

Abschlussbericht

Klinikum Hanau GmbH

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

Berichtsnummer: 3

Datum: 16.09.2020

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.....	20
2. Hintergrund.....	31
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	31
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	31
5. Methoden	33
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	34
6.1 Patientenmatching	36
7. Darstellung Modellvorhaben Klinikum Hanau GmbH	39
8. Ergebnisse: Effektivität	40
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	41
8.2 Ergebnisse Outcomes	48
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	50
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	50
U1	54
U2	67
U3	72
U4	79
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	90
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	90
U1	92
U2	102
U3	106
U4	112
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik	121
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	121
U1	123
U2	142
U3	149
U4	157
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	175
Beschreibung Ergebnisse (U2)	175

U2	176
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping	183
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	183
U1	184
U2	188
U3	190
U4	193
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit	196
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	196
U1	199
U2	206
U3	209
U4	213
8.2.7 Wiederaufnahmeraten	219
Beschreibung Ergebnisse (U2)	219
U2	220
8.2.8 Komorbidität	223
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	223
U1	225
U2	228
U3	229
U4	231
8.2.9 Mortalität	233
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	233
U1	234
U2	238
U3	240
U4	243
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung	246
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	246
U1	248
U2	257
U3	261

U4	266
8.2.11 Leitlinienadhärenz	274
Beschreibung Ergebnisse (U2)	274
U2	276
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	286
9.1 Patientenmix	286
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	286
U1	288
U2	291
U4	294
9.2 Leistungserbringung	296
Beschreibung Ergebnisse (U1)	296
U1	297
10. Ergebnisse: Kosten	303
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten	303
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	303
U1	306
U2	310
U3	311
U4	313
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen	315
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	315
U1	317
U2	321
U3	322
U4	324
10.3 Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen	326
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	326
10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	327
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	327
U1	329
U2	333
U3	334

U4	336
10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	338
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	338
U1	340
U2	344
U3	345
U4	347
10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 349	
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	349
U1	350
U2	354
U3	355
U4	357
10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung.....	359
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	359
U1	361
U2	365
U3	366
U4	368
10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung	370
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	370
U1	372
U2	376
U3	377
U4	379
10.9 Kosten der Heilmittelversorgung	381
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	381
U1	382
U2	386
U3	387
U4	389
11. Ergebnisse: Effizienz	391

Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4).....	391
U2	393
U4	394
12. Diskussion	396
12.1 Hauptergebnisse.....	396
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	413
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)	417
13. Literatur	419
14. Anhang.....	422
14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4	422
14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose	433
14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität	441
14.4 Ergebnisse Kosten	492
14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1).....	492
14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2).....	497
14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3).....	500
14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4).....	502
14.4.5 Zusatztabelle Patientenmix.....	507
14.4.6 Zusatztabelle Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten.....	508

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).....	68
Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U3).....	74
Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, (U4).....	82
Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1)	95
Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U2)	103
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3)	108
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, (U4)	115
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)	169
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, (U2)	180
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	186
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2).....	189
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	191
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4).....	195
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U1)	201
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U2)	207
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U3)	210
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U4)	215
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2)	221
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1)	226
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2)	228
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U3)	229
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4)	232
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1).....	235
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2).....	239
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U3).....	241
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4).....	244
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1)	250
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2)	258
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, (U3)	262
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, (U4)	268
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2)	281
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	289
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten	290
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	292
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	293
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	294
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten	295
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	306
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	307
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	310
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	311

Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	313
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten	314
Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	317
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	318
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	321
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	322
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	324
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	325
Abbildung 60: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	329
Abbildung 61: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	330
Abbildung 62: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	333
Abbildung 63: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	334
Abbildung 64: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	336
Abbildung 65: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	337
Abbildung 66: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	340
Abbildung 67: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	341
Abbildung 68: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	344
Abbildung 69: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	345
Abbildung 70: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	347
Abbildung 71: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten.....	348
Abbildung 72: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	350
Abbildung 73: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	351
Abbildung 74: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	354
Abbildung 75: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	355
Abbildung 76: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	357
Abbildung 77: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten	358
Abbildung 78: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	361
Abbildung 79: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	362
Abbildung 80: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	365
Abbildung 81: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	366
Abbildung 82: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	368
Abbildung 83: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	369
Abbildung 84: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	372
Abbildung 85: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	373
Abbildung 86: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	376
Abbildung 87: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	377
Abbildung 88: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten.....	379
Abbildung 89: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	380
Abbildung 90: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	382
Abbildung 91: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	383
Abbildung 92: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	386
Abbildung 93: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	387
Abbildung 94: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten.....	389
Abbildung 95: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten	390
Abbildung 96: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4.....	395
Abbildung 97: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage.....	508

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching	37
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken.....	37
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	38
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).....	67
Tabelle 9: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3).....	72
Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3).....	78
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U4).....	79
Tabelle 12: Einsatz ambulanter Leistungen, (U1)	92
Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1).....	101
Tabelle 14: Einsatz ambulanter Leistungen, (U2)	102
Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, (U3)	106
Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3).....	111
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, (U4)	112
Tabelle 18: Kontinuität der Behandlung, (U1).....	123
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).....	176
Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2).....	182
Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	184
Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1)	187
Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2).....	188
Tabelle 29: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	190
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3)	192
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4).....	193
Tabelle 32: Arbeitsunfähigkeit, (U1)	199
Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1).....	205
Tabelle 34: Arbeitsunfähigkeit, (U2)	206
Tabelle 35: Arbeitsunfähigkeit, (U3)	209
Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3).....	212
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, (U4)	213
Tabelle 38: Wiederaufnahmeraten, (U2)	220
Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2).....	222
Tabelle 40: Komorbidität, (U1)	225
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1).....	227
Tabelle 42: Komorbidität, (U2)	228
Tabelle 43: Komorbidität, (U3)	229
Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3).....	230

Tabelle 45: Komorbidität, (U4)	231
Tabelle 46: Mortalität, (U1).....	234
Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1)	237
Tabelle 48: Mortalität, (U2).....	238
Tabelle 49: Mortalität, (U3).....	240
Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3)	242
Tabelle 51: Mortalität, (U4).....	243
Tabelle 52: Progression, (U1)	248
Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1)	256
Tabelle 54: Progression, (U2)	257
Tabelle 55: Progression, (U3)	261
Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3)	265
Tabelle 57: Progression, (U4)	266
Tabelle 58: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, (U2)	276
Tabelle 59: Leitlinienadhärenz Demenz, (U2).....	277
Tabelle 60: Leitlinienadhärenz Depression, (U2)	278
Tabelle 61: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, (U2).....	280
Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2).....	285
Tabelle 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	288
Tabelle 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten.....	289
Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	291
Tabelle 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	292
Tabelle 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	294
Tabelle 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten.....	295
Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	297
Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	298
Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten	299
Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	299
Tabelle 73: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	300
Tabelle 74: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	301
Tabelle 75: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten	302
Tabelle 76: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	302
Tabelle 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	306
Tabelle 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	307
Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	308
Tabelle 80: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten.....	309
Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten.....	310
Tabelle 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	311
Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	312
Tabelle 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten.....	313

Tabelle 85: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	314
Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	317
Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	318
Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	319
Tabelle 89: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	320
Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	321
Tabelle 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	322
Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	323
Tabelle 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	324
Tabelle 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	325
Tabelle 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	329
Tabelle 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	330
Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	331
Tabelle 107: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	332
Tabelle 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	333
Tabelle 109: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	334
Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	335
Tabelle 111: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	336
Tabelle 112: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	337
Tabelle 113: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	340
Tabelle 114: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	341
Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	342
Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	343
Tabelle 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	344
Tabelle 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	345
Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	346
Tabelle 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	347
Tabelle 121: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten	348
Tabelle 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	350
Tabelle 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	351
Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	352
Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	353
Tabelle 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	354
Tabelle 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	355
Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	356
Tabelle 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	357
Tabelle 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten	358
Tabelle 131: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	361
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	362
Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	363
Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	364
Tabelle 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	365

Tabelle 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	366
Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	367
Tabelle 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	368
Tabelle 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	369
Tabelle 140: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	372
Tabelle 141: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	373
Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	374
Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	375
Tabelle 144: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	376
Tabelle 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	377
Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	378
Tabelle 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	379
Tabelle 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	380
Tabelle 149: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	382
Tabelle 150: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	383
Tabelle 151: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	384
Tabelle 152: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	385
Tabelle 153: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	386
Tabelle 154: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	387
Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	388
Tabelle 156: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	389
Tabelle 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	390
Tabelle 158: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten	393
Tabelle 159: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten	393
Tabelle 160: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung.....	394
Tabelle 161: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung	394
Tabelle 162: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2	422
Tabelle 163: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2	422
Tabelle 164: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3	425
Tabelle 165: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3	425
Tabelle 166: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4	428
Tabelle 167: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4	429
Tabelle 168: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1).....	433
Tabelle 169: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1).....	437
Tabelle 170: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)	442
Tabelle 171: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)	444
Tabelle 172: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)	446
Tabelle 173: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1).....	448
Tabelle 174: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1	450
Tabelle 175: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2	451

Tabelle 176: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3	452
Tabelle 177: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4	453
Tabelle 178: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1	454
Tabelle 179: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2	455
Tabelle 180: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3	456
Tabelle 181: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4	457
Tabelle 182: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1).....	458
Tabelle 183: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1).....	458
Tabelle 184: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1).....	459
Tabelle 185: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1).....	460
Tabelle 186: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1).....	461
Tabelle 187: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)	463
Tabelle 188: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)	465
Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)	465
Tabelle 190: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1).....	466
Tabelle 191: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)	468
Tabelle 192: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)	470
Tabelle 193: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1).....	471
Tabelle 194: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)	472
Tabelle 195: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)	473
Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1).....	474
Tabelle 197: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2).....	475
Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2).....	476
Tabelle 199: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2).....	477
Tabelle 200: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)	478
Tabelle 201: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)	480
Tabelle 202: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1	482
Tabelle 203: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2	483
Tabelle 204: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3).....	484
Tabelle 205: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3).....	485
Tabelle 206: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3).....	486
Tabelle 207: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)	487
Tabelle 208: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3).....	488
Tabelle 209: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)	489
Tabelle 210: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)	490
Tabelle 211: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3).....	491
Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	492
Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	492
Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	492
Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	493
Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	493
Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	493
Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	494
Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	494
Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	494
Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	495
Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	495
Tabelle 223: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	495

Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	496
Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	496
Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	497
Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	497
Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	497
Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	498
Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	498
Tabelle 231: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	498
Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	499
Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	500
Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	500
Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	500
Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	501
Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	501
Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	501
Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	501
Tabelle 240: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten	502
Tabelle 241: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	502
Tabelle 242: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	502
Tabelle 243: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	503
Tabelle 244: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	503
Tabelle 245: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	503
Tabelle 246: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten	504
Tabelle 247: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten.....	504
Tabelle 248: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	504
Tabelle 249: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	505
Tabelle 250: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	505
Tabelle 251: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	505
Tabelle 252: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	506
Tabelle 253: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	506
Tabelle 254: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	507

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 Klinikum Hanau GmbH. Das Klinikum startete zum 01.09.2013 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß §64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum ein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgte anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach §64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

Das Studiendesign ist eine sekundärdatenbasierte, kontrollierte Kohortenstudie. Als Interventionsklinik/Modellklinik (IG) wurden Patienten der Klinikum Hanau GmbH mit einer Kontrollgruppe (KG) von Patienten strukturähnlicher Vergleichskliniken ohne Vertrag nach §64b SGB V verglichen. Die Datenquelle sind anonymisierte GKV-Routinedaten der am Modellvorhaben beteiligten Krankenkassen. Die jeweiligen Untersuchungskohorten (Patienten aus IG und KG) wurden je nach Zeitpunkt des Erstkontakts in der Modell- bzw. den Kontrollkliniken über einen Zeitraum von einem Jahr vor Eintritt in die Evaluation bis zu vier Jahren nach Eintritt in die Evaluation beobachtet.

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

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

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

Für die hier untersuchte Klinik wurden anhand der Daten des Strukturierten Qualitätsberichtes gemäß §137 SGB V (Berichtsjahr 2013) sowie durch eine Verlinkung von fünf Indikatoren des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (INKAR-Daten) die bis zu zehn strukturell ähnlichsten Kontrollkliniken im Bundesland der Modellklinik ausgewählt. Dabei gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz, Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenklientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein. Darauf aufbauend wurde auf Patientenebene ein zweistufiges, gemischtes Propensity-Score-Matching ohne Zurücklegen durchgeführt, um vergleichbare Untersuchungsgruppen herzustellen. Berücksichtigt wurden insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der bis zu zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

Analyse

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

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

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

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

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

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

Ergebnisse und Diskussion

Die Studienpopulation der Klinikum Hanau GmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 4.264 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.) war bei den linikneuen Patienten im Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG geringer als in der KG. Bei U3 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung) war dieser Unterschied statistisch signifikant. Somit war bereits die Anzahl vollstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten in Modellvorhaben im ersten Jahr nach Referenzfall geringer als in der Regelversorgung. Bei den linikbekannten Patienten waren diese Anteile bereits im Präzeitraum in der IG wesentlich geringer als in der KG. Dies lässt darauf schließen, dass der Vorläufervertrag im Modellvorhaben Hanau bereits zu verringerten vollstationären Aufenthalten vor Start des Modellvorhabens nach § 64b SGB V führte. Durch den bereits erheblichen Unterschied im Präzeitraum war das Absinken der Anteile über die patientenindividuelle Zeit in U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung) im dritten und vierten Jahr in der IG statistisch signifikant geringer. Der Bodeneffekt (ein Minimum an vollstationären Aufenthalten lässt sich nicht verhindern) verringerte die Möglichkeit des Absinkens in der IG durch die bereits geringeren Werte vor Modellstart. Ein ausschließlicher Blick auf den Difference-in-Difference-Ansatz ist hier bei den klinikbekannten Patienten durch das unterschiedliche Ausgangsniveau nicht gerechtfertigt. In allen untersuchten Jahren und Kohorten (U1-U4) wies die IG stets geringere Anteile an klinikbekannten Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt im Vergleich zur KG auf. Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** war bei den linikneuen Patienten stets ab Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Diese Unterschiede waren jedoch weder in U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung) noch in U3 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung) im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant. Eine Verlagerung der Behandlung von den vollstationären in den teilstationären Bereich ist somit nicht ersichtlich. Auch bei den linikbekannten Patienten wiesen Patienten der IG stets geringere Anteile mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt im Vergleich zur KG auf. Diese Unterschiede bestanden, analog zu den vollstationären Anteilen oben, bereits im Präzeitraum.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer Patienten stieg in der IG zum ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall stets wesentlich geringer an als in der KG (U1 – U4). In U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) und U3 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr) waren diese geringeren Anstiege statistisch signifikant. Auch in allen weiteren Jahren wiesen klinikneue Patienten der IG stets weniger vollstationäre Behandlungstage als Patienten

der KG auf. Auch der Vergleich des Jahres vor Referenzfall mit den vier Jahren nach Referenzfall zeigte in der Modellklinik einen statistisch signifikant geringeren Anstieg vollstationärer Tage im Vergleich zur Regelversorgung. Der mutmaßliche Modelleffekt einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit erkennbar. Bei den klimbekannt Patienten war bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum), d.h. vor Einführung des Modellvorhabens, eine wesentlich geringere Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Auch in den weiteren Jahren lag die Anzahl vollstationärer Behandlungstage der Modellklinik stets unter denen der Regelversorgung. Wie bereits erwähnt, hatte das vorliegende Modellvorhaben Hanau bereits vor Einführung des Modellvorhabens einen Vorläufervertrag, welcher mutmaßlich bereits im Vorfeld zu einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage geführt hat. Daher sind die statistisch signifikanten Difference-in-Difference Berechnungen in der U1 hier erneut nicht ausschließlich zu betrachten. Die Abnahme vollstationärer Tage war im ersten Jahr noch stärker und dann im zweiten bis vierten Jahr weniger stark in der IG im Vergleich zur KG und im Jahr vor Referenzfall, da sich hier (analog zu den vollstationären Anteilen) die unterschiedlichen Ausgangswerte und die daher eingeschränkten Möglichkeiten der Modellklinik einer weiteren Senkung abzeichnen.

