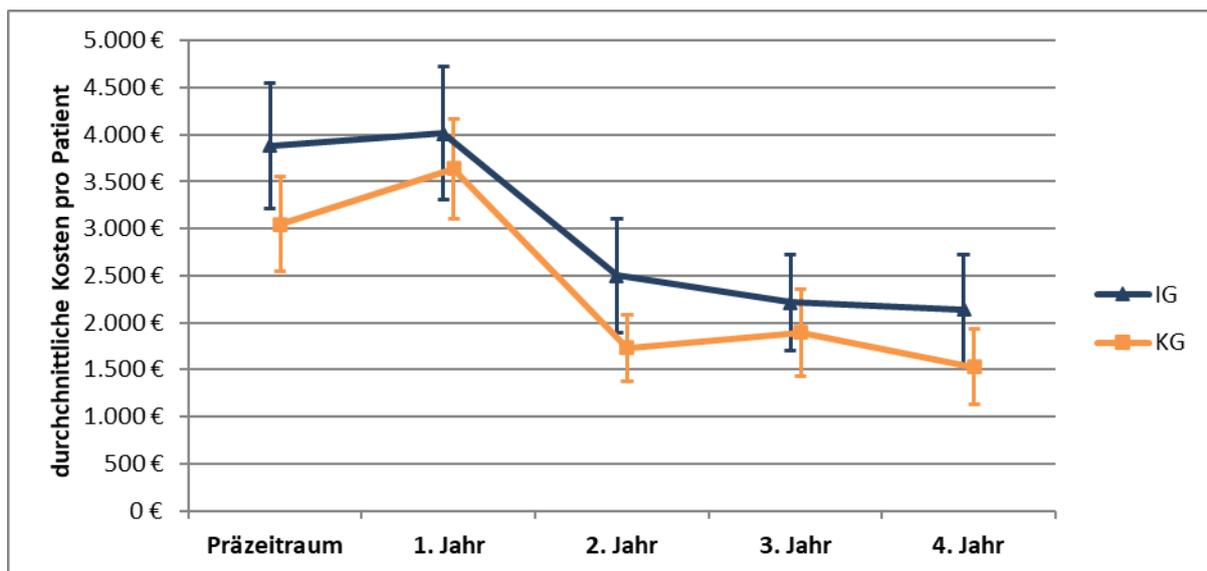


Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	230,69 €	0,000	230,69 €	0,000	-560,57 €	0,031
IG (vs. KG)	25,08 €	0,777	25,08 €	0,777	61,87 €	0,526
Post (vs. Prä)	1.742,67 €	0,000				
IG x Post (DiD)	316,54 €	0,157				
1. Jahr (vs. Prä)			5.039,55 €	0,000	5.119,18 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			758,29 €	0,000	833,45 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			575,62 €	0,001	667,18 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			372,90 €	0,005	473,76 €	0,002
IG x Jahr 1 (DiD)			258,21 €	0,593	240,39 €	0,623
IG x Jahr 2 (DiD)			224,22 €	0,430	199,54 €	0,483
IG x Jahr 3 (DiD)			369,87 €	0,221	334,88 €	0,260
IG x Jahr 4 (DiD)			255,99 €	0,308	218,84 €	0,373
Alter (30-47 J. vs. U30)					208,33 €	0,382
Alter (48-64 J. vs. U30)					279,39 €	0,191
Alter (Ü64 vs. U30)					941,33 €	0,002
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					43,80 €	0,790
F 00 (Demenz)					-721,91 €	0,207
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-828,33 €	0,140
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					664,13 €	0,334
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1.027,06 €	0,020
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.039,09 €	0,219
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					343,83 €	0,126
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					3.118,05 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					693,12 €	0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-340,55 €	0,127
F 45 (Somatoforme Störungen)					-583,27 €	0,003
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-78,26 €	0,811
F 50 (Essstörungen)					-1.378,95 €	0,002
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-711,16 €	0,055
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.182,75 €	0,063
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-55,97 €	0,852
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-271,82 €	0,263
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.000,21 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.219,85 €	0,200
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					706,37 €	0,645
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-208,47 €	0,050
R ²		0,025		0,148		0,196

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	3.048,73 €	0,000	3.048,73 €	0,000	-977,34 €	0,245
IG (vs. KG)	832,82 €	0,051	832,82 €	0,051	865,43 €	0,010
Post (vs. Prä)	-828,91 €	0,001				
IG x Post (DiD)	-312,58 €	0,450				
1. Jahr (vs. Prä)			587,11 €	0,071	4.838,95 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-1.315,39 €	0,000	2.933,20 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-1.156,47 €	0,000	3.090,96 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-1.518,29 €	0,000	2.730,52 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-454,02 €	0,355	-547,58 €	0,265
IG x Jahr 2 (DiD)			-67,39 €	0,891	-171,36 €	0,709
IG x Jahr 3 (DiD)			-512,60 €	0,296	-609,79 €	0,179
IG x Jahr 4 (DiD)			-221,48 €	0,653	-318,16 €	0,489
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1.117,21 €	0,034
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.114,75 €	0,030
Alter (Ü64 vs. U30)					-837,76 €	0,115
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-183,39 €	0,498
F 00 (Demenz)					-524,41 €	0,319
F 01 (Vaskuläre Demenz)					56,38 €	0,964
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					211,55 €	0,714
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-569,97 €	0,411
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.772,77 €	0,137
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					943,66 €	0,005
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					1.790,52 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					665,22 €	0,028
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-814,47 €	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					602,48 €	0,132
F 40-48 (ohne F43 und F45)					182,09 €	0,670
F 50 (Essstörungen)					2.245,36 €	0,409
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					3.190,59 €	0,002
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-330,20 €	0,418
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.977,33 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-1.814,11 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.026,98 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-234,86 €	0,679
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.427,42 €	0,002
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-354,24 €	0,577
R ²		0,005		0,015		0,144

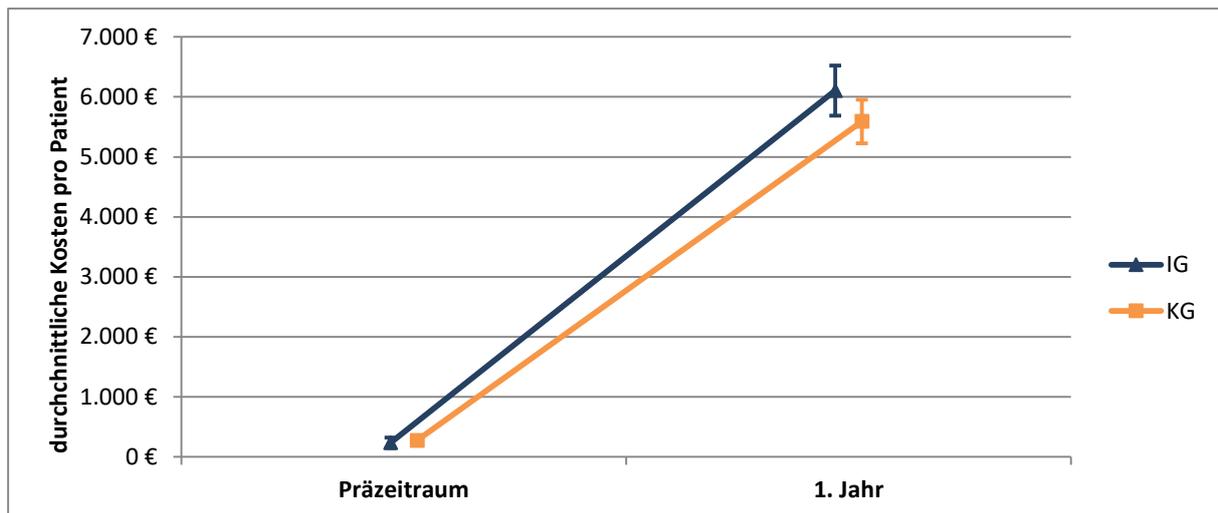
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.761	1.761	1.761	1.761
N mit Fall	101	1.291	137	1.220
durchschnittliche Kosten	233,38 €	6.106,16 €	270,57 €	5.590,81 €
Standardabweichung	1.856,27 €	8.962,99 €	1.652,74 €	7.803,94 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	3.011,35 €	0,00 €	3.449,85 €
75%-Perzentil	0,00 €	8.026,45 €	0,00 €	8.197,14 €
Maximum	58.043,89 €	76.753,93 €	37.251,34 €	79.821,90 €

Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
N mit Fall	80	1.000	161	110	948	167
durchschnittliche Kosten	222,75 €	5.965,28 €	1.167,19 €	270,43 €	5.732,34 €	1.121,54 €
Standardabweichung	1.940,28 €	8.655,60 €	5.252,35 €	1.484,82 €	8.041,15 €	4.424,83 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	2.984,09 €	0,00 €	0,00 €	3.576,79 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	7.837,15 €	0,00 €	0,00 €	8.405,55 €	0,00 €
Maximum	58.043,89 €	66.020,25 €	115.635,00 €	32.271,28 €	79.821,90 €	53.674,56 €

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

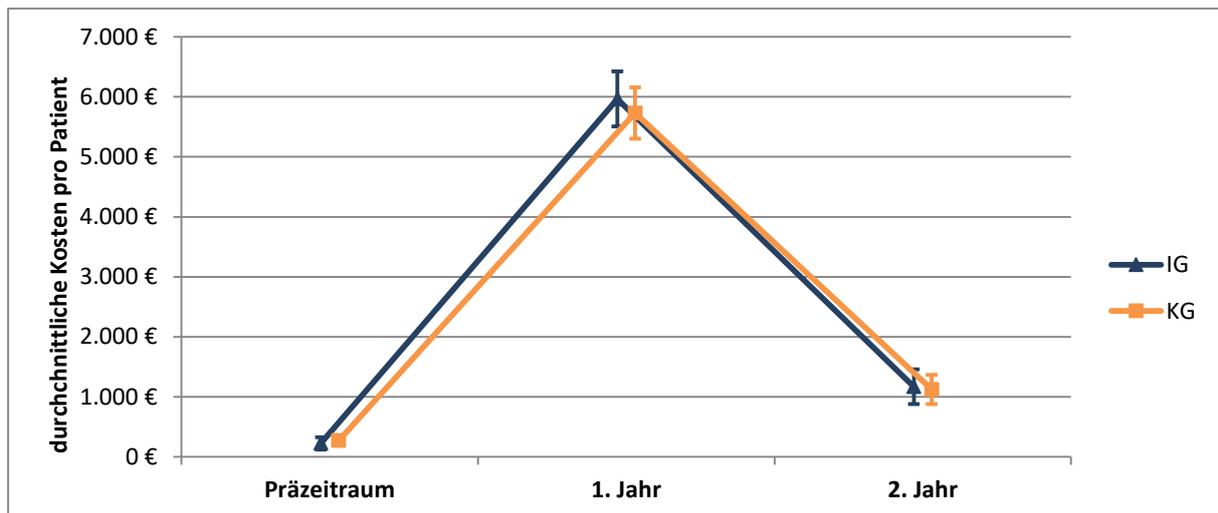


Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	270,43 €	0,000	270,43 €	0,000	-956,23 €	0,000
IG (vs. KG)	-47,68 €	0,472	-47,68 €	0,472	62,94 €	0,448
Post (vs. Prä)	3.216,56 €	0,000				
IG x Post (DiD)	197,81 €	0,364				
1. Jahr (vs. Prä)			5.461,91 €	0,000	5.564,86 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			851,11 €	0,000	954,44 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			280,62 €	0,382	153,38 €	0,636
IG x Jahr 2 (DiD)			93,33 €	0,631	-30,49 €	0,877
Alter (30-47 J. vs. U30)					231,05 €	0,262
Alter (48-64 J. vs. U30)					541,43 €	0,003
Alter (Ü64 vs. U30)					1.062,35 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					140,62 €	0,339
F 00 (Demenz)					328,77 €	0,441
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-77,71 €	0,837
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					938,68 €	0,317
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-875,52 €	0,007
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.818,14 €	0,059
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					273,93 €	0,200
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					3.633,50 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.164,11 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-385,21 €	0,045
F 45 (Somatoforme Störungen)					-573,90 €	0,002
F 40-48 (ohne F43 und F45)					746,78 €	0,085
F 50 (Essstörungen)					-960,20 €	0,098
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					917,04 €	0,164
F 70-79 (Intelligenzstörung)					664,17 €	0,180
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.383,50 €	0,127
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-448,21 €	0,172
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.214,10 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.462,28 €	0,182
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.595,16 €	0,092
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-277,82 €	0,001
R ²		0,064		0,160		0,208

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

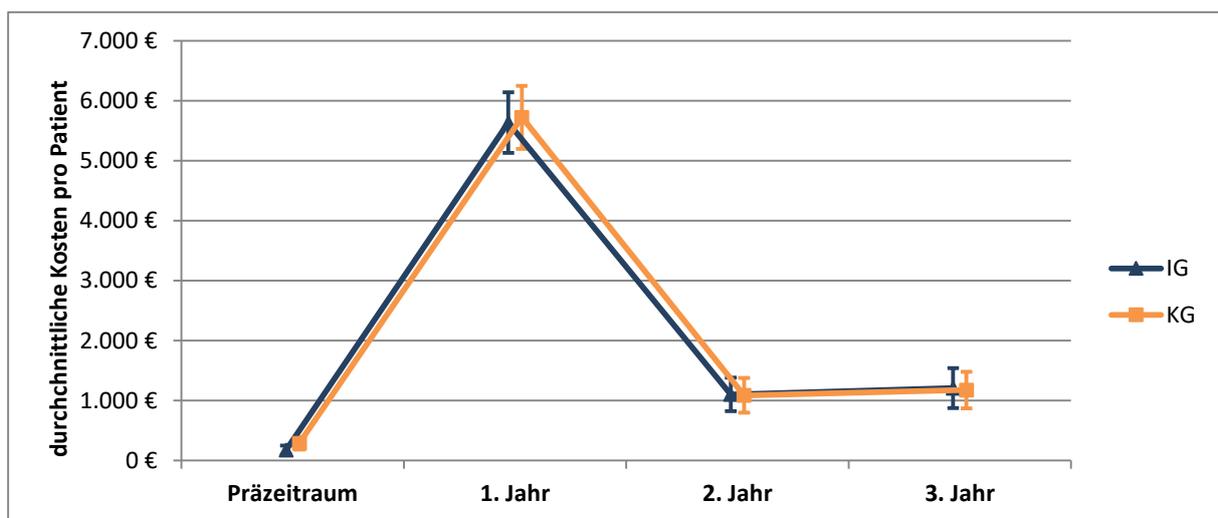
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	924	924	870	832	925	925	887	861
N mit Fall	51	692	110	104	78	649	112	105
durchschnittliche Kosten	173,88 €	5.634,07 €	1.102,17 €	1.207,38 €	288,93 €	5.723,37 €	1.086,42 €	1.175,08 €
Standardabweichung	1.153,06 €	7.834,51 €	4.191,60 €	4.915,17 €	1.637,78 €	8.145,83 €	4.399,22 €	4.563,62 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	2.996,34 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.599,35 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	7.514,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8.543,30 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	20.534,22 €	65.844,08 €	46.619,44 €	69.061,62 €	32.271,28 €	79.821,90 €	53.019,68 €	57.482,81 €

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

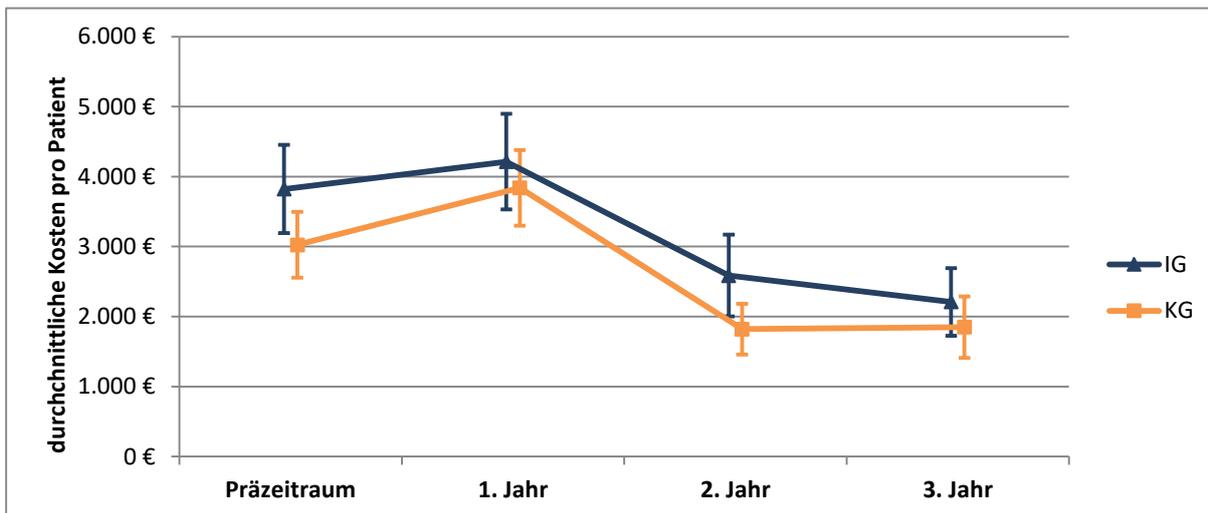


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	752	752	728	705	728	728	704	687
N mit Fall	232	269	150	137	240	274	144	118
durchschnittliche Kosten	3.823,12 €	4.214,11 €	2.586,03 €	2.210,42 €	3.025,21 €	3.839,62 €	1.821,22 €	1.848,84 €
Standardabweichung	8.841,76 €	9.563,73 €	8.051,43 €	6.543,62 €	6.473,90 €	7.432,69 €	4.896,09 €	5.868,91 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	3.399,58 €	4.255,52 €	0,00 €	0,00 €	3.611,46 €	5.335,17 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	86.158,32 €	92.525,10 €	64.895,63 €	60.593,41 €	63.269,30 €	65.536,90 €	36.314,57 €	51.989,54 €

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)

Da stationersetzende psychiatrische Leistungen nicht in Anspruch genommen wurden, entfallen die entsprechenden Tabellen und Abbildungen.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

Entfällt.

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

Entfällt.

Klinikbekannte Patienten

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

Entfällt.

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

Entfällt.

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

Entfällt.

Tabelle 98: Inferenzstatistik, Kosten stationsersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

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

Entfällt.

Abbildung 56: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

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

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

Entfällt.

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

Entfällt.

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

Entfällt.

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

Klinikneue Patienten

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

Entfällt.

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

Entfällt.

Klinikbekannte Patienten

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

Entfällt.

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

Entfällt.

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 waren die **Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung** der IG und KG im Präzeitraum auf einem vergleichbar niedrigen Niveau (IG: 0 €; KG: 26,74 €; vgl. Tabelle 104, Tabelle 106 und Abbildung 60). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 1.822,07 € und in der KG auf 766,33 €. Vom zweiten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen wieder auf ein Niveau oberhalb des Präzeitraums. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 347,89 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 106).

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im Präzeitraum mit 1.181,78 € sehr viel höhere Kosten als die KG mit 395,98 € auf (vgl. Tabelle 105, Tabelle 107 und Abbildung 61). In der IG sanken die Kosten zum ersten Nachbeobachtungsjahr deutlich, während sie in der KG leicht anstiegen. Vom zweiten bis zum vierten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 731,11 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 107).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum keine Kosten auf, während die durchschnittlichen Kosten der KG 23,41 € betragen (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 62). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in der IG auf durchschnittlich 2.309,47 € und in der KG auf 1.159,87 €. Entsprechend fiel der Anstieg in der IG (relativ zur KG) um 1.173,01 € stärker aus.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein erneut zu U1 vergleichbares Bild (vgl. Tabelle 109, Tabelle 110 und Abbildung 63). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 656,19 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 110).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ebenfalls ein zu U1 vergleichbares Bild (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 64).

Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ebenfalls ein zu U1 vergleichbare Bild (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 65).

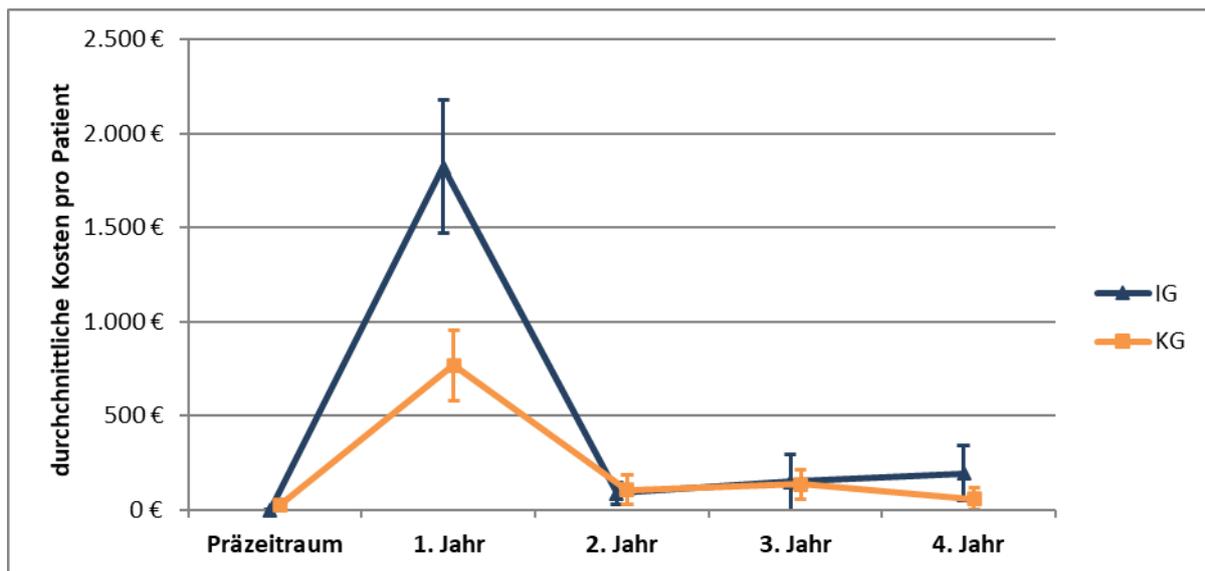
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
N mit Fall	<10	124	11	11	11	<10	78	10	14	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	1.822,07 €	85,74 €	147,28 €	192,20 €	26,74 €	766,33 €	104,56 €	134,44 €	57,85 €
Standardabweichung	0,00 €	3.933,49 €	612,05 €	1.696,81 €	1.505,88 €	443,83 €	2.091,55 €	868,21 €	859,28 €	634,16 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	391,78 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	32.163,21 €	7.017,87 €	32.978,71 €	18.032,27 €	8.906,19 €	11.529,70 €	11.401,46 €	9.145,40 €	9.641,91 €

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
N mit Fall	80	69	27	26	18	61	81	25	22	21
durchschnittliche Kosten	1.181,78 €	548,96 €	238,00 €	230,91 €	174,73 €	395,98 €	497,91 €	159,85 €	172,12 €	146,90 €
Standardabweichung	4.134,56 €	2.117,10 €	1.478,90 €	1.512,32 €	1.327,64 €	1.521,28 €	1.568,70 €	971,70 €	1.050,67 €	957,14 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	31.202,98 €	16.551,17 €	16.947,05 €	16.561,96 €	15.813,66 €	14.768,00 €	11.926,26 €	12.598,61 €	9.120,10 €	13.276,39 €

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

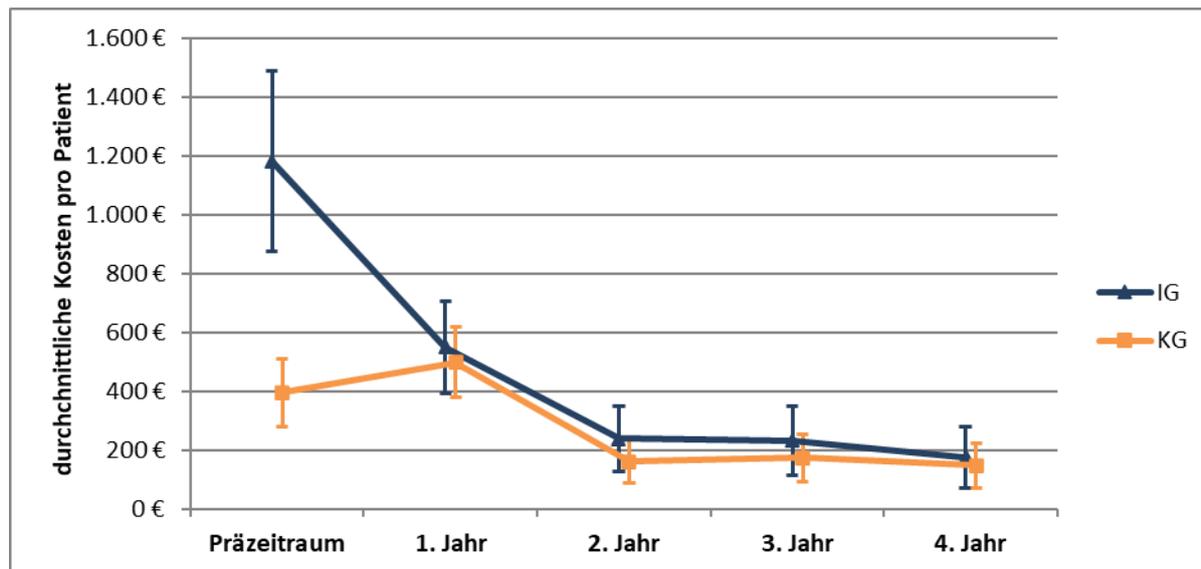


Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	26,74 €	0,189	26,74 €	0,189	202,24 €	0,081
IG (vs. KG)	-26,74 €	0,189	-26,74 €	0,189	-14,00 €	0,539
Post (vs. Prä)	247,39 €	0,000				
IG x Post (DiD)	347,89 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			739,59 €	0,000	646,01 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			77,83 €	0,088	-27,31 €	0,584
3. Jahr (vs. Prä)			107,70 €	0,018	-2,03 €	0,968
4. Jahr (vs. Prä)			31,12 €	0,397	-87,22 €	0,033
IG x Jahr 1 (DiD)			1.082,48 €	0,000	1.068,34 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			7,92 €	0,884	-16,95 €	0,735
IG x Jahr 3 (DiD)			39,58 €	0,674	8,06 €	0,931
IG x Jahr 4 (DiD)			161,08 €	0,053	123,77 €	0,127
Alter (30-47 J. vs. U30)					83,30 €	0,366
Alter (48-64 J. vs. U30)					-176,13 €	0,020
Alter (Ü64 vs. U30)					-574,10 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					77,98 €	0,168
F 00 (Demenz)					127,97 €	0,204
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-56,33 €	0,427
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					48,12 €	0,700
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-20,06 €	0,776
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-67,05 €	0,638
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-215,13 €	0,013
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					129,95 €	0,451
F 30-39 (Affektive Störungen)					312,60 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					170,10 €	0,103
F 45 (Somatoforme Störungen)					-29,79 €	0,708
F 40-48 (ohne F43 und F45)					332,62 €	0,060
F 50 (Essstörungen)					509,82 €	0,400
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					193,28 €	0,443
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-215,86 €	0,166
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					16,78 €	0,920
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-352,03 €	0,033
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					34,42 €	0,474
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.369,69 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-330,53 €	0,074
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-131,95 €	0,000
R ²		0,016		0,097		0,137

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	395,98 €	0,000	395,98 €	0,000	241,58 €	0,187
IG (vs. KG)	785,80 €	0,000	785,80 €	0,000	649,88 €	0,000
Post (vs. Prä)	-148,08 €	0,014				
IG x Post (DiD)	-731,11 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			101,93 €	0,217	434,17 €	0,011
2. Jahr (vs. Prä)			-236,13 €	0,000	90,61 €	0,574
3. Jahr (vs. Prä)			-223,86 €	0,000	97,67 €	0,545
4. Jahr (vs. Prä)			-249,08 €	0,000	68,43 €	0,675
IG x Jahr 1 (DiD)			-734,74 €	0,000	-556,74 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-707,65 €	0,000	-528,05 €	0,000
IG x Jahr 3 (DiD)			-727,01 €	0,000	-546,43 €	0,000
IG x Jahr 4 (DiD)			-757,98 €	0,000	-579,85 €	0,000
Alter (30-47 J. vs. U30)					-50,22 €	0,620
Alter (48-64 J. vs. U30)					-177,32 €	0,072
Alter (Ü64 vs. U30)					-423,53 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-6,85 €	0,894
F 00 (Demenz)					-70,32 €	0,163
F 01 (Vaskuläre Demenz)					22,29 €	0,765
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-93,92 €	0,347
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					80,17 €	0,170
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-73,58 €	0,274
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-241,86 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					-87,66 €	0,177
F 30-39 (Affektive Störungen)					163,73 €	0,006
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					86,28 €	0,150
F 45 (Somatoforme Störungen)					-72,44 €	0,252
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-45,65 €	0,702
F 50 (Essstörungen)					392,27 €	0,235
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					163,99 €	0,267
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-203,16 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-378,75 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-256,80 €	0,090
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-162,31 €	0,301
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.560,01 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-514,03 €	0,003
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					83,94 €	0,421
R ²		0,021		0,025		0,336

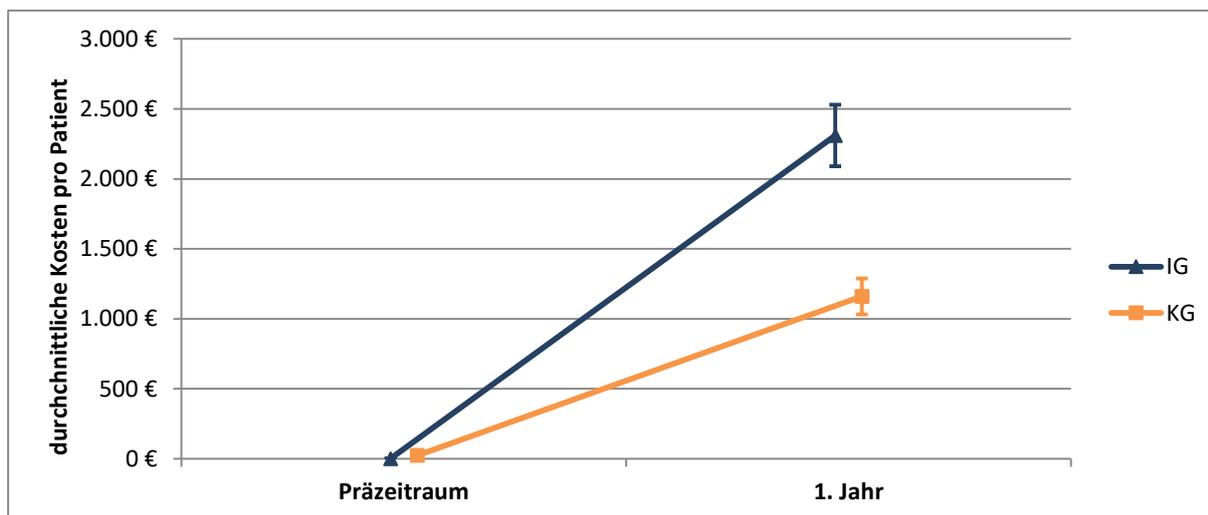
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.761	1.761	1.761	1.761
N mit Fall	<10	507	10	366
durchschnittliche Kosten	0,00 €	2.309,47 €	23,41 €	1.159,87 €
Standardabweichung	0,00 €	4.695,93 €	382,71 €	2.740,87 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.826,07 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	32.163,21 €	8.906,19 €	21.600,04 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
N mit Fall	<10	390	33	<10	254	44
durchschnittliche Kosten	0,00 €	2.242,35 €	154,73 €	27,59 €	960,70 €	221,60 €
Standardabweichung	0,00 €	4.587,44 €	1.300,59 €	429,39 €	2.465,45 €	1.471,92 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.754,89 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	32.163,21 €	23.870,39 €	8.906,19 €	21.600,04 €	26.884,67 €

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

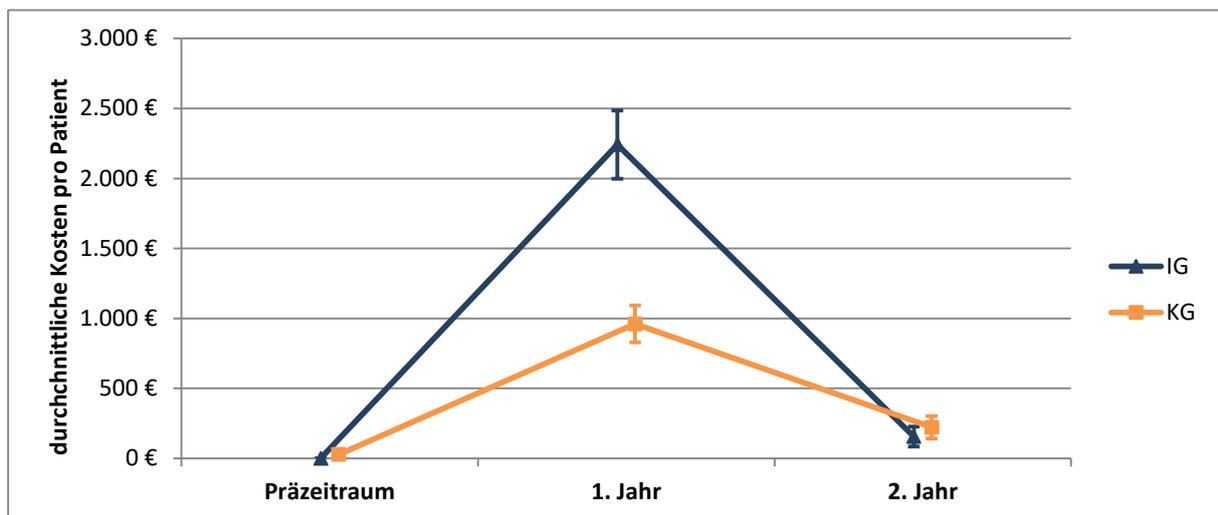


Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	27,59 €	0,018	27,59 €	0,018	316,16 €	0,002
IG (vs. KG)	-27,59 €	0,018	-27,59 €	0,018	-3,70 €	0,867
Post (vs. Prä)	573,19 €	0,000				
IG x Post (DiD)	656,19 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			933,11 €	0,000	776,42 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			194,01 €	0,000	3,48 €	0,945
IG x Jahr 1 (DiD)			1.309,24 €	0,000	1.293,37 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-39,28 €	0,484	-53,39 €	0,333
Alter (30-47 J. vs. U30)					102,13 €	0,281
Alter (48-64 J. vs. U30)					-228,77 €	0,010
Alter (Ü64 vs. U30)					-986,93 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					103,44 €	0,056
F 00 (Demenz)					36,41 €	0,667
F 01 (Vaskuläre Demenz)					52,52 €	0,475
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					47,96 €	0,709
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					54,55 €	0,429
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-163,23 €	0,278
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-412,23 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					-17,03 €	0,870
F 30-39 (Affektive Störungen)					518,99 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					450,58 €	0,000
F 45 (Somatoforme Störungen)					30,41 €	0,657
F 40-48 (ohne F43 und F45)					229,63 €	0,182
F 50 (Essstörungen)					695,38 €	0,165
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					269,77 €	0,177
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-426,69 €	0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					936,53 €	0,152
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-664,65 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					67,44 €	0,157
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.060,40 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-51,71 €	0,739
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-213,55 €	0,000
R ²		0,042		0,110		0,167

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

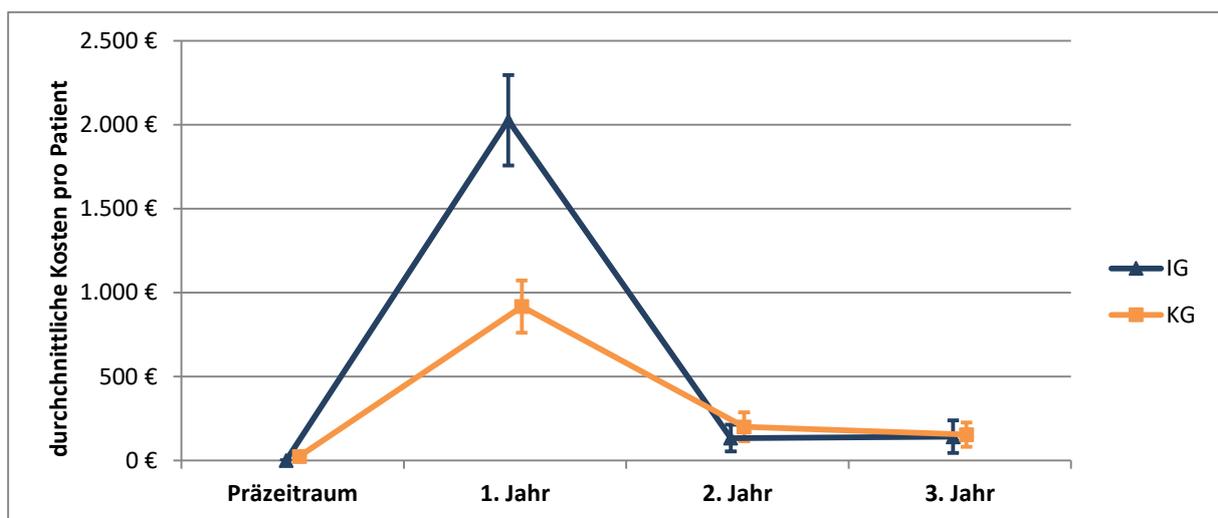
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	924	924	870	832	925	925	887	861
N mit Fall	<10	260	21	19	<10	171	28	26
durchschnittliche Kosten	0,00 €	2.025,59 €	133,74 €	141,81 €	24,53 €	917,20 €	200,53 €	154,24 €
Standardabweichung	0,00 €	4.172,85 €	1.199,50 €	1.432,01 €	421,45 €	2.417,67 €	1.314,62 €	1.085,55 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.312,53 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	32.163,21 €	23.870,39 €	32.978,71 €	8.906,19 €	21.600,04 €	18.156,17 €	17.778,31 €

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

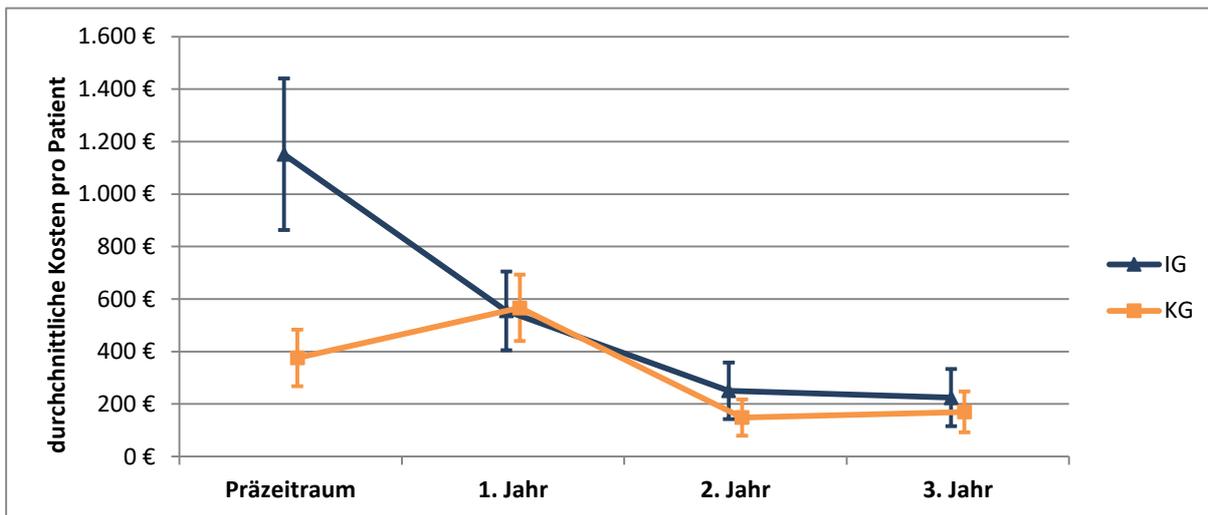


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	752	752	728	705	728	728	704	687
N mit Fall	86	78	33	28	63	93	26	24
durchschnittliche Kosten	1.151,93 €	555,22 €	250,39 €	224,22 €	376,25 €	566,72 €	148,80 €	169,91 €
Standardabweichung	4.042,55 €	2.098,26 €	1.488,51 €	1.474,37 €	1.484,65 €	1.740,38 €	934,46 €	1.047,22 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	31.202,98 €	16.551,17 €	16.947,05 €	16.561,96 €	14.768,00 €	13.169,99 €	12.598,61 €	9.120,10 €

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 Ausgleichsleistungen 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 und KG im Präzeitraum ähnlich niedrig (vgl. Tabelle 113, Tabelle 115 und Abbildung 66). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei sie in der IG auf 93,56 € und in der KG auf 146,76 € anstiegen. Vom zweiten bis zum vierten Jahr lagen die Kosten in beiden Gruppen auf einem Niveau oberhalb des Präzeitraums. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 13,63 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 115). Bei den linikbekanntnen Patienten verliefen die Kosten der PIA-Behandlung in etwa parallel zueinander (vgl. Tabelle 114). Vom Präzeitraum bis zum zweiten Jahr fielen die Kosten der IG dabei geringer als in der KG aus, im dritten und vierten Jahr dafür etwas höher. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 25,20 € nicht signifikant stärker.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die durchschnittlichen Kosten der IG vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr von 1,29 € auf 135,10 €, während sie in der KG von 6,93 € auf 189,03 € anstiegen (vgl. Tabelle 117 und Abbildung 68). Entsprechend fiel der Anstieg in der IG (relativ zur KG) um 48,29 € schwächer aus.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung verliefen die Kosten der IG unterhalb der Kosten der KG (vgl. Tabelle 118 und Abbildung 69). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 30,44 € signifikant schwächer.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zu U1 vergleichbares Muster (vgl. Tabelle 120 und Abbildung 70).

Bei den linikbekanntnen Patienten zeigte sich ebenfalls ein zu U1 vergleichbares Muster (vgl. Tabelle 121 und Abbildung 71).

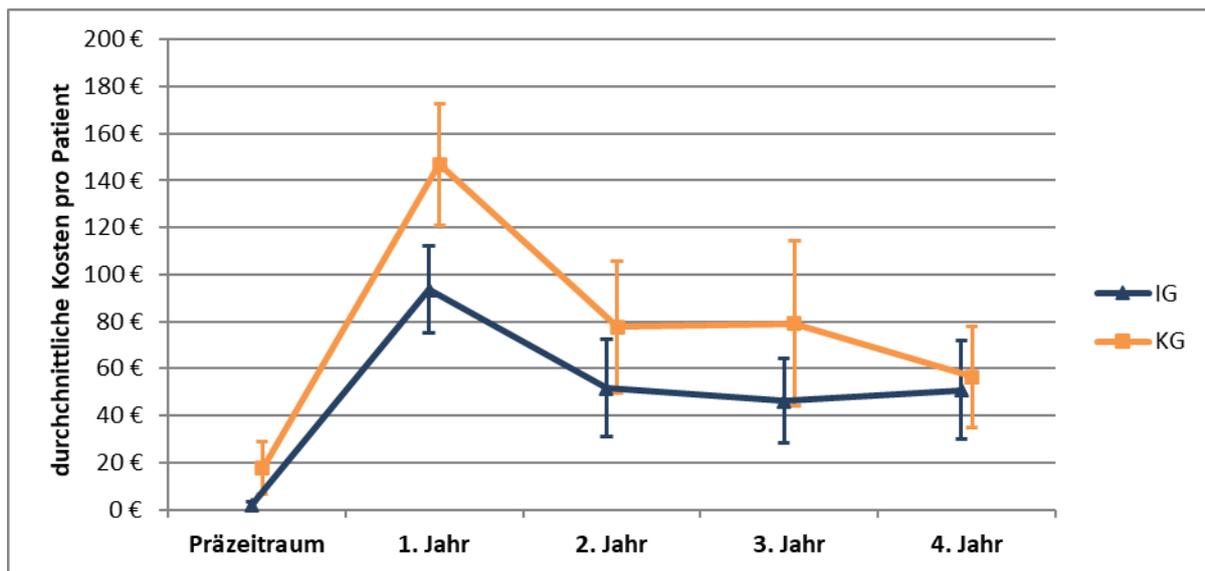
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
N mit Fall	<10	160	55	49	44	12	211	94	88	63
durchschnittliche Kosten	1,72 €	93,56 €	51,67 €	46,26 €	50,77 €	17,68 €	146,76 €	77,76 €	79,08 €	56,46 €
Standardabweichung	25,71 €	203,84 €	222,07 €	191,40 €	216,12 €	123,95 €	290,07 €	304,94 €	379,50 €	227,63 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	87,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	198,26 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	501,56 €	1.315,88 €	2.979,83 €	2.016,09 €	2.367,55 €	1.390,06 €	3.258,28 €	5.352,70 €	6.881,65 €	3.340,87 €

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
N mit Fall	525	549	437	414	381	495	541	429	382	349
durchschnittliche Kosten	316,51 €	356,28 €	325,97 €	347,19 €	363,08 €	361,72 €	461,82 €	366,80 €	314,88 €	321,92 €
Standardabweichung	427,49 €	389,41 €	456,90 €	568,54 €	696,36 €	586,69 €	700,53 €	635,19 €	571,40 €	666,88 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	30,61 €	74,60 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	74,32 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	196,23 €	254,29 €	195,28 €	177,90 €	186,76 €	189,37 €	250,85 €	182,48 €	156,38 €	123,74 €
75%-Perzentil	412,72 €	496,17 €	423,97 €	458,68 €	411,49 €	420,14 €	511,88 €	406,20 €	375,80 €	374,45 €
Maximum	6.080,85 €	2.543,64 €	3.387,93 €	5.258,37 €	6.391,30 €	6.040,48 €	6.400,14 €	5.442,10 €	5.237,66 €	8.475,49 €

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

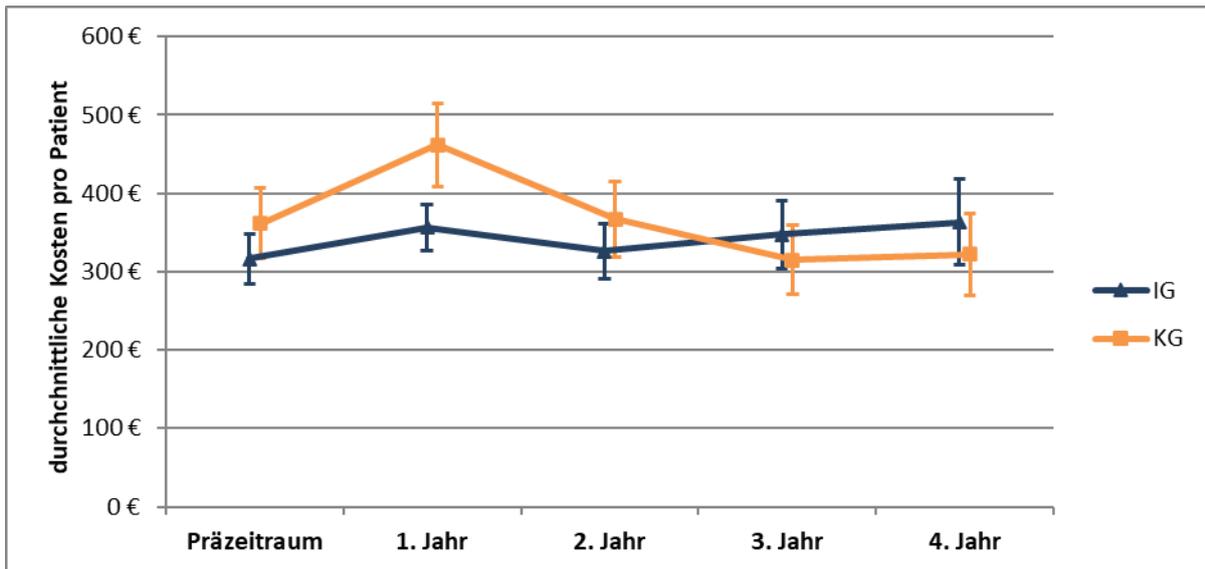


Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	17,68 €	0,002	17,68 €	0,002	12,70 €	0,430
IG (vs. KG)	-15,96 €	0,006	-15,96 €	0,006	-6,78 €	0,080
Post (vs. Prä)	73,39 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-13,63 €	0,363				
1. Jahr (vs. Prä)			129,08 €	0,000	129,92 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			60,09 €	0,000	60,34 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			61,40 €	0,001	61,60 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			38,78 €	0,000	38,83 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-37,24 €	0,021	-46,92 €	0,005
IG x Jahr 2 (DiD)			-10,13 €	0,567	-20,83 €	0,247
IG x Jahr 3 (DiD)			-16,86 €	0,409	-28,22 €	0,170
IG x Jahr 4 (DiD)			10,28 €	0,506	-1,90 €	0,903
Alter (30-47 J. vs. U30)					-7,86 €	0,643
Alter (48-64 J. vs. U30)					-3,86 €	0,846
Alter (Ü64 vs. U30)					-41,12 €	0,022
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					13,00 €	0,223
F 00 (Demenz)					-32,26 €	0,176
F 01 (Vaskuläre Demenz)					44,25 €	0,143
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-20,55 €	0,189
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					19,55 €	0,358
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					2,16 €	0,954
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-35,36 €	0,013
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					90,30 €	0,005
F 30-39 (Affektive Störungen)					35,95 €	0,007
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					12,21 €	0,479
F 45 (Somatoforme Störungen)					-0,97 €	0,938
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-7,76 €	0,739
F 50 (Essstörungen)					-37,21 €	0,004
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					14,58 €	0,709
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-19,52 €	0,452
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-89,24 €	0,005
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					39,36 €	0,161
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					17,12 €	0,133
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18,42 €	0,812
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					548,98 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-16,61 €	0,006
R ²		0,016		0,027		0,075

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) klinikkbekannte 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	361,72 €	0,000	361,72 €	0,000	-122,94 €	0,020
IG (vs. KG)	-45,21 €	0,105	-45,21 €	0,105	-53,88 €	0,033
Post (vs. Prä)	6,27 €	0,734				
IG x Post (DiD)	25,20 €	0,313				
1. Jahr (vs. Prä)			100,10 €	0,000	466,24 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			5,07 €	0,805	367,62 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-46,84 €	0,037	312,63 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-39,80 €	0,139	317,92 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-60,33 €	0,011	-52,26 €	0,036
IG x Jahr 2 (DiD)			4,38 €	0,870	13,51 €	0,617
IG x Jahr 3 (DiD)			77,52 €	0,013	88,30 €	0,005
IG x Jahr 4 (DiD)			86,37 €	0,025	95,63 €	0,013
Alter (30-47 J. vs. U30)					98,57 €	0,025
Alter (48-64 J. vs. U30)					104,27 €	0,014
Alter (Ü64 vs. U30)					-1,35 €	0,976
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					15,66 €	0,554
F 00 (Demenz)					-56,12 €	0,171
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-188,68 €	0,028
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					71,52 €	0,665
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-90,62 €	0,051
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					50,42 €	0,573
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-169,23 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					177,14 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					87,76 €	0,009
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-9,44 €	0,761
F 45 (Somatoforme Störungen)					-5,70 €	0,872
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-87,69 €	0,047
F 50 (Essstörungen)					-316,31 €	0,002
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					286,74 €	0,030
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-14,80 €	0,732
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-168,12 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-31,55 €	0,595
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					97,15 €	0,005
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					38,01 €	0,507
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					380,30 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					55,97 €	0,065
R ²		0,001		0,005		0,088

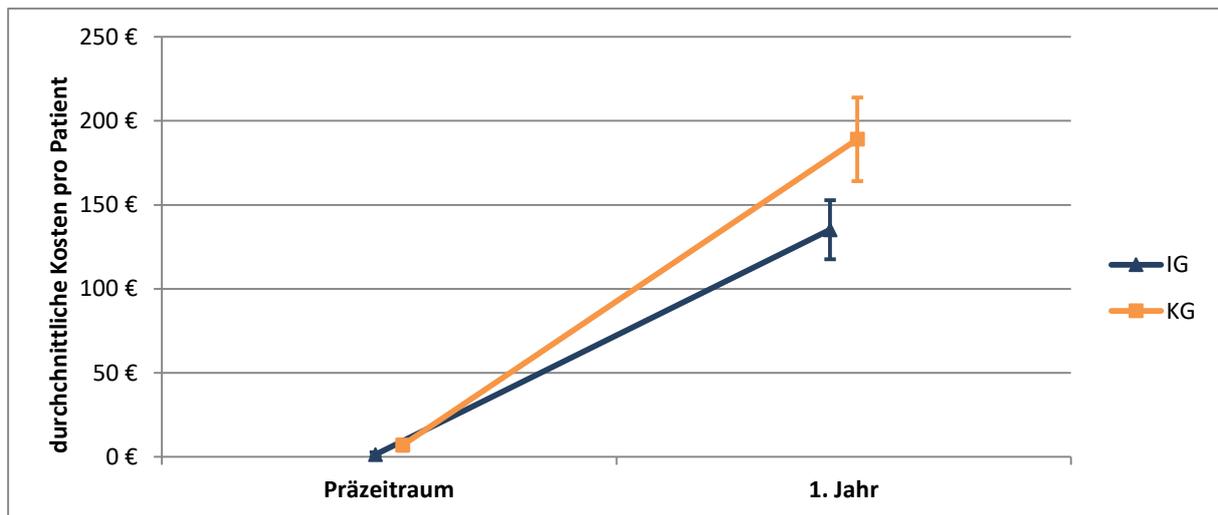
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.761	1.761	1.761	1.761
N mit Fall	<10	625	25	718
durchschnittliche Kosten	1,29 €	135,10 €	6,93 €	189,03 €
Standardabweichung	26,62 €	376,17 €	72,75 €	533,06 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	92,37 €	0,00 €	158,18 €
Maximum	900,00 €	5.053,19 €	1.390,06 €	8.967,35 €

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) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
N mit Fall	<10	480	158	24	552	256
durchschnittliche Kosten	1,36 €	132,09 €	67,36 €	8,71 €	176,87 €	98,04 €
Standardabweichung	28,84 €	376,78 €	310,81 €	82,13 €	468,09 €	364,79 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	88,49 €	0,00 €	0,00 €	158,38 €	0,00 €
Maximum	900,00 €	5.053,19 €	4.891,90 €	1.390,06 €	4.922,27 €	5.352,70 €

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

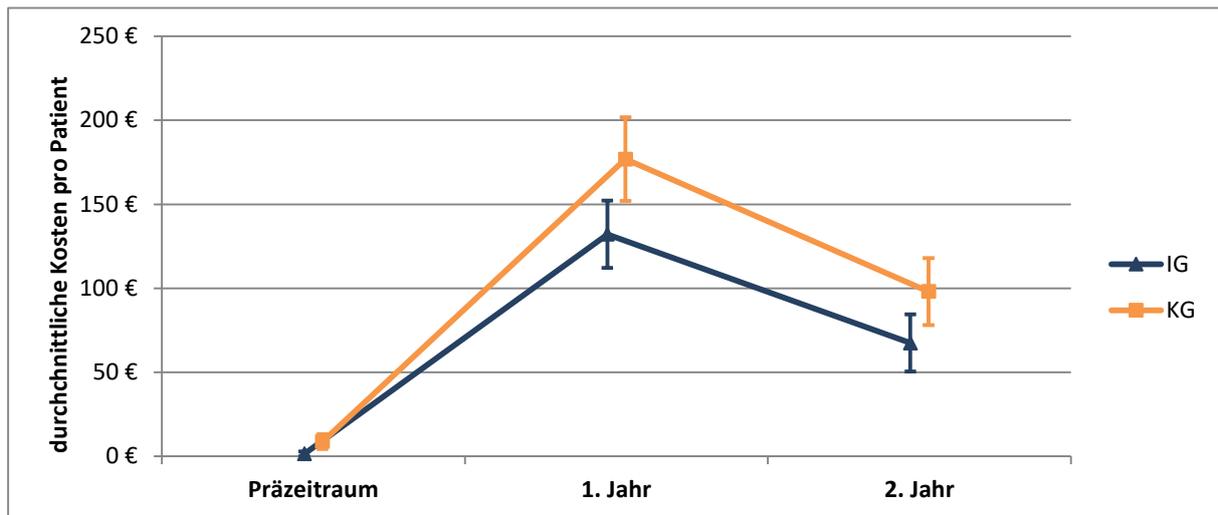


Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	8,71 €	0,000	8,71 €	0,000	1,24 €	0,927
IG (vs. KG)	-7,36 €	0,002	-7,36 €	0,002	-3,40 €	0,150
Post (vs. Prä)	129,77 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-30,44 €	0,022				
1. Jahr (vs. Prä)			168,15 €	0,000	151,64 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			89,33 €	0,000	70,54 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-37,41 €	0,021	-41,83 €	0,010
IG x Jahr 2 (DiD)			-23,33 €	0,079	-27,11 €	0,042
Alter (30-47 J. vs. U30)					40,19 €	0,006
Alter (48-64 J. vs. U30)					24,29 €	0,080
Alter (Ü64 vs. U30)					-16,60 €	0,245
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					10,76 €	0,248
F 00 (Demenz)					-10,85 €	0,574
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-13,54 €	0,350
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-40,20 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-2,05 €	0,887
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-33,83 €	0,063
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-69,09 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					37,86 €	0,065
F 30-39 (Affektive Störungen)					37,48 €	0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					29,90 €	0,037
F 45 (Somatoforme Störungen)					3,44 €	0,751
F 40-48 (ohne F43 und F45)					28,74 €	0,353
F 50 (Essstörungen)					154,09 €	0,250
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					77,39 €	0,137
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-31,58 €	0,335
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-125,65 €	0,004
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					77,07 €	0,138
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9,87 €	0,191
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10,78 €	0,924
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					422,57 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-28,30 €	0,000
R ²		0,031		0,039		0,073

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

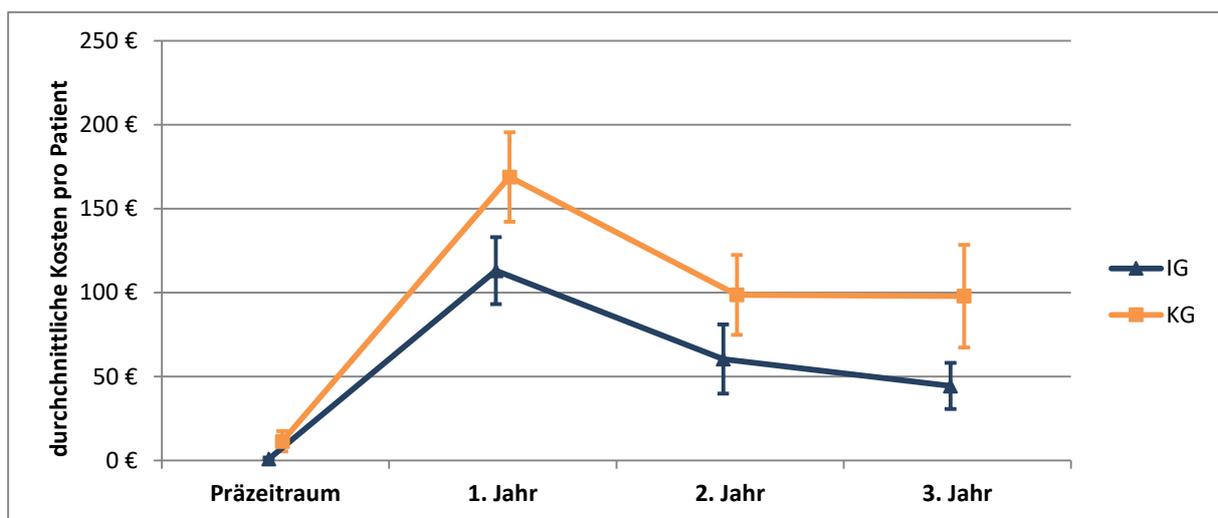
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	924	924	870	832	925	925	887	861
N mit Fall	<10	321	94	84	20	389	179	161
durchschnittliche Kosten	0,88 €	113,04 €	60,44 €	44,43 €	11,41 €	168,89 €	98,63 €	97,91 €
Standardabweichung	18,41 €	309,19 €	310,17 €	202,93 €	93,75 €	413,90 €	361,44 €	457,98 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	87,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	167,64 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	501,56 €	5.053,19 €	4.891,90 €	2.690,30 €	1.390,06 €	4.922,27 €	5.352,70 €	6.881,65 €

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

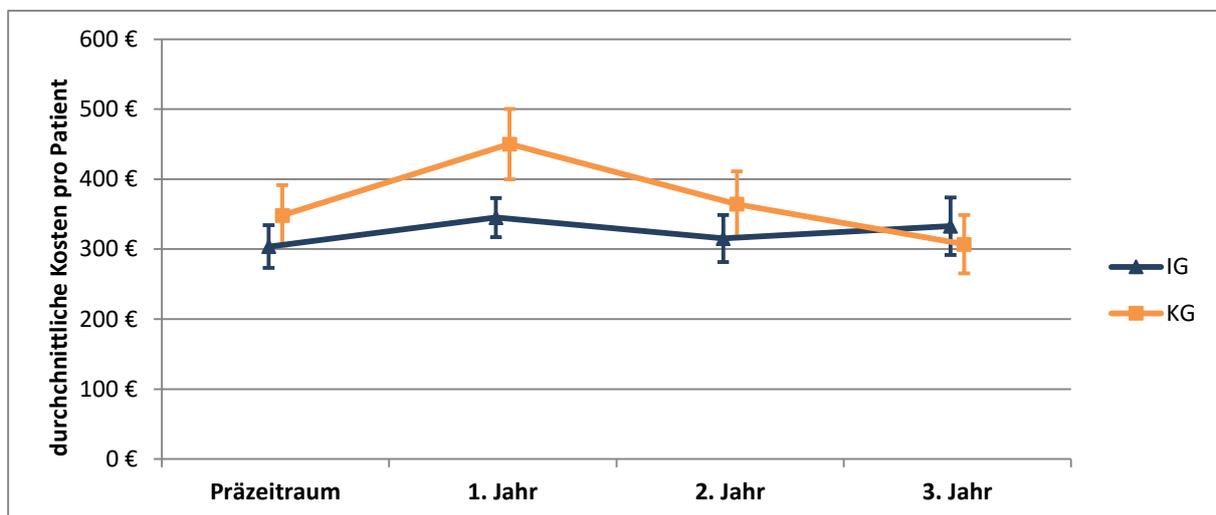


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	752	752	728	705	728	728	704	687
N mit Fall	541	581	456	430	524	573	458	405
durchschnittliche Kosten	303,66 €	345,06 €	315,27 €	332,74 €	348,25 €	450,06 €	364,27 €	306,94 €
Standardabweichung	428,84 €	390,42 €	461,77 €	558,87 €	592,86 €	693,62 €	634,80 €	557,29 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	43,78 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	63,41 €	0,00 €	0,00 €
Median	187,86 €	246,95 €	172,23 €	164,62 €	183,32 €	245,66 €	179,35 €	150,16 €
75%-Perzentil	398,16 €	484,94 €	415,45 €	430,47 €	397,56 €	505,02 €	403,98 €	378,53 €
Maximum	6.080,85 €	2.543,64 €	3.387,93 €	5.258,37 €	6.040,48 €	6.400,14 €	5.442,10 €	5.237,66 €

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)

Sonstige im Krankenhaus erbrachter psychiatrischer Leistungen wurden lediglich von U2 (N < 10) und U3 (N < 10) in Anspruch genommen. Entsprechend ist kein sinnvoller Vergleich der Kosten möglich.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

Abbildung 72: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

Abbildung 73: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

**Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1)
klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

Entfällt.

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

Tabelle 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

Abbildung 74: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

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

Tabelle 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

Abbildung 75: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

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

Klinikneue Patienten

Tabelle 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

Abbildung 76: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

Abbildung 77: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Entfällt.

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 144,13 € geringer als die KG mit 199,77 € (vgl. Tabelle 131, Tabelle 133 und Abbildung 78). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 280,01 € und in der KG auf 311,81 €. Vom zweiten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 37,77 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 133).

Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ein zwischen IG und KG etwa paralleler Kostenverlauf, wobei die IG durchgehend günstiger war (vgl. Tabelle 132 und Abbildung 79). Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 25,82 € nicht signifikant schwächer

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 135 und Abbildung 80). Während die durchschnittlichen Kosten in der IG von 185,97 € auf 263,70 € anstiegen, ergab sich in der KG ein Anstieg von 194,98 € zu 268,51 €. Dementsprechend fiel der Anstieg in der IG (relativ zur KG) um 4,20 € stärker aus.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich erneut ein zu U1 vergleichbares Bild (vgl. Tabelle 136 und Abbildung 81). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 6,46 € nicht signifikant schwächer.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, ähnlich wie bei U1, ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 138 und Abbildung 82).

Bei den linikbekanntem Patienten zeigte sich ebenfalls der zu U1 vergleichbare, zwischen IG und KG parallele Kostenverlauf, bei dem die IG niedrigere Kosten aufwies (vgl. Tabelle 139 und Abbildung 83).