Analog zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** klimbekannt Patienten in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall weniger stark als in der KG. In jeder Untersuchung (U1 – U4) waren die teilstationären Tage in den Jahren nach Referenzfall in der Modellklinik geringer als in der Regelversorgung. Die geringere Zunahme teilstationärer Tage in der Modellklinik war in U1 und U3 im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Auch war die geringere Zunahme teilstationärer Tage in den ersten vier Jahren zusammen (U1) in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung und dem Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant geringer. Die verringerten vollstationären Tage (siehe oben) schienen in diesem Modellvorhaben somit nicht durch vermehrte teilstationären Tage aufgefangen zu sein. Auch die klimbekannt Patienten der IG wiesen stets geringere teilstationäre Tage im Vergleich zu Patienten der KG auf. Bereits vor Modellstart war dieser Unterschied ersichtlich. Daher sanken die teilstationären Tage in der IG erneut weniger stark als in der KG, obwohl die Tage stets numerisch geringer waren (Bodeneffekt, siehe oben).

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulant** Leistungen (Seite 90 ff.) ist zu erkennen, dass die PIA bei den klimbekannt Patienten in der Modellklinik stets wesentlich stärker in Anspruch genommen wurde als in der Regelversorgung. Diese stärkere Inanspruchnahme war in fast allen Untersuchungen, in denen inferenzstatistisch getestet wurde, statistisch signifikant. Hier ist ersichtlich, dass die verringerten vollstationären Tage mutmaßlich durch eine stärkere Einbindung und Inanspruchnahme der PIA aufgefangen wurden. Im Modellvorhaben wurden keine teilstationären Angebote ausgebaut, sondern die Behandlung in der PIA konzentriert. Bei den klimbekannt Patienten zeigte sich dieselbe Entwicklung mit einer stärkeren Inanspruchnahme in der PIA. Diese wurde im Präzeitraum noch nicht verstärkt in Anspruch genommen. Dies weist daraufhin, dass im Vorläufermodell die PIA noch weniger stark eingebunden wurde und im Modellvorhaben nach § 64b SGB V dann vermehrt. Auch hier waren die Unterschiede der PIA-Inanspruchnahme als Vergleich zwischen IG und KG und dem Jahr vor Referenzfall meist signifikant (U1: erstes bis drittes Jahr nach Referenzfall).

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer, scheinen durch die Modellvorhaben nur gering beeinflusst zu sein. So

waren bei den linikneuen Patienten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung ersichtlich. Bei den linikbekannten Patienten verzeichnete die IG in der U1 im vierten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant weniger Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten als Patienten der KG. Ansonsten waren die Inanspruchnahmen ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. 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 dem Modellvorhaben in Hanau auf dem Krankenhaussektor. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt.

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** (Seite 121 ff.) war die Kontinuität für alle linikneuen Patienten in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Bei den linikbekannten Patienten waren die Ergebnisse differenzierter (teils statistisch signifikant höhere Behandlungskontinuität und teils niedrigere in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung). Zu beachten ist, dass die hier meist festgestellte größere Kontinuität zum psychiatrischen Sektor in der Modellklinik in Hanau durch die stärkere Einbindung der PIA in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung bewirkt wurde (siehe auch 8.2.2). Dagegen wurden Fachärzte für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Modellklinik weniger kontaktiert. Die stärkere Einbindung der PIA in der Modellklinik wurde bereits oben diskutiert. Diese stärkere Einbindung führte hier zu einer erhöhten Behandlungskontinuität. Ob die geringere Inanspruchnahme von Fachärzten für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Modellklinik durch die stärkere (und evtl. ausreichende) Versorgung in der PIA oder ggf. durch fehlendes Fachpersonal im niedergelassenen Bereich bewirkt wurde, kann hier nicht geklärt werden.

Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 175 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem waren sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs im Modellvorhaben im Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant geringer im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Parameter ist ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung und zeigt, analog zur Behandlungskontinuität, dass Patienten im Modellvorhaben kontinuierlicher betreut werden konnten.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 183 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 196 ff.) war bei den linikneuen Patienten im Modellvorhaben stets geringer als in der KG. Im ersten Jahr nach Referenzfall war dieser Unterschied in U1 und U3 statistisch signifikant im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall und zur Regelversorgung. Bei den linikbekannten Patienten waren diese Anteile auch stets geringer in der Modellklinik als in der Regelversorgung. Voraussichtlich da hier jedoch der Unterschied bereits im Präzeitraum bestand, waren diese Unterschiede statistisch nicht signifikant. Es

sind in der Modellklinik demnach insgesamt geringere Anzahlen an AU-Episoden ersichtlich. Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war bei den linikneuen Patienten im Modellvorhaben meist geringer als in der Regelversorgung (ausgenommen in U2: Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung). Dieser geringere Anstieg war stets statistisch nicht signifikant. Dennoch wies die Modellklinik stets numerisch geringere AU-Tage im Vergleich zur Regelversorgung auf (ausgenommen in U2). Bei den linikbekannten Patienten waren bereits im Präzeitraum wesentlich geringere AU-Tage ersichtlich. Die AU-Tage blieben in allen Untersuchungen (U1 und U4) und über alle Jahre in der IG niedriger als in der KG. Da der Unterschied bereits im Präzeitraum bestand, waren meist keine statistisch signifikanten Werte im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Lediglich in U3 (Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung) sank im dritten Jahr nach Referenzfall die AU-Tage in der IG statistisch signifikant weniger stark als in der KG (im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall). Dies lässt sich mit dem oben beschriebenen Bodeneffekt erklären, da ein Minimum an AU-Tagen nicht zu vermeiden ist und die Modellklinik bereits sehr geringe AU-Tage vor Modellstart im Vergleich zur Regelversorgung aufwies.

Sowohl der Anteil linikneuer Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 219 ff.) als auch die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 223 ff.) waren zwischen beiden Gruppen sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten vergleichbar.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 233 ff.) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 246 ff.) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen Patienten im Modellvorhaben stets größer als in der Regelversorgung. In U1 und U3 waren diese Unterschiede statistisch signifikant. Bei den linikbekannten Patienten gab es hier keine eindeutige Tendenz. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG bei den linikneuen Patienten vergleichbar und bei den linikbekannten Patienten geringer (aber nicht statistisch signifikant in U1). Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG sowohl bei linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten vergleichbar. Bezüglich Erkrankungsprogression schien sich demnach das Modellvorhaben eher negativ hin zu einer Progression zu einer schweren depressiven Episode und eher positiv auf die Verhinderung einer rezidivierenden depressiven Störung bei linikbekannten Patienten ausgewirkt zu haben.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 274 ff.) war in der IG der Anteil an linikneuen Patienten mit Schizophrenie und antipsychotischer Medikation statistisch signifikant höher als in der KG. Auch der Anteil der Personen mit Schizophrenie und einer ersten Episode und antipsychotischer Medikation war in der IG statistisch signifikant größer. Beide Parameter weisen auf eine stärkere Einhaltung der Empfehlungen der Leitlinien, auf welchen die angewendeten Qualitätsindikatoren aufbauen, im Modellvorhaben hin. Die restlichen Untersuchungen zur Leitlinienadhärenz waren zwischen den Gruppen vergleichbar oder die Fallzahl war für valide Aussagen zu gering. Bei den linikneuen Patienten des Modellvorhabens wurde die aufsuchende Behandlung (Home Treatment) (S. 296 ff.)

stets beim Referenzfall und im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der Regelversorgung (U1 bis U4). Bei den linikbekannten Patienten hingegen wurde im Jahr vor Referenzfall, beim Referenzfall und im dritten Jahr nach Referenzfall die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben weniger stark in Anspruch genommen als in der Regelversorgung (U1 & U4). Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben kann somit beim Referenzfall bzw. im ersten Jahr nach Referenzfall für klinikneue Patienten bestätigt werden. Bei den klinikbekannten Patienten war demnach bereits im Jahr vor Referenzfall die aufsuchende Behandlung geringer im Modellvorhaben als in der Regelversorgung in Anspruch genommen. Hier ist auch keine wesentliche Veränderung über die Zeit ersichtlich.

Kosten

Bei den linikneuen Patienten von U1 entwickelte sich die IG bzgl. der **gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten** zum ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant günstiger als die KG. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum (alle vier Jahre) entwickelte sich die IG insgesamt ebenfalls günstiger als die KG. Die unterschiedliche starke Entwicklung in den Gesamtkosten im ersten Nachbeobachtungsjahr war hauptsächlich auf die günstigere Entwicklung der IG im vollstationären und teilstationären psychiatrischen Bereich zurückzuführen.

Bei den linikbekannten Patienten von U1 hingegen entwickelte sich die IG relativ zur KG von Prä- zu Postzeitraum um 177,67 € nicht signifikant teurer, wobei dieses Ergebnis primär auf das stark voneinander verschiedene Ausgangsniveau von IG und KG zurückzuführen ist.

Bei den linikneuen Patienten von U3 entwickelte sich die IG signifikant günstiger als die KG. Diese günstigere Entwicklung war wiederum auf den relativ geringeren Anstieg der Kosten in der IG hin zum ersten Nachbeobachtungsjahr zurückzuführen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr trugen in der IG vor allem die geringen Kosten im vollstationären und teilstationären Bereich der psychiatrischen Versorgung für eine insgesamt günstigere Entwicklung im Vergleich zur KG bei.

Kosten-Effektivität

Bei den linikneuen Patienten von U2 entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.051,24 € je Patient signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Entsprechend ist von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 956,20 € je Patient signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen nicht signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Entsprechend ist auch hier ebenfalls von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Bei den klinikbekannten von U4 entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) nicht signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Entsprechend ist auch hier von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) nicht signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen nicht signifikant stärkeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Entsprechend ist auch hier von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel 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

Im Modellvorhaben am Klinikum Hanau GmbH konnte eine Reihe hypothesenkonformer Entwicklungen mit Einführung des Modellvorhabens beobachtet werden. Im Zuge des Modellvorhabens nach §64b SGB V in der Modellklinik Hanau GmbH wurden vollstationäre und

teilstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dies ging einher mit einer Verlagerung von Behandlungsangeboten in die PIA. Die Verlagerung in den krankenhaus-internen ambulanten Sektor führte mutmaßlich zu einer Erhöhung der Behandlungskontinuität, besonders im psychiatrischen Sektor. Auch die durchschnittliche Anzahl an Kontaktabbrüchen sowie die geringere durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung lässt auf eine erhöhte Behandlungskontinuität schließen. Weiterhin konnten AU-Episoden für klinikneue Patienten vermieden werden. Klinikneue erwachsene Patienten mit Schizophrenie (mit und ohne erster Episode) erhielten zu höheren Anteilen eine antipsychotische Medikation. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Die aufsuchende Behandlung wurde für den Referenzfall und im ersten Jahr nach Referenzfall bei den klinikneuen Patienten vermehrt in Anspruch genommen. Lediglich das höhere Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode aus einer leichten bzw. mittelgradigen depressiven Episode zeigte hypothesenkonträres Verhalten. Insgesamt zeigen sich eine Reihe positiver Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen.

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

Wir hoffen, durch diese Evaluation der Modellklinik Hinweise auf bereits erzielte Effekte wie auch auf eine mögliche weitere Optimierung der Modellumsetzung zu geben. Inwieweit die hier beobachteten Ergebnisse 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:

- actimonda krankenkasse
- AOK Hessen
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- BKK Akzo Nobel Bayern
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK HERKULES
- BKK MAHLE
- BKK Merck
- BKK Pfalz (Fusion mit der BKK Vital zum 01.01.2018)
- BKK ProVita (Fusion mit der BKK family zum 01.01.2016)
- BKK PwC
- BKK Verbund Plus
- 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)
- BKK Werra-Meissner
- BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN
- BMW BKK
- Daimler BKK
- energie-BKK (Fusion mit der E.ON BKK zum 01.01.2017)
- Ernst & Young BKK
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- HKK Erste Gesundheit
- IKK classic
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- mhplus BKK (Fusion mit der Metzinger BKK zum 01.01.2019)
- NOVITAS BKK
- pronova BKK (Fusion mit der BKK Braun-Gillette zum 01.01.2017)
- R+V BKK
- BKK Schwenninger
- SKD BKK
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016)
- WMF BKK.

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

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Niedersachsen
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- AOK Plus
- BKK Adolf Wuerth GmbH & Co. KG
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK Melitta Plus
- BKK Mobil Oil
- Knappschaft
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.

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

6.1 Patientenmatching

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

Von den 5.836 die Studieneinschlusskriterien erfüllenden, der Interventionsgruppe zugeordneten Patienten verblieben nach Selektion derjenigen Patienten, die über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum verfügten 4.322 Patienten, die in das Matching einfließen. Hierfür konnte für 4.264 (~99%) ein geeigneter Kontrollpatient gezogen werden (vgl. Tabelle 1).

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

Durch das Matching wurden das Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten vier Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen IG und KG aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergaben (vgl. Tabelle 3). Beim Alter der Patienten konnte mit Ausnahme der klinikbekannten Patienten der ersten Kohorte, bei denen die IG im Mittel um 1,8 Jahre älter als die KG ist, für die übrigen Gruppen und Kohorten die KG an die IG angeglichen werden. Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannte Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergaben.

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

In Bezug auf das Behandlungsgeschehen vor patientenindividuellem Studieneinschluss konnte bei den klinikneuen Patienten lediglich in der ersten Kohorte der Anteil der Patienten mit einer PIA-Behandlung im Prä-Zeitraum zwischen IG und KG nicht aneinander angeglichen werden, hier liegt der Anteil in der IG mit 3,2% unter dem der KG mit 6,3%. Bei den klinikbekannten Patienten werden in den Analysen lediglich die ersten beiden Kohorten betrachtet, hier war aber bereits im Prä-Zeitraum ein zwischen IG und KG verschiedenes Behandlungsgeschehen zu beobachten. Vor allem die Anteile der Patienten mit einem voll- oder teilstationären Fall im Prä-Zeitraum lagen in der IG signifikant unter dem Anteil der KG.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching		
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	
Gesamt	Gesamt	5.836	40.433	4.322 (74%)	29.225 (72%)	4.264 (73% ; 99%)	4.264 (11% ; 15%)
	Kohorte 1	2.669	16.514	1.944 (73%)	11.757 (71%)	1.910 (72% ; 98%)	1.910 (12% ; 16%)
	Kohorte 2	1.145	8.198	860 (75%)	5.918 (72%)	855 (75% ; 99%)	855 (10% ; 14%)
	Kohorte 3	981	7.962	755 (77%)	5.882 (74%)	748 (76% ; 99%)	748 (9% ; 13%)
	Kohorte 4	1.041	7.759	763 (73%)	5.668 (73%)	751 (72% ; 98%)	751 (9% ; 13%)
Klinikneu	Gesamt	3.992	29.305	2.905 (73%)	21.085 (72%)	2.880 (72% ; 99%)	2.880 (10% ; 14%)
	Kohorte 1	1.099	7.488	755 (69%)	5.019 (67%)	748 (68% ; 99%)	748 (10% ; 15%)
	Kohorte 2	1.006	7.184	746 (74%)	5.285 (74%)	743 (74% ; 100%)	743 (10% ; 14%)
	Kohorte 3	910	7.379	695 (76%)	5.436 (74%)	690 (76% ; 99%)	690 (9% ; 13%)
	Kohorte 4	977	7.254	709 (73%)	5.345 (74%)	699 (72% ; 99%)	699 (10% ; 13%)
Klinikbekannt	Gesamt	1.844	11.128	1.417 (77%)	8.140 (73%)	1.384 (75% ; 98%)	1.384 (12% ; 17%)
	Kohorte 1	1.570	9.026	1.189 (76%)	6.738 (75%)	1.162 (74% ; 98%)	1.162 (13% ; 17%)
	Kohorte 2	139	1.014	114 (82%)	633 (62%)	112 (81% ; 98%)	112 (11% ; 18%)
	Kohorte 3	71	583	60 (85%)	446 (77%)	58 (82% ; 97%)	58 (10% ; 13%)
	Kohorte 4	64	505	54 (84%)	323 (64%)	52 (81% ; 96%)	52 (10% ; 16%)

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	18,1	582
2	20,9	1051
3	20,9	588
4	22,5	619
5	22,6	708
6	24,0	340
7	24,8	44
8	25,5	78
9	26,0	66
10	26,0	188