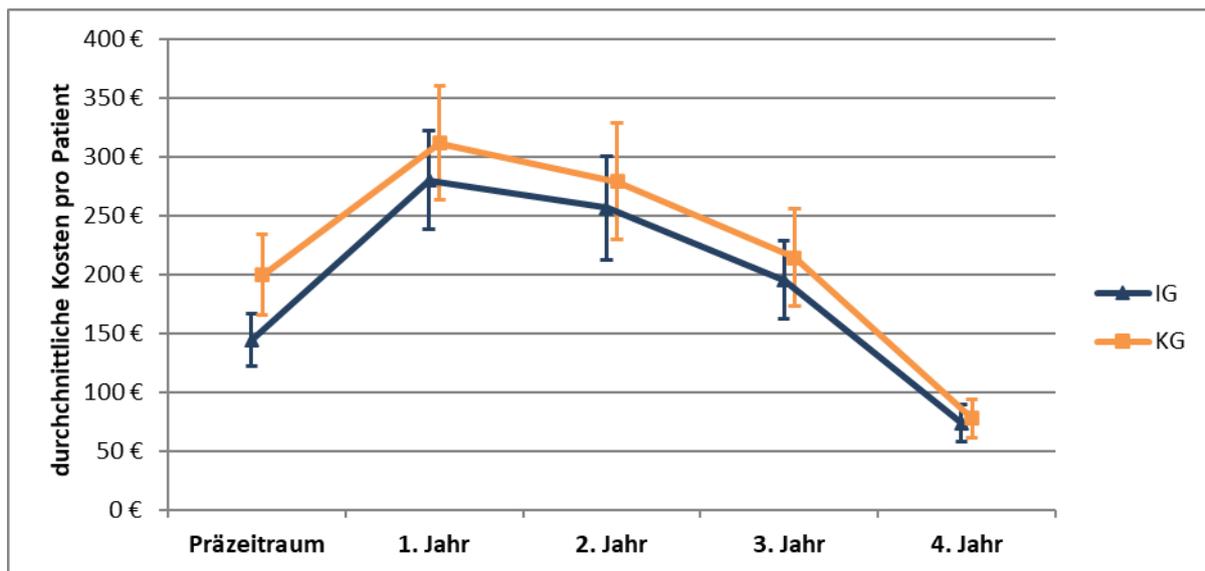
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 131: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
N mit Fall	388	412	359	340	268	413	417	376	357	281
durchschnittliche Kosten	144,13 €	280,01 €	256,69 €	195,45 €	73,60 €	199,77 €	311,81 €	279,17 €	214,47 €	77,49 €
Standardabweichung	249,80 €	466,49 €	471,58 €	349,96 €	166,43 €	379,68 €	542,98 €	538,94 €	441,86 €	177,02 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	9,32 €	19,96 €	14,84 €	9,87 €	0,00 €	15,40 €	23,60 €	15,97 €	10,75 €	0,00 €
Median	45,81 €	105,41 €	79,62 €	72,23 €	16,01 €	58,11 €	94,76 €	77,50 €	56,64 €	16,01 €
75%-Perzentil	184,91 €	295,80 €	288,01 €	241,96 €	81,78 €	210,52 €	311,71 €	274,37 €	240,11 €	77,75 €
Maximum	1.964,19 €	2.869,85 €	3.011,87 €	2.996,03 €	2.104,43 €	2.749,45 €	3.752,86 €	3.966,42 €	4.145,21 €	1.888,71 €

Abbildung 78: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
N mit Fall	632	615	594	576	535	605	593	564	548	522
durchschnittliche Kosten	163,58 €	192,25 €	212,20 €	174,65 €	110,11 €	212,16 €	227,16 €	226,22 €	204,23 €	122,54 €
Standardabweichung	370,32 €	435,29 €	463,40 €	334,92 €	190,37 €	461,16 €	465,17 €	514,21 €	497,06 €	255,88 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	10,55 €	18,64 €	21,51 €	22,34 €	13,86 €	13,40 €	23,25 €	22,68 €	21,09 €	13,55 €
Median	40,13 €	52,31 €	62,22 €	60,58 €	44,33 €	45,21 €	61,69 €	56,93 €	55,62 €	43,48 €
75%-Perzentil	123,08 €	148,72 €	197,70 €	190,19 €	130,12 €	147,42 €	165,70 €	171,28 €	155,29 €	125,73 €
Maximum	3.691,28 €	3.749,96 €	4.330,65 €	3.278,79 €	2.149,38 €	2.972,24 €	3.393,08 €	4.590,65 €	4.864,62 €	3.240,21 €

Abbildung 79: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

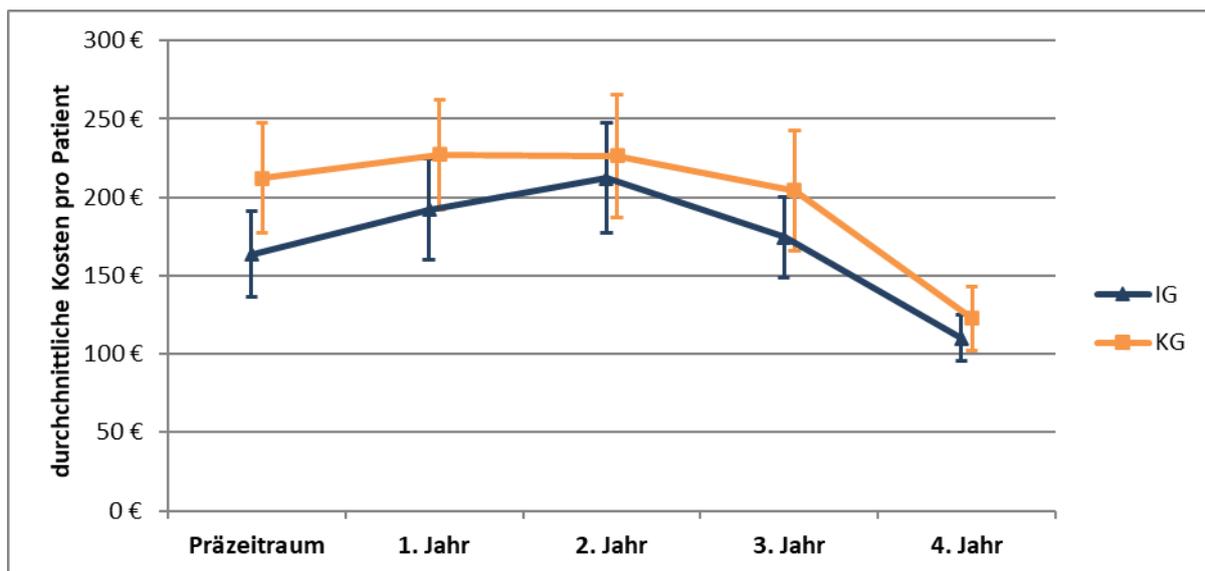


Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	199,77 €	0,000	199,77 €	0,000	62,97 €	0,095
IG (vs. KG)	-55,64 €	0,008	-55,64 €	0,008	-46,62 €	0,018
Post (vs. Prä)	23,72 €	0,211				
IG x Post (DiD)	37,77 €	0,113				
1. Jahr (vs. Prä)			112,04 €	0,000	236,61 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			79,40 €	0,004	201,49 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			14,70 €	0,556	135,60 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-122,28 €	0,000	-3,22 €	0,845
IG x Jahr 1 (DiD)			23,84 €	0,437	15,62 €	0,613
IG x Jahr 2 (DiD)			33,17 €	0,352	22,41 €	0,531
IG x Jahr 3 (DiD)			36,62 €	0,239	24,04 €	0,438
IG x Jahr 4 (DiD)			51,75 €	0,019	37,52 €	0,082
Alter (30-47 J. vs. U30)					15,90 €	0,669
Alter (48-64 J. vs. U30)					-19,44 €	0,594
Alter (Ü64 vs. U30)					-152,13 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					71,29 €	0,000
F 00 (Demenz)					129,51 €	0,014
F 01 (Vaskuläre Demenz)					26,41 €	0,435
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					17,30 €	0,667
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					32,18 €	0,305
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-34,61 €	0,568
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-78,45 €	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					47,59 €	0,124
F 30-39 (Affektive Störungen)					65,22 €	0,013
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					94,93 €	0,002
F 45 (Somatoforme Störungen)					-12,60 €	0,596
F 40-48 (ohne F43 und F45)					77,87 €	0,144
F 50 (Essstörungen)					-116,31 €	0,155
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					116,13 €	0,198
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-41,73 €	0,220
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-31,72 €	0,393
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-147,22 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-57,69 €	0,047
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					623,49 €	0,274
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-83,21 €	0,398
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					147,84 €	0,000
R ²		0,003		0,036		0,107

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

Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten 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	212,16 €	0,000	212,16 €	0,000	57,35 €	0,169
IG (vs. KG)	-48,58 €	0,032	-48,58 €	0,032	-48,66 €	0,028
Post (vs. Prä)	-16,00 €	0,338				
IG x Post (DiD)	25,82 €	0,228				
1. Jahr (vs. Prä)			15,00 €	0,386	133,83 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			14,07 €	0,526	130,96 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-7,92 €	0,717	107,17 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-89,61 €	0,000	23,86 €	0,374
IG x Jahr 1 (DiD)			13,67 €	0,548	16,18 €	0,487
IG x Jahr 2 (DiD)			34,55 €	0,234	37,40 €	0,205
IG x Jahr 3 (DiD)			19,00 €	0,479	21,47 €	0,428
IG x Jahr 4 (DiD)			36,14 €	0,108	38,26 €	0,089
Alter (30-47 J. vs. U30)					2,41 €	0,943
Alter (48-64 J. vs. U30)					-38,46 €	0,212
Alter (Ü64 vs. U30)					-116,30 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					64,57 €	0,000
F 00 (Demenz)					29,91 €	0,423
F 01 (Vaskuläre Demenz)					99,92 €	0,271
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					43,91 €	0,640
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					74,94 €	0,060
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-29,59 €	0,573
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-37,19 €	0,092
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					-16,45 €	0,498
F 30-39 (Affektive Störungen)					68,92 €	0,004
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					44,82 €	0,067
F 45 (Somatoforme Störungen)					59,04 €	0,047
F 40-48 (ohne F43 und F45)					79,15 €	0,225
F 50 (Essstörungen)					15,85 €	0,891
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					83,56 €	0,177
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-42,14 €	0,028
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-191,40 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					60,32 €	0,317
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					22,18 €	0,422
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					104,31 €	0,031
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-86,94 €	0,002
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					184,33 €	0,000
R ²		0,001		0,009		0,057

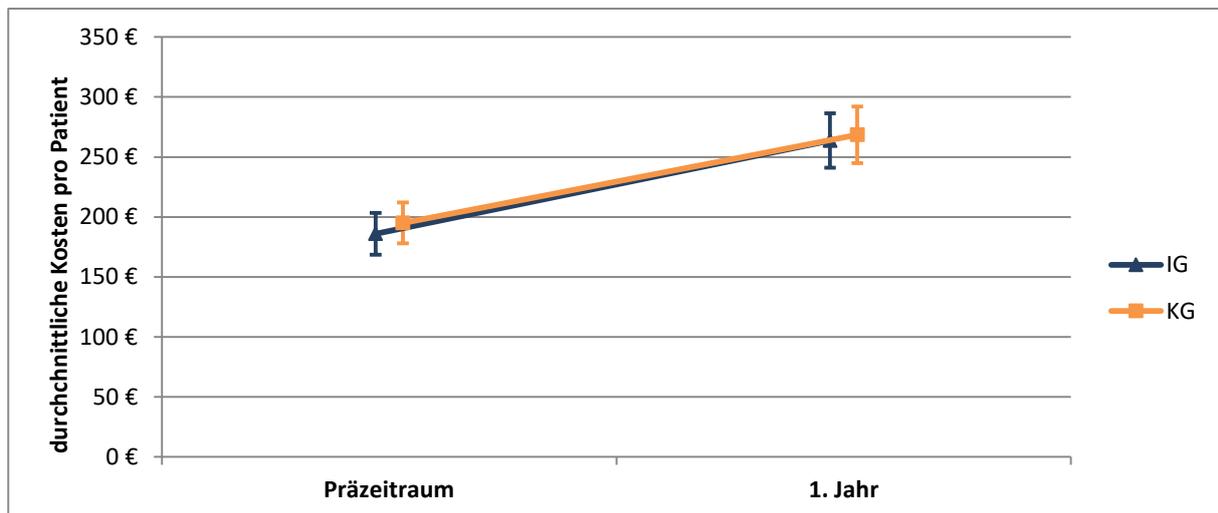
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.761	1.761	1.761	1.761
N mit Fall	1.456	1.512	1.547	1.558
durchschnittliche Kosten	185,97 €	263,70 €	194,98 €	268,51 €
Standardabweichung	374,33 €	488,11 €	365,76 €	504,93 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	12,81 €	20,41 €	20,79 €	24,00 €
Median	58,43 €	95,74 €	70,38 €	86,31 €
75%-Perzentil	212,07 €	269,44 €	211,32 €	271,03 €
Maximum	3.341,86 €	3.741,92 €	3.741,18 €	6.144,15 €

Abbildung 80: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
N mit Fall	1.122	1.201	1.012	1.192	1.231	1.044
durchschnittliche Kosten	184,24 €	301,06 €	204,79 €	191,83 €	310,11 €	224,45 €
Standardabweichung	357,15 €	531,23 €	407,42 €	357,11 €	552,75 €	471,10 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	12,38 €	27,52 €	8,19 €	20,49 €	30,61 €	11,51 €
Median	58,08 €	114,19 €	63,26 €	68,98 €	107,54 €	61,30 €
75%-Perzentil	212,78 €	301,69 €	223,66 €	207,64 €	310,57 €	215,05 €
Maximum	3.168,73 €	3.741,92 €	3.594,22 €	3.741,18 €	6.144,15 €	4.145,85 €

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

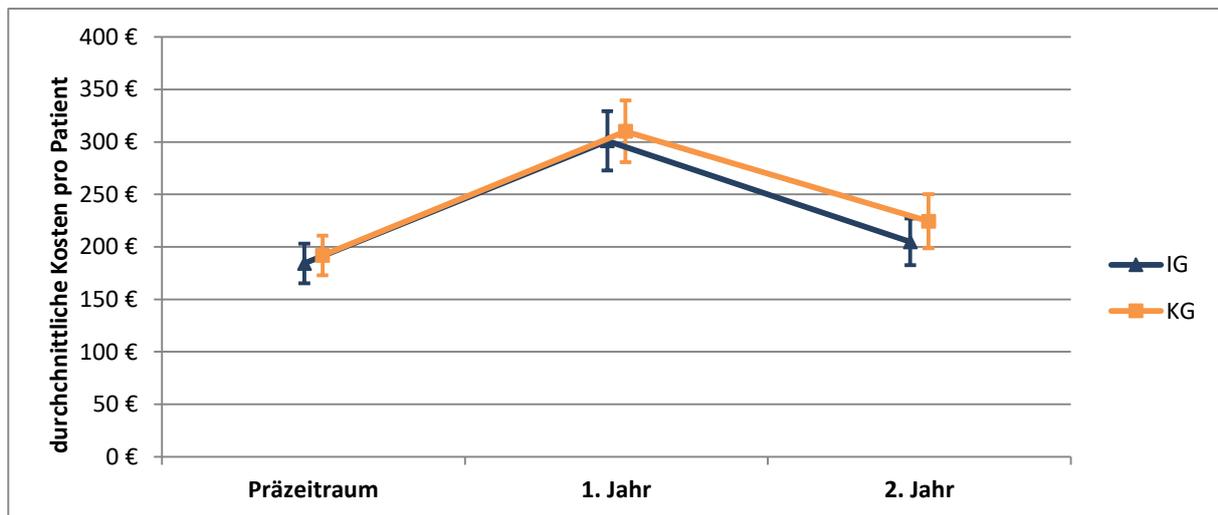


Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	191,83 €	0,000	191,83 €	0,000	14,74 €	0,574
IG (vs. KG)	-7,59 €	0,580	-7,59 €	0,580	2,67 €	0,840
Post (vs. Prä)	76,57 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-6,46 €	0,717				
1. Jahr (vs. Prä)			118,29 €	0,000	259,49 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			32,62 €	0,027	167,81 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-1,46 €	0,942	-10,16 €	0,619
IG x Jahr 2 (DiD)			-12,07 €	0,545	-20,54 €	0,305
Alter (30-47 J. vs. U30)					46,21 €	0,062
Alter (48-64 J. vs. U30)					28,86 €	0,227
Alter (Ü64 vs. U30)					-139,95 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					65,95 €	0,000
F 00 (Demenz)					22,24 €	0,371
F 01 (Vaskuläre Demenz)					15,07 €	0,469
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					11,70 €	0,783
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					2,19 €	0,911
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-43,19 €	0,289
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-110,01 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					37,88 €	0,088
F 30-39 (Affektive Störungen)					99,63 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					72,60 €	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-9,58 €	0,592
F 40-48 (ohne F43 und F45)					34,98 €	0,407
F 50 (Essstörungen)					140,46 €	0,386
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					173,07 €	0,006
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-73,12 €	0,005
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					4,30 €	0,944
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-120,35 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-12,04 €	0,630
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					213,62 €	0,358
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-34,45 €	0,552
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					161,54 €	0,000
R ²		0,006		0,013		0,091

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

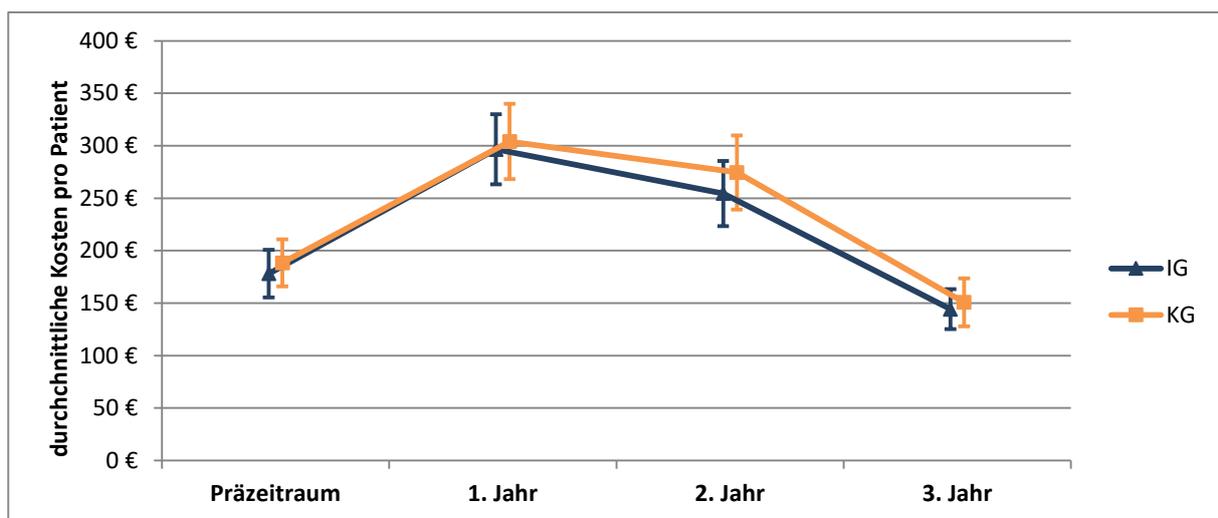
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	924	924	870	832	925	925	887	861
N mit Fall	768	821	715	628	813	834	751	662
durchschnittliche Kosten	178,13 €	296,64 €	254,55 €	144,24 €	188,42 €	304,10 €	274,62 €	150,88 €
Standardabweichung	352,96 €	516,43 €	466,99 €	279,77 €	349,48 €	558,01 €	536,71 €	342,15 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	12,83 €	25,89 €	15,75 €	0,55 €	18,70 €	28,84 €	19,86 €	2,39 €
Median	56,09 €	113,30 €	82,89 €	49,44 €	66,12 €	99,79 €	81,73 €	37,30 €
75%-Perzentil	207,68 €	304,42 €	279,54 €	178,15 €	206,43 €	300,12 €	274,48 €	159,50 €
Maximum	3.080,33 €	3.741,92 €	3.594,22 €	2.996,03 €	3.741,18 €	6.144,15 €	4.145,85 €	4.145,21 €

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

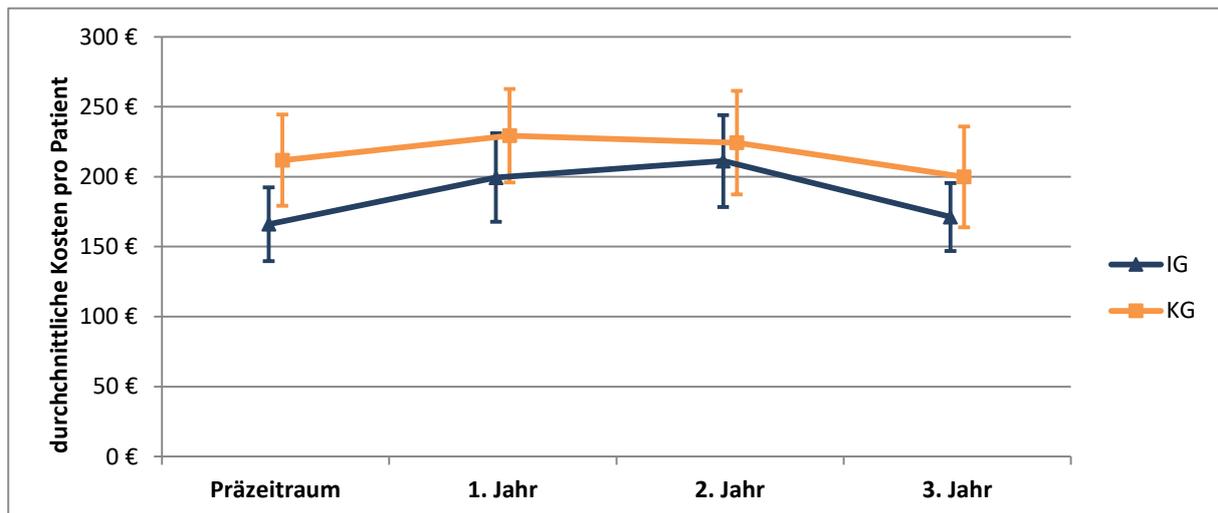


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	752	752	728	705	728	728	704	687
N mit Fall	687	672	645	620	660	646	615	595
durchschnittliche Kosten	166,07 €	199,39 €	211,25 €	171,26 €	211,75 €	229,37 €	224,34 €	199,90 €
Standardabweichung	369,24 €	442,74 €	451,85 €	329,01 €	449,20 €	459,62 €	500,14 €	481,78 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	10,76 €	19,01 €	22,24 €	21,34 €	13,97 €	23,30 €	22,83 €	20,23 €
Median	42,20 €	53,89 €	65,77 €	58,41 €	49,01 €	65,39 €	58,58 €	56,05 €
75%-Perzentil	129,78 €	176,33 €	207,81 €	182,67 €	158,07 €	194,20 €	179,36 €	157,11 €
Maximum	3.691,28 €	3.749,96 €	4.330,65 €	3.278,79 €	2.972,24 €	3.393,08 €	4.590,65 €	4.864,62 €

Abbildung 83: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Psychopharmakaversorgung werden die Bruttopreise der über den ATC-Code als Psychopharmakon klassifizierten, im jeweiligen Beobachtungszeitraum verordneten Arzneimittel erfasst.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten der Psychopharmakaversorgung** für IG und KG in etwa gleich hoch (IG: 263,54 €; KG: 298,15 €; vgl. Tabelle 140, Tabelle 142 und Abbildung 84). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 34,36 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 142).

Bei den linikbekannten Patienten ergab sich ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 141 und Abbildung 85). Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 52,30 € nicht signifikant stärker.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten der IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr von 227,16 € auf 328,91 €, in der KG hingegen von 222,95 € auf 373,46 € (vgl. Tabelle 144 und Abbildung 86). Dementsprechend stiegen die Kosten in der IG um 48,76 € weniger stark an.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG kostengünstiger als die KG (vgl. Tabelle 145 und Abbildung 87). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 66,32 € signifikant schwächer.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zu U1 vergleichbares Muster (vgl. Tabelle 147 und Abbildung 88).

Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ebenfalls ein zu U1 vergleichbares Bild (vgl. Tabelle 148 und Abbildung 89).

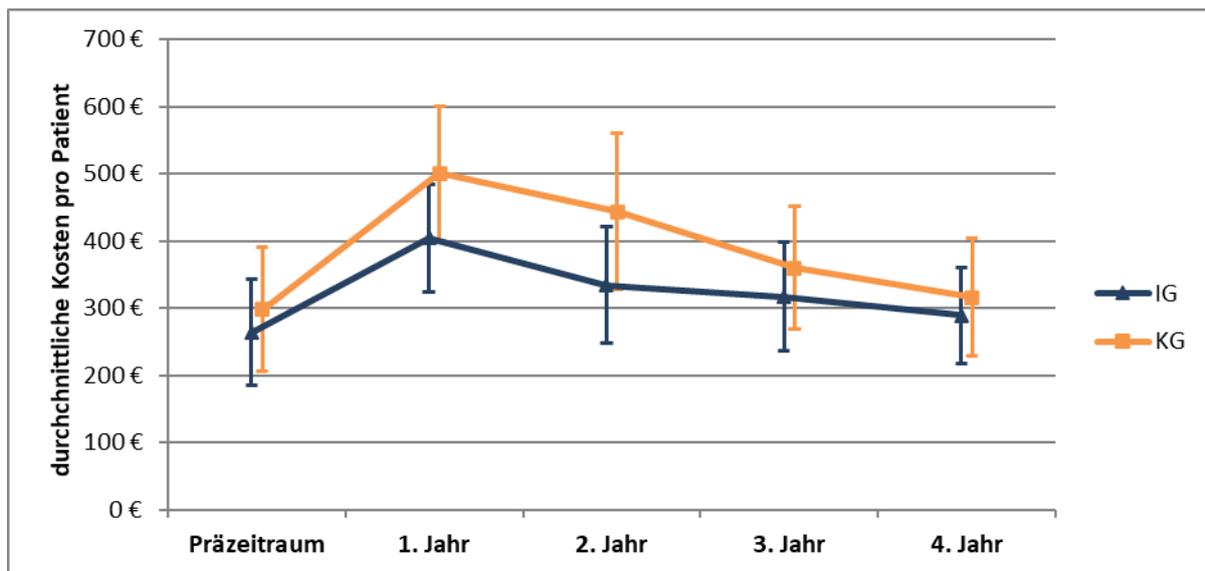
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
N mit Fall	275	340	263	256	232	268	331	265	248	230
durchschnittliche Kosten	263,54 €	404,00 €	334,20 €	317,16 €	288,75 €	298,15 €	500,36 €	443,56 €	360,14 €	316,11 €
Standardabweichung	875,94 €	888,11 €	928,38 €	855,43 €	741,03 €	1.023,02 €	1.116,57 €	1.273,19 €	994,38 €	931,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	24,00 €	125,89 €	63,37 €	54,27 €	48,85 €	15,79 €	111,47 €	47,91 €	32,58 €	15,98 €
75%-Perzentil	149,04 €	385,48 €	301,39 €	290,11 €	253,27 €	134,54 €	390,81 €	299,61 €	256,86 €	236,31 €
Maximum	8.639,75 €	8.749,71 €	13.928,61 €	10.372,58 €	7.764,65 €	9.872,43 €	10.421,18 €	12.987,83 €	9.814,82 €	10.806,43 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
N mit Fall	604	603	557	550	516	567	562	506	476	464
durchschnittliche Kosten	1.011,93 €	1.058,79 €	929,22 €	849,46 €	753,43 €	1.059,57 €	1.289,10 €	964,69 €	872,58 €	860,54 €
Standardabweichung	1.624,38 €	1.653,74 €	1.684,85 €	1.596,56 €	1.393,74 €	1.906,82 €	2.245,25 €	1.902,82 €	1.906,94 €	1.947,62 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	95,27 €	125,77 €	94,51 €	90,15 €	72,92 €	53,40 €	63,76 €	32,62 €	13,33 €	13,28 €
Median	393,13 €	453,76 €	384,33 €	348,69 €	302,88 €	290,47 €	367,07 €	271,53 €	218,25 €	220,05 €
75%-Perzentil	1.188,12 €	1.208,66 €	1.057,18 €	959,99 €	801,40 €	1.180,17 €	1.486,61 €	1.020,08 €	811,07 €	769,44 €
Maximum	13.179,28 €	14.169,03 €	17.625,79 €	13.582,13 €	11.853,53 €	14.565,64 €	17.097,25 €	16.061,56 €	16.705,96 €	16.401,05 €

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

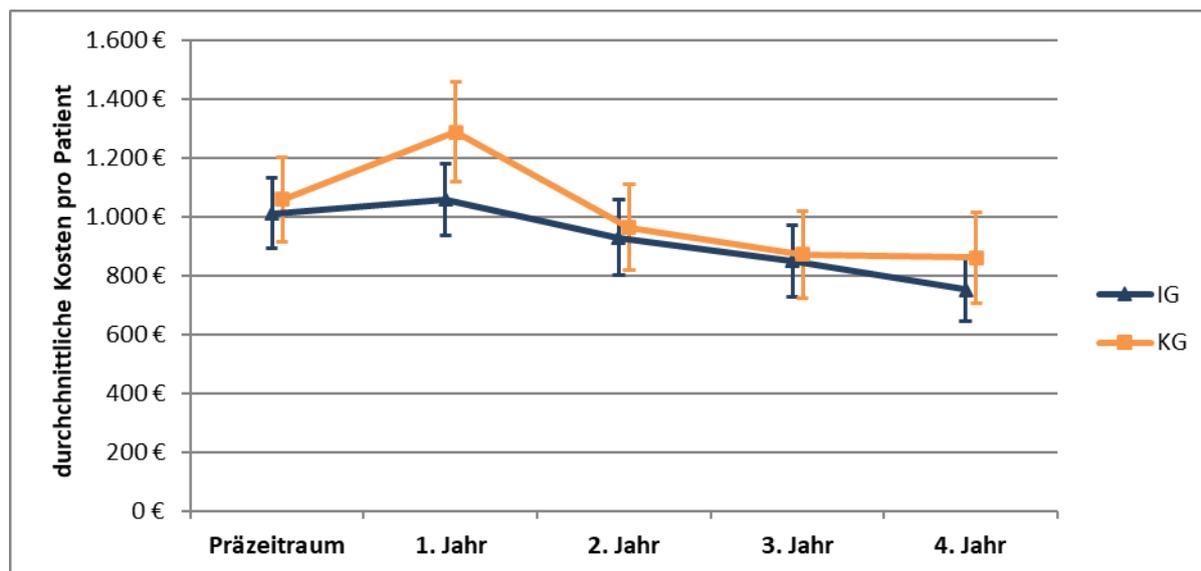


Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	298,15 €	0,000	298,15 €	0,000	69,56 €	0,448
IG (vs. KG)	-34,61 €	0,576	-34,61 €	0,576	5,98 €	0,914
Post (vs. Prä)	109,22 €	0,002				
IG x Post (DiD)	-34,36 €	0,463				
1. Jahr (vs. Prä)			202,22 €	0,000	366,91 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			145,41 €	0,001	308,64 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			61,99 €	0,126	231,52 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			17,96 €	0,641	193,25 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-61,76 €	0,215	-95,50 €	0,066
IG x Jahr 2 (DiD)			-74,75 €	0,225	-107,50 €	0,082
IG x Jahr 3 (DiD)			-8,37 €	0,878	-46,04 €	0,420
IG x Jahr 4 (DiD)			7,24 €	0,882	-38,20 €	0,450
Alter (30-47 J. vs. U30)					48,75 €	0,562
Alter (48-64 J. vs. U30)					142,23 €	0,064
Alter (Ü64 vs. U30)					197,96 €	0,007
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					30,07 €	0,567
F 00 (Demenz)					5,97 €	0,978
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-75,92 €	0,652
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					38,10 €	0,508
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-188,91 €	0,060
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					80,30 €	0,722
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-286,09 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					1.370,14 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					-37,09 €	0,570
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-58,91 €	0,369
F 45 (Somatoforme Störungen)					-259,84 €	0,000
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-107,68 €	0,217
F 50 (Essstörungen)					-125,97 €	0,238
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-62,76 €	0,782
F 70-79 (Intelligenzstörung)					757,31 €	0,036
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-102,98 €	0,403
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-6,05 €	0,956
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-47,51 €	0,594
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-454,46 €	0,353
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.492,63 €	0,028
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					152,50 €	0,000
R ²		0,003		0,005		0,225

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

Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der 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	1.059,57 €	0,000	1.059,57 €	0,000	268,27 €	0,424
IG (vs. KG)	-47,64 €	0,620	-47,64 €	0,620	-112,65 €	0,207
Post (vs. Prä)	-58,03 €	0,246				
IG x Post (DiD)	-52,30 €	0,418				
1. Jahr (vs. Prä)			229,53 €	0,000	591,77 €	0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-94,88 €	0,082	262,31 €	0,112
3. Jahr (vs. Prä)			-186,99 €	0,001	161,95 €	0,327
4. Jahr (vs. Prä)			-199,03 €	0,002	148,42 €	0,378
IG x Jahr 1 (DiD)			-182,67 €	0,003	-174,43 €	0,005
IG x Jahr 2 (DiD)			12,16 €	0,867	21,21 €	0,769
IG x Jahr 3 (DiD)			24,52 €	0,749	42,62 €	0,576
IG x Jahr 4 (DiD)			-59,47 €	0,469	-45,65 €	0,574
Alter (30-47 J. vs. U30)					84,43 €	0,666
Alter (48-64 J. vs. U30)					70,91 €	0,704
Alter (Ü64 vs. U30)					207,15 €	0,277
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-127,83 €	0,145
F 00 (Demenz)					398,40 €	0,050
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-490,92 €	0,127
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.412,10 €	0,006
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-180,97 €	0,483
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					254,63 €	0,341
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-235,42 €	0,014
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					1.647,18 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					99,32 €	0,160
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-11,72 €	0,877
F 45 (Somatoforme Störungen)					-33,68 €	0,651
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-11,41 €	0,909
F 50 (Essstörungen)					172,35 €	0,618
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					264,52 €	0,167
F 70-79 (Intelligenzstörung)					130,28 €	0,535
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-467,71 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					27,34 €	0,864
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-43,25 €	0,645
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-26,81 €	0,828
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					361,21 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					123,70 €	0,469
R ²		0,001		0,006		0,182

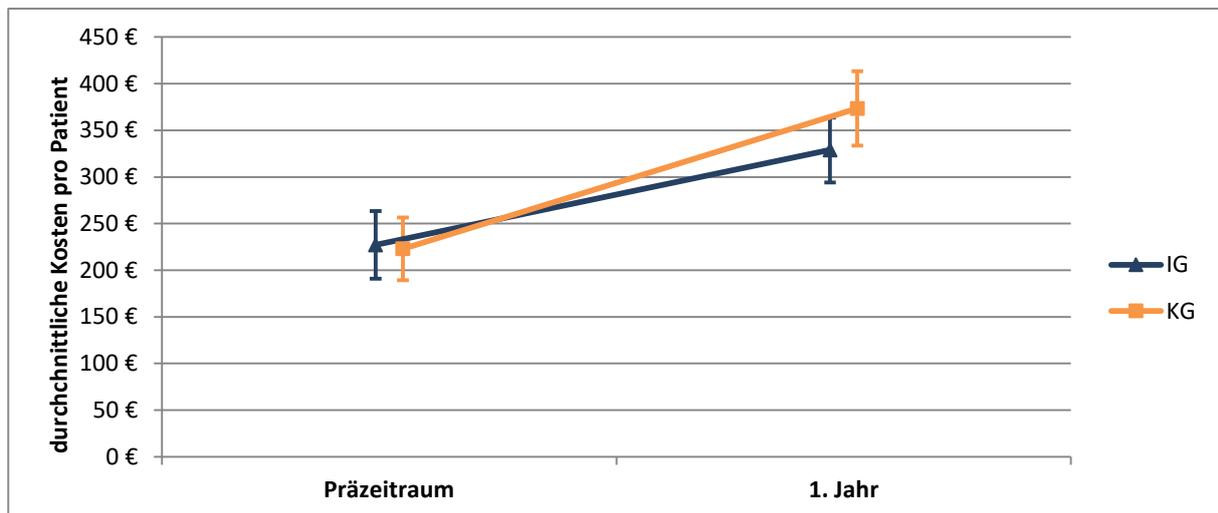
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.761	1.761	1.761	1.761
N mit Fall	1.005	1.235	1.012	1.224
durchschnittliche Kosten	227,16 €	328,91 €	222,95 €	373,46 €
Standardabweichung	775,43 €	743,87 €	719,46 €	851,44 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	17,93 €	106,24 €	18,31 €	99,24 €
75%-Perzentil	141,83 €	368,63 €	140,86 €	361,20 €
Maximum	13.039,11 €	8.929,73 €	9.872,43 €	10.421,18 €

Abbildung 86: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
N mit Fall	773	961	761	772	943	767
durchschnittliche Kosten	242,70 €	347,57 €	295,92 €	239,14 €	402,02 €	367,62 €
Standardabweichung	841,71 €	798,12 €	786,63 €	771,11 €	930,14 €	1.101,59 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	17,93 €	107,18 €	63,72 €	17,33 €	100,40 €	55,18 €
75%-Perzentil	142,33 €	378,82 €	304,45 €	155,34 €	361,96 €	278,56 €
Maximum	13.039,11 €	8.929,73 €	13.928,61 €	9.872,43 €	10.421,18 €	12.987,83 €

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

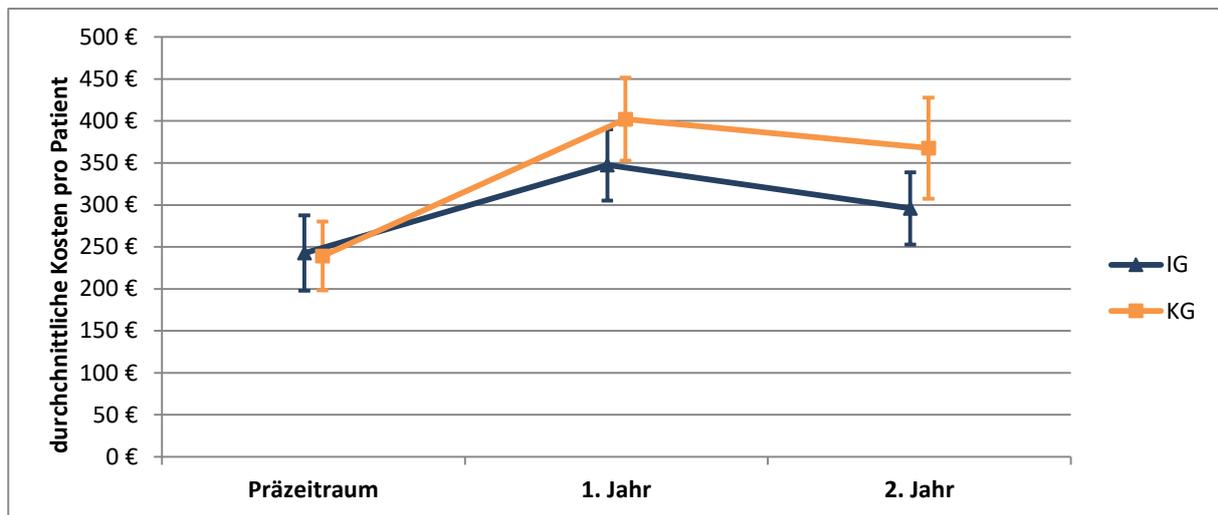


Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	239,14 €	0,000	239,14 €	0,000	-82,09 €	0,110
IG (vs. KG)	3,56 €	0,908	3,56 €	0,909	19,14 €	0,500
Post (vs. Prä)	146,13 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-66,32 €	0,010				
1. Jahr (vs. Prä)			162,88 €	0,000	317,57 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			128,48 €	0,000	282,09 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-58,01 €	0,018	-76,30 €	0,002
IG x Jahr 2 (DiD)			-75,26 €	0,018	-92,06 €	0,004
Alter (30-47 J. vs. U30)					32,90 €	0,439
Alter (48-64 J. vs. U30)					137,61 €	0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					191,67 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					11,64 €	0,703
F 00 (Demenz)					66,97 €	0,400
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-89,30 €	0,156
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-38,51 €	0,835
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-67,97 €	0,152
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					160,72 €	0,219
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-143,12 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					1.172,00 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					68,35 €	0,031
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					26,20 €	0,482
F 45 (Somatoforme Störungen)					-100,39 €	0,002
F 40-48 (ohne F43 und F45)					66,10 €	0,133
F 50 (Essstörungen)					-134,51 €	0,056
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					65,86 €	0,432
F 70-79 (Intelligenzstörung)					571,16 €	0,005
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-152,74 €	0,002
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					18,62 €	0,790
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,96 €	0,818
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-448,36 €	0,130
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					949,62 €	0,023
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					160,98 €	0,000
R ²		0,005		0,005		0,170

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

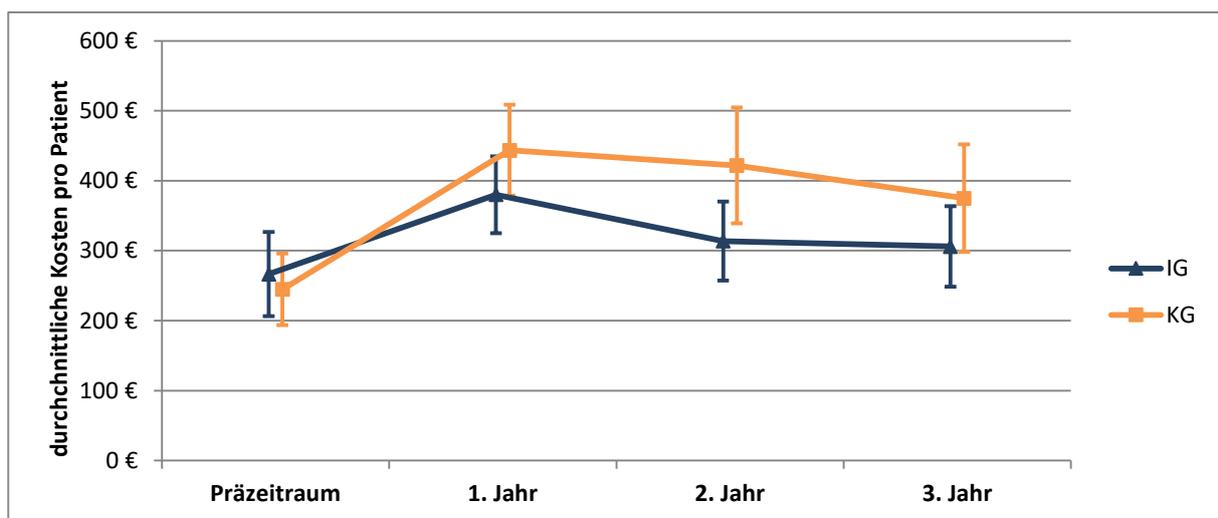
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	924	924	870	832	925	925	887	861
N mit Fall	527	660	517	499	530	645	538	487
durchschnittliche Kosten	266,50 €	379,98 €	313,77 €	306,11 €	244,72 €	443,63 €	421,91 €	375,05 €
Standardabweichung	934,30 €	854,48 €	852,00 €	846,47 €	795,32 €	1.009,20 €	1.257,79 €	1.151,89 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	18,21 €	113,00 €	65,22 €	59,07 €	17,61 €	111,47 €	58,46 €	49,73 €
75%-Perzentil	144,37 €	386,87 €	308,87 €	301,18 €	161,07 €	383,79 €	296,15 €	277,50 €
Maximum	13.039,11 €	8.929,73 €	13.928,61 €	10.372,58 €	9.872,43 €	10.421,18 €	12.987,83 €	12.057,47 €

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

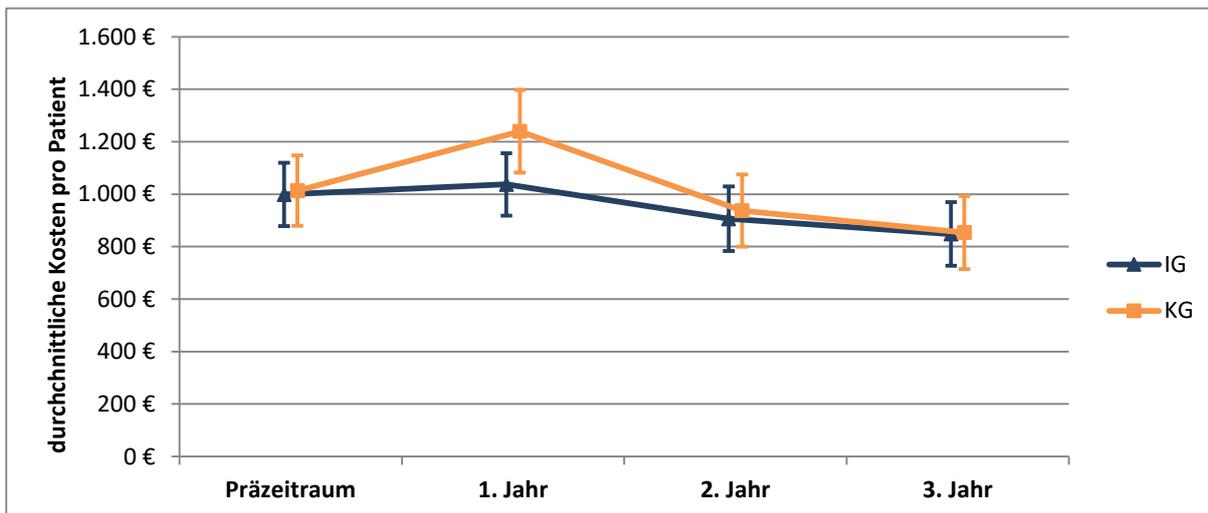


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	752	752	728	705	728	728	704	687
N mit Fall	647	644	597	588	616	609	551	521
durchschnittliche Kosten	999,13 €	1.037,63 €	906,53 €	848,26 €	1.013,43 €	1.239,79 €	937,33 €	853,86 €
Standardabweichung	1.687,09 €	1.662,19 €	1.693,88 €	1.642,62 €	1.846,80 €	2.174,13 €	1.862,65 €	1.868,80 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	86,78 €	113,40 €	78,57 €	80,54 €	49,48 €	64,53 €	32,47 €	19,11 €
Median	372,92 €	433,50 €	362,48 €	333,84 €	276,62 €	362,97 €	270,60 €	223,25 €
75%-Perzentil	1.144,33 €	1.196,18 €	1.014,34 €	914,47 €	1.123,00 €	1.407,90 €	996,55 €	797,68 €
Maximum	16.418,39 €	14.169,03 €	17.625,79 €	13.582,13 €	14.565,64 €	17.097,25 €	16.061,56 €	16.705,96 €

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



10.9 Kosten der Heilmittelversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Heilmittel werden die Kosten für Heilmittel mit psychiatrischer Indikation erfasst. Die Zuordnung zur psychiatrischen Versorgung erfolgt dabei über die Abrechnungspositionsnummer (APN). Die Preise werden den regional differenzierten Preislisten des vdek entnommen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Aufgrund der geringen Inanspruchnahme fielen die **Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung** relativ gering aus, weswegen die Kosten nicht sinnvoll miteinander verglichen werden können.

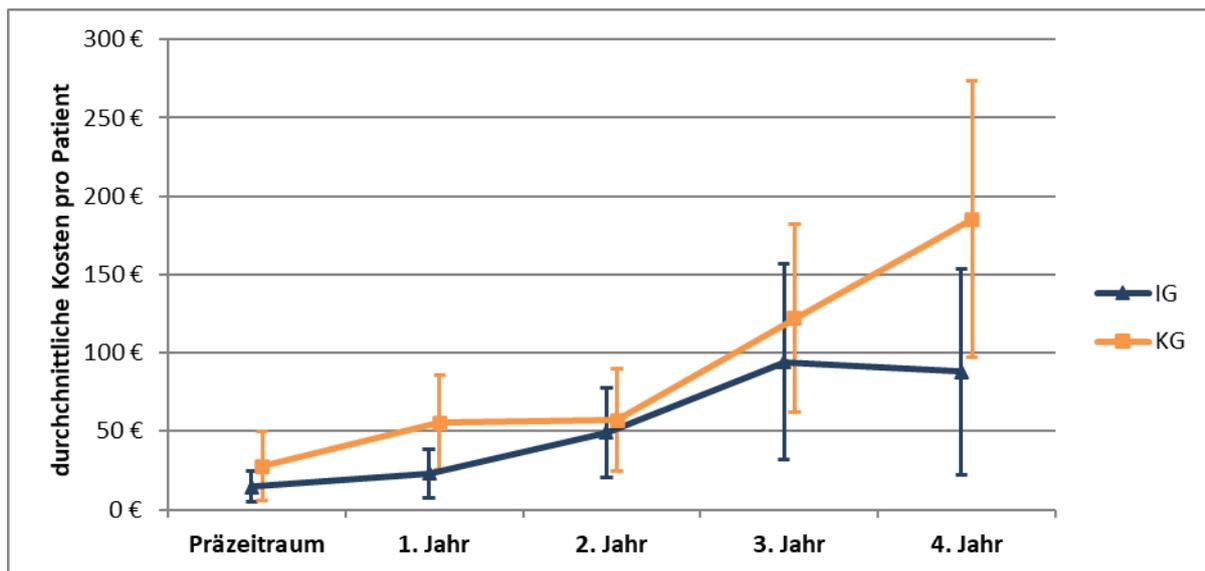
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 149: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
N mit Fall	18	16	18	16	13	12	24	23	26	29
durchschnittliche Kosten	14,47 €	23,22 €	49,09 €	94,03 €	87,82 €	27,44 €	55,54 €	57,08 €	121,96 €	185,11 €
Standardabweichung	110,30 €	172,26 €	305,01 €	658,43 €	675,16 €	244,77 €	340,29 €	356,69 €	646,78 €	937,35 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.008,19 €	2.923,16 €	4.197,83 €	9.521,84 €	8.605,11 €	3.953,73 €	3.364,70 €	5.024,66 €	6.726,36 €	8.759,03 €

Abbildung 90: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 150: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
N mit Fall	11	11	13	18	19	36	41	34	26	28
durchschnittliche Kosten	12,41 €	12,08 €	24,45 €	37,07 €	61,70 €	38,99 €	58,38 €	58,52 €	81,18 €	104,89 €
Standardabweichung	118,36 €	121,05 €	233,64 €	327,38 €	440,78 €	202,80 €	312,87 €	403,90 €	598,86 €	681,51 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.679,83 €	1.884,74 €	4.194,50 €	5.445,50 €	6.139,00 €	2.050,12 €	4.590,03 €	7.483,88 €	10.881,36 €	9.030,85 €

Abbildung 91: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

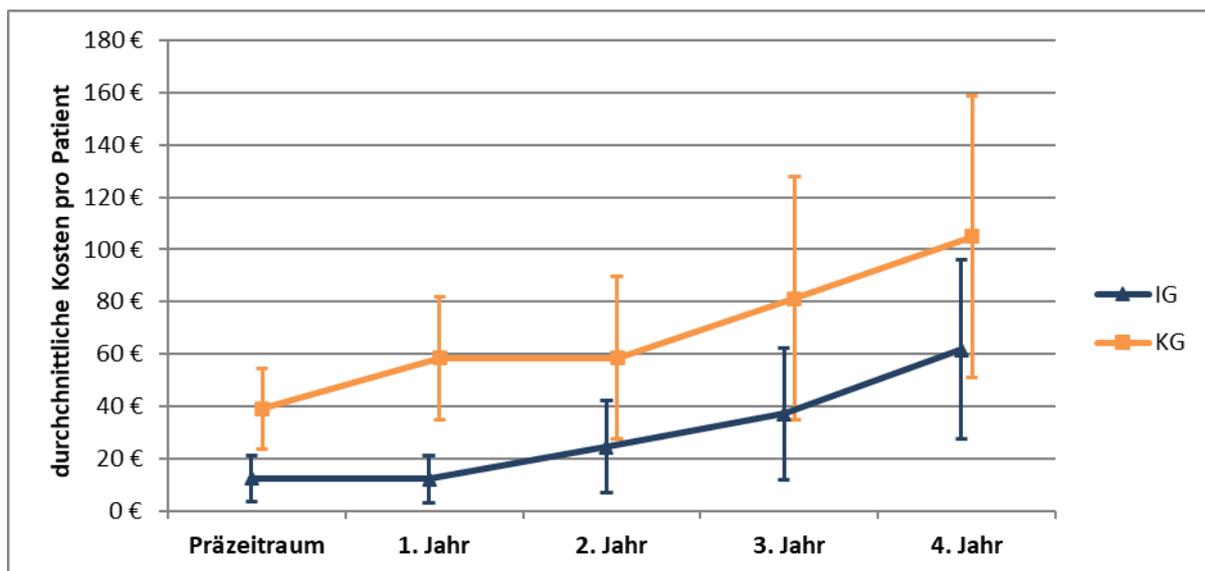


Tabelle 151: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	27,44 €	0,015	27,44 €	0,015	94,87 €	0,029
IG (vs. KG)	-12,97 €	0,293	-12,97 €	0,293	-15,37 €	0,314
Post (vs. Prä)	75,88 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-28,31 €	0,284				
1. Jahr (vs. Prä)			28,09 €	0,024	24,35 €	0,113
2. Jahr (vs. Prä)			29,64 €	0,061	29,42 €	0,112
3. Jahr (vs. Prä)			94,51 €	0,001	95,95 €	0,001
4. Jahr (vs. Prä)			157,67 €	0,000	162,89 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-19,35 €	0,205	-17,89 €	0,247
IG x Jahr 2 (DiD)			4,98 €	0,804	9,56 €	0,653
IG x Jahr 3 (DiD)			-14,96 €	0,719	-9,84 €	0,811
IG x Jahr 4 (DiD)			-84,32 €	0,106	-79,96 €	0,123
Alter (30-47 J. vs. U30)					-50,13 €	0,218
Alter (48-64 J. vs. U30)					-23,97 €	0,556
Alter (Ü64 vs. U30)					5,49 €	0,910
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-17,18 €	0,546
F 00 (Demenz)					403,26 €	0,178
F 01 (Vaskuläre Demenz)					137,58 €	0,562
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-55,44 €	0,125
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					162,75 €	0,323
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-130,95 €	0,031
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-93,19 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					110,98 €	0,197
F 30-39 (Affektive Störungen)					-33,09 €	0,374
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-38,57 €	0,182
F 45 (Somatoforme Störungen)					-66,02 €	0,016
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-31,23 €	0,372
F 50 (Essstörungen)					-8,31 €	0,858
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-43,27 €	0,178
F 70-79 (Intelligenzstörung)					274,50 €	0,107
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					9,91 €	0,862
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-51,09 €	0,370
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-19,23 €	0,342
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					66,74 €	0,238
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-89,33 €	0,284
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,31 €	0,981
R ²		0,004		0,010		0,050

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

Tabelle 152: 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	38,99 €	0,000	38,99 €	0,000	55,60 €	0,340
IG (vs. KG)	-26,58 €	0,003	-26,58 €	0,003	-22,18 €	0,094
Post (vs. Prä)	36,22 €	0,026				
IG x Post (DiD)	-15,43 €	0,414				
1. Jahr (vs. Prä)			19,39 €	0,048	27,33 €	0,382
2. Jahr (vs. Prä)			19,53 €	0,186	27,93 €	0,410
3. Jahr (vs. Prä)			42,19 €	0,069	49,67 €	0,254
4. Jahr (vs. Prä)			65,90 €	0,013	74,48 €	0,105
IG x Jahr 1 (DiD)			-19,72 €	0,059	-19,20 €	0,061
IG x Jahr 2 (DiD)			-7,50 €	0,669	-7,02 €	0,684
IG x Jahr 3 (DiD)			-17,54 €	0,510	-16,12 €	0,534
IG x Jahr 4 (DiD)			-16,62 €	0,600	-17,04 €	0,584
Alter (30-47 J. vs. U30)					-63,72 €	0,134
Alter (48-64 J. vs. U30)					-41,24 €	0,336
Alter (Ü64 vs. U30)					-70,12 €	0,130
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					0,43 €	0,974
F 00 (Demenz)					169,25 €	0,150
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-25,09 €	0,626
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					3.176,01 €	0,008
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					344,20 €	0,120
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					223,57 €	0,273
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-5,82 €	0,710
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					28,38 €	0,215
F 30-39 (Affektive Störungen)					1,44 €	0,935
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1,11 €	0,952
F 45 (Somatoforme Störungen)					-12,93 €	0,311
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-8,42 €	0,581
F 50 (Essstörungen)					-71,09 €	0,028
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					108,80 €	0,014
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-9,57 €	0,589
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					17,47 €	0,248
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-27,93 €	0,413
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-12,57 €	0,407
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18,20 €	0,293
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-14,92 €	0,405
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					23,64 €	0,424
R ²		0,004		0,005		0,195

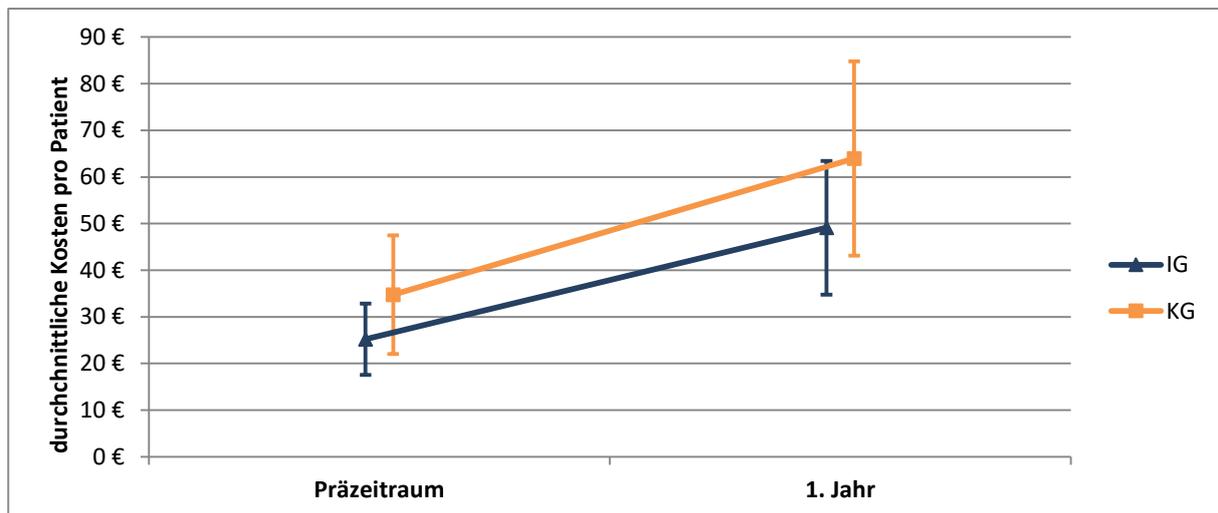
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 153: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.761	1.761	1.761	1.761
N mit Fall	73	83	57	83
durchschnittliche Kosten	25,20 €	49,09 €	34,75 €	63,94 €
Standardabweichung	164,29 €	307,03 €	272,94 €	446,06 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.435,96 €	5.582,26 €	5.684,00 €	7.441,00 €

Abbildung 92: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 154: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
N mit Fall	54	62	60	39	61	64
durchschnittliche Kosten	19,34 €	40,75 €	68,03 €	26,05 €	47,47 €	80,47 €
Standardabweichung	132,10 €	274,94 €	411,04 €	217,51 €	336,13 €	492,69 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.008,19 €	5.582,26 €	5.916,58 €	4.079,20 €	7.441,00 €	8.690,86 €

Abbildung 93: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

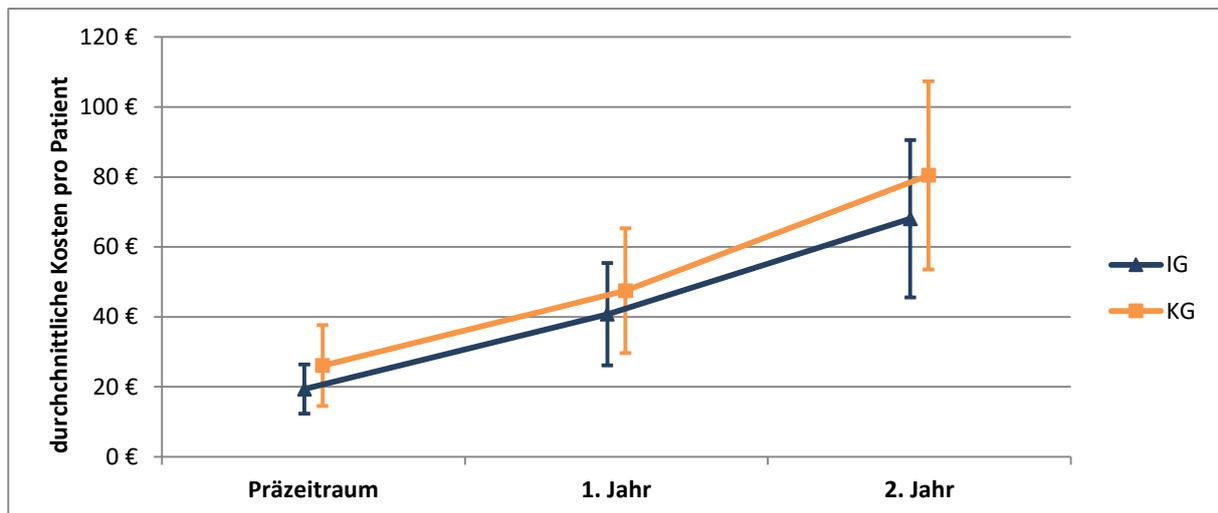


Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	26,05 €	0,000	26,05 €	0,000	17,45 €	0,265
IG (vs. KG)	-6,71 €	0,331	-6,71 €	0,331	-8,18 €	0,259
Post (vs. Prä)	37,49 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-2,84 €	0,811				
1. Jahr (vs. Prä)			21,42 €	0,002	26,07 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			54,42 €	0,000	62,40 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			0,00 €	1,000	-0,05 €	0,996
IG x Jahr 2 (DiD)			-5,73 €	0,726	-6,36 €	0,698
Alter (30-47 J. vs. U30)					3,00 €	0,783
Alter (48-64 J. vs. U30)					24,21 €	0,095
Alter (Ü64 vs. U30)					29,39 €	0,029
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					0,32 €	0,979
F 00 (Demenz)					67,91 €	0,263
F 01 (Vaskuläre Demenz)					132,67 €	0,079
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					121,62 €	0,491
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					36,46 €	0,373
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					54,32 €	0,656
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-48,54 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					23,77 €	0,432
F 30-39 (Affektive Störungen)					-1,73 €	0,912
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-23,40 €	0,091
F 45 (Somatoforme Störungen)					-35,71 €	0,005
F 40-48 (ohne F43 und F45)					4,06 €	0,848
F 50 (Essstörungen)					-36,78 €	0,155
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					12,64 €	0,721
F 70-79 (Intelligenzstörung)					222,45 €	0,064
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-13,92 €	0,509
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-27,81 €	0,034
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6,82 €	0,490
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					19,80 €	0,307
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-36,23 €	0,217
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5,28 €	0,288
R ²		0,003		0,004		0,034

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

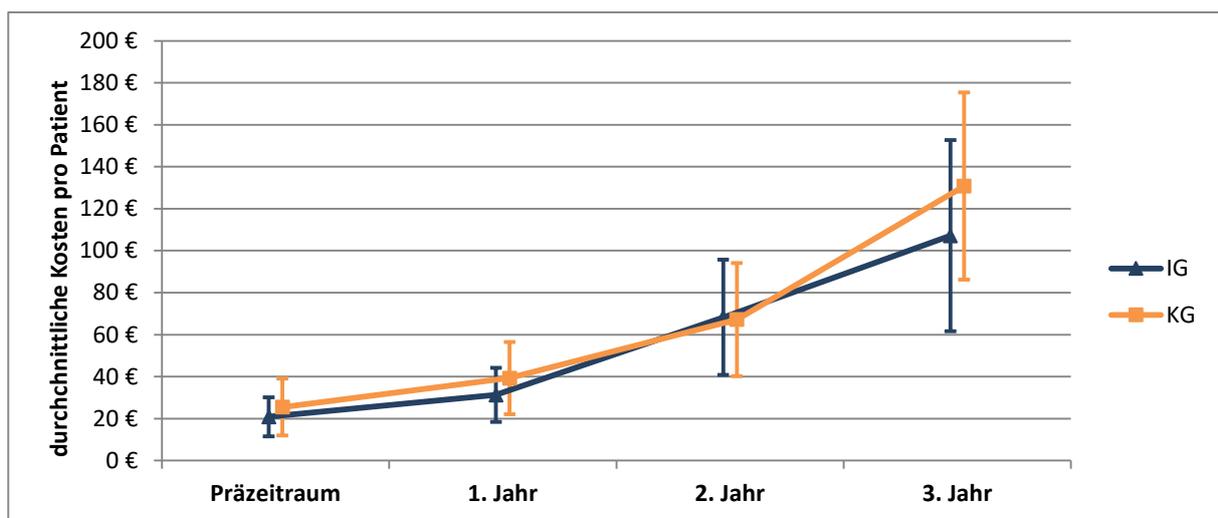
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Tabelle 156: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	924	924	870	832	925	925	887	861
N mit Fall	37	39	42	41	26	38	43	54
durchschnittliche Kosten	20,86 €	31,29 €	68,24 €	107,15 €	25,48 €	39,29 €	67,19 €	130,81 €
Standardabweichung	144,43 €	200,18 €	413,22 €	670,83 €	209,78 €	266,62 €	409,55 €	668,39 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.008,19 €	2.923,16 €	5.916,58 €	9.521,84 €	3.953,73 €	3.364,70 €	5.024,66 €	7.094,80 €

Abbildung 94: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

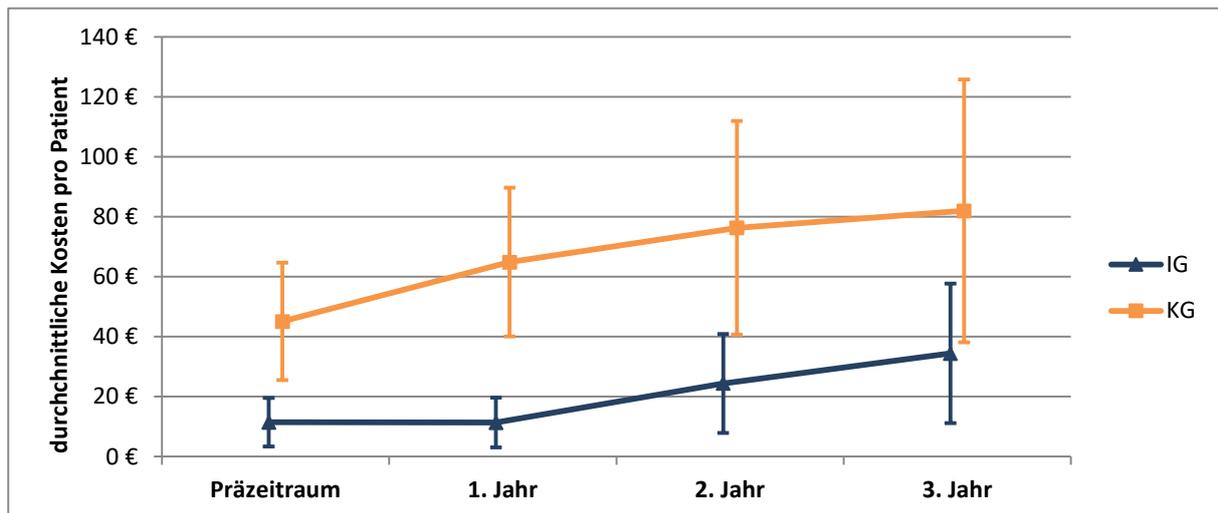


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	752	752	728	705	728	728	704	687
N mit Fall	11	12	15	19	40	46	41	29
durchschnittliche Kosten	11,42 €	11,32 €	24,40 €	34,42 €	45,05 €	64,85 €	76,28 €	81,96 €
Standardabweichung	113,58 €	116,28 €	227,08 €	314,75 €	269,47 €	341,94 €	482,33 €	586,16 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.679,83 €	1.884,74 €	4.194,50 €	5.445,50 €	4.951,28 €	4.590,03 €	7.483,88 €	10.881,36 €

Abbildung 95: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



11. Ergebnisse: Effizienz

Für die Bewertung der Effizienz wird das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis mit den vollstationären bzw. AU-Tagen als Outcome-Parameter und den gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten als Verhältnis gebildet. Die Population wird für die Analyse der AU-Tage auf Versicherte mit Versichertenstatus „1“ („Mitglied“) eingeschränkt. Dargestellt ist die Effizienz für 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 1.627,24 € je Patient signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 158 und Abbildung 96). Gleichzeitig wies die IG (relativ zur KG) einen um 2,16 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage auf. Dementsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von -753,35 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen Krankenhaustag wurden 753,35 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelten sich die Kosten der IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.300,01 € je Patient signifikant teurer als die der KG (vgl. Tabelle 159 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 4,87 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich zur KG. Dementsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -266,94 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag wurden 266,94 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben. Eine Betrachtung der Effizienz für Untersuchung 2, getrennt nach den einzelnen Kohorten, wird in Abbildung 97 (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 1.373,29 € je Patient signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 160 und Abbildung 96). Gleichzeitig wies die IG (relativ zur KG) einen um 0,18 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der Krankenhaustage auf. Dementsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 7.629,39 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen Krankenhaustag wurden 7.629,39 € 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 1.566,16 € je Patient nicht signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 161 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 6,03 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich

zur KG. Dementsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 259,73 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden 259,73 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