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	4.264	4.264		1.910	1.910		855	855		748	748		751	751	
	linikneue	2.880	2.880		748	748		743	743		690	690		699	699	
	linikbekannt	1.384	1.384		1.162	1.162		112	112		58	58		52	52	
mittleres Alter	gesamt	48,3	47,7	0,567	48,6	47,9	0,540	47,4	46,8	1,000	47,5	46,5	1,000	49,2	49,7	1,000
	linikneue	47,9	47,7	1,000	47,0	48,2	0,521	47,7	46,8	1,000	47,7	46,2	0,529	49,4	49,5	1,000
	linikbekannt	48,9	47,8	0,258	49,5	47,7	0,008	45,4	46,6	1,000	44,6	50,2	0,844	46,9	51,7	1,000
Anteil Frauen	gesamt	55,6%	55,3%	1,000	57,2%	57,4%	1,000	52,6%	53,2%	1,000	54,0%	50,7%	1,000	56,2%	57,0%	1,000
	linikneue	55,4%	55,7%	1,000	56,7%	58,4%	1,000	53,7%	54,4%	1,000	54,5%	52,0%	1,000	56,7%	57,7%	1,000
	linikbekannt	55,9%	54,6%	0,980	57,6%	56,8%	0,959	45,5%	45,5%	1,000	48,3%	34,5%	0,935	50,0%	48,1%	1,000
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	32,5%	32,5%	1,000	60,8%	60,8%	1,000	13,1%	13,1%	1,000	7,8%	7,8%	1,000	6,9%	6,9%	1,000
	linikneue	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
	linikbekannt	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	79,0%	55,3%	0,000	84,1%	60,4%	0,000	74,9%	52,9%	0,000	74,1%	51,3%	0,000	75,5%	49,4%	0,000
	linikneue	75,0%	50,4%	0,000	73,9%	48,5%	0,000	76,0%	52,9%	0,000	74,2%	51,0%	0,000	76,0%	49,2%	0,000
	linikbekannt	87,2%	65,6%	0,000	90,7%	68,0%	0,000	67,0%	52,7%	0,327	72,4%	55,2%	0,575	69,2%	51,9%	0,759
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	20,1%	38,4%	0,000	15,2%	33,8%	0,000	24,0%	41,1%	0,000	24,6%	41,4%	0,000	23,4%	44,2%	0,000
	linikneue	24,7%	43,2%	0,000	26,1%	44,7%	0,000	23,8%	41,2%	0,000	25,2%	42,6%	0,000	23,7%	44,5%	0,000
	linikbekannt	10,4%	28,5%	0,000	8,3%	26,9%	0,000	25,0%	40,2%	0,203	17,2%	27,6%	1,000	19,2%	40,4%	0,256
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	0,9%	5,3%	0,000	0,6%	4,9%	0,000	1,2%	5,4%	0,000	1,3%	6,0%	0,000	1,1%	5,5%	0,000
	linikneue	0,2%	5,0%	0,000	0,0%	4,7%	0,000	0,1%	5,1%	0,000	0,6%	5,1%	0,000	0,3%	5,3%	0,000
	linikbekannt	2,4%	5,8%	0,000	1,0%	5,0%	0,000	8,0%	7,1%	1,000	10,3%	17,2%	1,000	11,5%	7,7%	1,000
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,9%	0,000	0,0%	0,9%	0,000	0,0%	0,7%	0,286	0,0%	1,2%	0,060	0,0%	0,9%	0,184
	linikneue	0,0%	1,3%	0,000	0,0%	2,1%	0,001	0,0%	0,8%	0,286	0,0%	1,3%	0,052	0,0%	1,0%	0,161
	linikbekannt	0,0%	0,1%	0,980	0,0%	0,2%	0,959	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	9,1%	14,1%	0,000	15,7%	25,0%	0,000	3,4%	5,7%	0,221	3,6%	4,9%	1,000	4,0%	4,9%	1,000
	linikneue	3,3%	3,7%	1,000	4,8%	5,2%	1,000	2,3%	3,9%	0,597	3,0%	2,5%	1,000	3,0%	3,0%	1,000
	linikbekannt	21,0%	35,7%	0,000	22,7%	37,7%	0,000	10,7%	17,9%	1,000	10,3%	34,5%	0,030	17,3%	30,8%	1,000
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	1,8%	3,0%	0,001	3,5%	6,5%	0,000	0,1%	0,2%	1,000	0,4%	0,3%	1,000	0,5%	0,0%	0,932
	linikneue	0,3%	0,3%	1,000	0,1%	0,8%	0,519	0,0%	0,1%	1,000	0,0%	0,3%	1,000	0,6%	0,0%	0,798
	linikbekannt	4,8%	8,6%	0,001	5,7%	10,2%	0,001	0,9%	0,9%	1,000	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	24,8%	26,1%	0,588	46,2%	49,3%	0,241	7,6%	6,9%	1,000	7,8%	8,3%	1,000	6,9%	6,4%	1,000
	linikneue	2,2%	3,2%	0,141	3,2%	6,3%	0,045	2,0%	2,3%	1,000	1,9%	2,6%	1,000	1,7%	1,6%	1,000
	linikbekannt	71,8%	73,6%	0,980	73,9%	77,0%	0,275	44,6%	37,5%	1,000	77,6%	75,9%	1,000	76,9%	71,2%	1,000
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	38,1%	41,6%	0,006	39,9%	45,3%	0,004	37,9%	38,2%	1,000	36,8%	39,0%	1,000	35,2%	38,3%	1,000
	linikneue	36,7%	39,2%	0,270	38,9%	44,9%	0,106	37,7%	36,6%	1,000	35,5%	37,5%	1,000	34,6%	37,6%	1,000
	linikbekannt	41,0%	46,4%	0,023	40,5%	45,5%	0,068	39,3%	49,1%	1,000	51,7%	56,9%	1,000	42,3%	48,1%	1,000

P-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur.

7. Darstellung Modellvorhaben Klinikum Hanau GmbH

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V am Klinikum Hanau begann zum 01.09.2013 mit einer Laufzeit von acht Jahren. Am Klinikum Hanau sind ab 2013 125 vollstationäre Planbetten in der allgemeinen Psychiatrie kalkuliert. Das Klinikum Hanau hat einen Pflichtversorgungsauftrag, der insbesondere den Main-Kinzig-Kreis (Feststellungsbescheid) umfasst. Die Kopfzahl im ersten Jahr des Modells betrug 3,758.

Der Modellvertrag nach §64b SGB V schließt an einem Vorläufervertrag, ein IV-Vertrag mit der AOK Hessen und der Techniker Krankenkassen vom 01.06.2011 bis 31.08.2013 an. Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre und teilstationäre Leistungen, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), Home-Treatment, ACT, stationsäquivalente ambulante Akutbehandlung und der Einsatz von Krisenteams. Der Modellvertrag am Klinikum Hanau ist kein umgewandelter Modellvertrag nach §24 BPfIV a.F. Nur die Allgemeine Psychiatrie ist Bestandteil des Vertrages nach §64b SGB V.

Wie bei allen Modellverträgen nach §64b SGB V wird ein gemeinsames Budget für den voll- und teilstationären Bereich sowie die PIA festgelegt.

Leistungen der PIA werden durch Entgelte für Modellvorhaben nach der §301-Vereinbarung abgerechnet. Es handelt sich dabei um Kontaktpauschalen, die spezifische Leistungen detaillierter abbilden als die Pauschalen der sechs Kontrollkliniken, bei denen lediglich nach Kontakthäufigkeit (Einmal-/Mehrfachkontakt) und ärztlicher/nichtärztlicher Leistung unterschieden wird.

Im stationären Bereich erfolgte vor Modellbeginn die Abrechnung über Pflegesätze nach BPfIV bzw. über Entgelte für Integrierte Versorgung bei den in den IV-Vertrag eingeschriebenen Versicherten der AOK Hessen und TK. Von September 2013 bis Ende 2014 wurde nach Modellpflegesätzen abgerechnet. Ab dem Jahr 2015 erfolgt die Abrechnung nach PEPP.

Innerhalb der gezogenen Kontrollkliniken haben im stationären Bereich in dem für diesen Zwischenbericht herangezogenen Beobachtungszeitraum drei der sechs Kliniken auf PEPP umgestellt, die verbleibenden Krankenhäuser haben ausschließlich über Pflegesätze nach BPfIV abgerechnet bzw. erst nach Beobachtungsende auf PEPP umgestellt.

8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

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

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

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

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
- Schizophrenie (F20)
- Depressive Episoden (F32)
- Rezidivierende depressive Störungen (F33)
- Andere Angststörungen (F41)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- Somatoforme Störungen (F45) (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)	714	715
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	83,5 %	84,5 %
• Zwei Diagnosen	13,7 %	13,4 %
• Drei Diagnosen	2,8 %	2,1 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F41	12	14
2. F33 & F41	9	11
3. IG: F32 & F45 / KG: F32 & F43	8	10

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)	1.135	1.127
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	69,3 %	70,1 %
• Zwei Diagnosen	24,6 %	24,1 %
• Drei Diagnosen	5,5 %	5,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,6 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F45 / KG: F10 & F33	27	31
2. IG: F10 & F33 / KG: F10 & F20	26	22
3. IG: F33 & F43 / KG: F33 & F45	25	20

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

Das patientenindividuelle Matching (siehe Kapitel 6.1) konnte die weitgehende Vergleichbarkeit zwischen IG und KG herstellen. Weitere Erläuterungen zum Matching sind im entsprechend Kapitel zu finden. Da die fehlenden Angaben zu Schulabschluss und Berufsabschluss (beides dem

Tätigkeitsschlüssel entnommen) sehr hoch sind, konnten diese Variablen nicht in die Auswertungen einfließen.

Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	596	604	714	715
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,0 %	1,0 %	0,8 %	0,8 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,8 %	0,8 %	1,0 %	1,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	15,6 %	15,2 %	16,8 %	16,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	9,4 %	9,6 %	9,1 %	9,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	43,3 %	43,9 %	48,6 %	49,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	19,0 %	18,7 %	19,7 %	19,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,0 %	1,0 %	3,2 %	2,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	7,0 %	6,8 %	12,0 %	11,3 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,3 %	0,7 %	0,8 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,7 %	1,8 %	3,6 %	3,5 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,8 %	0,8 %	2,0 %	1,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %
Alter ¹				
• Mittelwert	47,9	49,0	47,6	48,8
• Median	48	48	47	48
• (Interquartilsabstand)	(36 - 58)	(36 - 60)	(36 - 58)	(36 - 60)
Geschlecht				
• Frauen	54,7 %	56,1 %	56,2 %	58,2 %
• Männer	45,3 %	43,9 %	43,8 %	41,8 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	27,0 %	49,7 %	26,3 %	51,9 %
• PIA	73,0 %	50,3 %	73,7 %	48,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	1,3 %	1,5 %	1,8 %	1,5 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	7,6 %	8,8 %	7,8 %	8,8 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	13,3 %	9,1 %	12,7 %	9,7 %
• Abitur/Fachabitur	6,2 %	5,0 %	5,9 %	5,0 %
• Abschluss unbekannt	10,9 %	9,1 %	10,2 %	9,1 %

• Fehlende Angabe	60,7 %	66,6 %	61,5 %	65,9 %
Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,4 %	7,8 %	6,6 %	8,1 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,6 %	15,7 %	19,6 %	15,9 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,7 %	0,7 %	0,6 %	0,7 %
• Bachelor	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,3 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,7 %	1,3 %	2,4 %	1,1 %
• Promotion	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	9,7 %	7,5 %	9,2 %	7,8 %
• Fehlende Angabe	60,7 %	66,6 %	61,5 %	65,9 %
Pflegestufe				
• Ja	7,6 %	11,8 %	7,4 %	11,3 %
• Nein	80,5 %	73,8 %	79,8 %	73,1 %
• Fehlende Angabe	11,9 %	14,4 %	12,7 %	15,5 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	27,9 %	30,1 %	28,6 %	31,0 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	18,8 %	14,7 %	20,0 %	16,4 %
• Weder A noch B	53,4 %	55,1 %	51,4 %	52,6 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	58,7 %	54,5 %	57,6 %	54,5 %
• Familienversicherter	6,5 %	5,5 %	6,7 %	5,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	31,4 %	36,9 %	32,6 %	36,5 %
• Fehlende Angabe	3,4 %	3,1 %	3,1 %	3,4 %

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 Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	787	790	1.135	1.127
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,3 %	0,3 %	0,6 %	0,6 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	9,0 %	10,0 %	15,7 %	16,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	48,3 %	46,7 %	39,6 %	38,9 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	31,8 %	32,7 %	44,2 %	43,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	3,6 %	3,3 %	9,1 %	7,7 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,6 %	5,1 %	4,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	1,7 %	2,0 %	9,5 %	10,2 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,2 %	1,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	3,3 %	2,9 %	6,4 %	7,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,1 %	0,9 %	2,7 %	2,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,3 %	0,1 %	0,8 %
Alter ¹				
• Mittelwert	50,5	48,5	49,8	48,0
• Median	50	48	50	48
• (Interquartilsabstand)	(41 - 59)	(38 - 57)	(40 - 59)	(38 - 57)
Geschlecht				
• Frauen	55,0 %	55,1 %	57,4 %	56,7 %
• Männer	45,0 %	44,9 %	42,6 %	43,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	10,2 %	28,9 %	9,3 %	31,6 %
• PIA	89,8 %	71,1 %	90,7 %	68,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	2,3 %	2,5 %	2,2 %	2,6 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,4 %	4,4 %	4,8 %	5,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	3,4 %	6,6 %	3,3 %	6,7 %
• Abitur/Fachabitur	2,8 %	4,4 %	3,1 %	4,8 %
• Abschluss unbekannt	5,3 %	5,4 %	5,3 %	6,1 %
• Fehlende Angabe	81,7 %	76,6 %	81,3 %	74,8 %
Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,5 %	6,6 %	6,5 %	6,5 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	7,1 %	9,9 %	7,3 %	11,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	15,8 %	14,6 %	15,0 %	13,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	24,4 %	26,1 %	26,3 %	28,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	40,2 %	47,1 %	40,9 %	47,9 %
	7,4 %	5,3 %	6,6 %	5,1 %
	50,1 %	44,1 %	50,0 %	44,0 %
	2,4 %	3,5 %	2,6 %	3,0 %

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

8.2 Ergebnisse Outcomes

Die Ergebnisse werden entsprechend der vier Analysen U1-U4 dargestellt (siehe auch Kapitel 8 auf Seite 40). Im Folgenden werden die einzelnen Outcomes mit den jeweils vier Analysen dargestellt.

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

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

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

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

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

- Zunächst werden die Hauptergebnisse des Outcomes zusammenfassend dargestellt (Kästen).
- In der darauffolgenden Tabelle bzw. Tabellen sind die deskriptiven Ergebnisse mit den Fallzahlen für die Outcomes dargestellt.
- Daraufhin folgt die Darstellung der jeweiligen graphischen Abbildungen. Wie diese Abbildungen generell zu lesen sind, ist im separaten Methodenband im Abschnitt Statistische Methoden zur Berechnung der Effektivität erläutert. Grafiken, für die nicht

mindestens 50 Fälle pro Gruppe vorhanden waren, wurden nicht dargestellt, da eine Aussagefähigkeit nicht gegeben ist.

- Im Weiteren erfolgt eine Darstellung der Modellierung der Signifikanz (additive Modellierung).

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Verlauf des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall vergleichbar. Dabei waren die Anteile in der IG stets geringer als in der KG (prä: -2,9; 1. Jahr: -16,4; 2. Jahr: -3,7; 3. Jahr: -4,8; 4. Jahr: -5,3 %-Punkte). Da der Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestand, gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Bei den linikbekannten Patienten wies die IG bereits im Jahr vor Referenzfall geringere Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt auf. Über den patientenindividuellen Zeitverlauf sanken diese Anteile in der IG und KG, lagen in der IG jedoch stets über den Werten der KG (prä: -13,9; 1. Jahr: -17,8; 2. Jahr: -8,0; 3. Jahr: -4,8; 4. Jahr: -4,3 %-Punkte). Da jedoch das Absinken in der IG, aufgrund des bereits vor Referenzfall bestehenden geringeren Anteils, schwächer verlief, wies die IG ein statistisch signifikant geringeres Verhältnis der Anteile im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall auf (DiD: 3. Jahr = 1,7; 4. Jahr = 1,8). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war im Verlauf bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar, während die Höhe der Anteile in der IG stets geringer als in der KG ausfielen (prä: -0,8; 1. Jahr: -7,5; 2. Jahr: -1,3; 3. Jahr: -2,5; 4. Jahr: -1,8 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Auch bei den linikbekannten Patienten waren diese Anteile in der IG stets geringer als in der KG (prä: -4,6; 1. Jahr: -6,6; 2. Jahr: -2,3; 3. Jahr: -1,0, 4. Jahr: -1,7 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall gab es auch hier 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: 2,8; KG: 3,1 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 9,5; KG: 22,3 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 2,8; 2,8 und 2,1 vollstationäre

Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 5,4; 4,8 und 4,9 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Dabei war der Peak im Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = -12,6 vollstationäre Tage). Auch in den restlichen Jahren lagen die vollstationären Tage in der IG stets unter denen der KG. Auch der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch signifikant (DiD = -4,7 vollstationäre Tage).