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

Tabelle 158: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	672,99 €		1761	9.192,44 €		1761	8.519,45 €	
	KG	753,60 €		1761	7.645,81 €		1761	6.892,20 €	
	Diff (IG - KG)	-80,61 €	0,263		1.546,64 €	0,000		1.627,24 €	0,000
KH-Tage	IG	0,59		1761	20,97		1761	20,38	
	KG	0,81		1761	23,35		1761	22,54	
	Diff (IG - KG)	-0,22	0,268		-2,38	0,030		-2,16	0,053
ICER		-753,35							

Tabelle 159: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	519,47 €		890	8.313,87 €		890	7.794,40 €	
	KG	651,57 €		969	7.145,96 €		969	6.494,39 €	
	Diff (IG - KG)	-132,10 €	0,118		1.167,91 €	0,004		1.300,01 €	0,002
AU-Tage	IG	25,27		890	82,22		890	56,94	
	KG	21,80		969	83,61		969	61,81	
	Diff (IG - KG)	3,47	0,188		-1,40	0,768		-4,87	0,368
ICER		-266,94							

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

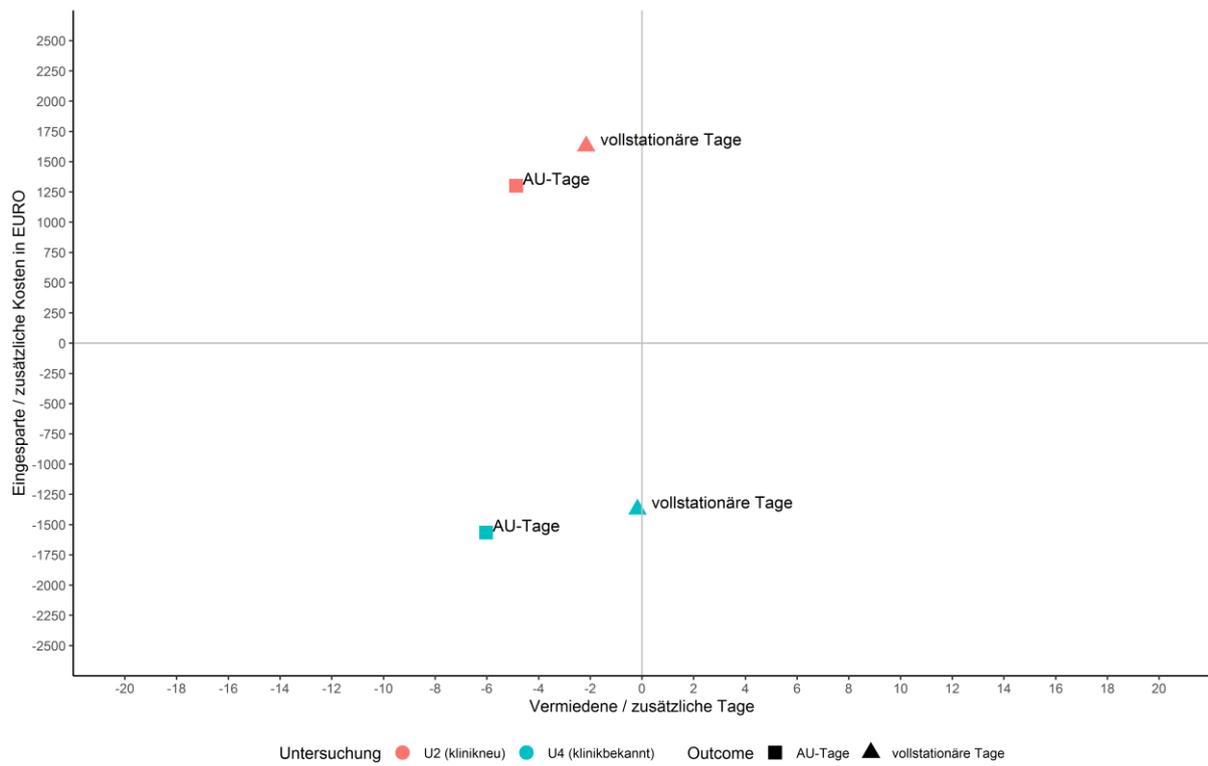
Tabelle 160: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	6.468,51 €		777	6.265,38 €		777	-203,14 €	
	KG	5.072,26 €		777	6.242,42 €		777	1.170,15 €	
	Diff (IG - KG)	1.396,25 €	0,003		22,96 €	0,961		-1.373,29 €	0,037
KH-Tage	IG	12,38		777	15,69		777	3,32	
	KG	11,44		777	14,93		777	3,49	
	Diff (IG - KG)	0,94	0,538		0,76	0,660		-0,18	0,939
ICER		7629,39							

Tabelle 161: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	6.225,75 €		316	5.349,20 €		316	-876,55 €	
	KG	4.620,22 €		386	5.309,83 €		386	689,61 €	
	Diff (IG - KG)	1.605,52 €	0,016		39,37 €	0,947		-1.566,16 €	0,072
AU-Tage	IG	46,31		316	37,47		316	-8,84	
	KG	42,39		386	39,58		386	-2,81	
	Diff (IG - KG)	3,92	0,509		-2,11	0,698		-6,03	0,454
ICER		259,73							

Abbildung 96: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tag, U2 und U4



Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH und untersucht dabei vier verschiedene Betrachtungsweisen (U1-U4). Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus bis zu 10 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 passen² und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen³. Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten aus den sechs Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde. Lediglich der Aufnahmeort des Referenzfalls (PIA vs. Krankenhaus) war zwischen IG und KG verschieden (siehe Tabelle 3, Tabelle 5), da bereits hier Modellstrukturen wirkten.

Die Stärken der vorliegenden Auswertung sind daher eine Datenbasis über fünf Modelljahre bzw. vier patientenindividuelle Jahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit

² In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patienten Klientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

³ Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

von IG und KG (sowohl für die Kliniken als auch für die Patienten). Insofern sind die hier vorliegenden Ergebnisse als aussagekräftig bezüglich der Erfüllung von Versorgungs- bzw. Modellzielen zu werten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Kapitel 8 bis 11 nach den gestellten Hypothesen (siehe Kapitel 4) diskutiert und am Ende im Fazit zusammengefasst.

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

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

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** aufgrund von Indexdiagnose war in der IG bei den klinikneuen Patienten im Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG etwas größer als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied jedoch statistisch nicht signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten waren die Anteile zwischen IG und KG in allen untersuchten Kohorten (U1 & U4) vergleichbar.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker als in der KG. In den Untersuchungen, in denen inferenzstatistisch gerechnet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Da in der IG im Jahr vor Referenzfall kein einziger Fall auftrat (und die Modellierung durch diese Quasi-Determination nicht konvergierte), wurde hier keine Difference-in-Difference-Berechnung durchgeführt, sondern ein Vergleich der Jahre nach Referenzfall (Post-Vergleich). Klinikbekannte Patienten wiesen zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbare Verläufe auf. Hier waren die Anteile in der IG meist höher als in der KG, ausgenommen im Jahr nach Referenzfall. Signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** klinikneuer Patienten war zunächst (für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, U1) für IG und KG vergleichbar. Im weiteren Modellverlauf waren geringere vollstationäre Tage in der IG im Vergleich zur KG im ersten Jahr nach Referenzfall ersichtlich (U2- U4). Dieser geringere Anstieg in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in U3, in der inferenzstatistisch getestet wurde, statistisch signifikant. Eine Veränderung der Inanspruchnahme vollstationärer Behandlungstage über die Modelllaufzeit ist hier ersichtlich. Das Modellvorhaben an der Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH wies keinen Vorläufervertrag auf. Daher war damit zu rechnen, dass es eine gewisse Zeit benötigte, die Strukturen innerhalb des Klinikums auf die neue Modellversorgung umzustellen. Dies ist hier ersichtlich, da in U1 (Patienten aus dem ersten Modelljahr) noch keine wesentlichen Unterschiede in der Anzahl der vollstationären

Behandlungstage ersichtlich waren, jedoch über die Modelllaufzeit der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer ausfiel im Vergleich zur KG (siehe z.B. U3). Der Modelleffekt einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit besonders im ersten patientenindividuellen Jahr erkennbar. Zu beachten gilt hier, dass die Verringerung vollstationärer Behandlungstage über die Modelllaufzeit nicht sehr stark ausgeprägt war und die Entwicklung hin zu einer signifikanten Verringerung auch auf die höheren Fallzahlen in U3 im Vergleich zu U1 zurückzuführen sein könnte. Auch in anderen Studien zu Modellvorhaben nach §64b SGB V oder ähnlichen Modellvorhaben war eine Reduktion vollstationärer Tage in Modellvorhaben im Vergleich zu Kontrollpatienten ersichtlich. So sank die durchschnittliche Dauer vollstationärer Behandlung im Landkreis Dithmarschen mit der Einführung von Regionalen Psychriatriebudgets (RPB) im Jahr 2008 um ca. 22% im Vergleich vor Einführung des RPB (4). In einer Region in Schleswig-Holstein wurde nach Einführung des RPBs die Zahl vollstationärer Behandlungsplätze innerhalb von fünf Jahren deutlich reduziert (5). Im Rahmen eines modellähnlichen integrierten Versorgungsvertrages in einer Klinik in Hessen konnten 30% der stationären Leistungen durch stationsersetzende ambulante Akut-Teams abgelöst werden (6). Zudem sank die stationäre Zeit von Patienten im Modellvorhaben an der Psychiatrie der Charité am St. Hedwig Krankenhaus in Berlin im Vergleich zu zwei Jahren vor Modellstart (7). Bei den klinikbekannten Patienten waren in U1 und U4 vergleichbare Verläufe zwischen IG und KG erkennbar, wobei die IG stets leicht mehr vollstationäre Behandlungstage aufwies als die KG. Vergleiche mit dem Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) waren statistisch nicht signifikant. Dies rührt unter anderem daher, dass bereits im Präzeitraum in der IG eine höhere Anzahl an vollstationären Behandlungstagen in Anspruch genommen wurde.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** klinikneuer Patienten in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG. Dieser Unterschied war in U1 und U3 statistisch signifikant. Auch war der Vergleich der vier Jahr nach Referenzfall mit dem Jahr vor Referenzfall in U1 statistisch signifikant. Hier schienen die vollstationären durch teilstationäre Tage teilweise aufgefangen zu sein. Auch schien die Ausweitung teilstationärer Tage im Modellvorhaben bereits schneller umgesetzt worden zu sein, als die Verringerung der vollstationären Tage (siehe oben), da Effekte bei den teilstationären Behandlungstagen bereits bei Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) ersichtlich waren. Auch im oben beschriebenen RPB in Dithmarschen wurden vollstationäre Behandlungstage teilweise durch teilstationäre Tage aufgefangen (4). Und teilstationäre Behandlungsangebote wurden auch im RPB in der Region in Schleswig-Holstein deutlich ausgebaut (5, 8). Die klinikbekannten Patienten der IG starteten, analog zu den vollstationären Tagen, auf einem leicht höheren Niveau im Vergleich zur KG im Jahr vor Referenzfall. Im Jahr nach Referenzfall sank die Anzahl teilstationärer Behandlungstage in der IG unter dem Wert der KG. Danach waren die Werte weitgehend vergleichbar. Somit waren auch bei den klinikbekannten Patienten, entsprechend unserer Modellergebnisse, Modelleffekte bei den teilstationären Tagen im Jahr nach Referenzfall ersichtlich.

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.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** ist zu erkennen, dass in der Modellklinik die PIA bei den linikneuen Patienten stets geringer in Anspruch genommen wurde als in der Regelversorgung. Dies war in allen Untersuchungen U1 – U4 ersichtlich. Zudem war der Anstieg im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Diese geringere Zunahme war in U1 und U3 statistisch signifikant. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen IG und KG weitgehend vergleichbare Verläufe. Eine Veränderung der PIA-Inanspruchnahme über die Zeit, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, ist hier nicht zu erkennen. Die PIA wurde in diesem Modellvorhaben vermutlich nicht stärker ausgebaut und die verringerte vollstationäre Behandlungsdauer eher über eine Ausweitung teilstationärer Behandlungsangebote kompensiert.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer, schienen durch das Modellvorhaben kaum beeinflusst zu sein. Hier waren bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG meist vergleichbare Verläufe der Inanspruchnahme von einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in allen Untersuchungen ersichtlich. Jedoch stieg die Inanspruchnahme bei den Patienten im Modellvorhaben vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach stets etwas stärker als bei Patienten der Regelversorgung (alle Untersuchungen). Dieser leicht höhere Anstieg war statistisch jedoch nicht signifikant (U1 & U3). Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier ein zwischen IG und KG vergleichbarer Verlauf, wobei die IG stets leicht geringere Kontakte im Vergleich zur KG aufwies. Weiterhin war bei den anderen Vertragsärzten (außerhalb des psychiatrischen Bereichs) im ersten Jahr nach Referenzfall ein Absinken der Inanspruchnahme in der IG und auf der anderen Seite ein Anstieg in der KG ersichtlich. Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Obwohl die Gesetzgebung mit §64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle Sektorierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet (9, 10). Das verhandelte Budget nach §64b SGB V beschränkt sich bei der Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH auf den Krankenhaussektor. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt. Die leicht stärkere Inanspruchnahme von einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten im Jahr nach Referenzfall bei den

klinikneuen Patienten in der IG, wenn auch nicht statistisch signifikant, könnte auf eine leicht stärkere Einbindung in der Klinik hinweisen.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass die Dauer vollstationärer Aufenthalte im Zuge der Etablierung des Modellvorhabens über die Zeit verringert bzw. die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte erhöht werden konnte. Damit konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten im Zeitverlauf erreicht werden. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigt sich eine geringere Inanspruchnahme der PIA und somit ein hypothesenkonträrer Effekt.

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

*„[...] schaffen eine **erhöhte Behandlungskontinuität** bei Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG.“*

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** wurde untersucht, ob nach einem stationären Aufenthalt innerhalb von 7, 30 bzw. 90 Tagen ein ambulanter Kontakt erfolgt ist und wo dieser stattgefunden hat. Die Gruppe PIA, Arzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeuten wurde als „Kontakt zum psychiatrischen Sektor“ zusammengefasst. Hier war die Kontinuität für alle klinikneuen und klinikbekannten Patienten zwischen IG und KG meist vergleichbar bzw. in der IG teils geringer. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich.

Beim Outcome **Abbrüche des Kontakts** schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wurde untersucht, wie häufig und wie lange klinikneue Patienten mit schweren psychischen Störungen keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten. Da eine Betrachtung dieses Parameters über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs waren zwischen IG und KG vergleichbar.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** wurde untersucht, ob Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor innerhalb eines Jahres mehr als zweimal wechselten. Im Allgemeinen kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten. Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Durch die regionale Pflichtversorgung in der Psychiatrie, eine enge Bindung an den Psychotherapeuten (bei durchgehender Therapie) und teilweise fehlendem Fachpersonal in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, verbunden mit teils langen Wartezeiten (10), ist vermutlich die Möglichkeit des Hoppings zwischen verschiedenen Krankenhäusern und Ärzten ohnehin und unabhängig von 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, Pflegern und Ärzten, eine wichtige Säule. An die Stelle von einzelnen Leistungserbringern rückt ein multi-professionelles Team von Leistungserbringern (11). Durch ein einheitliches Budget im Krankenhaus und der daraus resultierenden Umstrukturierung der Klinik mit u.a. der Bereitstellung sektorenübergreifender Behandlungsteams kann eine bessere kontinuierliche Betreuung der Patienten sichergestellt werden. Die kontinuierliche Betreuung innerhalb des Krankenhauses kann jedoch mit den hier verfügbaren GKV-Daten nicht abgebildet werden. Die Kontinuität der Behandlung wurde in dieser Evaluation daran gemessen, wie der Übergang vom stationären Fall zum ambulanten Setting gelang, ob stationäre oder ambulante Kontakte wahrgenommen wurden und ob Patienten das Krankenhaus bzw. den ambulanten Leistungserbringer häufig wechselten. Sowohl bei der Untersuchung der Behandlungskontinuität als auch bei dem Kontaktabbruch konnten keine Modelleffekte einer kontinuierlicheren Behandlung im Modellvorhaben nachgewiesen werden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass keine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben für das Jahr nach Referenzfall der klinikneuen und klinikbekannten Patienten gewährleistet werden konnte. Auch waren sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs im Modellvorhaben mit der Regelversorgung vergleichbar.

Hypothese c) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] sorgen für eine **schnellere und nachhaltigere Gesundheitsverbesserung** von Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG und **verringern somit das Risiko für Arbeitsunfähigkeit, schnellere vollstationäre Wiederaufnahmen**, für die Entwicklung von **psychischen und somatischen Komorbiditäten**, für **Erkrankungsprogression** und für eine **erhöhte Mortalität**.“*

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** war zwischen IG und KG sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten stets vergleichbar. Im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall zeichneten jedoch klinikbekannte Patienten der Modellklinik, welche im ersten Modelljahr behandelt wurden, im vierten patientenindividuellen Jahr weniger AU-Episoden als die Regelversorgung.

Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den klinikneuen Patienten in der IG etwas geringer als in der KG (U1-U4). Das Absinken der AU-Tage ab dem zweiten Jahr war in der IG stärker als in der KG (U3 und U4) und bei U3 statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war im ersten Jahr nach Referenzfall ein größeres Absinken der AU-Tage in der IG im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich, wenn dieser auch keine statistische Signifikanz erreichte. Das ist hier darauf zurückzuführen, dass dieser Effekt vornehmlich durch Ausreißer, also Personen mit sehr hohen AU-Dauern, zu Stande kommt. Im vierten Jahr nach Referenzfall (U1) erreichte jedoch das größere Absinken der AU-Tage in der IG im

Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall statistische Signifikanz. Zu beachten ist zudem, dass in allen untersuchten Kohorten die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall in der IG höher als in der KG war. Im vorliegenden Modellvorhaben ist somit eine hypothesenkonforme Tendenz zu weniger AU-Tagen ersichtlich. Erkennbar ist dies besonders im Verlauf des Modellvorhabens, sowohl bei den klinikneuen als auch den klinikbekannten Patienten.

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). Sowohl der Anteil klinikneuer Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme als auch die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Auch kann eine oben festgestellte Ambulantisierung (z.B. erweitertes teilstationäres Angebot) bewirkt haben, dass im Modellvorhaben tendenziell eher psychisch schwer erkrankte Menschen vollstationär behandelt wurden im Vergleich zur Regelversorgung. Diese evtl. „schwerer

Erkrankten“ zeichnen sich ggf. durch einen erhöhten Bedarf an schnellerer vollstationärer Wiederaufnahme aus. Eine schnellere Wiederaufnahme muss dennoch per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Eine Betrachtung der stationären Wiederaufnahme, besonders unter Berücksichtigung der Verkürzung der (vollstationären) Behandlungsdauern, ist wichtig, da bereits in den letzten Jahren ein allgemeiner Anstieg von Wiederaufnahmen in einem engen Zusammenhang mit der De-Institutionalisierung in der psychiatrischen Versorgung gesehen wurde (17). Die Gründe für die Veränderung der stationären Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (18). Durch die Herstellung der Vergleichbarkeit von Modellklinik mit Kontrollkliniken und Patient der Modellklinik mit Patient der Kontrollkliniken (doppeltes Matching) sowie über die Beobachtung von IG und KG über die Zeit ist gewährleistet, dass Veränderungen in der Regelversorgung in dem Vergleich mit der KG berücksichtigt sind. Allgemeine Veränderungen von Fachkräftemangel in der Psychiatrie oder Pflege bis zu veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen fanden sowohl in der IG als auch in der KG statt. Über den Vergleich zwischen IG und KG und über die Zeit werden diese Einflüsse abgefangen. Genaue Gründe der Wiederaufnahme sind hier nicht näher beleuchtet. Das mögliche Fehlen komplementärer ambulanter Weiterversorgung stellt ein erhöhtes Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme dar (18). In der vorliegenden Evaluation kann das Vorhandensein 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 linikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein Anstieg des mittleren Elixhauser Scores zu verzeichnen war, verlief dieser bei den linikbekanntnen Patienten fast ohne Veränderungen über die Zeit.

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser Score herangezogen (19, 20). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde verzichtet, da der Elixhauser Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet (21). Das Auftreten der jeweils 30 Elixhauser Kategorien wurden gezählt und als Summe bewertet. Je höher der Score war, desto höher wurde die Last aufgrund von Komorbiditäten gewertet. Kritisch zu bewerten ist, dass der Elixhauser Score ursprünglich zur Abbildung vom Mortalitätsrisiko erhoben wurde, jedoch auch mit Krankenhausverweildauer und -kosten assoziiert ist (22). In der Literatur wird er bei der Erhebung von Komorbiditäten aufgrund von GKV-Sekundärdaten jedoch relativ häufig eingesetzt (23), da es bisher kaum valide Alternativen zur Abbildung von Komorbiditäten mit administrativen Daten gibt. Der Zusammenhang von psychischer und somatischer Ko-Erkrankung ist unbestreitbar. In einigen Fällen sind somatische Leiden mit psychischen Erkrankungen assoziiert, z.B.

Krebserkrankung und Angststörung (24). In anderen Fällen begünstigen psychische Erkrankungen organische Leiden, z.B. Suchterkrankung und Leberschäden (25). Wiederum gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, z.B. Sucht mit Depression und Angststörungen (26). Komorbiditäten verringern zudem häufig die Compliance der Patienten für die Behandlung, erhöhen die Kosten und Komplexität der Behandlung (26).

Weiterhin wurde in dem vorliegenden Bericht untersucht, inwieweit sich das Risiko, innerhalb eines definierten Zeitraumes zu versterben, zwischen IG und KG unterscheidet (**Mortalität**). Hier war das Risiko zu versterben in der IG in fast allen Untersuchungen (U1, U3, U4) leicht höher als in der KG. Nur der Anteil an Patienten, der innerhalb eines Jahres verstarb, war zwischen IG und KG vergleichbar (U1). Die höhere Mortalität war in U1 und U3 statistisch signifikant. Die Gründe einer hier angezeigten höheren Mortalität können mit den vorliegenden Daten nicht weiter untersucht werden. Vielleicht waren auch trotz eines vergleichbaren Matchings und vergleichbarer Ausgangspopulation (siehe 8.1.) die Population der IG und KG verschieden. Ein Hinweis könnte dazu das stets höhere Ausgangsniveau (Jahr vor Referenzfall) an AU-Tagen in der IG im Vergleich zur KG sein. Es wurde in einer weiteren Analyse untersucht, ob Erkrankungen, die eine hohe Letalität (unabhängig von psychischen Diagnosen) aufweisen, zwischen IG und KG unterschiedlich verteilt sind. Dies konnte nicht bestätigt werden. Dennoch könnte die Tatsache, dass die Modellklinik Träger eines nahegelegenen Pflegeheims ist, aus dem viele Patienten in das Krankenhaus kommen, einen Einfluss auf diesen Outcome haben. Diese Evaluation kann sich lediglich auf Sekundärdaten stützen. Hier liegen somit ausschließlich ICD-Kodierungen vor, die nur sehr bedingt die Fallschwere abbilden können. Durch die enge Kooperation mit einem nahegelegenen Pflegeheim der Modellklinik könnte die Schwere der Erkrankung bei Patienten der IG höher liegen als bei den Patienten der KG. Dies kann hier nicht weiter untersucht 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 wurde jedoch eine signifikant höhere Mortalität in der IG verglichen mit der KG festgestellt.

Die **Erkrankungsprogression** wurde in der vorliegenden Evaluation anhand von drei Untersuchungen analysiert. Es wurde untersucht, ob (A) leichte oder mittelgradige depressive Episoden sich zu einer schweren depressiven Episode entwickeln, ob (B) jegliche depressive Episode sich zu einer

rezidivierenden depressiven Störung entwickeln oder ob (C) eine Suchterkrankung entwickelt wurde. Das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) war bei den linikneuen und linikbekannten Patienten der IG stets geringer als in KG. Diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar oder in der IG leicht höher als in der KG. Statistisch signifikante Unterschied gab es jedoch nicht. Bei linikbekannten Patienten war diese Entwicklung zwischen IG und KG stets vergleichbar. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG bei den linikneuen Patienten leicht geringer (U1, nicht statistisch signifikant) oder vergleichbar (U2-U4). Bei den linikbekannten Patienten war der Anteil mit Entwicklung einer Suchterkrankung in der IG geringer als in der KG. Jedoch waren diese Unterschiede auch hier nicht statistisch signifikant. Bezüglich der Erkrankungsprogression zeigten sich beim Modellvorhaben keine statistisch signifikanten Unterschiede zur Regelversorgung.

Die ausgewählten Untersuchungen der Progression waren die einzigen, die mit den vorliegenden GKV-Daten, also mit einer ICD-10 Kodierung, abbildbar waren. Die Validität der Aussagen hängt an der Qualität der Kodierung im ambulanten und stationären Bereich. Die GKV-Daten werden zu Abrechnungszwecken generiert und folgen damit der Logik der Leistungsbegründung und der Honorierung (30). Hier sei jedoch genannt, dass alle erwähnten Einschränkungen sowohl auf die IG als auch auf die KG zutreffen und somit keinen Unterschied zwischen IG und KG bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass das Risiko für Arbeitsunfähigkeit von linikneuen und linikbekannten Patienten im Modellvorhaben über die Modelllaufzeit verringert werden konnte. Im Modellvorhaben in Glauchau wurden die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität in der IG erhöhte sich, gegensätzlich zur gestellt Hypothese, im Vergleich zur KG. Das Risiko einer Erkrankungsprogression konnte im Modellvorhaben nicht 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. In der IG war der Anteil an linikneuen Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen größer als in der KG (hypothesenkonform). Auf der anderen Seite war der Anteil der Personen mit Schizophrenie und antipsychotischer Medikation in der

IG geringer als in der KG (hypothesenkonträr). Die restlichen Untersuchungen zur Leitlinienadhärenz waren zwischen den Gruppen vergleichbar oder die Fallzahl war für valide Aussagen zu gering.

Eine Abbildung von Leitlinienadhärenz mit Sekundärdaten unterliegt einer Reihe an Limitationen. Zum einen können nur abgerechnete Leistungen in die Betrachtung von Indikatoren für Leitlinienadhärenz einbezogen werden. Ob Medikamente vom Patienten z. B. nicht eingenommen oder Therapie nicht in Anspruch genommen werden (Non-Compliance), können Daten der GKV nicht darstellen. Zum anderen können berechtigte Gründe vorliegen, im Einzelfall von standardisierten Empfehlungen abzuweichen. Einzelne Beweggründe oder Hintergründe für abweichende Empfehlungen können mit den vorliegenden Daten nicht untersucht werden. Weiterhin unterliegen Angaben zu Leitlinienadhärenz der Qualität und Validität der Kodierungen. Diese können, besonders im ambulanten Bereich, nicht verifiziert werden. Mit den hier untersuchten Indikatoren zur Abbildung einer leitlinien-nahen Versorgung wurde versucht, diese Limitationen zu berücksichtigen. Daher wurde nach Sichtung verschiedener Leitlinien, welche in Modellvorhaben nach §64b SGB V tangiert werden, und der Feststellung, dass sektoren- und diagnoseübergreifende Qualitätsindikatoren (QIs) leider noch nicht verfügbar sind, auf die Publikation von Großimlinghaus et al. (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 voraussichtlich 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) sowie ggf. unter den entsprechenden Schlüsseln der PIA-Dokumentationsvereinbarung vom 02.02.2018 (x6x und 86Z) die aufsuchende Behandlung als Home-Treatment ab 2013 ausgewertet (35). Wie in Kapitel 9.2 ersichtlich, wurde sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung im Jahr vor Referenzfall vergleichbar eingesetzt. In den folgenden Jahren wurde in allen Untersuchungen (U1 bis U4) die aufsuchende Behandlung in der IG statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der KG. Dieser Unterschied zwischen IG und KG war bei den klinikbekannten Patienten numerisch stärker ausgeprägt als bei den klinikneuen Patienten. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben ist somit ersichtlich. 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 klar nachgewiesen werden konnte. Aufgrund meist zu geringer Fallzahlen bei den meisten untersuchten

Outcomes der Leitlinienadhärenz kann hier keine Aussage getroffen werden. Bei zwei Outcomes konnte einmal eine Erhöhung und einmal eine Verringerung der Leitlinienadhärenz verzeichnet werden. Die aufsuchende Behandlung wurde im Modellvorhaben verstärkt in Anspruch genommen.

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.“

Die Hypothese der geringeren **direkten stationär-psychiatrischen Versorgungskosten** in der IG kann für alle inferenzstatistisch analysierten Untersuchungsgruppen verworfen werden, da sich keine statistisch signifikant voneinander unterschiedlichen Kostenverläufe (bzgl. vollstationärer Versorgung) ergaben. Bei den deskriptiv analysierten Untersuchungsgruppen deuteten sich ebenfalls keine geringeren Kosten an. Bei den klinikneuen Patienten von U1 und U3 kam es in der IG zu höheren Kosten in der tagesklinischen Versorgung (relativ zur KG) im Zeitverlauf.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass **direkte stationär-psychiatrischen Versorgungskosten** in der IG sich nicht von der KG unterscheiden.

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.“

Die Hypothese der geringeren **direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen** in der IG kann für die klinikneuen Patienten von U1 und U3 verworfen werden, während die klinikbekannt Patienten von U1 hypothesenkonformes Verhalten zeigten. Bei den klinikneuen Patienten von U1 war die IG (relativ zur KG) im Vergleich Prä- zu Postzeitraum um 636,64 € signifikant teurer. Der Kostenunterschied über den gesamten Postzeitraum von vier Jahren war hauptsächlich auf die Differenz des ersten Jahres zurückzuführen. Bei den klinikneuen Patienten von U3 war die IG (relativ zur KG) im ersten Jahr ebenfalls signifikant teurer, wodurch sich im Vergleich Prä- zum dreijährigen Postzeitraum ebenfalls ein signifikanter Kostenunterschied von 747,94 € ergab. Bei den klinikneuen Patienten von U1 und U3 konnte in der IG (relativ zur KG) eine Erhöhung der Kosten im tagesklinischen Bereich, bei gleichzeitig sinkenden Kosten (relativ zur KG) in der PIA-Behandlung beobachtet werden. Bei den klinikbekannt Patienten von U1 war die IG im Vergleich Prä- zu Postzeitraum um 1.055,79 € signifikant teurer als die KG.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der geringeren **direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen** für die klinikneuen Patienten verworfen werden kann, die klinikbekannten Patienten jedoch hypotesenkonformes Verhalten zeigten.

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. Definiert man Leistungstransparenz als Einführung des PEPP-Systems als Abrechnungssystem, lässt sich für das Kreiskrankenhaus Glauchau konstatieren, dass nach einer kurzen Übergangsphase von zwei Monaten (November und Dezember 2013), in denen Modellpflegesätze verwendet wurden, seit 2014 PEPP-Entgelte für die stationäre Abrechnung verwendet wurden und 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. Da es sich um ein Modell in Sachsen handelt, erfolgt die Vergütung gemäß im landesweit geltenden Einzelleistungskatalog. Dieser erfüllt die oben genannten Kriterien, sodass von Leistungstransparenz gesprochen werden kann.

Zusammenfassend kann für das Modellvorhaben im stationären und im ambulanten Sektor von Leistungstransparenz gesprochen werden.

Hypothese h) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] führen zu einer **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.**“*

Die Hypothese der **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich** in der IG (relativ zur KG) kann für alle inferenzstatistisch analysierten Untersuchungsgruppen verworfen werden, da sich keine statistisch signifikant voneinander unterschiedlichen Kostenverläufe ergaben.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich** verworfen werden kann.

Hypothese i) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] 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 Hypothese der sinkenden **Kosten der Arzneimittelversorgung** kann für die linikneuen und linikbekannten Patienten von U1 verworfen werden, da sich hier keine statistisch signifikant unterschiedlichen Kostenverläufe zwischen IG und KG ergaben. Bei den linikneuen Patienten von U3 war die IG (relativ zur KG) im Vergleich Prä- zu Postzeitraum um 66,32 € signifikant günstiger.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese für die Patienten von U1 verworfen werden kann, während die Patienten von U3 hypothesenkonformes Verhalten zeigten.

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.“*

Bei den linikneuen Patienten von U2 konnte vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr für die IG (relativ zur KG) kein signifikant unterschiedlicher Anstieg der Krankenhaus- bzw. AU-Tage beobachtet werden. Gleichzeitig konnte für die IG (relativ zur KG) ein signifikant stärker Anstieg der vollstationären psychiatrischen Kosten beobachtet werden. Entsprechend ist hier nicht von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel, gemessen an den Größen Krankenhaus- und AU-Tagen, auszugehen.

Für die linikbekannten Patienten von U4 konnte vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr für die IG (relativ zur KG) kein signifikant unterschiedlicher Anstieg der Krankenhaus- bzw. AU-Tage beobachtet werden. Gleichzeitig konnte für die IG (relativ zur KG) ein signifikant schwächerer Anstieg der vollstationären psychiatrischen Kosten (Variante „A“) beobachtet werden, während für nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ (Variante „B“) sich kein signifikanter Kostenunterschied der IG zur KG im Zeitverlauf ergab. Entsprechend ist hier von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel, gemessen an den Krankenhaustagen, jedoch nicht für die AU-Tage, auszugehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, da sich keine signifikant voneinander unterschiedlichen Anstiege bzw. Vermeidung der Krankenhaustage bzw. AU-Tage ergaben kann die Hypothese der **kosten-effektiveren Verwendung** für U2 und teilweise für U4 verworfen werden. Lediglich in Variante „A“ kann die Hypothese für U4 nicht verworfen werden.

Fazit

Innerhalb des Modellvorhabens nach §64b SGB V im Krankenhaus Rudolf Virchow Klinikum Glauchau gGmbH wurden vollstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dieser Effekt ließ sich jedoch erst im 3. Jahr nach Modellstart feststellen. Dies ging einher mit einer Verlagerung in den teilstationären Bereich hier bereits schon in der Frühphase des Modells, während die PIA weniger stark in Anspruch genommen wurde. Die Verlagerung in den nicht-vollstationären Sektor hatte mutmaßlich keine negativen Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität und den Kontaktabbruch zum psychiatrischen Sektor. Beides konnte jedoch im Modellvorhaben auch nicht verbessert werden. Die Dauer von Arbeitsunfähigkeit konnte im Modellvorhaben über die Modelllaufzeit verringert werden, auch hier manifestierte sich der Effekt erst im 3. Jahr nach Modellstart. Im Modellvorhaben in Glauchau wurden die Patienten nicht schneller vollstationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Eine Verschlechterung der Behandlungskontinuität konnte nicht verzeichnet werden. Lediglich die PIA wurde weniger in Anspruch genommen. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität im Modellklinikum erhöhte sich jedoch, gegensätzlich zur gestellten Hypothese, im Vergleich zur Regelversorgung. Die Gründe für die erhöhte Mortalität im Modellvorhaben sind mit den vorliegenden Daten nicht ergründbar. Das Risiko einer Erkrankungsprogression konnte im Modellvorhaben nicht verringert werden. Die Analysen zeigen, dass eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz nicht klar nachgewiesen werden konnte. Die aufsuchende Behandlung wurde jedoch im Modellvorhaben verstärkt in Anspruch genommen. Insgesamt zeigen sich vor allem für klinikneue Patienten positive Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen (vollstationäre Behandlungsdauer und AU). Diese hypothesenkonforme Entwicklung wurde erst im Laufe des Modellvorhabens ab dem 3. Jahr ersichtlich, während unmittelbar nach Modellbeginn noch keine relevanten Effekte feststellbar waren. Ein Grund dafür liegt mutmaßlich darin, dass das Modellvorhaben keinen Vorläufervertrag aufwies und eine entsprechende Transitphase anzunehmen war.

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 stellen 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, unberechtigterweise Analysen von vornerein ausgeschlossen wurden. Daher wurde das Mindestfallzahlkriterium angepasst auf „mindestens 40 Fälle pro Gruppe“.

Durch Vertragsänderungen bzgl. Modellbeitritt und Teilnahme an der kassenübergreifenden Evaluation und vor allem Kassenfusionen gab es bei der neuen Datenlieferung Veränderungen in der Liste der berücksichtigten Krankenkassen gegenüber dem ersten Zwischenbericht, so dass es auch zu Änderungen bei den einbezogenen Patienten gekommen ist.

Die valide Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen klinikneu und klinikbekannt hängt von der Vollständigkeit der Daten bzgl. voll-/teilstationärer Leistungen einerseits und PIA-Leistungen andererseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018 haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.

Für Demenz wurden ab der Datenlieferung September 2017 die Einschlusskriterien erweitert und zusätzliche Diagnosekombinationen aus Haupt- und 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 Modellklinik 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 IG 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 konsentierten 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. Wullschleger A, Berg J, Bermpohl F, Montag C. Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? *Front Psychiatry*. 2018;9:168.
8. Roick C, Heinrich S, Deister A. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. *Psychiatr Prax*. 2008;35(279):285.
9. Melchinger H. *Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung*. Hannover; 2008.
10. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen*. 2018.
11. Bramesfeld A, Amelung V. 12 Integrierte Versorgung und Kontinuität in der Versorgung psychisch kranker Menschen. In: Rössler W, Kawohl W, editors. *Soziale Psychiatrie - Das Handbuch für die psychosoziale Praxis - Band 2: Anwendung*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2013.
12. Bergmann F, Wagner C, Bröcheler A, Schneider F, Wien S. Integrierte Versorgung für 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, John 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;DOI <https://doi.org/10.1055/a-1036-6364>.
40. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Estimation of disease incidence in claims data dependent on the length of follow-up: a methodological approach. *Health services research.* 2012;47(2):746-55.
41. Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Das Gesundheitswesen.* 2010;72:316-22.
42. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen. *Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven.* Bern: Hans Huber Verlag; 2014.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4

Tabelle 162: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.761	1.761
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	73,2 %	76,0 %
• Zwei Diagnosen	22,6 %	21,0 %
• Drei Diagnosen	3,9 %	2,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	61	66
2. IG: F32 & F43 / KG: F32 & F41	28	31
3. IG: F10 & F32 / KG: F32 & F43	27	30

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

Tabelle 163: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.289	1.339	1.761	1.761
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,2 %	1,3 %	1,7 %	2,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	3,0 %	3,1 %	2,7 %	2,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,3 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,3 %	4,5 %	4,7 %	4,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,3 %	0,3 %	0,6 %	0,6 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	25,2 %	24,9 %	27,0 %	27,1 %

• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	4,8 %	5,0 %	5,7 %	5,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	27,2 %	27,3 %	33,8 %	33,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	19,6 %	19,7 %	26,0 %	25,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,4 %	1,5 %	3,7 %	3,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	10,2 %	10,3 %	16,4 %	15,8 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,1 %	0,5 %	0,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,6 %	0,4 %	2,2 %	2,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,0 %	1,0 %	2,5 %	1,8 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,9 %	0,6 %	1,8 %	1,2 %
Alter ¹				
• Mittelwert	54,0	54,0	53,6	52,9
• Median	54	54	53	53
• (Interquartilsabstand)	(39 - 70)	(39 - 67)	(39 - 69)	(38 - 66)
Geschlecht (%)				
• Frauen	50,6 %	51,3 %	52,9 %	53,0 %
• Männer	49,4 %	48,7 %	47,1 %	47,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	80,2 %	68,6 %	83,0 %	70,5 %
• PIA	19,8 %	31,4 %	17,0 %	29,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,0 %	0,7 %	1,1 %	0,9 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,7 %	5,1 %	5,3 %	5,4 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	17,5 %	17,4 %	18,1 %	17,3 %
• Abitur/Fachabitur	4,3 %	5,5 %	4,1 %	5,2 %
• Abschluss unbekannt	5,4 %	5,8 %	5,2 %	6,7 %
• Fehlende Angabe	67,2 %	65,6 %	66,2 %	64,6 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	3,0 %	2,2 %	3,3 %	2,6 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	22,2 %	23,1 %	23,2 %	23,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	2,0 %	1,6 %	1,8 %	1,5 %
• Bachelor	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,0 %	3,1 %	2,0 %	2,9 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	3,4 %	4,3 %	3,3 %	4,8 %
• Fehlende Angabe	67,2 %	65,6 %	66,2 %	64,6 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	13,7 %	14,7 %	14,1 %	13,6 %
• Nein	71,5 %	67,6 %	71,2 %	68,0 %
• Fehlende Angabe	14,7 %	17,7 %	14,7 %	18,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	22,5 %	24,0 %	24,1 %	26,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	15,4 %	16,7 %	17,4 %	17,6 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	50,7 %	53,5 %	50,5 %	55,0 %
	3,3 %	2,7 %	3,3 %	2,7 %
	43,1 %	41,6 %	43,6 %	40,2 %
	2,9 %	2,2 %	2,6 %	2,0 %

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 164: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.359	1.359
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	72,3 %	75,8 %
• Zwei Diagnosen	23,3 %	21,3 %
• Drei Diagnosen	4,0 %	2,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	52	52
2. IG: F32 & F43 / KG: F32 & F41	24	24
3. IG: F32 & F41 / KG: F32 & F43	21	22

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

Tabelle 165: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	982	1.030	1.359	1.359
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,2 %	1,2 %	1,5 %	2,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	3,0 %	3,0 %	2,8 %	2,6 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,1 %	0,4 %	0,4 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,2 %	4,3 %	4,6 %	4,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,4 %	0,6 %	0,6 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	25,5 %	25,2 %	27,0 %	27,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,5 %	5,6 %	6,4 %	6,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	26,7 %	26,6 %	33,4 %	31,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	19,2 %	19,7 %	26,3 %	26,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,6 %	1,7 %	4,1 %	3,6 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	9,7 %	9,8 %	16,0 %	14,9 %

<ul style="list-style-type: none"> • 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) 	0,2 %	0,1 %	0,4 %	0,4 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	54,2 54 (40 - 70)	54,1 54 (39 - 68)	53,8 53 (39 - 69)	53,1 53 (38 - 66)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	51,9 % 48,1 %	52,6 % 47,4 %	54,1 % 45,9 %	53,6 % 46,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	79,3 % 20,7 %	68,2 % 31,8 %	82,1 % 17,9 %	70,4 % 29,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	0,8 % 4,4 % 16,7 % 3,6 % 6,2 % 68,3 %	0,7 % 5,5 % 16,6 % 4,9 % 6,1 % 66,2 %	1,0 % 5,2 % 17,2 % 3,8 % 5,8 % 67,0 %	0,9 % 5,9 % 16,1 % 4,5 % 6,9 % 65,7 %
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 	2,9 % 21,3 % 2,0 % 0,2 % 1,5 % 0,0 % 3,8 % 68,3 %	1,7 % 23,2 % 1,7 % 0,1 % 2,6 % 0,0 % 4,5 % 66,2 %	3,2 % 22,4 % 1,8 % 0,2 % 1,8 % 0,0 % 3,5 % 67,0 %	2,1 % 22,9 % 1,7 % 0,1 % 2,5 % 0,0 % 5,0 % 65,7 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	13,2 % 73,8 % 12,9 %	15,4 % 67,0 % 17,6 %	14,1 % 73,0 % 12,9 %	14,3 % 67,3 % 18,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	21,9 % 16,1 % 62,0 %	23,8 % 17,0 % 59,2 %	23,3 % 18,1 % 58,6 %	25,3 % 17,7 % 57,0 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied 	49,7 %	53,1 %	49,5 %	53,5 %

• Familienversicherter	3,3 %	2,4 %	3,2 %	2,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	44,2 %	43,0 %	44,7 %	42,5 %
• Fehlende Angabe	2,9 %	1,5 %	2,5 %	1,5 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Tabelle 166: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	924	925
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	71,2 %	74,9 %
• Zwei Diagnosen	23,7 %	22,2 %
• Drei Diagnosen	4,4 %	2,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,6 %	0,5 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	29	32
2. F32 & F41	18	20
3. F32 & F43	17	16

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)	752	728
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	63,3 %	72,7 %
• Zwei Diagnosen	26,2 %	20,5 %
• Drei Diagnosen	8,6 %	5,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,9 %	1,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F41 / KG: F32 & F41	22	11
2. IG: F41 & F43 / KG: F33 & F41	14	10
3. IG: F33 & F43 / KG: F10 & F43	10	9

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

Tabelle 167: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	658	693	924	925
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,1 %	1,0 %	1,5 %	2,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,1 %	2,3 %	2,4 %	2,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,3 %	4,3 %	4,8 %	4,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,4 %	0,6 %	0,8 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	25,8 %	26,1 %	26,4 %	27,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,5 %	5,8 %	6,7 %	7,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	26,6 %	26,8 %	33,8 %	31,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	19,3 %	18,8 %	26,5 %	25,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,8 %	1,9 %	4,1 %	3,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	10,3 %	10,5 %	17,2 %	15,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,1 %	0,4 %	0,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,9 %	0,9 %	2,5 %	2,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,1 %	0,7 %	3,2 %	2,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,6 %	0,3 %	2,1 %	1,4 %
Alter ¹				
• Mittelwert	53,8	54,1	53,7	53,5
• Median	53	54	53	54
• (Interquartilsabstand)	(40 - 69)	(40 - 66)	(40 - 69)	(39 - 66)
Geschlecht (%)				
• Frauen	53,3 %	54,3 %	55,5 %	55,2 %
• Männer	46,7 %	45,7 %	44,5 %	44,8 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	78,7 %	66,7 %	81,9 %	69,2 %
• PIA	21,3 %	33,3 %	18,1 %	30,8 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,9 %	0,7 %	1,1 %	1,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,4 %	5,9 %	4,7 %	5,5 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	16,3 %	15,7 %	17,0 %	15,2 %
• Abitur/Fachabitur	2,9 %	4,8 %	3,1 %	4,2 %
• Abschluss unbekannt	6,1 %	5,3 %	6,1 %	5,9 %

• Fehlende Angabe	69,5 %	67,5 %	68,1 %	68,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,3 %	1,6 %	3,0 %	1,8 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	21,7 %	22,9 %	22,4 %	21,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,5 %	1,4 %	1,3 %	1,3 %
• Bachelor	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,4 %	2,5 %	1,7 %	2,5 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	3,3 %	4,0 %	3,2 %	4,6 %
• Fehlende Angabe	69,5 %	67,5 %	68,1 %	68,1 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	12,0 %	15,2 %	13,6 %	14,6 %
• Nein	75,5 %	68,1 %	74,0 %	67,7 %
• Fehlende Angabe	12,5 %	16,7 %	12,3 %	17,7 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	21,4 %	24,1 %	22,6 %	25,1 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	17,0 %	16,5 %	18,4 %	18,1 %
• Weder A noch B	61,6 %	59,5 %	59,0 %	56,9 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	49,1 %	52,4 %	48,7 %	52,1 %
• Familienversicherter	3,3 %	1,9 %	3,1 %	2,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	44,5 %	44,3 %	45,3 %	44,2 %
• Fehlende Angabe	3,0 %	1,4 %	2,8 %	1,4 %

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 I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	476	529	752	728
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,8 %	0,9 %	2,1 %	1,8 %

• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 %	0,9 %	0,1 %	1,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,3 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,2 %	1,5 %	1,1 %	1,8 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,2 %	0,5 %	0,8 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	21,6 %	18,1 %	22,2 %	20,5 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	30,7 %	26,8 %	26,6 %	23,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	24,4 %	27,6 %	30,7 %	34,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	8,2 %	7,6 %	19,1 %	14,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,4 %	0,6 %	2,9 %	4,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	9,9 %	12,5 %	22,5 %	22,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,2 %	0,8 %	0,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,1 %	0,6 %	4,8 %	3,3 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,7 %	1,7 %	8,9 %	3,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,4 %	0,8 %	3,9 %	1,2 %
Alter ¹				
• Mittelwert	51,8	51,1	51,1	50,5
• Median	52	51	51	51
• (Interquartilsabstand)	(40 - 62)	(40 - 61)	(38 - 62)	(39 - 60)
Geschlecht (%)				
• Frauen	51,3 %	49,3 %	54,7 %	51,2 %
• Männer	48,7 %	50,7 %	45,3 %	48,8 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	28,8 %	29,7 %	29,5 %	30,6 %
• PIA	71,2 %	70,3 %	70,5 %	69,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,7 %	1,5 %	2,7 %	1,6 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,8 %	3,6 %	4,5 %	4,0 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	10,9 %	10,4 %	10,9 %	12,2 %
• Abitur/Fachabitur	3,4 %	3,0 %	2,9 %	3,4 %
• Abschluss unbekannt	4,6 %	7,2 %	4,5 %	7,4 %
• Fehlende Angabe	75,6 %	74,3 %	74,5 %	71,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,9 %	3,4 %	3,9 %	3,4 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	16,2 %	14,6 %	16,1 %	16,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,7 %	0,6 %	1,5 %	1,1 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,6 %	2,3 %	0,7 %	2,6 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	2,9 %	4,9 %	3,3 %	4,9 %
• Fehlende Angabe	75,6 %	74,3 %	74,5 %	71,3 %
Pflegestufe (%)				

• Ja	17,9 %	6,0 %	17,0 %	5,6 %
• Nein	68,9 %	22,7 %	70,9 %	21,2 %
• Fehlende Angabe	13,2 %	71,3 %	12,1 %	73,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	22,5 %	29,1 %	22,3 %	31,2 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	51,1 %	41,4 %	55,3 %	41,8 %
• Weder A noch B	26,5 %	29,5 %	22,3 %	27,1 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	40,8 %	45,7 %	40,7 %	48,2 %
• Familienversicherter	1,5 %	2,5 %	1,5 %	1,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	55,5 %	51,0 %	55,6 %	49,3 %
• Fehlende Angabe	2,3 %	0,8 %	2,3 %	0,5 %

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 168: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	332	332	311	299	285	365	365	353	343	332
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	0,7	18,6	5,1	4,3	2,3	0,9	21,2	4,6	3,3	2,8
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 53 Jahre)	1,0 (n=162)	12,8 (n=162)	5,0 (n=161)	3,5 (n=159)	2,4 (n=157)	1,0 (n=179)	19,0 (n=179)	5,5 (n=177)	4,7 (n=176)	3,1 (n=175)
Älter (IG/KG: ≥ 53 Jahre)	0,3 (n=170)	24,1 (n=170)	5,1 (n=150)	5,1 (n=140)	2,2 (n=128)	0,8 (n=186)	23,4 (n=186)	3,7 (n=176)	1,8 (n=167)	2,5 (n=157)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	0,0 (n<10)	15,0 (n<10)	–	–	–	0,0 (n<10)	23,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	17,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	10,3 (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=15)	12,4 (n=15)	1,4 (n=11)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,4 (n=16)	4,1 (n=16)	0,0 (n=13)	0,0 (n=11)	0,0 (n<10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	25,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	0,0 (n<10)	52,0 (n<10)	1,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,8 (n=90)	17,4 (n=90)	4,9 (n=87)	3,0 (n=84)	3,5 (n=76)	0,9 (n=99)	20,7 (n=99)	5,7 (n=96)	1,9 (n=94)	3,8 (n=92)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)	6,7 (n=15)	44,5 (n=15)	18,5 (n=15)	16,4 (n=15)	3,1 (n=15)	4,6 (n=18)	77,0 (n=18)	23,4 (n=18)	16,8 (n=16)	10,3 (n=16)
F 30-39 (Affektive Störungen)	0,3 (n=93)	28,0 (n=93)	8,0 (n=88)	7,0 (n=87)	2,1 (n=85)	0,9 (n=103)	27,9 (n=103)	5,6 (n=100)	3,6 (n=97)	3,1 (n=94)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,0 (n=69)	7,8 (n=69)	0,4 (n=66)	2,1 (n=62)	0,0 (n=62)	0,1 (n=74)	7,9 (n=74)	1,0 (n=74)	2,1 (n=74)	1,0 (n=73)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	27,0 (n<10)	4,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,8 (n<10)	38,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,6 (n=28)	11,0 (n=28)	2,3 (n=27)	0,0 (n=27)	0,7 (n=27)	1,2 (n=33)	10,4 (n=33)	0,5 (n=33)	4,6 (n=33)	1,6 (n=33)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	5,0 (n<10)	3,0 (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 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	6,8 (n<10)	8,2 (n<10)	8,2 (n<10)	31,4 (n<10)	0,0 (n<10)	8,7 (n<10)	0,0 (n<10)	7,3 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,0 (n<10)	0,0 (n<10)	9,0 (n<10)	0,0 (n<10)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	434	434	417	400	387	487	487	469	454	442
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	13,8	14,5	7,6	7,0	6,1	11,7	14,8	6,4	6,9	6,3
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 53 Jahre; KG: < 51 Jahre)	13,2 (n=217)	12,6 (n=217)	6,3 (n=212)	7,4 (n=206)	5,5 (n=205)	14,3 (n=234)	14,8 (n=234)	7,1 (n=228)	8,4 (n=224)	9,0 (n=222)
Älter (IG: ≥ 53 Jahre; KG: ≥ 51 Jahre)	14,5 (n=217)	16,4 (n=217)	8,8 (n=205)	6,6 (n=194)	6,8 (n=182)	9,2 (n=253)	14,7 (n=253)	5,7 (n=241)	5,4 (n=230)	3,6 (n=220)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	5,7 (n<10)	6,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	4,6 (n<10)	18,4 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,7 (n<10)
F 01 (Vaskuläre Demenz)	5,0 (n<10)	14,0 (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 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	6,2 (n<10)	3,4 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	20,0 (n<10)	10,5 (n<10)	21,0 (n<10)	22,0 (n<10)	14,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,2 (n=92)	22,6 (n=92)	11,2 (n=85)	12,7 (n=78)	8,7 (n=72)	10,3 (n=89)	23,7 (n=89)	13,8 (n=81)	12,2 (n=73)	10,8 (n=70)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	17,0 (n=141)	13,6 (n=141)	10,6 (n=137)	8,1 (n=131)	5,4 (n=129)	19,2 (n=135)	23,1 (n=135)	8,3 (n=132)	11,1 (n=131)	9,0 (n=129)
F 30-39 (Affektive Störungen)	17,9 (n=100)	17,5 (n=100)	5,0 (n=98)	4,8 (n=94)	8,2 (n=89)	10,8 (n=132)	10,1 (n=132)	4,7 (n=129)	4,1 (n=126)	3,2 (n=123)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,1 (n=33)	4,6 (n=33)	4,7 (n=33)	6,2 (n=33)	5,0 (n=33)	8,2 (n=35)	7,2 (n=35)	2,9 (n=35)	3,8 (n=33)	9,5 (n=33)
F 45 (Somatoforme Störungen)	23,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	9,0 (n<10)	5,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,0 (n=45)	6,4 (n=45)	0,4 (n=43)	0,2 (n=43)	0,9 (n=43)	5,2 (n=64)	0,3 (n=64)	0,9 (n=64)	1,4 (n=63)	1,5 (n=62)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	10,0 (n<10)	139,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,8 (n<10)	0,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,2 (n<10)	14,0 (n<10)	13,7 (n<10)	5,0 (n<10)	16,3 (n<10)	15,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	3,6 (n<10)	4,3 (n<10)	5,6 (n<10)	6,4 (n<10)	11,4 (n<10)	0,3 (n<10)	2,1 (n<10)	0,7 (n<10)	1,3 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	7,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

Tabelle 169: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	162	162	162	161	157	192	192	192	192	190
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	20,5	67,6	15,8	13,9	12,1	14,9	71,5	15,1	12,0	7,5
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 43 Jahre)	11,2 (n=81)	54,3 (n=81)	11,6 (n=81)	14,7 (n=81)	8,2 (n=80)	10,2 (n=93)	61,3 (n=93)	15,9 (n=93)	16,4 (n=93)	6,3 (n=93)
Älter (IG/KG: ≥ 43 Jahre)	29,9 (n=81)	80,9 (n=81)	20,0 (n=81)	13,0 (n=80)	16,3 (n=77)	19,3 (n=99)	81,0 (n=99)	14,3 (n=99)	7,9 (n=99)	8,6 (n=97)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	8,3 (n=51)	45,7 (n=51)	19,0 (n=51)	4,9 (n=50)	10,1 (n=47)	5,0 (n=57)	47,1 (n=57)	13,8 (n=57)	13,6 (n=57)	9,4 (n=57)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	21,0 (n<10)	81,3 (n<10)	49,3 (n<10)	39,7 (n<10)	6,7 (n<10)	36,7 (n<10)	182,4 (n<10)	87,1 (n<10)	23,0 (n<10)	7,0 (n<10)
F 30-39 (Affektive Störungen)	32,1 (n=42)	113,1 (n=42)	24,4 (n=42)	30,4 (n=42)	26,7 (n=41)	25,0 (n=44)	103,7 (n=44)	17,6 (n=44)	8,1 (n=44)	8,9 (n=44)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	20,7 (n=45)	55,0 (n=45)	7,4 (n=45)	11,8 (n=45)	1,9 (n=45)	15,1 (n=60)	64,7 (n=60)	6,6 (n=60)	11,2 (n=60)	4,4 (n=59)
F 45 (Somatoforme Störungen)	36,5 (n<10)	119,0 (n<10)	8,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	50,0 (n<10)	365,0 (n<10)	4,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	30,7 (n=16)	56,8 (n=16)	2,3 (n=16)	2,1 (n=16)	4,8 (n=16)	12,2 (n=17)	29,9 (n=17)	16,6 (n=17)	18,5 (n=17)	10,6 (n=17)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	4,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	76,0 (n<10)	39,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	2,0 (n<10)	12,0 (n<10)	15,5 (n<10)	77,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,0 (n<10)	0,0 (n<10)	22,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	172	172	171	171	170	223	223	217	214	212
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	50,8	36,3	15,8	18,5	13,5	37,7	35,8	17,8	15,8	21,4
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 40 Jahre; KG: < 43 Jahre)	53,5 (n=84)	36,7 (n=84)	19,7 (n=84)	25,2 (n=84)	13,2 (n=84)	37,4 (n=109)	40,3 (n=109)	17,9 (n=109)	11,4 (n=106)	15,2 (n=104)
Älter (IG: ≥ 40 Jahre; KG: ≥ 43 Jahre)	48,3 (n=88)	36,0 (n=88)	12,0 (n=87)	12,0 (n=87)	13,7 (n=86)	38,0 (n=114)	31,5 (n=114)	17,8 (n=108)	20,0 (n=108)	27,3 (n=108)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	44,0 (n<10)	—	—	—
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)	27,6 (n=37)	35,1 (n=37)	21,5 (n=36)	29,1 (n=36)	19,7 (n=35)	15,8 (n=52)	30,6 (n=52)	21,9 (n=48)	15,2 (n=46)	16,1 (n=46)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	34,5 (n=41)	31,8 (n=41)	25,2 (n=41)	10,5 (n=41)	5,9 (n=41)	54,5 (n=42)	30,7 (n=42)	8,9 (n=41)	15,7 (n=41)	22,5 (n=40)
F 30-39 (Affektive Störungen)	101,3 (n=44)	44,5 (n=44)	11,0 (n=44)	27,0 (n=44)	15,7 (n=44)	50,1 (n=56)	62,2 (n=56)	30,9 (n=56)	12,5 (n=55)	15,7 (n=54)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	25,2 (n=17)	20,8 (n=17)	16,6 (n=17)	16,5 (n=17)	31,2 (n=17)	26,0 (n=22)	9,5 (n=22)	4,4 (n=22)	20,7 (n=22)	30,4 (n=22)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	17,0 (n<10)	49,0 (n<10)	5,0 (n<10)	13,5 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	51,3 (n=23)	58,0 (n=23)	5,4 (n=23)	8,4 (n=23)	4,3 (n=23)	45,7 (n=38)	20,8 (n=38)	13,7 (n=38)	15,6 (n=38)	30,1 (n=38)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	88,0 (n<10)	300,0 (n<10)	48,0 (n<10)	165,0 (n<10)	171,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	49,4 (n<10)	0,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,2 (n<10)	21,0 (n<10)	20,5 (n<10)	0,0 (n<10)	24,5 (n<10)	22,5 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	7,3 (n<10)	12,7 (n<10)	8,3 (n<10)	33,3 (n<10)	6,7 (n<10)	16,3 (n<10)	4,7 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	7,5 (n<10)	6,3 (n<10)	1,3 (n<10)	0,8 (n<10)

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

14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität

Für die Analyse von möglichen Einflussfaktoren wurden nur Outcomes betrachtet, die eine ausreichende Anzahl von Fällen hinsichtlich des zu betrachtenden Ereignisses bereitstellen. Bei Outcomes mit extrem wenigen Fällen, in denen das Ereignis überhaupt aufgetreten ist, können die Modelle zu fehlerhaften Schätzungen führen und nicht mehr sinnvoll interpretiert werden. Die kritische Anzahl von Fällen pro Gruppe wurde auf mindestens 40 gesetzt.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der Präzeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (U1) oder im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statt.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Tabelle 170: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,09 0,58...2,04	>100 0,00...INF	-0,85 -4,07...2,37	8,09*** 5,75...10,44
DID Jahr 2	1,13 0,58...2,22	>100 0,00...INF	-0,07 -3,29...3,15	-0,11 -2,46...2,23
DID Jahr 3	1,14 0,58...2,27	>100 0,00...INF	0,38 -2,84...3,60	0,08 -2,26...2,42
DID Jahr 4	0,94 0,46...1,91	>100 0,00...INF	0,35 -2,87...3,57	0,57 -1,77...2,92
DID Jahr 1-4	—	—	-0,05 -2,79...2,69	2,16* 0,23...4,09
Gruppe	0,93 0,54...1,58	0,00 0,00...INF	-0,63 -2,92...1,66	-0,50 -2,16...1,17
Jahr 1	67,14*** 42,25...106,70	50,00*** 12,09...206,84	21,31*** 19,03...23,58	6,10*** 4,45...7,75
Jahr 2	1,80* 1,11...2,92	4,66 0,99...21,83	3,32** 1,04...5,59	0,61 -1,04...2,27
Jahr 3	1,63 1,00...2,66	6,86* 1,53...30,80	2,25 -0,02...4,53	0,79 -0,86...2,45
Jahr 4	1,43 0,86...2,35	3,06 0,61...15,34	1,80 -0,48...4,07	0,46 -1,20...2,11
Indexgruppe 6 (F10)	2,07*** 1,62...2,66	0,33*** 0,20...0,54	-0,18 -1,59...1,23	-2,15*** -3,17...-1,12
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,88 0,69...1,10	1,72** 1,23...2,42	2,14** 0,90...3,38	1,71*** 0,81...2,61
Indexgruppe 9 (F43)	0,67** 0,52...0,86	0,89 0,61...1,30	-1,76** -3,07...-0,45	-0,47 -1,43...0,48
Psy A ¹	1,58*** 1,23...2,02	1,75** 1,22...2,49	2,71*** 1,38...4,03	1,38** 0,42...2,35
Psy B ²	1,12 0,84...1,50	1,35 0,90...2,03	2,88** 1,23...4,54	0,23 -0,98...1,43
Alter	0,88 0,71...1,09	0,27*** 0,19...0,39	-1,07 -2,25...0,11	-2,85*** -3,71...-1,99
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,80...1,21	1,33 0,97...1,82	-0,45 -1,55...0,65	0,45 -0,35...1,25

Komorbidität ³	1,02 0,98...1,06	0,95 0,88...1,02	0,02 -0,22...0,25	-0,22* -0,39...-0,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,31 1,00...1,71	0,30** 0,14...0,61	1,14 -0,43...2,71	-1,07 -2,21...0,07
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,88 0,72...1,07	1,52** 1,12...2,06	-0,68 -1,75...0,39	1,47*** 0,69...2,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,12*** 0,09...0,17	0,62** 0,44...0,87	-5,15*** -6,42...-3,89	-1,56** -2,48...-0,64

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 stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,73 0,51...1,06	0,67 0,40...1,15	-1,35 -5,19...2,49	-1,49 -3,22...0,24
DID Jahr 2	0,94 0,63...1,41	0,81 0,41...1,60	0,53 -3,31...4,37	-0,94 -2,67...0,79
DID Jahr 3	0,99 0,65...1,50	1,00 0,48...2,07	-1,34 -5,18...2,50	-1,17 -2,90...0,56
DID Jahr 4	0,99 0,65...1,52	0,70 0,34...1,48	-0,90 -4,74...2,94	-1,26 -2,99...0,47
DID Jahr 1-4	—	—	-0,76 -3,83...2,30	-1,22 -2,59...0,16
Gruppe	1,17 0,90...1,53	1,50* 1,02...2,22	1,18 -1,56...3,92	1,78** 0,55...3,01
Jahr 1	1,56** 1,20...2,03	1,33 0,91...1,96	3,48* 0,74...6,21	0,89 -0,35...2,12
Jahr 2	0,51*** 0,38...0,68	0,39*** 0,24...0,64	-5,22*** -7,96...-2,48	-1,94** -3,18...-0,71
Jahr 3	0,40*** 0,30...0,54	0,29*** 0,17...0,50	-4,89*** -7,63...-2,15	-2,12** -3,35...-0,89
Jahr 4	0,34*** 0,25...0,46	0,32*** 0,19...0,55	-5,76*** -8,50...-3,02	-2,16** -3,39...-0,93
Indexgruppe 6 (F10)	2,37*** 1,95...2,87	0,44*** 0,30...0,64	-0,30 -2,22...1,62	-2,27*** -3,13...-1,40
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,95*** 1,62...2,35	1,15 0,86...1,55	7,15*** 5,44...8,86	0,21 -0,56...0,98
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,18 0,99...1,40	1,99*** 1,54...2,56	2,64** 1,11...4,17	1,88*** 1,19...2,56
Psy A ¹	1,11 0,91...1,36	1,71** 1,22...2,40	0,51 -1,35...2,36	0,87* 0,03...1,71
Psy B ²	1,35** 1,14...1,60	0,97 0,76...1,25	2,85*** 1,26...4,45	-1,05** -1,77...-0,34
Alter	0,85* 0,73...0,99	0,38*** 0,29...0,50	-0,42 -1,80...0,96	-1,49*** -2,11...-0,87
Geschlecht (m vs. w)	0,89 0,78...1,03	1,10 0,88...1,38	-0,56 -1,87...0,76	-0,13 -0,72...0,46
Komorbidität ³	1,00 0,98...1,04	0,90** 0,84...0,95	0,12 -0,17...0,41	-0,24*** -0,37...-0,11