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass sowohl in der IG als auch in der KG die jüngeren Patienten (jünger als medianes Alter) ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets weniger vollstationäre Behandlungstage aufwiesen als die älteren Patienten. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F50 (Essstörungen), F45 (Somatoforme Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) auf (wobei die beiden erstgenannten nur sehr wenige Patienten betrafen), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung), F50 (Essstörungen) und F70-79 (Intelligenzstörungen) aufwiesen (wobei die beiden letztgenannten nur sehr wenige Fälle betrafen). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 159 im Anhang).

Bei den klimbekannt Patienten zeichneten sich analog zu den Anteilen unterschiedliche Ausgangsniveaus ab. Während Patienten der IG 8,7 Tage im Jahr vor Referenzfall aufwiesen, hatten Patienten der KG 20,8 Tage im selben Zeitraum. Die Anzahl der Tage war in der IG stets geringer als in der KG (prä: -12,1; 1. Jahr: -15,7; 2. Jahr: -6,1; 3. Jahr: -4,0; 4. Jahr: -2,8 vollstationäre Tage). Dabei war das Absinken der vollstationären Tage in der IG im Vergleich zum Anstieg in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach statistisch signifikant. In den folgenden Jahren sank auch die Anzahl vollstationärer Tage in der KG. Die Anzahl der Tage war in allen Jahren in der IG geringer. Da jedoch in der IG eine Mindestanzahl mit sieben bis achten vollstationären Tagen bereits erreicht wurde (Bodeneffekt) und die Anzahl vollstationärer Tage in der KG weiter sank (dennoch über den Wert der IG), war das weniger starke Absinken in der IG im Vergleich zur KG in den Jahren zwei bis vier statistisch signifikant (DiD: 2. Jahr = +6,2; 3. Jahr = + 8,3; 4. Jahr = +9,6 vollstationäre Tage). Auch der Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren danach zusammen war statistisch signifikant mit einem geringeren Absinken in der IG verglichen mit der KG (DiD = +5,1 vollstationäre Tage). Diese Unterschiede kamen jedoch lediglich durch das bereits stark unterschiedliche Niveau im Jahr vor Referenzfall zustande.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass sowohl für die Patienten der IG als auch die Patienten der KG unter den jüngeren klimbekannt Patienten (jünger als medianes Alter) stets etwas mehr vollstationäre Behandlungstage anfielen als bei den älteren Patienten. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klimbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) und F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) auf, während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den

Referenzdiagnosen F90-98 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) und F01 (Vaskuläre Demenz) aufwiesen (wobei erst- und letztgenannte sehr wenige Fälle betrafen). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 159 im Anhang).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Auch hier wies die IG stets weniger teilstationäre Behandlungstage als die KG auf (prä: -0,2; 1. Jahr: -3,9; 2. Jahr: -0,8; 3. Jahr: -0,7; 4. Jahr: -0,8 teilstationäre Tage). Der in der IG geringere Peak im ersten Jahr war statistisch signifikant (DiD = -3,8 teilstationäre Tage). Die Unterschiede in den weiteren Jahren waren nicht statistisch signifikant. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war jedoch erneut statistisch signifikant (DiD = -1,4 teilstationäre Tage). Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ein Verlauf analog der vollstationären Behandlungstage. Auch hier gab es bereits im Jahr vor Referenzfall ein Unterschied zwischen IG und KG. Die IG wies bereits vor Referenzfall weniger teilstationäre Behandlungstage verglichen mit der KG auf. Über den gesamten Beobachtungszeitraum waren die teilstationären Behandlungstage der IG geringer als die der KG (prä: -2,1; 1. Jahr: -2,9; 2. Jahr: -0,6; 3. Jahr: -0,5; 4. Jahr: -0,8 teilstationäre Tage). Auch hier glich sich die KG über den patientenindividuellen Zeitverlauf der IG an und die IG pegelte sich auf einem sehr niedrigen Niveau ein. Das weniger starke Absinken der IG verglichen mit der KG führte zu statistisch signifikanten Unterschieden im zweiten bis vierten Modelljahr (DiD: 2. Jahr = 1,5; 3. Jahr = 1,6; 4. Jahr = 1,4 teilstationäre Tage). Auch der Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch signifikant als geringeres Absinken in der IG verglichen mit der KG und dem Jahr vor Referenzfall (DiD = 0,9 teilstationäre Tage). Diese Unterschiede kamen jedoch erneut lediglich durch das bereits unterschiedliche Niveau im Jahr vor Referenzfall zustande.

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** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr danach in der IG und der KG. Der Anstieg war in der IG geringer als in der KG (IG: +32,2 %-Punkte; KG: +48,3 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in der IG weniger stark als in der KG (IG: +9,9 %; KG: +16,2 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG eine geringere Steigerung als in der KG (IG: +8,6; KG: +17,9 vollstationäre Tage). Auch die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg in der IG weniger stark im Vergleich zur KG (IG: +3,3; KG: +6,4 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** analog zu U1 und U2. Der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall war in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = 0,6). Zudem wiesen alle beobachteten Jahre in der IG stets geringere Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt auf. Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war in der IG stets geringer als in der KG. Statistisch signifikante Unterschied zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine statistisch signifikant geringere Zunahme der Tage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (DiD = -9,5 vollstationäre Tage). Auch im zweiten Jahr nach Referenzfall war das Absinken der vollstationären Tage in der IG statistisch signifikant stärker als in der KG verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall (DiD = -2,0 vollstationäre Tage). Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** verlief, entsprechend U1 und U2, mit einem Peak im Jahr nach Referenzfall, der in der IG geringer als in der KG ausfiel. Dieser Unterschied im Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = -3,4 teilstationäre Tage).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigten sich analoge Verläufe verglichen mit U1 bis U3. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** war in der IG stets geringer als in der KG. Dies traf sowohl auf die linikneuen als auch auf die linikbekannten Patienten zu. Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten in der IG stets geringer als in der KG.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigten sich analog obiger Beschreibung in der IG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten stets weniger vollstationäre Behandlungstage als in der KG. Auch bei der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** wiesen linikneue und linikbekannte Patienten der IG weniger teilstationäre Tage als Patienten der KG auf.

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)	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,1 %	40,8 %	9,8 %	7,2 %	7,2 %	10,1 %	57,2 %	13,5 %	12,0 %	12,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,1 %	9,9 %	1,9 %	0,3 %	0,8 %	1,0 %	17,5 %	3,2 %	2,8 %	2,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	7,1 %	46,8 %	11,0 %	7,5 %	7,5 %	10,8 %	64,9 %	15,4 %	12,9 %	13,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,0 %	2,7 %	1,0 %	0,9 %	1,8 %	2,5 %	3,8 %	2,0 %	1,6 %	1,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,5 %	11,2 %	9,8 %	9,3 %	6,9 %	12,2 %	13,6 %	8,8 %	11,1 %	8,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,8	9,5	2,8	2,8	2,1	3,1	22,3	5,4	4,8	4,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,1	2,4	0,6	0,1	0,2	0,2	6,3	1,3	0,7	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,9	11,9	3,3	2,9	2,4	3,3	28,6	6,7	5,5	6,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	0,4	0,1	0,1	0,1	0,2	1,1	0,4	0,5	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,3	1,6	1,1	1,4	0,9	1,5	2,6	1,5	1,4	1,3

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

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

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

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)	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	21,9 %	21,8 %	16,2 %	15,2 %	15,8 %	35,8 %	39,6 %	24,2 %	20,1 %	20,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	5,4 %	4,9 %	1,2 %	1,0 %	0,9 %	9,9 %	11,5 %	3,4 %	2,0 %	2,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	24,3 %	25,3 %	16,7 %	15,7 %	16,4 %	39,7 %	45,2 %	25,7 %	20,8 %	21,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,1 %	2,4 %	1,3 %	1,5 %	1,0 %	4,4 %	3,3 %	2,1 %	1,3 %	1,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	10,4 %	12,2 %	10,5 %	11,6 %	12,5 %	13,8 %	14,6 %	12,6 %	11,8 %	10,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	8,7	7,8	6,5	6,7	7,8	20,8	23,6	12,6	10,7	10,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	1,4	1,1	0,3	0,3	0,3	3,5	4,1	0,9	0,8	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	10,2	8,9	6,8	7,0	8,1	24,4	27,6	13,5	11,5	11,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,4	0,4	0,3	0,4	0,1	1,1	0,7	0,6	0,3	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,2	1,5	1,4	2,2	1,6	1,4	1,7	1,4	1,4	1,2

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

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

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

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

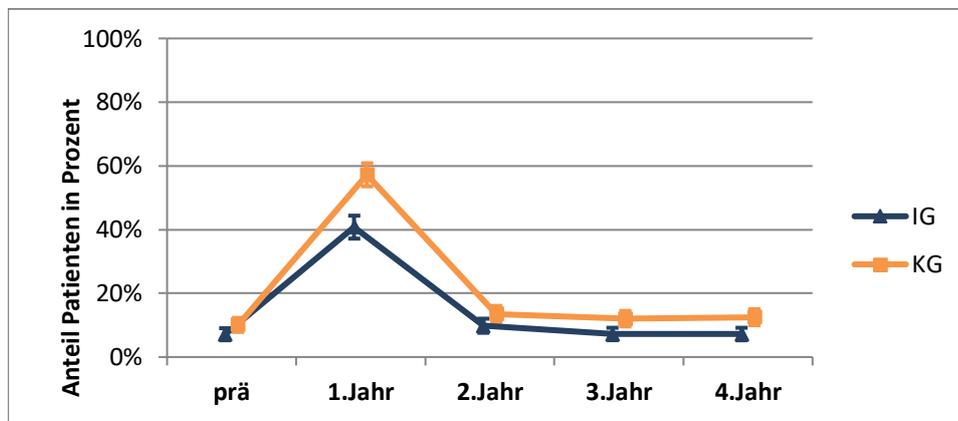
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

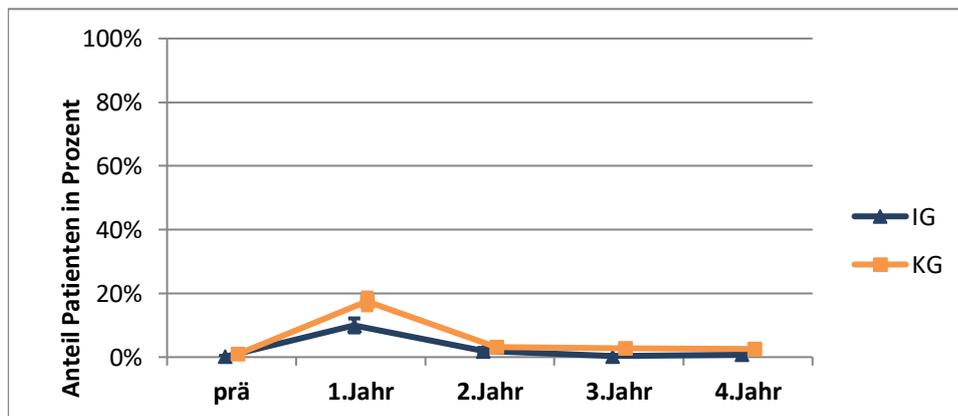
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

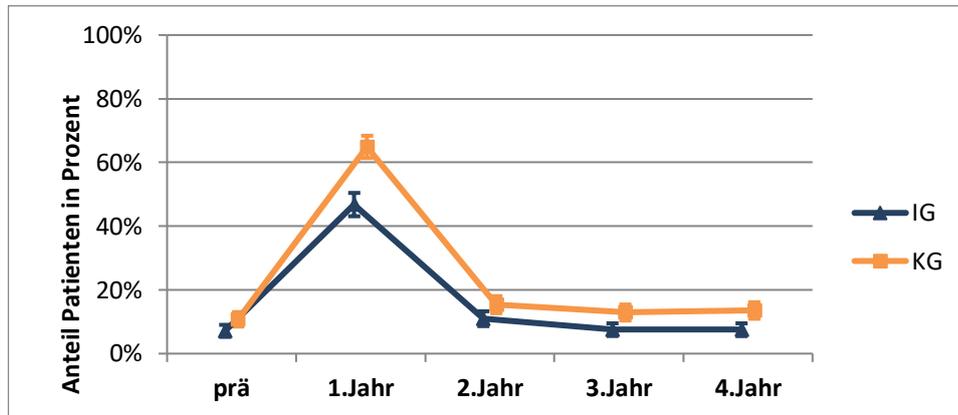
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



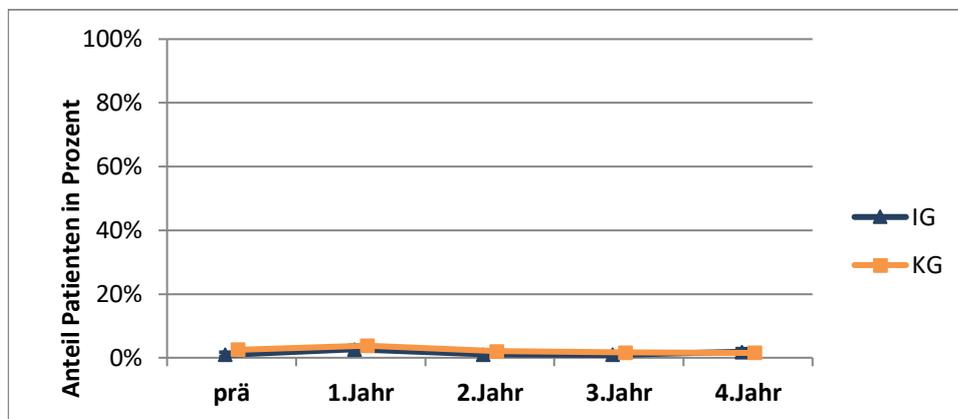
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



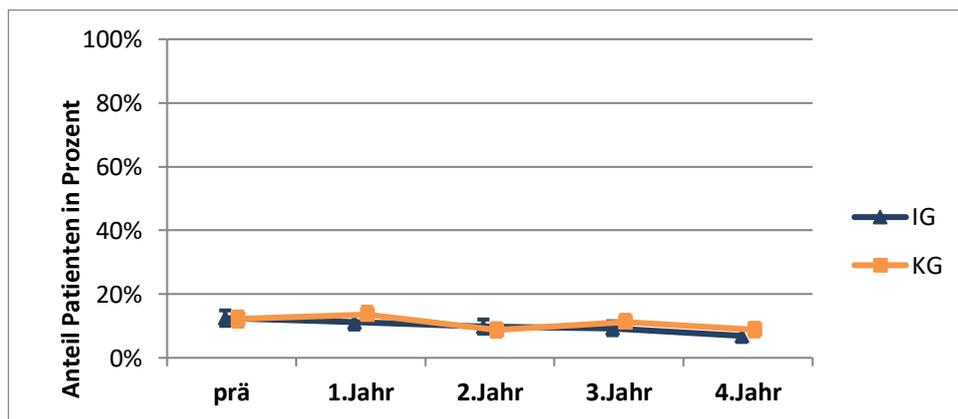
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