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,32** 1,07...1,63	0,43** 0,25...0,76	5,12*** 3,05...7,18	-1,25** -2,18...-0,32
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,91*** 2,51...3,37	3,09*** 2,37...4,01	8,91*** 7,60...10,23	2,25*** 1,66...2,84
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,21*** 0,18...0,24	0,39*** 0,30...0,49	-12,77*** -14,30...-11,23	-1,63*** -2,32...-0,94

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 Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,96* -1,79...-0,13	0,59 -0,36...1,54	-0,08 -1,19...1,02
DID Jahr 2	-0,37 -1,20...0,47	0,64 -0,31...1,59	-0,09 -1,20...1,01
DID Jahr 3	-0,24 -1,07...0,59	0,47 -0,48...1,42	0,07 -1,03...1,18
DID Jahr 4	0,13 -0,71...0,96	0,71 -0,24...1,66	-0,60 -1,71...0,50
Gruppe	-0,08 -0,67...0,51	-0,78* -1,45...-0,10	-0,56 -1,34...0,23
Jahr 1	2,69*** 2,11...3,28	1,20*** 0,53...1,88	1,30** 0,52...2,08
Jahr 2	1,31*** 0,72...1,90	0,65 -0,02...1,32	1,03* 0,25...1,81
Jahr 3	1,10*** 0,52...1,69	0,14 -0,53...0,81	0,79* 0,00...1,57
Jahr 4	0,73* 0,14...1,31	-0,41 -1,08...0,26	0,38 -0,40...1,16
Indexgruppe 6 (F10)	-0,20 -0,56...0,17	-1,13*** -1,54...-0,71	0,35 -0,14...0,83
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,43** 0,11...0,75	0,67*** 0,30...1,03	0,84*** 0,42...1,27
Indexgruppe 9 (F43)	-0,27 -0,61...0,07	-0,08 -0,46...0,31	-0,55* -1,00...-0,10
Psy A ¹	0,24 -0,10...0,59	1,34*** 0,94...1,73	0,89*** 0,43...1,34
Psy B ²	1,21*** 0,78...1,63	1,59*** 1,11...2,08	1,16*** 0,59...1,73
Alter	-0,56*** -0,87...-0,25	-1,25*** -1,60...-0,90	0,84*** 0,44...1,25
Geschlecht (m vs. w)	0,15 -0,14...0,43	0,77*** 0,45...1,09	1,35*** 0,97...1,72
Komorbidität ³	-0,03 -0,09...0,03	-0,08* -0,15...-0,01	0,59*** 0,51...0,67

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,18*** 0,77...1,58	-0,23 -0,69...0,23	4,59*** 4,05...5,13
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	-0,04 -0,32...0,24	0,47** 0,16...0,79	-0,04 -0,40...0,33
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,01*** 1,68...2,33	-0,75*** -1,13...-0,38	-0,23 -0,67...0,20

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 Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,67 -3,53...0,19	-0,03 -0,84...0,78	-1,00* -1,95...-0,04
DID Jahr 2	-0,56 -2,42...1,31	0,39 -0,42...1,20	0,13 -0,83...1,08
DID Jahr 3	1,53 -0,33...3,39	0,42 -0,39...1,23	0,07 -0,89...1,02
DID Jahr 4	1,05 -0,81...2,91	0,46 -0,35...1,27	0,39 -0,56...1,35
Gruppe	-0,68 -2,00...0,65	-0,68* -1,25...-0,10	-0,62 -1,30...0,06
Jahr 1	2,60*** 1,27...3,92	-0,07 -0,64...0,51	0,10 -0,59...0,78
Jahr 2	0,40 -0,93...1,73	-0,16 -0,74...0,42	0,16 -0,52...0,84
Jahr 3	-1,24 -2,56...0,09	-0,56 -1,13...0,02	0,02 -0,67...0,70
Jahr 4	-1,40* -2,73...-0,07	-0,67* -1,25...-0,09	-0,60 -1,28...0,08
Indexgruppe 6 (F10)	0,27 -0,66...1,20	-1,50*** -1,91...-1,10	-0,68** -1,16...-0,20
Indexgruppe 7 (F20-F29)	4,64*** 3,81...5,47	-0,77*** -1,13...-0,41	-0,73** -1,16...-0,31
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,70*** 0,96...2,44	0,69*** 0,36...1,01	0,30 -0,09...0,68
Psy A ¹	-0,14 -1,04...0,76	1,15*** 0,75...1,54	0,17 -0,30...0,63
Psy B ²	3,51*** 2,74...4,29	0,23 -0,11...0,56	1,38*** 0,99...1,78
Alter	-1,13** -1,79...-0,46	-0,83*** -1,12...-0,54	2,06*** 1,72...2,40
Geschlecht (m vs. w)	-0,38 -1,01...0,26	0,78*** 0,50...1,05	0,46** 0,13...0,78
Komorbidität ³	-0,09 -0,23...0,05	-0,06 -0,12...0,01	0,75*** 0,68...0,82

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,90 -0,10...1,90	0,01 -0,43...0,44	2,09*** 1,57...2,60
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,12 -0,52...0,75	0,77*** 0,50...1,05	0,54** 0,21...0,86
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,10*** 4,35...5,84	-2,29*** -2,61...-1,96	0,00 -0,38...0,38

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 174: 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	1,02 0,73...1,41	0,86 0,63...1,18	0,84 0,60...1,16
Indexgruppe 6 (F10)	0,19*** 0,11...0,32	0,22*** 0,14...0,33	0,18*** 0,12...0,27
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,09 0,75...1,58	1,48* 1,04...2,11	1,17 0,80...1,71
Indexgruppe 9 (F43)	0,91 0,59...1,40	0,92 0,62...1,37	0,81 0,53...1,22
Psy A ¹	1,99** 1,33...2,99	2,08*** 1,43...3,03	2,62*** 1,75...3,93
Psy B ²	1,37 0,89...2,11	1,48 0,94...2,31	1,35 0,80...2,26
Alter	0,73 0,50...1,06	0,66* 0,46...0,94	0,92 0,63...1,34
Geschlecht (m vs. w)	1,11 0,78...1,56	1,00 0,72...1,39	1,04 0,74...1,47
Komorbidität ³	0,97 0,90...1,04	0,99 0,92...1,06	1,00 0,93...1,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,92 0,57...1,47	1,00 0,65...1,54	0,89 0,56...1,42
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,11 0,79...1,57	1,27 0,92...1,75	1,36 0,97...1,92
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,14 0,68...1,91	1,67 0,99...2,83	1,82* 1,00...3,31

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 175: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,76 0,33...1,77	1,26 0,56...2,80	0,86 0,31...2,40
Indexgruppe 6 (F10)	0,69 0,24...2,04	0,30* 0,11...0,81	0,21* 0,06...0,72
Indexgruppe 8 (F30-F39)	4,04** 1,60...10,17	2,96* 1,22...7,23	2,40 0,76...7,59
Indexgruppe 9 (F43)	1,68 0,36...7,73	3,18 0,82...12,35	1,67 0,38...7,38
Psy A ¹	2,04 0,64...6,44	1,06 0,37...3,06	0,68 0,19...2,40
Psy B ²	1,66 0,56...4,85	1,57 0,54...4,55	5,95* 1,38...25,61
Alter	0,38 0,14...1,03	0,49 0,19...1,28	0,64 0,20...2,08
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,40...2,53	2,73* 1,15...6,49	2,79 0,97...8,03
Komorbidität ³	1,07 0,88...1,32	1,11 0,91...1,35	1,05 0,84...1,31
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,38 0,80...7,13	0,61 0,20...1,88	0,82 0,23...2,92
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,85 0,34...2,11	0,99 0,42...2,37	0,91 0,31...2,65
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,50 0,45...5,06	0,96 0,29...3,15	0,92 0,20...4,30

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 176: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,06 0,44...2,58	1,07 0,43...2,66	1,20 0,41...3,55
Indexgruppe 6 (F10)	0,18** 0,06...0,59	0,22** 0,08...0,65	0,31 0,09...1,07
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,88 0,31...2,52	0,47 0,15...1,43	1,37 0,36...5,13
Indexgruppe 9 (F43)	1,23 0,43...3,52	1,23 0,42...3,60	0,79 0,23...2,66
Psy A ¹	0,85 0,25...2,88	1,64 0,49...5,52	0,85 0,21...3,49
Psy B ²	1,28 0,42...3,91	3,68* 1,09...12,40	11,52* 1,81...73,26
Alter	0,51 0,17...1,54	0,44 0,15...1,29	0,47 0,14...1,49
Geschlecht (m vs. w)	1,61 0,63...4,08	1,14 0,44...2,98	0,72 0,21...2,44
Komorbidität ³	1,14 0,91...1,43	1,15 0,90...1,47	1,25 0,95...1,64
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,46 0,15...1,36	0,59 0,19...1,82	0,64 0,17...2,35
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,63 0,26...1,54	0,63 0,26...1,56	0,49 0,16...1,50
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,07 0,40...2,90	2,06 0,64...6,66	3,91 0,74...20,77

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 177: 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	1,04 0,35...3,10	2,99 0,96...9,30	2,83 0,72...11,11
Indexgruppe 6 (F10)	0,06** 0,01...0,38	0,23* 0,05...0,96	0,10** 0,02...0,52
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,51 0,11...2,29	1,04 0,27...4,07	1,13 0,25...5,12
Indexgruppe 9 (F43)	0,11* 0,02...0,69	0,64 0,15...2,78	0,56 0,10...3,20
Psy A ¹	0,44 0,10...2,08	1,98 0,40...9,90	1,89 0,31...11,45
Psy B ²	1,82 0,42...7,83	1,52 0,33...7,01	1,50 0,27...8,20
Alter	0,28 0,07...1,09	0,38 0,11...1,33	0,40 0,10...1,61
Geschlecht (m vs. w)	6,61** 1,91...22,84	2,02 0,66...6,21	1,06 0,29...3,89
Komorbidität ³	0,77 0,56...1,05	0,78 0,56...1,07	0,92 0,63...1,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,60 0,08...4,25	1,31 0,20...8,51	0,50 0,05...4,55
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,78 0,81...9,55	2,17 0,66...7,10	1,39 0,37...5,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,11 0,23...5,25	2,46 0,43...13,99	4,48 0,52...38,33

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 178: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,98 0,69...1,39	0,87 0,60...1,26	0,84 0,54...1,31
Indexgruppe 6 (F10)	0,20*** 0,12...0,33	0,27*** 0,17...0,44	0,26*** 0,15...0,44
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,12 0,72...1,75	2,14** 1,26...3,64	1,80 0,93...3,48
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,25 0,82...1,92	1,80* 1,14...2,85	2,98*** 1,70...5,21
Psy A ¹	1,68* 1,00...2,82	1,89* 1,16...3,06	1,73 1,00...2,99
Psy B ²	1,14 0,76...1,71	1,41 0,90...2,21	1,94* 1,10...3,43
Alter	0,77 0,52...1,12	0,98 0,65...1,47	1,13 0,70...1,84
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,68...1,37	1,06 0,72...1,56	0,90 0,56...1,45
Komorbidität ³	0,99 0,92...1,07	0,97 0,90...1,05	0,92 0,84...1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,92 0,54...1,55	0,53* 0,30...0,93	0,68 0,35...1,31
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,96 0,66...1,38	0,98 0,66...1,47	1,15 0,72...1,82
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,97*** 1,35...2,87	2,62*** 1,62...4,23	5,79*** 2,85...11,75

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 179: 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	0,96 0,58...1,58	1,36 0,78...2,36	1,41 0,71...2,81
Indexgruppe 6 (F10)	0,46* 0,22...0,97	0,36** 0,17...0,78	0,28** 0,11...0,71
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,54 0,85...2,79	2,37* 1,10...5,11	5,12** 1,61...16,25
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,07* 1,14...3,74	2,46* 1,24...4,86	2,94* 1,27...6,84
Psy A ¹	3,14** 1,43...6,90	2,38* 1,16...4,86	2,05 0,89...4,74
Psy B ²	0,96 0,52...1,76	1,53 0,76...3,05	0,84 0,33...2,13
Alter	0,75 0,46...1,23	0,83 0,48...1,46	0,91 0,45...1,84
Geschlecht (m vs. w)	1,30 0,80...2,13	1,16 0,66...2,03	1,66 0,82...3,40
Komorbidität ³	1,01 0,90...1,14	0,85* 0,75...0,97	0,95 0,81...1,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,70 0,31...1,59	0,46 0,19...1,09	0,31* 0,10...0,99
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,81 0,50...1,31	0,81 0,47...1,39	0,83 0,42...1,65
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,52 0,90...2,57	1,47 0,79...2,73	2,56* 1,16...5,65

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 Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,18 0,71...1,98	1,22 0,69...2,17	0,79 0,38...1,66
Indexgruppe 6 (F10)	0,32** 0,14...0,73	0,40* 0,18...0,90	0,43 0,15...1,21
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,06* 1,09...3,86	1,77 0,83...3,80	1,61 0,49...5,32
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,03 0,54...1,96	1,25 0,61...2,56	1,70 0,58...4,94
Psy A ¹	1,17 0,52...2,67	1,80 0,81...3,99	1,56 0,61...4,01
Psy B ²	0,87 0,44...1,72	1,27 0,61...2,65	2,13 0,75...6,07
Alter	0,68 0,39...1,20	0,68 0,36...1,26	0,93 0,42...2,08
Geschlecht (m vs. w)	1,50 0,87...2,57	1,57 0,87...2,85	1,85 0,83...4,11
Komorbidität ³	0,92 0,81...1,05	0,93 0,81...1,07	0,90 0,75...1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,66 0,30...1,47	0,52 0,23...1,20	1,32 0,43...4,09
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,39 0,83...2,33	1,15 0,65...2,02	1,37 0,63...2,97
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,64 0,96...2,81	2,09* 1,14...3,82	3,72** 1,57...8,82

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 181: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,53 0,88...2,65	1,22 0,64...2,32	1,04 0,42...2,53
Indexgruppe 6 (F10)	0,27** 0,11...0,61	0,29** 0,12...0,70	0,18** 0,06...0,58
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,23 0,62...2,44	2,11 0,86...5,15	4,59* 1,02...20,66
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,23* 1,14...4,36	3,17** 1,36...7,38	3,59 0,95...13,51
Psy A ¹	1,81 0,78...4,17	1,94 0,85...4,44	1,44 0,49...4,24
Psy B ²	1,31 0,65...2,67	1,03 0,45...2,37	1,01 0,31...3,27
Alter	0,57 0,30...1,09	0,67 0,33...1,36	0,85 0,33...2,23
Geschlecht (m vs. w)	0,69 0,38...1,28	1,96 0,98...3,90	2,36 0,88...6,35
Komorbidität ³	0,99 0,85...1,15	0,99 0,83...1,19	0,97 0,75...1,24
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,94 0,35...2,52	0,85 0,27...2,62	2,40 0,54...10,72
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,01 0,56...1,82	0,47* 0,23...0,96	0,51 0,19...1,39
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,01* 1,12...3,59	1,86 0,91...3,80	2,57 0,93...7,13

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 182: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 183: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 184: Prädiktoren Arzt- und 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 185: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte 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 186: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,01 -0,18...0,21	-0,53 -15,23...14,17
DID Jahr 2	0,10 -0,10...0,29	-0,72 -15,42...13,97
DID Jahr 3	0,12 -0,08...0,31	-0,13 -14,83...14,57
DID Jahr 4	0,11 -0,09...0,30	2,65 -12,05...17,34
DID Jahr 1-4	—	0,32 -12,14...12,78
Gruppe	-0,05 -0,19...0,09	1,63 -8,83...12,08
Jahr 1	0,65*** 0,51...0,78	53,06*** 42,87...63,25
Jahr 2	-0,19** -0,32...-0,05	-2,29 -12,48...7,91
Jahr 3	-0,28*** -0,41...-0,14	-4,28 -14,47...5,92
Jahr 4	-0,29*** -0,43...-0,15	-8,89 -19,09...1,30
Indexgruppe 6 (F10)	0,09* 0,00...0,18	-3,63 -10,33...3,07
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,05 -0,03...0,14	14,30*** 8,10...20,50
Indexgruppe 9 (F43)	0,01 -0,07...0,08	2,47 -3,37...8,31
Psy A ¹	0,11** 0,03...0,19	12,47*** 6,50...18,44
Psy B ²	0,13* 0,02...0,25	-3,11 -11,67...5,45
Alter	-0,08* -0,15...-0,02	-0,85 -5,90...4,20
Geschlecht (m vs. w)	-0,02 -0,08...0,05	-4,28 -9,28...0,73
Komorbidität ³	0,03* 0,01...0,05	1,06 -0,54...2,66

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,27* 0,05...0,48	6,18 -9,85...22,21
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,14*** -0,21...-0,07	-11,47*** -16,99...-5,95

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 Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,17 -0,42...0,08	-9,38 -22,17...3,41
DID Jahr 2	-0,19 -0,44...0,06	-3,47 -16,26...9,32
DID Jahr 3	-0,21 -0,46...0,04	-1,82 -14,61...10,97
DID Jahr 4	-0,27* -0,52...-0,02	-7,60 -20,39...5,19
DID Jahr 1-4	—	-5,57 -15,77...4,64
Gruppe	0,18 0,00...0,35	6,13 -2,96...15,21
Jahr 1	0,10 -0,07...0,27	-3,01 -11,68...5,67
Jahr 2	-0,29** -0,46...-0,12	-25,08*** -33,76...-16,40
Jahr 3	-0,26** -0,43...-0,09	-28,14*** -36,82...-19,47
Jahr 4	-0,30*** -0,47...-0,13	-24,21*** -32,89...-15,54
Indexgruppe 6 (F10)	0,42*** 0,30...0,55	-9,28** -15,67...-2,89
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,06 -0,18...0,06	2,52 -3,65...8,68
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,08 -0,18...0,01	10,71*** 5,84...15,59
Psy A ¹	-0,09 -0,20...0,02	1,59 -4,01...7,19
Psy B ²	0,20*** 0,11...0,30	-1,17 -6,27...3,92
Alter	-0,16*** -0,25...-0,08	1,78 -2,52...6,08
Geschlecht (m vs. w)	0,06 -0,02...0,15	4,05 -0,38...8,48
Komorbidität ³	0,08*** 0,05...0,10	0,25 -1,10...1,60

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,13 -0,14...0,41	-0,23 -14,49...14,04
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,38*** -0,48...-0,28	-18,84*** -24,03...-13,65

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 Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 190: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,08 -0,36...0,51
DID Jahr 2	-0,10 -0,53...0,34
DID Jahr 3	-0,19 -0,62...0,25
DID Jahr 4	-0,38 -0,82...0,06
Gruppe	-0,09 -0,40...0,22
Jahr 1	0,90*** 0,59...1,21
Jahr 2	0,23 -0,08...0,53
Jahr 3	0,27 -0,04...0,58
Jahr 4	0,19 -0,12...0,50
Indexgruppe 6 (F10)	0,44*** 0,25...0,63
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,43*** 0,26...0,59
Indexgruppe 9 (F43)	0,07 -0,11...0,25
Psy A ¹	0,71*** 0,53...0,89
Psy B ²	0,12 -0,11...0,34
Alter	1,66*** 1,52...1,81
Geschlecht (m vs. w)	-0,15 -0,30...0,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,75*** 1,54...1,96
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,57*** 0,43...0,71

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,40*** -0,58...-0,23
------------------------------	---------------------------

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 191: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,06 -0,42...0,29
DID Jahr 2	0,10 -0,25...0,45
DID Jahr 3	0,20 -0,15...0,55
DID Jahr 4	0,13 -0,23...0,48
Gruppe	-0,39** -0,64...-0,14
Jahr 1	0,35** 0,10...0,60
Jahr 2	0,09 -0,16...0,34
Jahr 3	0,05 -0,21...0,30
Jahr 4	-0,06 -0,31...0,19
Indexgruppe 6 (F10)	0,84*** 0,66...1,01
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,18* 0,02...0,34
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,13 -0,02...0,27
Psy A ¹	0,46*** 0,30...0,63
Psy B ²	0,38*** 0,23...0,52
Alter	1,48*** 1,36...1,60
Geschlecht (m vs. w)	0,11 -0,01...0,23
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,40*** 0,21...0,59
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,31*** 0,20...0,43

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,30*** -0,44...-0,16
------------------------------	---------------------------

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 192: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,49* 1,07...2,08
Psy A ¹	0,46** 0,28...0,75
Psy B ²	1,56 0,88...2,78
Alter	5,56*** 3,10...9,94
Geschlecht (m vs. w)	0,73 0,52...1,03
Komorbidität ³	1,26*** 1,19...1,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,16 0,80...1,68
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,60** 0,42...0,87
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,67 0,41...1,10

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 Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,29 0,91...1,84
Psy A ¹	0,60* 0,38...0,95
Psy B ²	1,03 0,65...1,62
Alter	2,50*** 1,62...3,86
Geschlecht (m vs. w)	0,66* 0,46...0,93
Komorbidität ³	1,26*** 1,20...1,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,95 0,60...1,51
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,30 0,89...1,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,86 0,59...1,27

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 Progression, klinikneue Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,64 0,36...1,14	0,86 0,37...2,02	0,84 0,63...1,12
Psy A ¹	1,20 0,63...2,28	1,77 0,69...4,51	1,01 0,72...1,42
Psy B ²	1,15 0,51...2,57	0,90 0,27...3,01	0,77 0,48...1,24
Alter	1,03 0,55...1,95	0,59 0,22...1,61	0,83 0,60...1,15
Geschlecht (m vs. w)	1,12 0,62...2,04	0,66 0,28...1,54	0,44*** 0,33...0,58
Komorbidität ³	1,03 0,91...1,17	1,00 0,83...1,20	0,86*** 0,79...0,93
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,82 0,31...2,16	2,64 0,80...8,75	0,68 0,41...1,14
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,48 0,83...2,62	1,95 0,78...4,83	0,88 0,66...1,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,73 0,39...1,36	0,86 0,34...2,19	0,53*** 0,38...0,74

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 Progression, klinikbekannte Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,97 0,49...1,94	0,87 0,39...1,96	0,83 0,61...1,13
Psy A ¹	1,41 0,61...3,23	0,35 0,09...1,43	0,78 0,49...1,25
Psy B ²	0,64 0,29...1,43	4,92* 1,38...17,58	1,12 0,77...1,63
Alter	1,50 0,73...3,07	0,76 0,31...1,86	0,85 0,60...1,20
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,51...2,10	0,98 0,42...2,32	0,66** 0,49...0,90
Komorbidität ³	0,90 0,75...1,07	0,97 0,80...1,19	0,94 0,87...1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,55 0,83...7,86	0,00 0,00...INF	0,72 0,39...1,33
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,24 0,58...2,64	1,37 0,57...3,32	1,08 0,78...1,49
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,55 0,27...1,12	0,47 0,19...1,17	0,53** 0,37...0,76

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 196: 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 197: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2)

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,01 -0,06...0,08	4,70 -14,13...23,54	0,02 -0,04...0,07	5,88 -12,14...23,90
Psy B ²	-0,10** -0,17...-0,03	-39,26*** -58,84...-19,68	-0,12*** -0,18...-0,07	-42,16*** -60,89...-23,43
Alter	0,03 -0,05...0,11	16,81 -4,78...38,41	0,05 -0,02...0,11	18,25 -2,41...38,91
Geschlecht (m vs. w)	-0,12** -0,20...-0,05	-33,69** -53,56...-13,83	-0,09** -0,15...-0,04	-29,65** -48,66...-10,65
Komorbidität ³	0,01 0,00...0,03	4,15 -0,33...8,63	0,01 0,00...0,03	3,91 -0,38...8,19
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,11* 0,00...0,22	28,13 -1,16...57,41	0,07 -0,01...0,15	24,03 -3,99...52,05

Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,89 0,73...1,08	9,83 -7,45...27,10
Psy A ¹	1,22 0,95...1,56	-4,66 -27,05...17,73
Psy B ²	1,69*** 1,27...2,26	15,79 -9,31...40,88
Alter	0,95 0,76...1,18	-9,87 -29,08...9,35
Geschlecht (m vs. w)	0,85 0,69...1,03	1,73 -16,15...19,60
Komorbidität ³	1,02 0,98...1,06	2,02 -1,89...5,94
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,10 0,84...1,45	-11,47 -35,53...12,60
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,94 0,77...1,15	-12,95 -31,26...5,35
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,40 0,95...2,08	-13,60 -47,66...20,46

Tabelle 199: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinische Patienten (U2)

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,54 0,30...1,00	1,37* 1,06...1,77	0,79 0,54...1,16	0,30* 0,10...0,91	0,45 0,12...1,70	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	>100 0,00...INF	1,33 0,99...1,77	0,51** 0,33...0,79	0,53 0,14...2,03	1,41 0,26...7,69	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	0,78 0,41...1,46	1,27 0,98...1,64	1,67* 1,11...2,50	2,61 0,78...8,71	1,86 0,46...7,57	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	1,01 0,90...1,12	1,07* 1,00...1,14	0,89* 0,80...1,00	1,31 0,96...1,78	1,27 0,84...1,94	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	0,45* 0,24...0,84	0,78 0,48...1,26	0,10* 0,01...0,74	2,36 0,58...9,67	2,31 0,41...13,15	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	1,69 0,90...3,19	0,87 0,67...1,13	1,43 0,96...2,11	0,77 0,22...2,72	1,10 0,22...5,50	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	1,65 0,80...3,39	0,81 0,61...1,09	0,99 0,63...1,57	1,02 0,18...5,76	1,46 0,15...14,35	kf

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

Tabelle 200: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,38 0,93...2,06	>100 0,00...INF	-2,63* -4,90...-0,36	8,25*** 6,53...9,98
DID Jahr 2	1,42 0,94...2,15	>100 0,00...INF	-0,47 -2,74...1,80	-0,34 -2,07...1,39
Gruppe	0,60** 0,43...0,84	0,00 0,00...INF	-1,33 -2,94...0,28	-0,68 -1,91...0,54
Jahr 1	85,03*** 63,94...113,09	64,64*** 28,43...146,97	23,13*** 21,53...24,74	7,47*** 6,25...8,69
Jahr 2	1,77*** 1,34...2,34	7,16*** 3,01...17,04	3,31*** 1,70...4,91	1,22 0,00...2,44
Indexgruppe 6 (F10)	2,01*** 1,66...2,43	0,30*** 0,23...0,40	-1,11 -2,35...0,14	-3,73*** -4,67...-2,78
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,76** 0,63...0,90	1,99*** 1,61...2,46	3,12*** 2,03...4,22	2,66*** 1,82...3,49
Indexgruppe 9 (F43)	0,66*** 0,55...0,80	1,04 0,83...1,30	-2,31*** -3,46...-1,16	-0,40 -1,28...0,47
Psy A ¹	1,09 0,91...1,32	2,12*** 1,70...2,65	2,35*** 1,18...3,52	2,16*** 1,27...3,05
Psy B ²	1,31* 1,04...1,65	0,96 0,74...1,26	3,77*** 2,30...5,25	-1,01 -2,13...0,12
Alter	1,15 0,97...1,36	0,33*** 0,27...0,42	0,34 -0,74...1,42	-4,16*** -4,98...-3,34
Geschlecht (m vs. w)	0,96 0,82...1,13	1,20 0,98...1,46	0,04 -0,96...1,04	0,96* 0,20...1,72
Komorbidität ³	1,04* 1,01...1,07	0,89*** 0,85...0,94	-0,04 -0,24...0,17	-0,34*** -0,49...-0,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,40** 1,13...1,74	0,16*** 0,09...0,28	0,50 -0,94...1,94	-2,48*** -3,58...-1,39
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,93 0,80...1,08	2,04*** 1,68...2,48	0,28 -0,68...1,24	2,92*** 2,19...3,65
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,05*** 0,04...0,06	0,38*** 0,30...0,49	-8,48*** -9,65...-7,32	-3,53*** -4,42...-2,64

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.; kf=kleine Fallzahl

Tabelle 201: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,70* -1,29...-0,11	0,22 -0,40...0,83	0,28 -0,46...1,02
DID Jahr 2	-0,52 -1,11...0,07	-0,07 -0,68...0,55	0,16 -0,57...0,90
Gruppe	0,03 -0,39...0,44	-0,18 -0,61...0,26	-1,15*** -1,67...-0,62
Jahr 1	3,01*** 2,59...3,42	1,39*** 0,96...1,82	1,22*** 0,70...1,74
Jahr 2	1,63*** 1,22...2,05	0,87*** 0,44...1,30	0,55* 0,03...1,07
Indexgruppe 6 (F10)	-0,68*** -1,00...-0,36	-1,32*** -1,66...-0,99	-0,72*** -1,13...-0,32
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,60*** 0,32...0,89	1,28*** 0,98...1,57	0,23 -0,13...0,59
Indexgruppe 9 (F43)	-0,26 -0,56...0,04	-0,08 -0,39...0,23	-0,63** -1,00...-0,25
Psy A ¹	0,32* 0,01...0,62	1,82*** 1,50...2,13	1,40*** 1,02...1,78
Psy B ²	0,30 -0,08...0,69	1,35*** 0,95...1,74	2,08*** 1,60...2,56
Alter	-0,50*** -0,78...-0,22	-1,04*** -1,34...-0,75	1,03*** 0,68...1,38
Geschlecht (m vs. w)	0,08 -0,18...0,34	0,73*** 0,46...1,00	1,14*** 0,81...1,46
Komorbidität ³	0,00 -0,06...0,05	-0,15*** -0,20...-0,09	0,83*** 0,76...0,90
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,29 -0,08...0,67	-0,54** -0,92...-0,15	2,96*** 2,49...3,43
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	-0,02 -0,27...0,23	0,54*** 0,28...0,80	0,38* 0,07...0,70
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,93*** 1,63...2,23	-1,14*** -1,46...-0,83	-0,41* -0,79...-0,03

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 202: 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	1,02 0,85...1,23	1,03 0,86...1,22	0,86 0,72...1,04
Indexgruppe 6 (F10)	0,21*** 0,16...0,28	0,25*** 0,20...0,31	0,26*** 0,21...0,32
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,39** 1,13...1,69	1,61*** 1,33...1,96	1,79*** 1,45...2,22
Indexgruppe 9 (F43)	0,88 0,70...1,12	0,86 0,69...1,07	0,83 0,66...1,04
Psy A ¹	1,51*** 1,21...1,89	1,72*** 1,39...2,13	2,03*** 1,62...2,54
Psy B ²	1,39* 1,08...1,78	1,49** 1,16...1,92	1,86*** 1,39...2,50
Alter	0,73** 0,59...0,90	0,68*** 0,56...0,83	0,77* 0,62...0,95
Geschlecht (m vs. w)	1,13 0,93...1,37	1,16 0,96...1,39	1,27* 1,05...1,54
Komorbidität ³	0,95* 0,91...0,99	0,96 0,93...1,00	0,97 0,94...1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,67** 0,50...0,89	0,79 0,62...1,02	0,78 0,59...1,02
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,13 0,94...1,37	1,17 0,98...1,40	1,31** 1,08...1,59
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,28 0,92...1,77	1,38 0,98...1,94	1,42 0,97...2,09

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 Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,71 0,45...1,14	0,95 0,60...1,50	1,01 0,59...1,74
Indexgruppe 6 (F10)	0,31*** 0,18...0,54	0,30*** 0,18...0,51	0,29*** 0,16...0,54
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,56*** 1,54...4,25	2,33** 1,38...3,94	2,15* 1,11...4,17
Indexgruppe 9 (F43)	1,06 0,57...1,96	1,27 0,71...2,29	1,17 0,60...2,27
Psy A ¹	1,81 0,98...3,35	1,40 0,76...2,57	1,01 0,49...2,09
Psy B ²	1,04 0,57...1,88	1,76 0,94...3,29	4,45*** 1,94...10,21
Alter	0,89 0,54...1,47	1,06 0,64...1,75	1,03 0,57...1,88
Geschlecht (m vs. w)	1,40 0,86...2,30	1,60 0,99...2,58	2,17** 1,24...3,81
Komorbidität ³	0,90 0,81...1,01	0,94 0,84...1,05	0,96 0,85...1,10
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,83 0,43...1,58	0,51* 0,26...0,98	0,77 0,37...1,63
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,59 0,97...2,59	1,76* 1,07...2,90	1,80 1,00...3,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,83 0,44...1,57	0,95 0,49...1,86	1,11 0,48...2,55

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 204: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 205: Prädiktoren Arzt- und 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 206: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,03 -0,10...0,15	-2,86 -12,96...7,24
DID Jahr 2	-0,01 -0,13...0,12	-11,79* -21,88...-1,69
Gruppe	-0,07 -0,16...0,02	4,84 -2,34...12,02
Jahr 1	0,63*** 0,54...0,72	61,54*** 54,53...68,54
Jahr 2	-0,18*** -0,26...-0,09	5,19 -1,82...12,19
Indexgruppe 6 (F10)	0,07* 0,00...0,14	-6,45* -12,04...-0,87
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,07* 0,00...0,13	22,90*** 17,64...28,16
Indexgruppe 9 (F43)	-0,02 -0,08...0,04	-1,31 -6,20...3,57
Psy A ¹	0,07* 0,01...0,14	7,62** 2,49...12,76
Psy B ²	0,11* 0,02...0,20	0,43 -7,08...7,93
Alter	-0,03 -0,09...0,02	4,96* 0,58...9,35
Geschlecht (m vs. w)	0,03 -0,02...0,09	5,60* 1,10...10,10
Komorbidität ³	0,02** 0,01...0,04	0,00 -1,28...1,29
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,03 -0,17...0,22	3,41 -12,09...18,92
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,31*** -0,37...-0,25	-18,31*** -23,34...-13,29

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 207: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 208: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,01 -0,26...0,25
DID Jahr 2	0,02 -0,23...0,28
Gruppe	-0,28** -0,46...-0,09
Jahr 1	0,90*** 0,71...1,07
Jahr 2	0,11 -0,07...0,29
Indexgruppe 6 (F10)	0,31*** 0,17...0,45
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,29*** 0,17...0,41
Indexgruppe 9 (F43)	0,01 -0,12...0,14
Psy A ¹	0,57*** 0,44...0,71
Psy B ²	0,50*** 0,34...0,67
Alter	2,00*** 1,89...2,12
Geschlecht (m vs. w)	-0,11 -0,22...0,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,58*** 1,42...1,74
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,68*** 0,57...0,79
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,31*** -0,44...-0,18

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 209: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,37* 1,05...1,77
Psy A ¹	0,36*** 0,24...0,54
Psy B ²	1,32 0,82...2,15
Alter	6,54*** 3,96...10,80
Geschlecht (m vs. w)	0,87 0,67...1,13
Komorbidität ³	1,25*** 1,20...1,31
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,78 0,57...1,07
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,83 0,63...1,09
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,90 0,64...1,27

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 210: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,75 0,52...1,08	1,12 0,65...1,94	1,05 0,87...1,26
Psy A ¹	1,03 0,68...1,56	1,55 0,87...2,79	0,65*** 0,51...0,82
Psy B ²	1,10 0,67...1,81	0,43 0,17...1,08	0,91 0,64...1,30
Alter	1,60* 1,05...2,42	0,65 0,34...1,23	1,21 0,98...1,49
Geschlecht (m vs. w)	1,28 0,88...1,87	0,69 0,40...1,19	0,83 0,69...1,01
Komorbidität ³	1,08* 1,01...1,16	1,01 0,90...1,15	0,94* 0,89...0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,79 0,45...1,38	1,31 0,55...3,12	0,96 0,67...1,39
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,32 0,91...1,90	0,79 0,45...1,39	1,06 0,86...1,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,75 0,50...1,14	0,39* 0,18...0,89	0,55*** 0,43...0,70

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 211: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

14.4 Ergebnisse Kosten

14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
N mit Fall	455	453	425	408	375	465	469	436	426	405
durchschnittliche Kosten	3.119,78 €	2.925,00 €	2.912,40 €	3.403,59 €	2.703,09 €	3.126,75 €	2.795,20 €	2.924,56 €	4.274,48 €	2.721,63 €
Standardabweichung	6.292,29 €	5.998,05 €	6.334,50 €	8.899,48 €	5.645,79 €	7.966,33 €	6.662,39 €	8.346,44 €	16.558,15 €	8.641,84 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	262,09 €	241,88 €	280,54 €	281,19 €	139,80 €	347,69 €	285,80 €	291,29 €	330,49 €	156,42 €
Median	989,45 €	811,23 €	850,07 €	809,47 €	538,96 €	915,21 €	800,64 €	784,50 €	849,04 €	561,88 €
75%-Perzentil	3.107,67 €	3.228,58 €	2.701,29 €	3.106,53 €	2.559,83 €	3.328,07 €	2.636,49 €	2.742,59 €	3.293,88 €	2.313,73 €
Maximum	62.626,71 €	77.993,35 €	63.032,61 €	90.224,24 €	40.036,54 €	107.170,56 €	98.726,65 €	141.387,17 €	219.195,49 €	147.640,03 €

Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
N mit Fall	674	665	639	624	595	657	648	627	608	592
durchschnittliche Kosten	2.261,56 €	2.648,45 €	2.738,84 €	2.691,43 €	2.448,85 €	2.307,68 €	2.656,29 €	3.210,57 €	2.712,96 €	2.412,74 €
Standardabweichung	5.252,90 €	7.031,78 €	6.137,61 €	5.889,41 €	5.100,45 €	6.347,88 €	6.387,26 €	8.902,85 €	6.276,89 €	6.008,19 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	268,24 €	270,82 €	281,87 €	279,92 €	229,31 €	311,92 €	248,17 €	279,34 €	272,09 €	215,30 €
Median	689,78 €	683,70 €	753,77 €	812,95 €	654,19 €	688,12 €	633,91 €	767,55 €	774,94 €	746,86 €
75%-Perzentil	2.225,73 €	2.302,59 €	2.351,20 €	2.566,84 €	2.490,46 €	1.990,45 €	2.321,09 €	2.395,54 €	2.354,40 €	2.091,06 €
Maximum	62.520,11 €	120.525,03 €	70.666,57 €	63.154,14 €	65.239,35 €	130.513,24 €	68.440,62 €	120.473,93 €	86.096,70 €	102.948,75 €

Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
N mit Fall	161	153	111	112	102	157	130	109	120	104
durchschnittliche Kosten	1.848,11 €	1.745,96 €	1.501,35 €	1.866,40 €	1.411,82 €	1.825,34 €	1.482,27 €	1.442,32 €	2.368,27 €	1.296,34 €
Standardabweichung	5.017,85 €	5.215,10 €	5.120,99 €	7.384,94 €	4.089,30 €	5.801,86 €	4.282,37 €	4.578,37 €	11.520,86 €	3.747,66 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.788,59 €	1.691,16 €	315,05 €	731,70 €	426,62 €	1.779,83 €	881,64 €	0,00 €	1.615,82 €	0,00 €
Maximum	46.446,93 €	72.377,86 €	56.954,71 €	89.520,12 €	36.000,44 €	84.627,10 €	45.749,87 €	43.606,76 €	207.197,25 €	40.179,97 €

Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

C	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
N mit Fall	173	166	171	164	141	160	153	153	150	118
durchschnittliche Kosten	1.149,03 €	1.472,02 €	1.516,52 €	1.488,98 €	1.238,57 €	1.002,21 €	1.465,90 €	1.590,55 €	1.291,63 €	1.038,51 €
Standardabweichung	3.762,68 €	5.986,80 €	5.154,09 €	5.037,79 €	4.012,57 €	2.914,78 €	5.279,13 €	5.678,54 €	5.147,85 €	5.120,20 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	130,20 €	0,00 €	646,69 €	655,80 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	48.996,28 €	118.255,94 €	70.108,61 €	55.858,12 €	58.313,72 €	30.674,36 €	65.566,69 €	66.253,67 €	83.815,44 €	102.922,97 €

Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	2,31 €	3,32 €	5,05 €	96,23 €	6,05 €	14,47 €	4,11 €	9,40 €	2,16 €	10,30 €
Standardabweichung	25,81 €	36,43 €	53,86 €	1.759,91 €	75,40 €	138,74 €	47,16 €	144,78 €	36,23 €	110,40 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	323,77 €	601,92 €	966,96 €	36.190,88 €	1.218,56 €	2.419,12 €	671,32 €	2.990,76 €	730,00 €	1.723,34 €

Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	11	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	4,76 €	2,36 €	1,27 €	3,61 €	8,14 €	10,28 €	3,04 €	3,67 €	2,60 €	10,61 €
Standardabweichung	46,86 €	28,60 €	19,01 €	42,94 €	68,22 €	198,83 €	66,93 €	69,84 €	43,36 €	136,97 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	753,89 €	490,22 €	301,66 €	878,86 €	917,18 €	5.060,00 €	1.699,40 €	1.716,72 €	988,86 €	3.073,26 €

Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
N mit Fall	26	22	25	22	16	34	28	32	33	25
durchschnittliche Kosten	12,93 €	10,79 €	14,75 €	15,42 €	17,47 €	19,51 €	14,73 €	22,57 €	18,03 €	14,43 €
Standardabweichung	68,79 €	61,29 €	77,00 €	83,02 €	107,78 €	100,08 €	87,89 €	116,60 €	80,70 €	76,73 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	700,55 €	824,04 €	638,79 €	727,02 €	1.270,63 €	1.455,35 €	1.288,18 €	1.209,00 €	691,04 €	831,90 €

Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
N mit Fall	22	34	20	24	25	31	35	32	29	33
durchschnittliche Kosten	15,93 €	14,90 €	6,21 €	9,78 €	10,70 €	6,48 €	9,38 €	9,57 €	6,82 €	15,68 €
Standardabweichung	214,95 €	92,46 €	42,87 €	72,74 €	70,99 €	44,45 €	61,01 €	60,24 €	39,53 €	166,15 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.389,24 €	1.214,13 €	613,78 €	1.243,98 €	1.253,38 €	885,44 €	885,44 €	927,12 €	404,22 €	3.912,14 €

Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
N mit Fall	451	447	423	407	336	462	469	431	424	367
durchschnittliche Kosten	474,73 €	438,68 €	482,24 €	471,36 €	213,01 €	478,87 €	456,67 €	477,21 €	508,60 €	265,54 €
Standardabweichung	419,47 €	398,26 €	463,44 €	450,08 €	296,69 €	401,13 €	413,78 €	486,75 €	515,20 €	426,25 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	154,36 €	141,34 €	165,42 €	171,58 €	29,06 €	196,57 €	178,98 €	172,27 €	187,93 €	42,36 €
Median	360,72 €	346,76 €	346,64 €	337,14 €	123,52 €	356,00 €	376,35 €	379,59 €	391,73 €	147,88 €
75%-Perzentil	670,26 €	624,52 €	668,01 €	634,10 €	286,33 €	651,65 €	585,27 €	629,98 €	657,04 €	353,36 €
Maximum	2.397,64 €	2.413,61 €	3.458,10 €	3.162,50 €	2.460,80 €	2.309,84 €	3.895,84 €	5.756,07 €	5.812,84 €	5.802,78 €

Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
N mit Fall	669	661	636	619	576	650	641	622	606	584
durchschnittliche Kosten	403,75 €	387,78 €	430,79 €	438,35 €	355,99 €	461,97 €	448,76 €	501,37 €	492,71 €	404,65 €
Standardabweichung	415,81 €	383,05 €	443,35 €	432,26 €	344,09 €	475,93 €	481,37 €	564,44 €	473,15 €	455,98 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	159,22 €	144,29 €	155,59 €	161,26 €	112,71 €	183,43 €	149,55 €	174,59 €	181,26 €	119,85 €
Median	294,74 €	302,90 €	331,59 €	338,76 €	277,63 €	345,00 €	311,62 €	358,50 €	360,24 €	299,09 €
75%-Perzentil	516,85 €	521,83 €	565,59 €	603,18 €	491,14 €	578,01 €	595,28 €	651,35 €	684,74 €	552,83 €
Maximum	4.358,43 €	4.598,15 €	4.422,64 €	3.447,62 €	2.695,98 €	6.939,98 €	4.452,35 €	7.452,35 €	4.664,21 €	6.480,25 €

Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
N mit Fall	398	385	377	351	336	389	391	375	371	360
durchschnittliche Kosten	626,50 €	586,61 €	754,93 €	797,98 €	853,69 €	691,25 €	688,16 €	823,30 €	1.224,45 €	968,78 €
Standardabweichung	2.077,54 €	1.657,95 €	2.102,97 €	2.327,80 €	2.658,75 €	4.984,18 €	4.490,43 €	6.513,21 €	9.620,29 €	6.394,17 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	26,88 €	24,57 €	24,96 €	25,39 €	25,49 €	24,66 €	25,02 €	23,65 €	26,53 €	24,97 €
Median	131,92 €	126,77 €	116,81 €	118,59 €	111,43 €	123,86 €	127,57 €	139,93 €	150,44 €	132,66 €
75%-Perzentil	499,84 €	546,26 €	531,01 €	574,34 €	537,15 €	454,47 €	449,13 €	547,03 €	545,90 €	534,73 €
Maximum	28.338,05 €	23.280,23 €	18.812,08 €	27.364,52 €	23.729,53 €	106.512,87 €	94.777,59 €	137.822,75 €	161.134,09 €	120.261,48 €

Tabelle 223: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
N mit Fall	571	585	548	533	530	567	549	536	520	515
durchschnittliche Kosten	592,32 €	645,35 €	653,40 €	584,31 €	625,38 €	720,39 €	610,80 €	967,69 €	772,67 €	781,66 €
Standardabweichung	1.904,26 €	2.640,73 €	2.354,17 €	1.380,29 €	1.631,21 €	4.934,54 €	2.315,17 €	5.501,41 €	2.714,13 €	2.586,38 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	24,56 €	31,63 €	24,76 €	29,07 €	31,36 €	25,52 €	23,93 €	26,78 €	25,52 €	26,08 €
Median	123,55 €	127,79 €	138,03 €	140,64 €	139,03 €	105,40 €	105,77 €	115,73 €	119,57 €	124,03 €
75%-Perzentil	471,15 €	431,36 €	460,40 €	483,70 €	494,26 €	353,20 €	355,41 €	461,77 €	495,62 €	461,00 €
Maximum	25.553,03 €	56.910,30 €	44.654,67 €	17.256,31 €	18.325,95 €	118.596,21 €	35.344,58 €	114.652,69 €	30.670,61 €	22.391,72 €

Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	473	473	443	427	405	475	475	457	447	434
N mit Fall	178	148	153	139	116	165	164	155	155	135
durchschnittliche Kosten	155,20 €	139,65 €	154,08 €	156,19 €	201,06 €	97,30 €	149,26 €	149,76 €	152,97 €	166,24 €
Standardabweichung	491,42 €	430,53 €	501,58 €	629,21 €	847,18 €	243,41 €	507,63 €	445,43 €	594,00 €	612,51 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	120,17 €	99,06 €	121,88 €	106,75 €	93,24 €	99,66 €	101,58 €	138,54 €	107,10 €	110,68 €
Maximum	6.740,05 €	4.293,12 €	5.748,28 €	10.852,87 €	12.923,22 €	2.310,70 €	6.793,42 €	5.494,51 €	9.088,37 €	7.326,22 €

Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	692	692	670	651	630	670	670	649	634	617
N mit Fall	203	207	197	213	185	234	232	216	220	208
durchschnittliche Kosten	95,76 €	126,04 €	130,65 €	166,39 €	210,06 €	106,35 €	118,41 €	137,72 €	146,53 €	161,64 €
Standardabweichung	389,82 €	573,11 €	496,58 €	594,24 €	923,39 €	298,26 €	383,48 €	434,21 €	516,59 €	559,59 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	82,20 €	86,58 €	88,80 €	122,00 €	103,28 €	96,63 €	108,72 €	101,58 €	143,78 €	107,80 €
Maximum	7.645,11 €	11.809,74 €	6.743,68 €	8.469,00 €	13.197,44 €	3.136,07 €	5.857,06 €	5.560,38 €	7.928,05 €	7.374,28 €

14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.761	1.761	1.761	1.761
N mit Fall	1.687	1.677	1.723	1.719
durchschnittliche Kosten	3.164,64 €	3.355,06 €	3.504,39 €	3.020,81 €
Standardabweichung	5.854,39 €	7.526,05 €	8.209,66 €	7.944,58 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	324,65 €	254,43 €	349,87 €	255,71 €
Median	1.078,86 €	878,79 €	1.074,06 €	844,16 €
75%-Perzentil	3.481,85 €	3.385,06 €	3.556,83 €	2.952,65 €
Maximum	92.302,59 €	120.460,62 €	145.778,22 €	172.765,96 €

Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.761	1.761	1.761	1.761
N mit Fall	639	568	610	484
durchschnittliche Kosten	1.867,26 €	2.169,69 €	2.058,13 €	1.683,05 €
Standardabweichung	4.690,92 €	6.869,56 €	6.517,60 €	5.611,87 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.958,75 €	1.884,30 €	1.930,50 €	1.110,87 €
Maximum	87.952,76 €	113.161,97 €	143.939,05 €	128.201,91 €

Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.761	1.761	1.761	1.761
N mit Fall	16	21	25	17
durchschnittliche Kosten	6,12 €	7,08 €	10,50 €	11,94 €
Standardabweichung	110,58 €	108,18 €	108,83 €	241,62 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.241,58 €	3.884,58 €	2.419,12 €	9.012,88 €

Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.761	1.761	1.761	1.761
N mit Fall	95	72	102	90
durchschnittliche Kosten	15,43 €	12,72 €	15,45 €	14,60 €
Standardabweichung	91,21 €	90,74 €	115,54 €	118,44 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.226,00 €	2.401,50 €	3.423,40 €	3.098,49 €

Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.761	1.761	1.761	1.761
N mit Fall	1.669	1.623	1.716	1.680
durchschnittliche Kosten	498,80 €	421,99 €	538,51 €	434,53 €
Standardabweichung	460,17 €	461,95 €	470,96 €	428,57 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	179,53 €	119,28 €	205,91 €	135,96 €
Median	394,45 €	308,95 €	421,76 €	321,52 €
75%-Perzentil	676,21 €	565,60 €	751,75 €	583,69 €
Maximum	4.994,69 €	5.446,55 €	4.325,89 €	5.141,67 €

Tabelle 231: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.761	1.761	1.761	1.761
N mit Fall	1.442	1.434	1.467	1.468
durchschnittliche Kosten	647,10 €	604,34 €	738,74 €	715,62 €
Standardabweichung	2.129,78 €	1.499,56 €	3.833,56 €	3.669,44 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	20,56 €	20,56 €	27,15 €	27,22 €
Median	135,06 €	138,59 €	128,70 €	129,10 €
75%-Perzentil	530,83 €	582,17 €	483,53 €	521,18 €
Maximum	57.354,63 €	23.280,23 €	106.512,87 €	94.777,59 €

Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.761	1.761	1.761	1.761
N mit Fall	613	561	646	616
durchschnittliche Kosten	129,94 €	139,24 €	143,05 €	161,07 €
Standardabweichung	410,11 €	437,40 €	570,78 €	578,32 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	105,00 €	107,10 €	115,62 €	123,84 €
Maximum	6.740,05 €	5.641,10 €	18.128,86 €	14.576,98 €

14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
N mit Fall	1.300	1.300	1.213	1.327	1.332	1.228
durchschnittliche Kosten	3.230,11 €	3.248,46 €	2.839,69 €	3.347,61 €	3.148,45 €	3.130,93 €
Standardabweichung	6.051,97 €	6.777,89 €	5.986,27 €	8.023,79 €	8.613,92 €	9.762,22 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	321,83 €	277,75 €	220,62 €	339,97 €	308,82 €	252,42 €
Median	1.055,14 €	921,96 €	789,65 €	1.065,69 €	894,01 €	810,57 €
75%-Perzentil	3.512,08 €	3.364,43 €	2.694,06 €	3.532,82 €	3.084,22 €	2.795,89 €
Maximum	92.302,59 €	108.092,21 €	63.032,61 €	145.778,22 €	172.765,96 €	207.457,82 €

Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
N mit Fall	493	442	327	468	382	310
durchschnittliche Kosten	1.963,07 €	2.032,96 €	1.561,81 €	2.015,62 €	1.773,74 €	1.713,05 €
Standardabweichung	5.016,67 €	6.070,22 €	4.858,70 €	6.711,18 €	6.078,51 €	8.178,54 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.966,83 €	1.904,55 €	692,38 €	1.875,38 €	1.245,58 €	0,00 €
Maximum	87.952,76 €	105.184,15 €	56.954,71 €	143.939,05 €	128.201,91 €	205.543,96 €

Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
N mit Fall	10	13	13	20	13	15
durchschnittliche Kosten	6,14 €	6,55 €	5,23 €	11,66 €	13,74 €	40,54 €
Standardabweichung	122,28 €	117,94 €	64,63 €	119,65 €	272,97 €	1.011,92 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.241,58 €	3.884,58 €	1.606,46 €	2.419,12 €	9.012,88 €	35.690,72 €

Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
N mit Fall	73	57	59	84	69	83
durchschnittliche Kosten	15,49 €	13,12 €	13,06 €	14,94 €	12,71 €	17,05 €
Standardabweichung	94,76 €	95,96 €	73,25 €	89,03 €	95,30 €	90,06 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.226,00 €	2.401,50 €	828,98 €	1.749,00 €	2.481,00 €	1.209,00 €

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
N mit Fall	1.287	1.287	1.171	1.322	1.329	1.194
durchschnittliche Kosten	499,19 €	469,79 €	412,76 €	531,74 €	490,92 €	435,11 €
Standardabweichung	468,55 €	486,50 €	472,09 €	455,85 €	448,92 €	498,57 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	177,02 €	159,90 €	104,07 €	202,92 €	182,03 €	116,22 €
Median	388,86 €	361,98 €	285,38 €	410,76 €	386,43 €	309,35 €
75%-Perzentil	675,96 €	613,74 €	560,96 €	747,06 €	660,87 €	585,15 €
Maximum	4.994,69 €	5.446,55 €	5.022,53 €	3.086,62 €	5.141,67 €	5.756,07 €

Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
N mit Fall	1.118	1.103	1.054	1.125	1.132	1.071
durchschnittliche Kosten	617,56 €	591,47 €	693,24 €	648,88 €	718,63 €	769,34 €
Standardabweichung	1.739,87 €	1.463,62 €	2.109,57 €	3.385,78 €	3.963,66 €	4.494,48 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	21,11 €	20,86 €	23,48 €	26,08 €	27,41 €	25,47 €
Median	135,09 €	137,02 €	121,31 €	136,02 €	134,65 €	147,00 €
75%-Perzentil	506,54 €	555,46 €	530,09 €	478,29 €	522,44 €	544,51 €
Maximum	28.338,05 €	23.280,23 €	38.283,41 €	106.512,87 €	94.777,59 €	137.822,75 €

Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.281	1.359	1.359	1.290
N mit Fall	482	431	441	493	474	432
durchschnittliche Kosten	128,66 €	134,57 €	153,58 €	124,77 €	138,71 €	155,83 €
Standardabweichung	404,70 €	428,70 €	517,54 €	358,31 €	432,49 €	484,97 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	102,52 €	105,00 €	120,60 €	112,14 €	112,82 €	117,62 €
Maximum	6.740,05 €	5.641,10 €	9.136,90 €	5.397,86 €	6.793,42 €	5.760,56 €

14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 240: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	924	924	870	832	925	925	887	861
N mit Fall	886	883	833	784	904	910	851	815
durchschnittliche Kosten	3.077,12 €	3.096,45 €	2.903,24 €	3.254,60 €	3.407,01 €	3.139,74 €	2.975,21 €	3.481,18 €
Standardabweichung	5.647,11 €	5.992,35 €	6.180,25 €	7.921,63 €	7.935,77 €	9.006,00 €	7.464,66 €	12.918,49 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	316,47 €	274,52 €	248,98 €	210,01 €	341,25 €	297,18 €	329,43 €	230,57 €
Median	1.050,42 €	902,13 €	845,44 €	779,70 €	990,21 €	865,80 €	903,95 €	736,83 €
75%-Perzentil	3.384,96 €	3.394,60 €	2.709,73 €	3.118,41 €	3.553,75 €	2.886,82 €	2.894,82 €	2.874,79 €
Maximum	62.626,71 €	77.993,35 €	63.032,61 €	90.224,24 €	107.170,56 €	172.765,96 €	141.387,17 €	219.195,49 €

Tabelle 241: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	752	752	728	705	728	728	704	687
N mit Fall	733	723	697	674	714	705	681	658
durchschnittliche Kosten	2.314,60 €	2.798,58 €	2.746,33 €	2.828,70 €	2.299,44 €	2.602,59 €	3.128,94 €	2.606,65 €
Standardabweichung	5.254,51 €	7.240,17 €	6.043,22 €	6.368,20 €	6.190,66 €	6.241,81 €	8.602,42 €	6.057,19 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	271,09 €	279,23 €	273,30 €	277,64 €	322,88 €	255,81 €	283,04 €	272,39 €
Median	712,20 €	695,15 €	753,77 €	799,63 €	734,10 €	664,02 €	772,94 €	777,60 €
75%-Perzentil	2.222,68 €	2.493,81 €	2.374,77 €	2.597,22 €	1.984,29 €	2.310,73 €	2.390,51 €	2.332,68 €
Maximum	62.520,11 €	120.525,03 €	70.666,57 €	64.883,12 €	130.513,24 €	68.440,62 €	120.473,93 €	86.096,70 €

Tabelle 242: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	924	924	870	832	925	925	887	861
N mit Fall	328	291	219	231	311	246	214	204
durchschnittliche Kosten	1.798,88 €	1.852,69 €	1.532,27 €	1.848,46 €	2.014,46 €	1.663,89 €	1.430,97 €	1.842,32 €
Standardabweichung	4.439,83 €	5.131,49 €	4.985,28 €	6.342,82 €	6.138,31 €	5.424,80 €	4.513,71 €	8.878,85 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.838,92 €	1.809,26 €	645,66 €	948,87 €	1.826,70 €	741,90 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	46.446,93 €	72.377,86 €	56.954,71 €	89.520,12 €	84.627,10 €	78.016,48 €	57.700,87 €	207.197,25 €

Tabelle 243: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	752	752	728	705	728	728	704	687
N mit Fall	196	192	188	181	176	169	165	159
durchschnittliche Kosten	1.179,42 €	1.624,62 €	1.516,86 €	1.615,68 €	1.020,53 €	1.418,27 €	1.556,70 €	1.229,44 €
Standardabweichung	3.763,07 €	6.269,52 €	5.039,12 €	5.537,49 €	2.971,48 €	5.120,67 €	5.504,64 €	4.961,49 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	643,34 €	725,62 €	671,28 €	777,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	48.996,28 €	118.255,94 €	70.108,61 €	62.479,34 €	30.674,36 €	65.566,69 €	66.253,67 €	83.815,44 €

Tabelle 244: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	924	924	870	832	925	925	887	861
N mit Fall	<10	<10	<10	12	19	11	12	<10
durchschnittliche Kosten	2,22 €	6,54 €	5,10 €	56,22 €	16,75 €	15,06 €	17,29 €	8,25 €
Standardabweichung	36,62 €	131,08 €	68,08 €	1.268,62 €	144,32 €	301,16 €	230,43 €	114,32 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	962,00 €	3.884,58 €	1.606,46 €	36.190,88 €	2.419,12 €	9.012,88 €	5.605,00 €	2.833,47 €

Tabelle 245: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	752	752	728	705	728	728	704	687
N mit Fall	10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	4,83 €	2,17 €	1,58 €	3,34 €	9,46 €	2,80 €	3,38 €	4,90 €
Standardabweichung	46,56 €	27,44 €	21,36 €	41,28 €	190,75 €	64,21 €	67,06 €	77,62 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	753,89 €	490,22 €	301,66 €	878,86 €	5.060,00 €	1.699,40 €	1.716,72 €	1.719,19 €

Tabelle 246: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	924	924	870	832	925	925	887	861
N mit Fall	52	44	45	30	60	51	57	59
durchschnittliche Kosten	14,04 €	15,89 €	15,49 €	10,35 €	17,11 €	15,80 €	16,82 €	18,05 €
Standardabweichung	72,06 €	111,31 €	82,21 €	65,47 €	102,07 €	112,28 €	93,64 €	82,59 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	700,55 €	2.401,50 €	828,98 €	727,02 €	1.749,00 €	2.481,00 €	1.209,00 €	691,04 €

Tabelle 247: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	752	752	728	705	728	728	704	687
N mit Fall	23	35	22	25	34	35	33	31
durchschnittliche Kosten	14,99 €	14,02 €	6,13 €	9,15 €	6,26 €	8,63 €	9,60 €	6,65 €
Standardabweichung	206,40 €	89,13 €	41,96 €	69,99 €	42,92 €	58,58 €	61,31 €	38,67 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.389,24 €	1.214,13 €	613,78 €	1.243,98 €	885,44 €	885,44 €	927,12 €	404,22 €

Tabelle 248: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	924	924	870	832	925	925	887	861
N mit Fall	879	874	828	756	900	910	844	782
durchschnittliche Kosten	490,07 €	470,01 €	481,93 €	360,65 €	527,78 €	488,90 €	519,00 €	390,81 €
Standardabweichung	455,03 €	502,47 €	500,61 €	410,41 €	467,95 €	449,71 €	541,98 €	445,76 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	173,50 €	153,70 €	161,06 €	82,24 €	196,47 €	181,93 €	185,27 €	102,45 €
Median	378,22 €	362,11 €	355,66 €	236,91 €	396,63 €	402,13 €	393,21 €	280,58 €
75%-Perzentil	669,13 €	603,30 €	648,63 €	490,77 €	721,75 €	652,51 €	697,27 €	524,98 €
Maximum	4.994,69 €	5.446,55 €	5.022,53 €	3.162,50 €	3.086,62 €	5.141,67 €	5.756,07 €	5.812,84 €

Tabelle 249: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	752	752	728	705	728	728	704	687
N mit Fall	728	718	694	668	706	698	676	655
durchschnittliche Kosten	403,97 €	388,71 €	426,15 €	425,59 €	463,82 €	453,51 €	500,13 €	479,45 €
Standardabweichung	409,47 €	379,09 €	432,58 €	424,53 €	467,12 €	485,55 €	552,42 €	465,99 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	160,67 €	145,82 €	156,29 €	151,68 €	187,54 €	151,64 €	175,66 €	173,27 €
Median	294,74 €	304,16 €	336,37 €	324,34 €	349,92 €	315,19 €	361,04 €	351,04 €
75%-Perzentil	520,57 €	531,42 €	560,97 €	586,47 €	586,13 €	595,45 €	651,89 €	656,74 €
Maximum	4.358,43 €	4.598,15 €	4.422,64 €	3.447,62 €	6.939,98 €	4.452,35 €	7.452,35 €	4.664,21 €

Tabelle 250: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	924	924	870	832	925	925	887	861
N mit Fall	771	745	719	677	770	772	747	713
durchschnittliche Kosten	637,00 €	620,64 €	714,82 €	806,06 €	707,66 €	809,42 €	832,59 €	1.049,32 €
Standardabweichung	1.856,13 €	1.563,27 €	2.028,50 €	2.491,52 €	4.022,48 €	4.739,74 €	5.268,13 €	7.516,79 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	24,97 €	21,00 €	22,56 €	21,11 €	26,86 €	27,22 €	27,86 €	26,89 €
Median	135,08 €	138,02 €	120,78 €	122,88 €	140,45 €	148,14 €	153,90 €	149,81 €
75%-Perzentil	531,94 €	612,97 €	539,67 €	620,41 €	486,27 €	522,45 €	556,09 €	536,03 €
Maximum	28.338,05 €	23.280,23 €	27.924,46 €	37.096,87 €	106.512,87 €	94.777,59 €	137.822,75 €	161.134,09 €

Tabelle 251: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	752	752	728	705	728	728	704	687
N mit Fall	619	634	597	573	617	598	578	563
durchschnittliche Kosten	611,26 €	647,45 €	669,04 €	609,70 €	687,67 €	605,66 €	921,93 €	742,45 €
Standardabweichung	1.994,23 €	2.603,94 €	2.398,60 €	1.556,80 €	4.736,35 €	2.280,58 €	5.286,32 €	2.612,96 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	23,91 €	28,68 €	23,99 €	26,68 €	25,42 €	23,81 €	25,11 €	25,38 €
Median	123,83 €	127,79 €	138,03 €	141,00 €	108,15 €	106,28 €	118,78 €	120,11 €
75%-Perzentil	471,15 €	431,36 €	459,44 €	482,25 €	357,57 €	356,07 €	467,49 €	502,46 €
Maximum	25.553,03 €	56.910,30 €	44.654,67 €	21.006,99 €	118.596,21 €	35.344,58 €	114.652,69 €	30.670,61 €

Tabelle 252: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	924	924	870	832	925	925	887	861
N mit Fall	328	289	301	264	328	324	311	300
durchschnittliche Kosten	134,91 €	130,67 €	153,64 €	172,86 €	123,25 €	146,66 €	158,53 €	172,45 €
Standardabweichung	448,32 €	434,13 €	559,12 €	624,24 €	349,76 €	458,36 €	484,87 €	616,10 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	101,58 €	101,58 €	110,65 €	107,10 €	108,72 €	114,66 €	140,62 €	144,36 €
Maximum	6.740,05 €	5.641,10 €	9.136,90 €	10.852,87 €	5.128,70 €	6.793,42 €	5.760,56 €	9.088,37 €

Tabelle 253: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	752	752	728	705	728	728	704	687
N mit Fall	224	228	216	228	252	248	233	231
durchschnittliche Kosten	100,13 €	121,61 €	126,57 €	165,26 €	111,69 €	113,71 €	137,20 €	143,77 €
Standardabweichung	392,36 €	551,26 €	478,64 €	609,68 €	344,22 €	369,80 €	426,54 €	505,26 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	85,48 €	90,81 €	92,42 €	105,80 €	94,05 €	102,44 €	101,58 €	130,69 €
Maximum	7.645,11 €	11.809,74 €	6.743,68 €	8.469,00 €	5.005,20 €	5.857,06 €	5.560,38 €	7.928,05 €

14.4.5 Zusatztabelle Patientenmix

Tabelle 254: 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																		
vs+TK+PIA	44	447	0,000	55	509	0,082	55	515	0,049	64	497	0,000	48	498	0,145	74	447	0,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	22	373	1,000	56	417	0,001	60	399	0,000	59	405	0,000	56	400	0,000	27	345	1,000
vs+PIA	86	1.696	1,000	118	1.873	0,082	117	1.796	0,306	114	1.866	0,149	116	1.865	0,325	126	1.912	1,000
vs+HT																		
TK+PIA	29	559	1,000	65	695	0,167	59	710	0,454	65	669	0,098	67	704	0,115	58	603	0,051
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	165	5.418	0,000	495	5.977	0,167	519	5.983	0,000	482	6.099	0,098	489	6.300	0,115	429	6.411	1,000
TK	14	491	0,162	63	590	0,081	61	646	0,252	57	641	0,149	54	636	0,325	44	686	1,000
PIA	493	7.971	0,000	643	9.267	0,002	622	9.989	0,000	625	10.106	0,000	635	10.244	0,000	675	#####	0,021
HT																		
Gesamtergebnis	853	16.955	0,000	1.495	19.328	0,000	1.493	20.038	0,000	1.466	20.283	0,000	1.465	20.647	0,000	1.433	#####	0,000

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

14.4.6 Zusatztabelle Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten

Abbildung 97: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten)