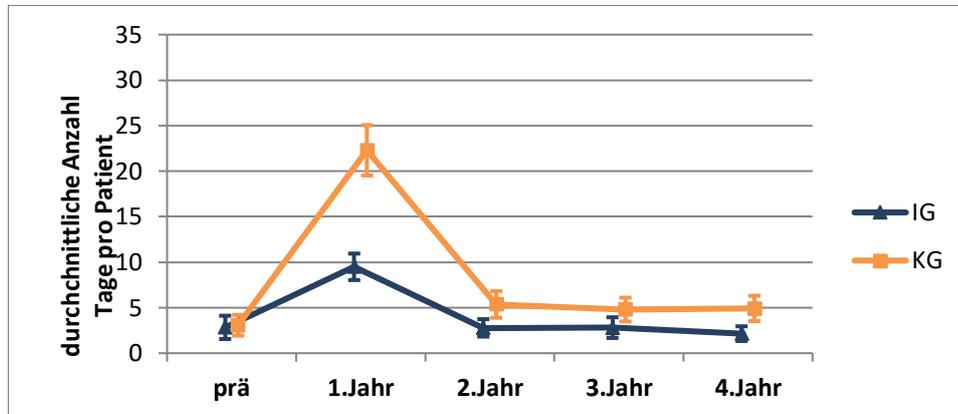


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

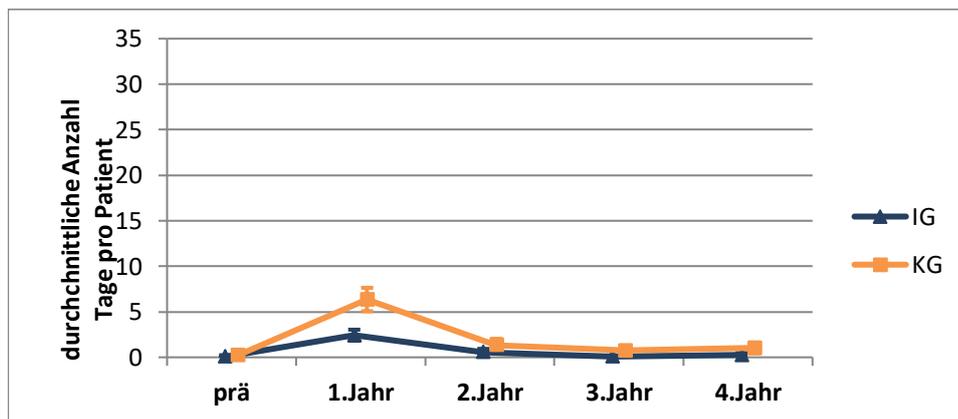


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

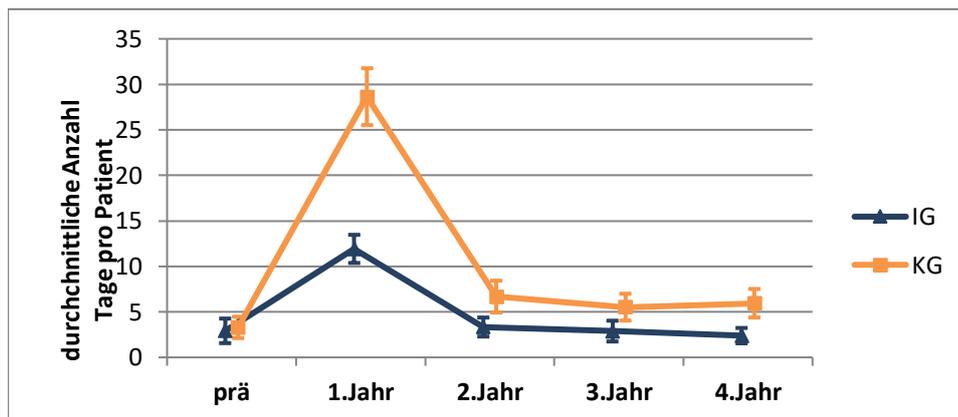
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



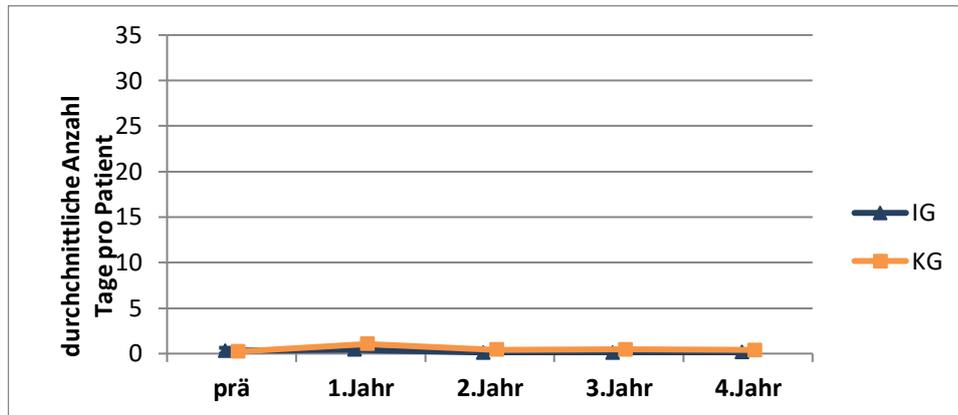
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



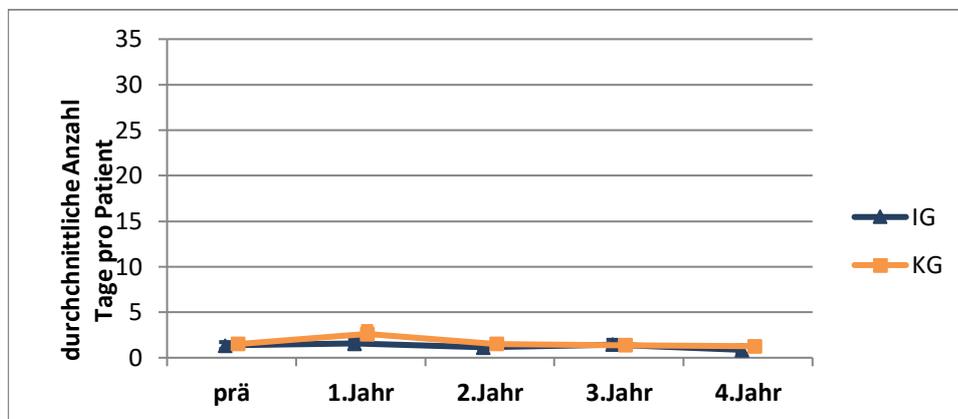
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



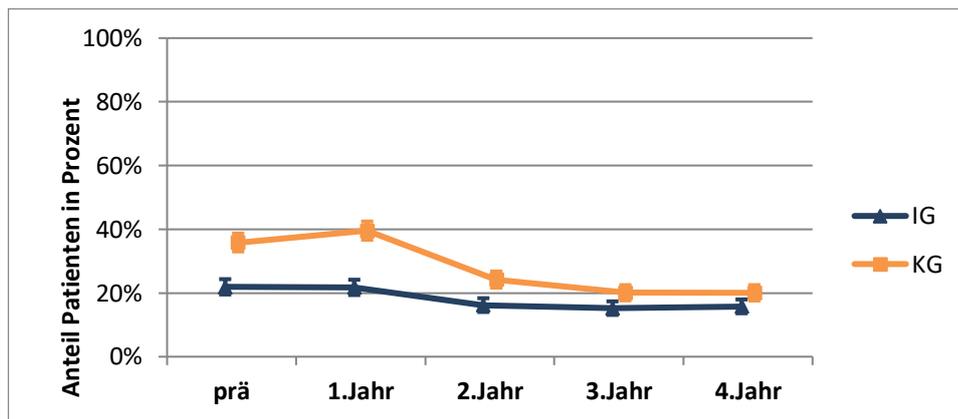
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

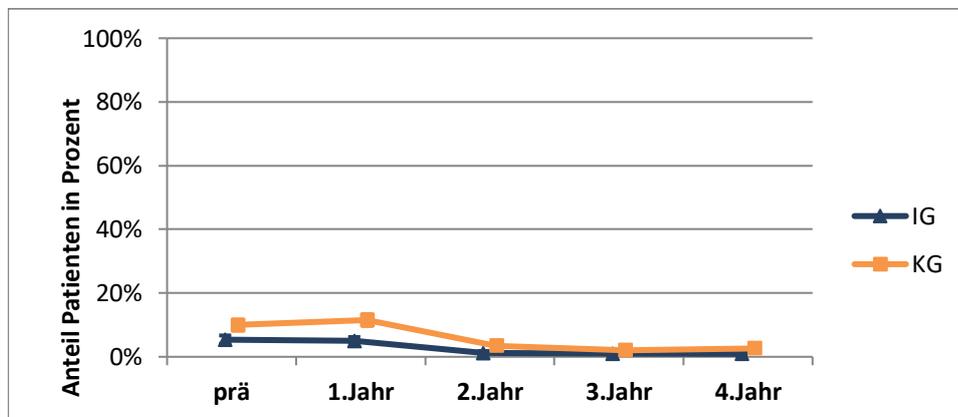
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

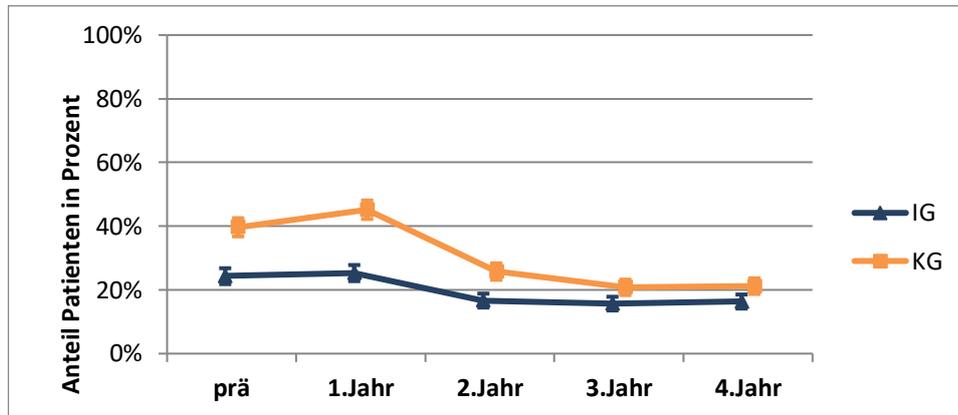
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



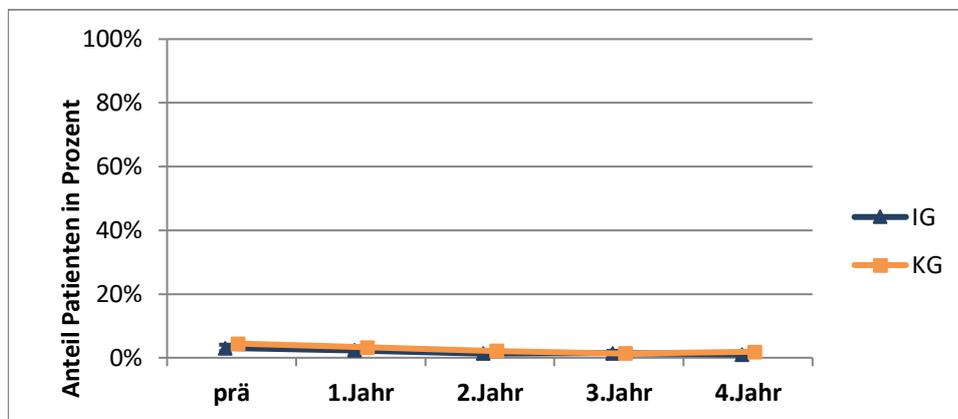
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



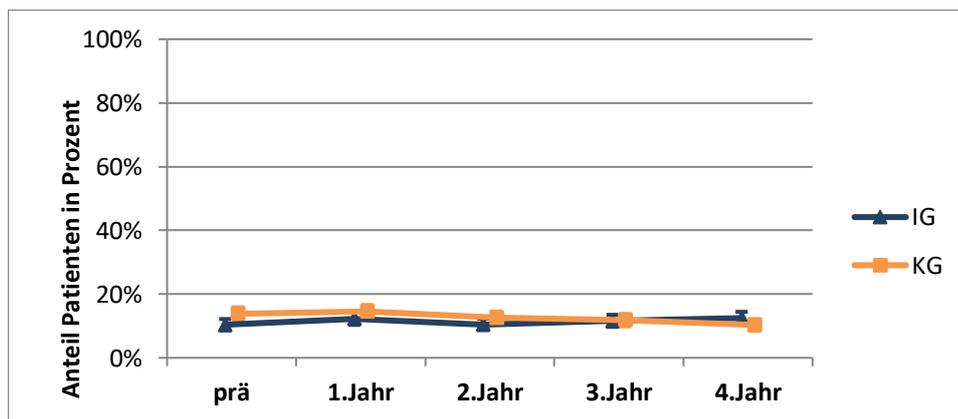
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

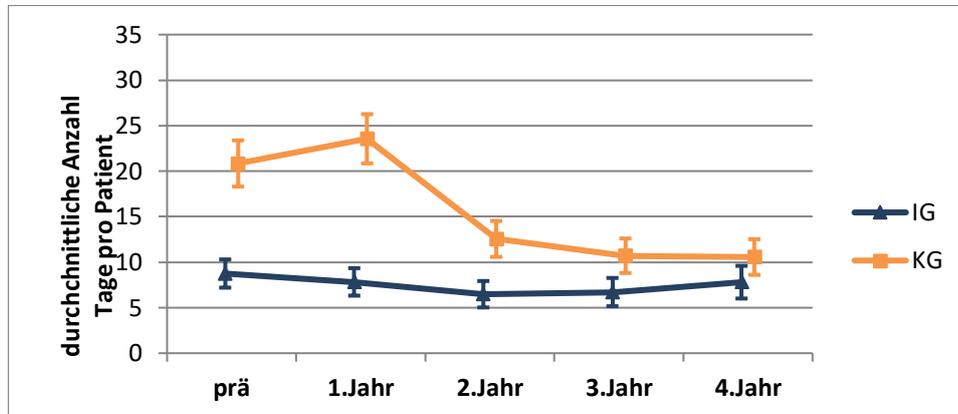


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

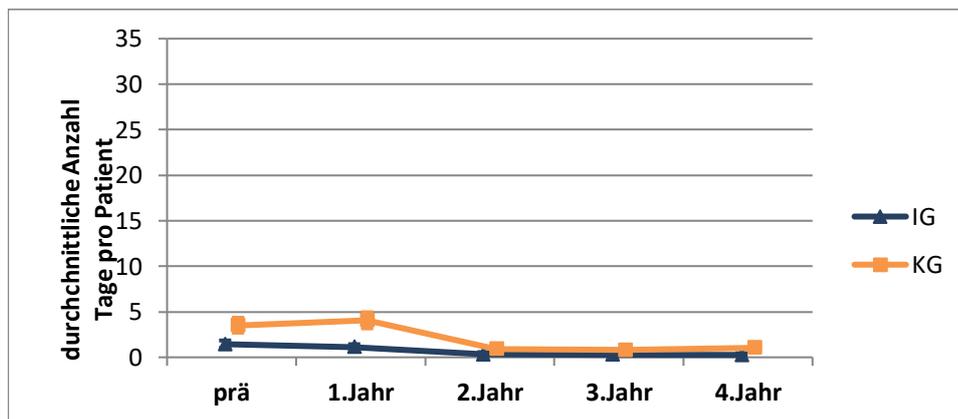


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

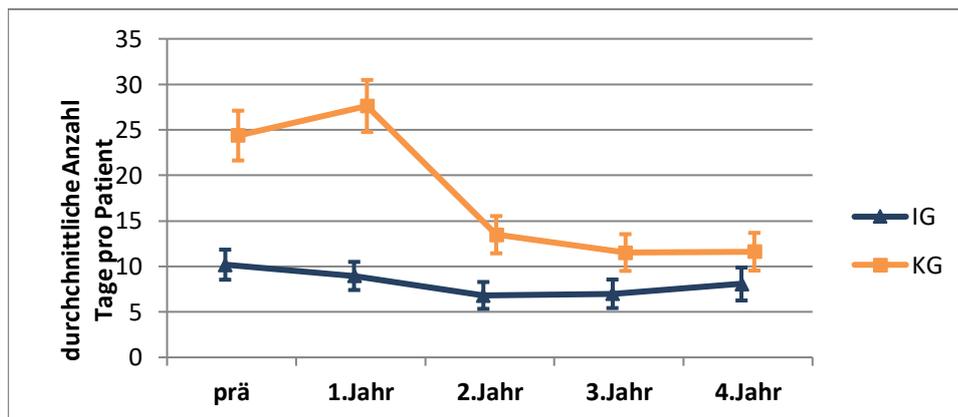
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



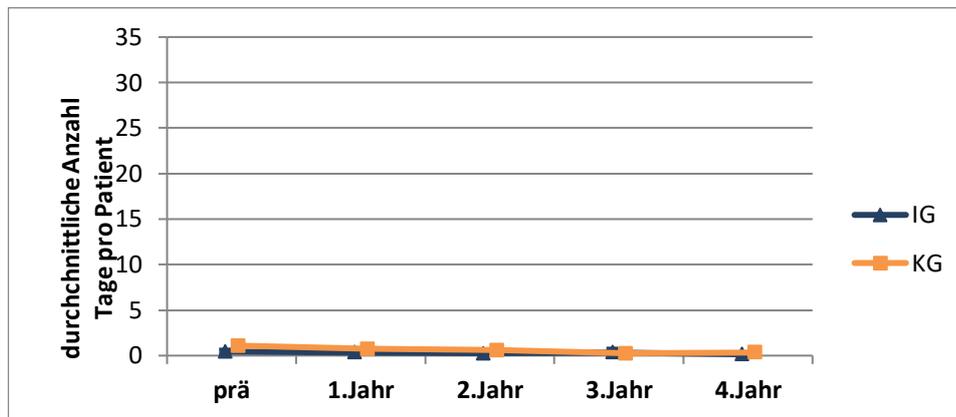
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

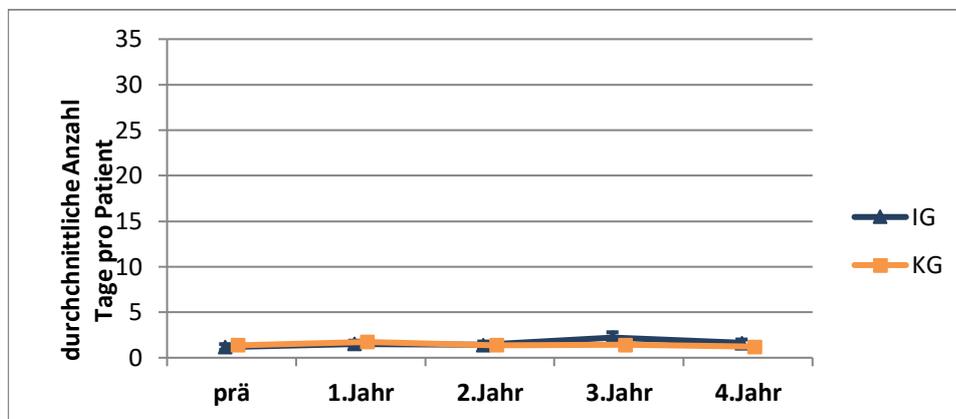


Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,66 0,42...1,04	3,54 0,42...29,61	-12,58*** -15,39...-9,76	-3,76*** -4,90...-2,62
DID Jahr 2	1,01 0,60...1,71	4,11 0,45...37,56	-2,29 -5,10...0,53	-0,60 -1,73...0,54
DID Jahr 3	0,81 0,47...1,41	0,72 0,06...9,28	-1,68 -4,49...1,14	-0,47 -1,61...0,67
DID Jahr 4	0,78 0,45...1,36	2,03 0,20...20,83	-2,34 -5,16...0,47	-0,58 -1,72...0,56
DID Jahr 1-4	—	—	-4,72*** -7,03...-2,41	-1,35** -2,27...-0,43

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,80 0,60...1,07	0,76 0,47...1,21	-3,63* -7,23...-0,03	-0,86 -1,81...0,10
DID Jahr 2	1,35 0,99...1,84	0,67 0,33...1,38	6,18** 2,58...9,78	1,51** 0,55...2,46
DID Jahr 3	1,70** 1,24...2,33	1,01 0,45...2,27	8,34*** 4,74...11,94	1,57** 0,62...2,53
DID Jahr 4	1,79*** 1,30...2,45	0,71 0,32...1,59	9,57*** 5,97...13,17	1,35** 0,40...2,31
DID Jahr 1-4	—	—	5,12*** 2,25...7,98	0,89* 0,13...1,65

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	2.880	2.880	2.880	2.880
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) 	5,7 %	37,9 %	7,7 %	55,9 %
	0,3 %	10,1 %	0,4 %	16,6 %
	5,8 %	44,3 %	7,9 %	64,1 %
	0,5 %	2,6 %	1,5 %	3,1 %
	9,9 %	11,1 %	10,9 %	11,2 %
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) 	2,0	10,6	1,9	19,8
	0,1	3,4	0,1	6,5
	2,0	13,9	2,0	26,3
	0,1	0,4	0,1	0,8
	1,1	1,4	1,3	2,0

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

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

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

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

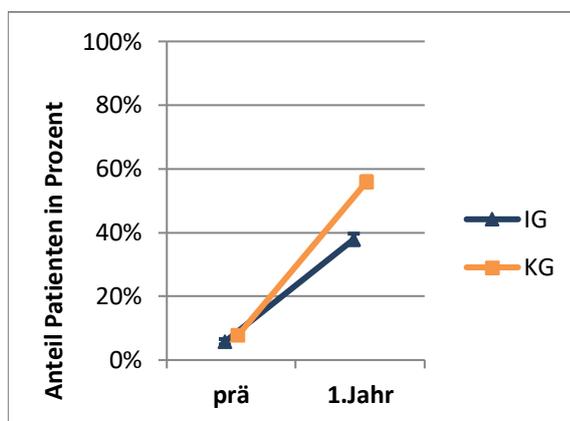
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

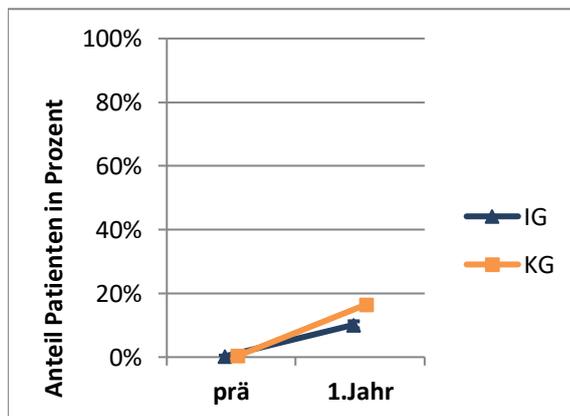
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

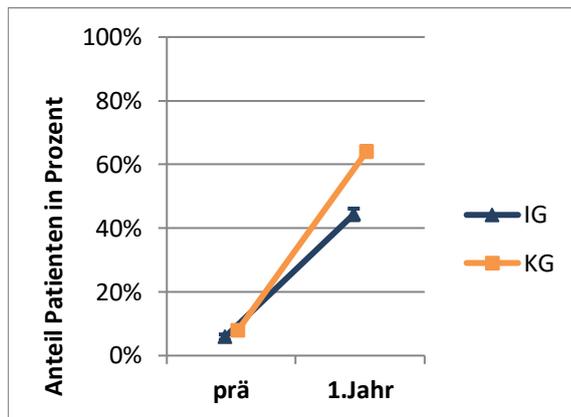
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



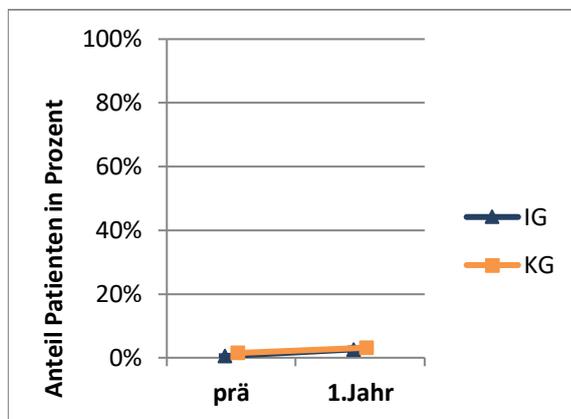
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



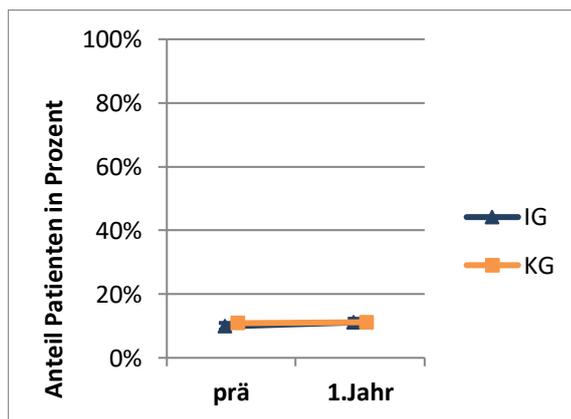
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

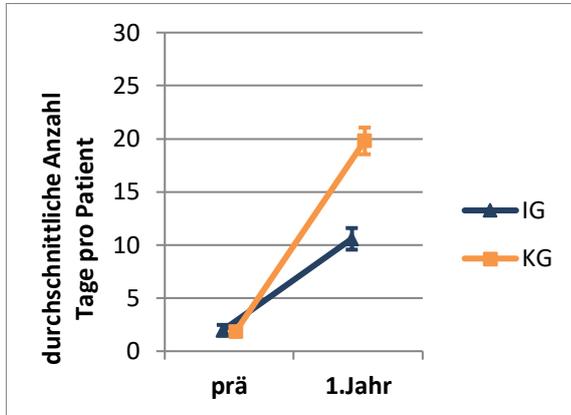


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

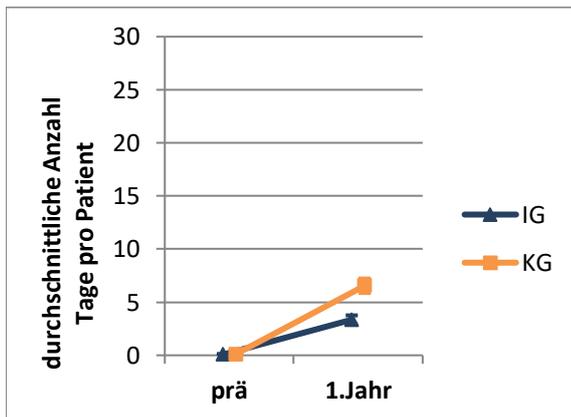


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

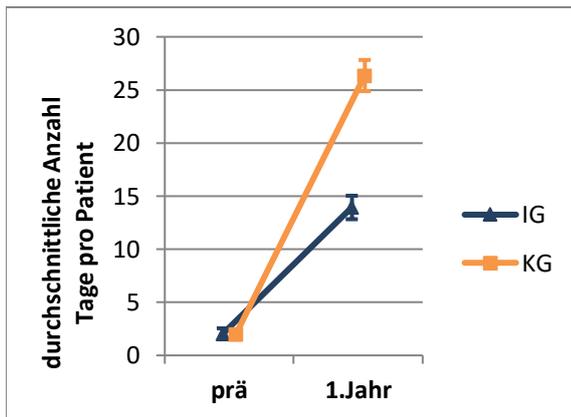
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



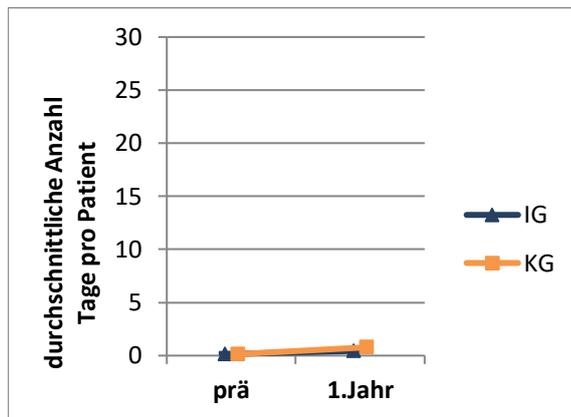
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



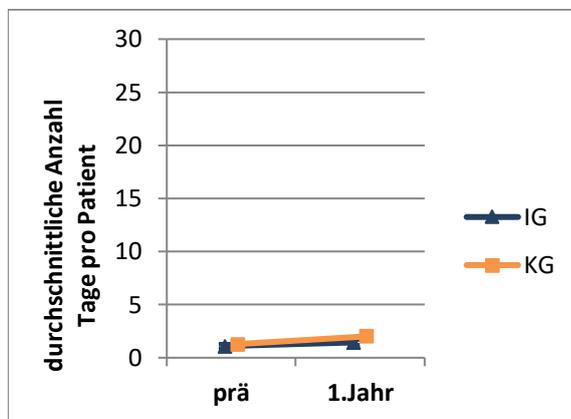
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



- **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)	2.152	2.152	2.094	2.146	2.146	2.092
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	6,0 %	38,4 %	8,6 %	7,9 %	56,5 %	12,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,2 %	9,8 %	1,7 %	0,5 %	17,1 %	3,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	6,0 %	44,7 %	9,7 %	8,2 %	64,5 %	13,9 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,6 %	2,7 %	1,1 %	1,4 %	3,4 %	1,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	10,5 %	10,8 %	9,2 %	11,0 %	11,4 %	8,2 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,0	10,9	2,9	1,9	20,2	4,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,0	3,2	0,6	0,1	6,7	1,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,1	14,0	3,4	2,0	26,8	6,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,4	0,2	0,2	0,8	0,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,1	1,3	1,2	1,3	2,1	1,2

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

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

berücksichtigt.

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

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

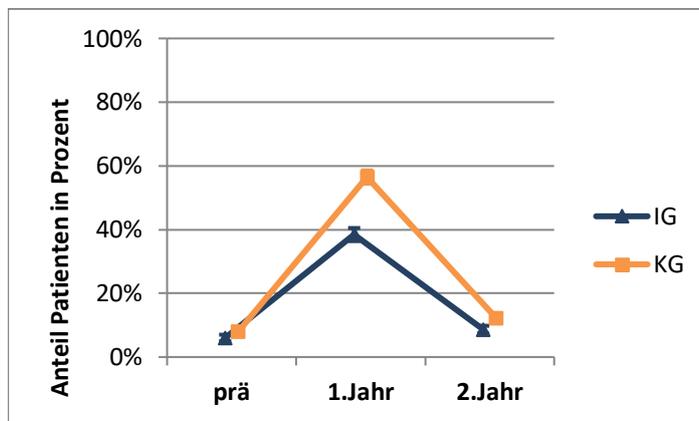
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

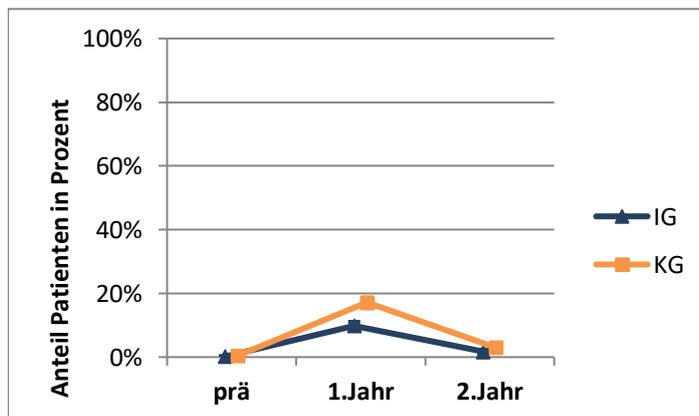
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

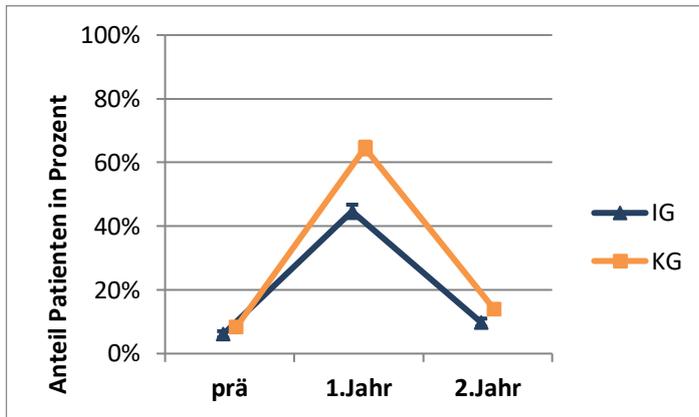
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



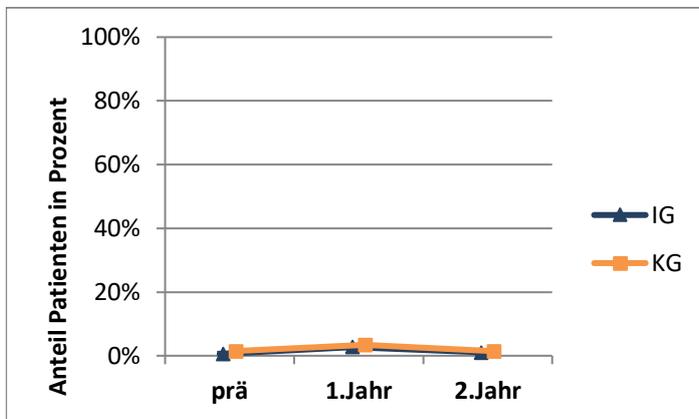
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



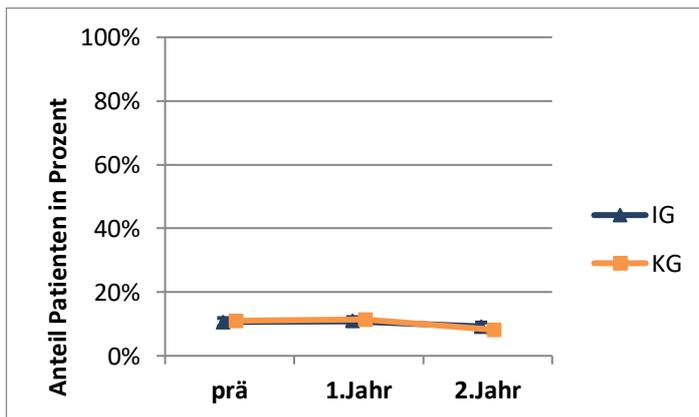
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

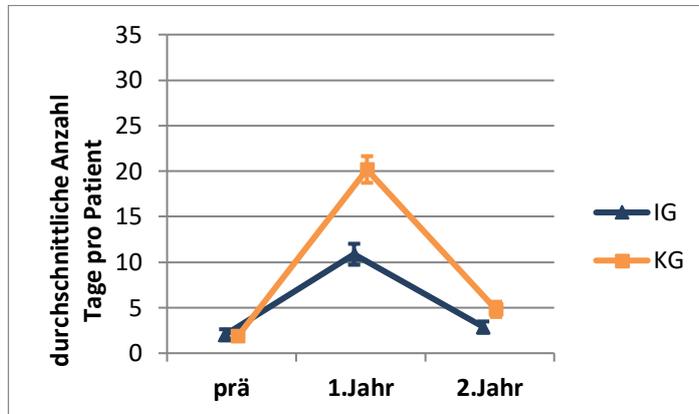


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

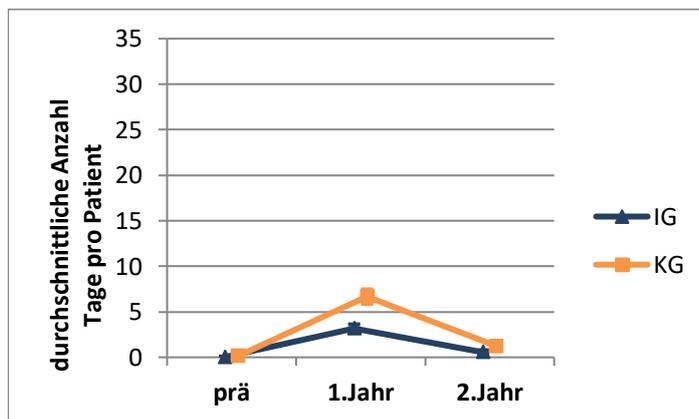


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

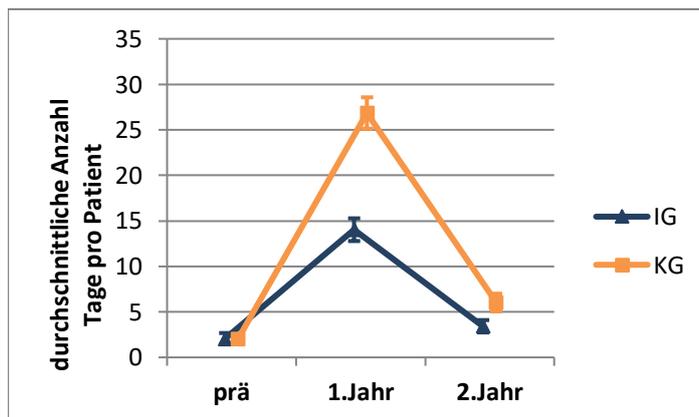
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



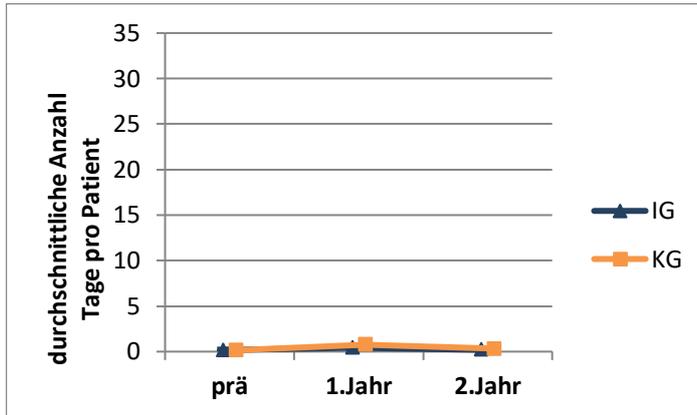
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

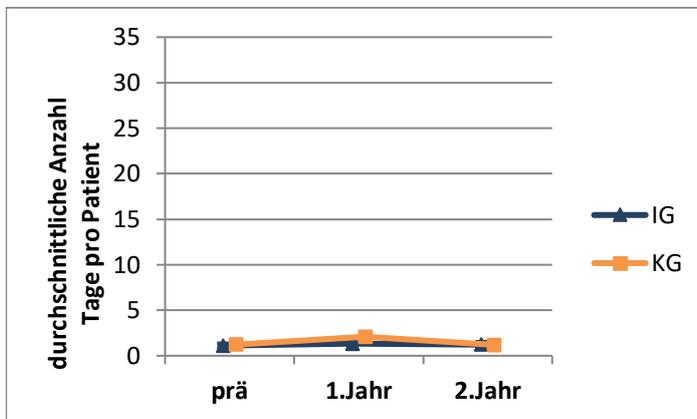


Tabelle 10: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,57*** 0,43...0,76	1,38 0,43...4,41	-9,45*** -11,23...-7,66	-3,40*** -4,23...-2,58
DID Jahr 2	0,91 0,66...1,27	1,54 0,46...5,23	-2,04* -3,82...-0,25	-0,54 -1,37...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 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	6,1 %	38,7 %	8,3 %	6,8 %	8,8 %	56,7 %	13,0 %	11,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,1 %	8,9 %	1,7 %	0,7 %	0,6 %	16,7 %	3,1 %	2,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	6,1 %	44,8 %	9,6 %	7,2 %	9,2 %	64,4 %	14,6 %	12,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,6 %	2,6 %	0,9 %	0,9 %	1,6 %	3,4 %	1,7 %	1,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	11,1 %	11,4 %	10,1 %	8,8 %	11,3 %	11,9 %	8,1 %	8,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,0	10,4	2,8	2,9	2,2	20,9	5,4	5,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,0	2,6	0,5	0,2	0,2	6,2	1,3	0,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,1	13,0	3,3	3,1	2,4	27,1	6,7	6,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,5	0,1	0,2	0,1	0,7	0,3	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,2	1,4	1,2	1,5	1,3	2,3	1,3	1,2

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)	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	20,8 %	23,5 %	15,9 %	15,0 %	33,8 %	40,8 %	24,1 %	20,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	4,9 %	5,8 %	1,1 %	1,1 %	9,0 %	12,0 %	3,6 %	2,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	23,0 %	27,6 %	16,3 %	15,4 %	37,3 %	46,8 %	25,8 %	21,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,4 %	2,9 %	1,5 %	1,5 %	5,4 %	4,1 %	2,4 %	1,7 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	10,5 %	12,1 %	10,4 %	11,6 %	13,4 %	14,9 %	12,2 %	11,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	8,3	8,3	6,5	6,4	19,4	23,7	12,7	11,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	1,4	1,5	0,3	0,3	3,2	4,3	1,0	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	9,6	9,8	6,8	6,7	22,7	27,9	13,7	12,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,4	0,5	0,3	0,4	1,4	0,9	0,6	0,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,2	1,5	1,5	2,1	1,3	2,0	1,4	1,4

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

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

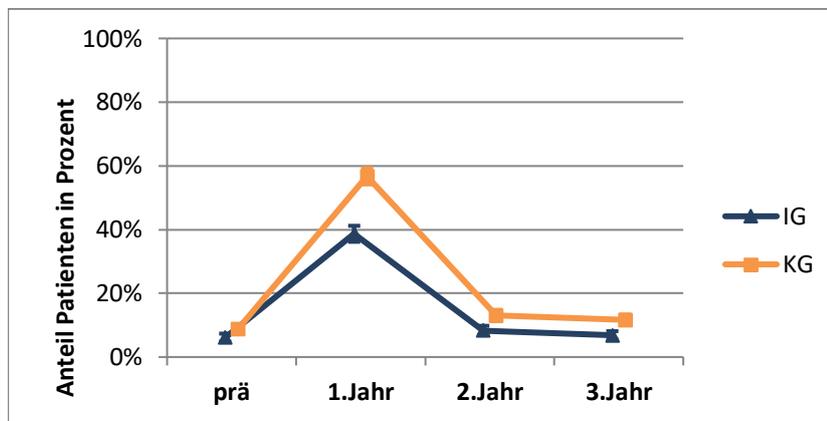
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

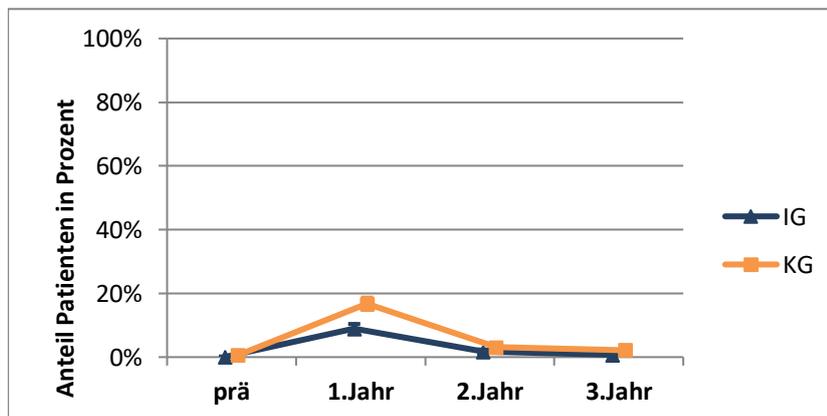
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

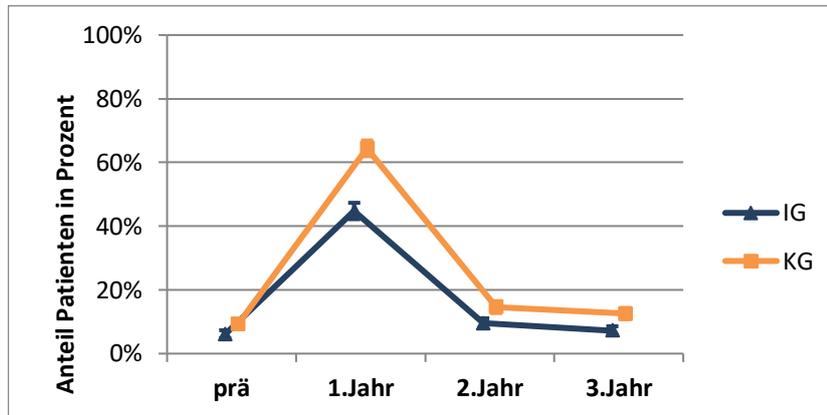
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



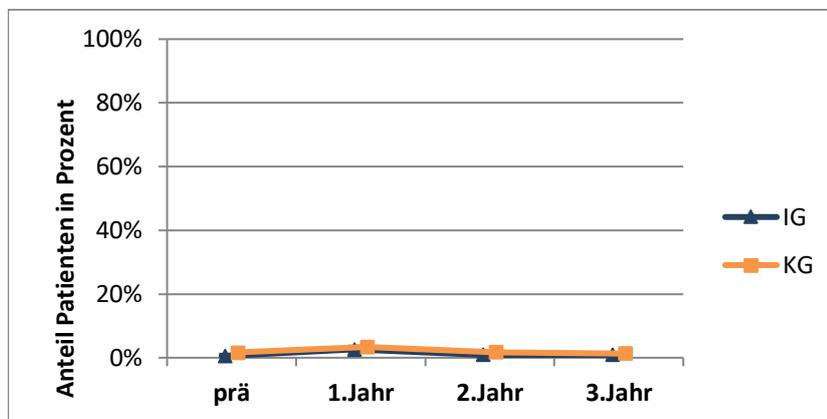
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



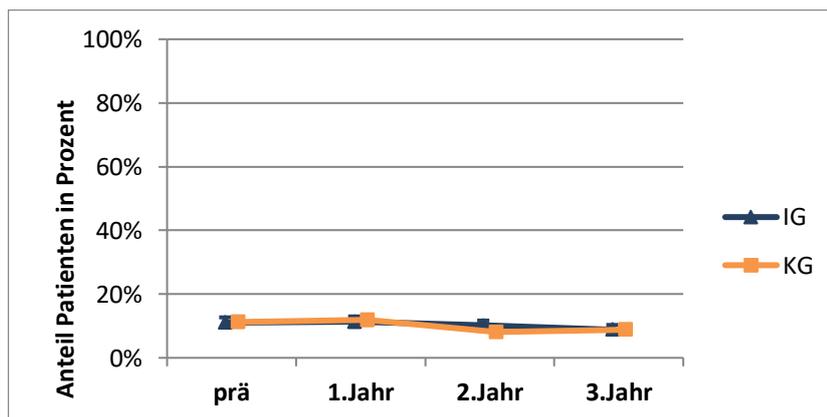
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

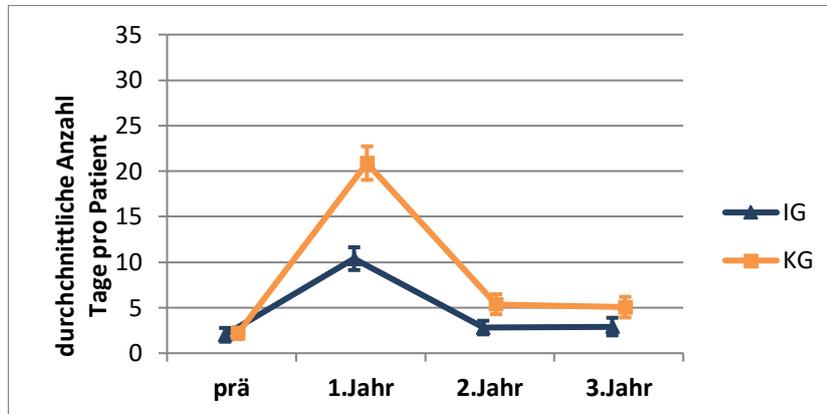


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

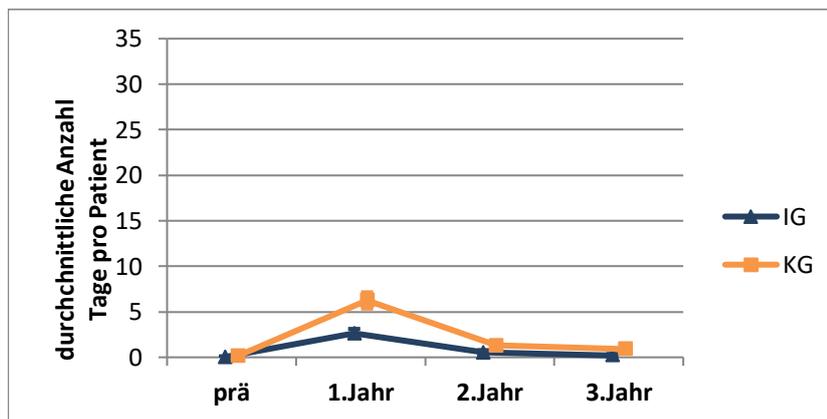


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

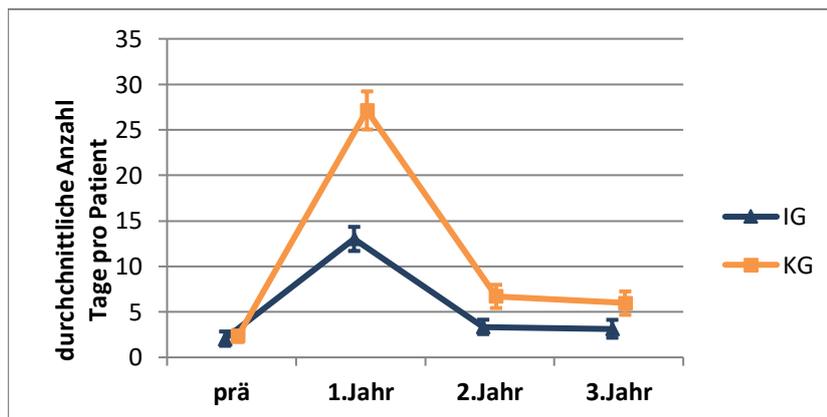
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



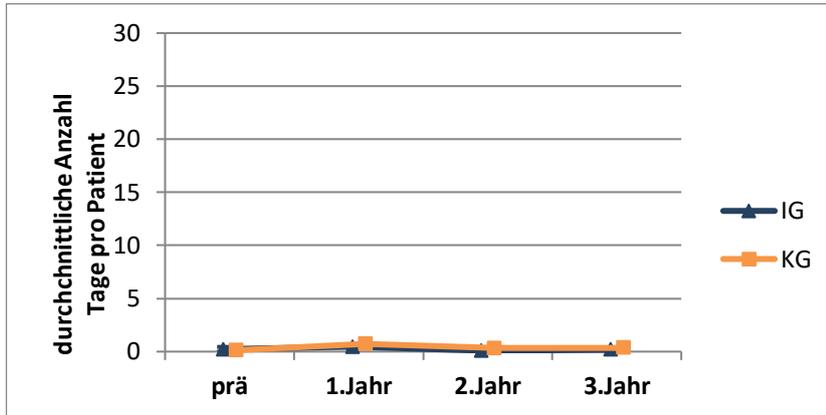
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



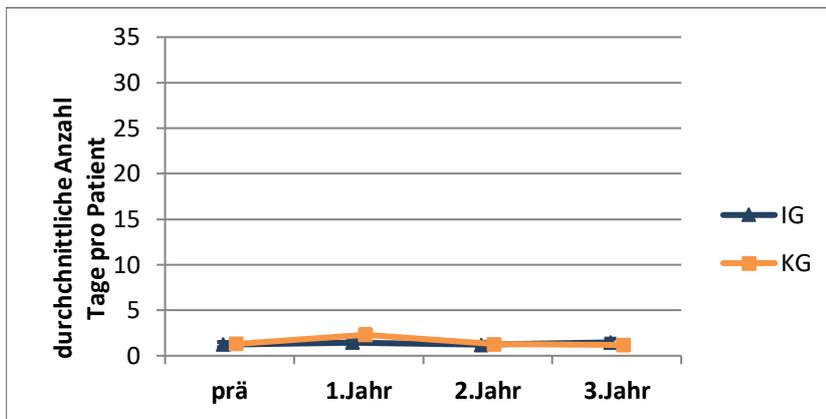
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

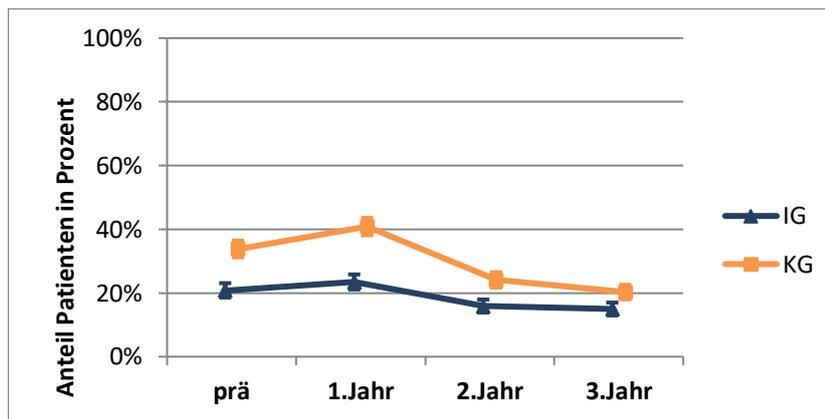
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3.

Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie

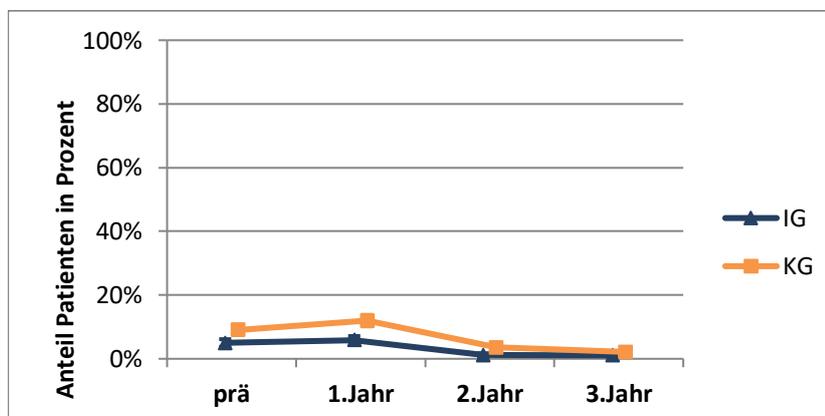
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

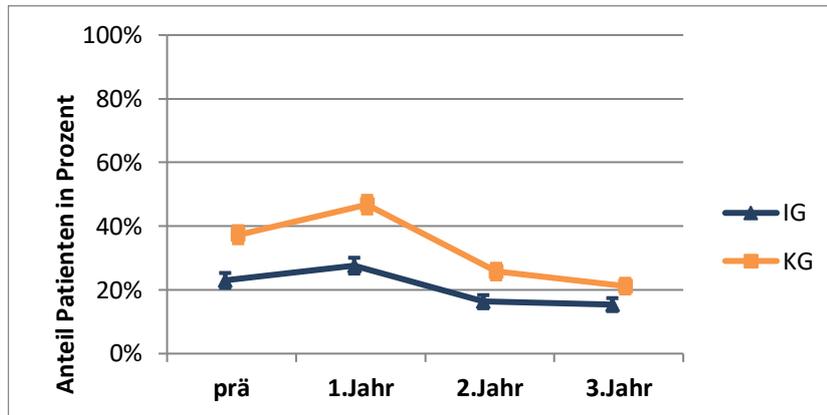
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



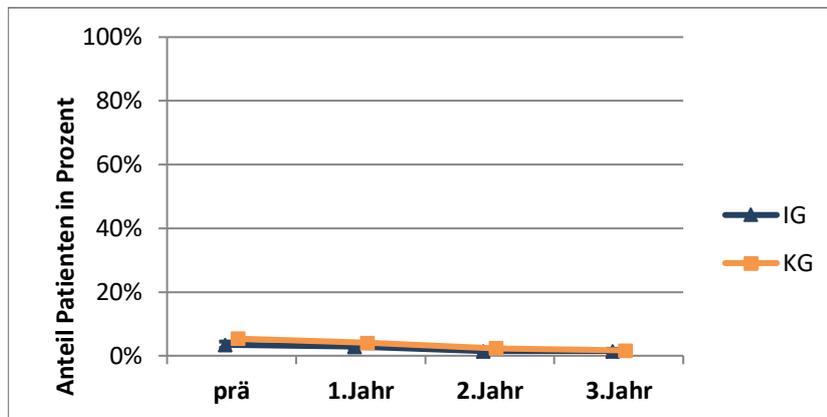
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



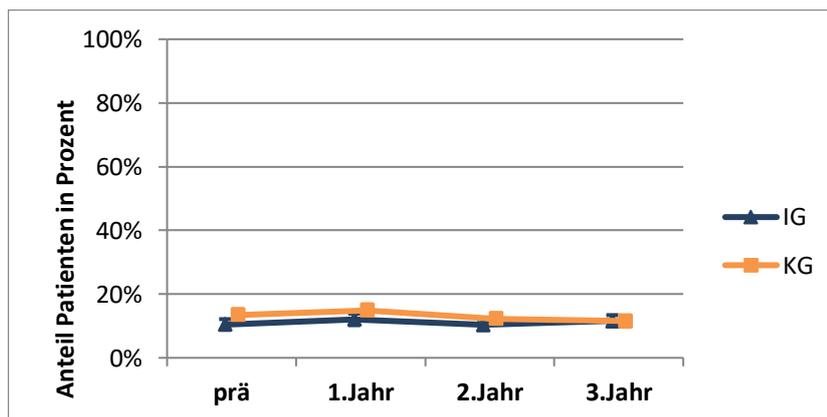
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

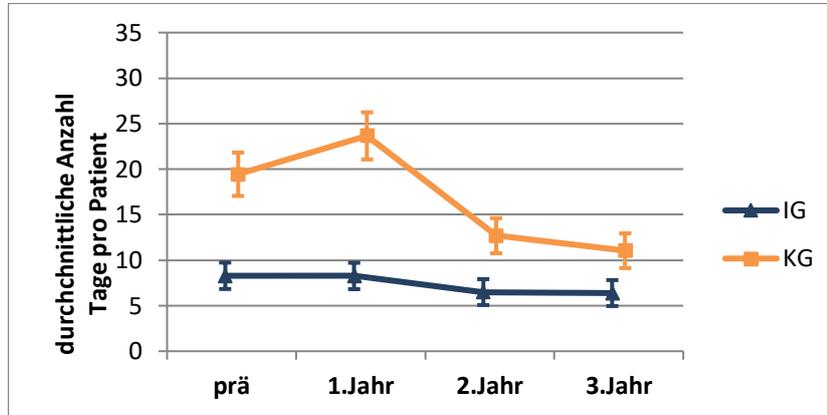


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

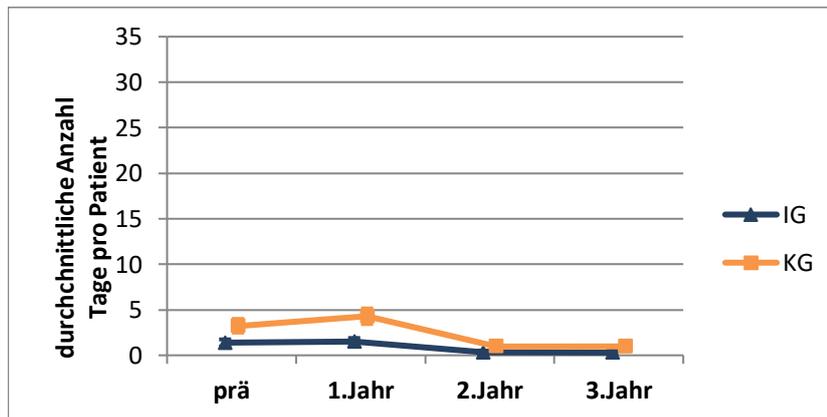


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

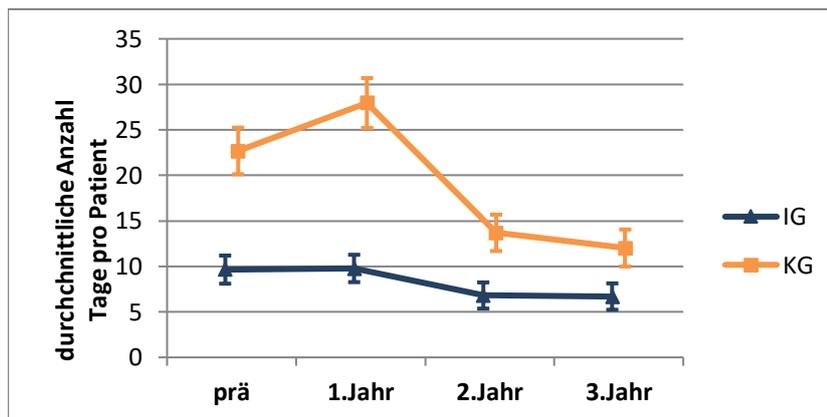
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



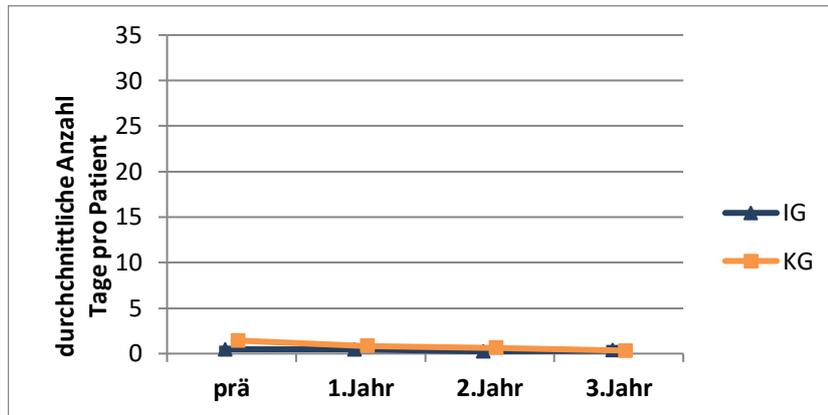
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



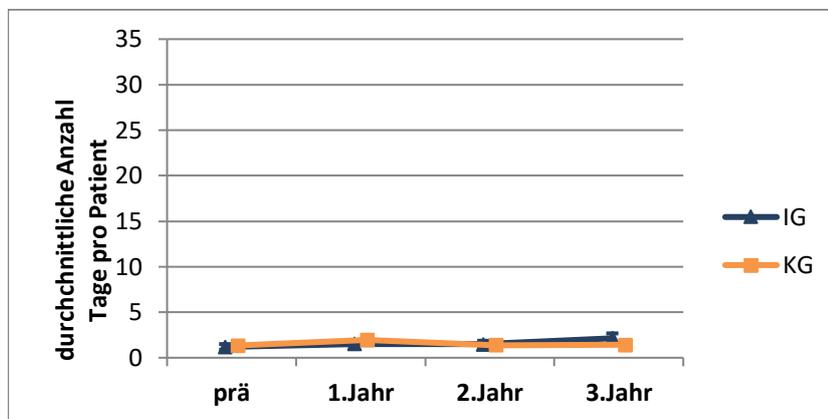
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- 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 ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets mehr durchschnittliche **PIA-Kontakte** in der IG im Vergleich zur KG (1. Jahr: +5,2; 2. Jahr: +2,3; 3. Jahr: +1,2; 4. Jahr: +1,4 PIA-Kontakte). Dabei waren die Unterschiede im ersten, zweiten und vierten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD: 1. Jahr = +5,3; 2. Jahr = +2,3; 4. Jahr = +1,4 PIA-Kontakte). Auch bei den linikbekannten Patienten waren die PIA-Inanspruchnahmen ab dem Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG. Diese Unterschiede waren für die ersten drei Jahre statistisch signifikant (DiD: 1. Jahr = +4,6; 2. Jahr = +5,2; 3. Jahr = +2,3 PIA-Kontakte).

Das Muster 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. Auch die Höhe der Kontakte war zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier eine Abnahme der Kontakte über die patientenindividuelle Zeit in der IG und relativ konstante Kontakte (ab Jahr nach Referenzfall) in der KG. Auch waren hier die Anzahlen an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG stets etwas niedriger (prä: -0,2; 1. Jahr: -0,5; 2. Jahr: -0,7; 3. Jahr: -1,0; 4. Jahr: -1,1 Kontakte). Dieser Unterschied vergrößerte sich über die Zeit und erreichte im vierten Jahr nach Referenzfall statistische Signifikanz (DiD = -0,8 Kontakte).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein stärkerer Anstieg der Kontakte in der **PIA** in der IG als in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +7,9 Kontakte; KG: +2,7 Kontakte). Dies ist analog zur Beobachtung in U1.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG

und der KG etwa gleich an (IG: +2,7 Kontakte; KG: +2,9 Kontakte) und war auch in der Höhe vergleichbar.

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U1 und U2, ein wesentlich stärkerer Anstieg der **PIA**-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = +5,6 Kontakte). Danach sank die PIA-Inanspruchnahme sowohl in IG als auch KG, blieb jedoch in der IG größer. Auch der Unterschied im zweiten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = +1,6 Kontakte).

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U2, sowohl in der IG als auch in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall an, sank danach wieder leicht und war zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei wies die IG im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall stets etwas weniger Kontakte im Vergleich zur KG auf. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse der vorherigen Untersuchungen wieder. Die **PIA**-Kontakte klinikneuer Patienten stiegen sowohl in der IG als auch in der KG im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser Anstieg in der IG erneut wesentlich stärker als in der KG war. Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder und blieb in der IG aber stets über den Werten der KG. Auch bei den klimbekanntem Patienten war in der IG eine stärkere Zunahme der PIA-Kontakte im Vergleich zur KG ersichtlich. Die IG wies ab dem Jahr nach Referenzfall stets mehr PIA-Kontakte verglichen mit der KG auf (prä: -0,3; 1. Jahr: +4,6; 2. Jahr: +4,9; 3. Jahr: +2,1 PIA-Kontakte).

Auch die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** klinikneuer Patienten war, analog zu U1, in der IG ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets etwas geringer als in der KG. Verläufe waren ansonsten auch hier vergleichbar. Bei den klimbekanntem Patienten zeigte sich hier auch ein vergleichbarer Verlauf mit stets etwas weniger Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: -0,3; 1. Jahr: -0,6; 2. Jahr: -0,6; 3. Jahr: -1,0 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)	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	449	714	693	678	666	450	715	696	682	665
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	696	701	681	664	651	688	693	681	669	648
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	–*	8,5	4,1	2,8	2,8	–*	3,3	1,8	1,6	1,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,2	3,9	3,5	3,4	2,9	1,8	4,2	4,2	3,4	2,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,0	12,0	10,7	10,1	10,0	8,4	11,6	10,8	11,2	11,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	–*	0,1	0,0	0,0	0,0	–*	0,1	0,1	0,1	0,1
• 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	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	1,0	0,4	0,3	0,3	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,9	6,1	5,1	4,9	5,5	4,9	6,0	10,5	8,2	8,3

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

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

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)	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	160	1.135	1.117	1.102	1.082	157	1.127	1.103	1.081	1.057
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.113	1.110	1.078	1.066	1.046	1.101	1.094	1.069	1.043	1.024
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	–*	14,5	13,6	10,3	9,1	–*	9,9	8,5	8,1	7,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,0	2,1	1,9	1,6	1,4	2,2	2,6	2,5	2,6	2,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	12,4	14,0	13,5	13,7	13,9	11,1	11,6	12,2	12,9	13,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	–*	0,1	0,1	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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,3	1,0	0,6	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	3,2	3,8	3,9	5,2	5,5	4,8	5,9	6,6	5,6	6,4

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

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

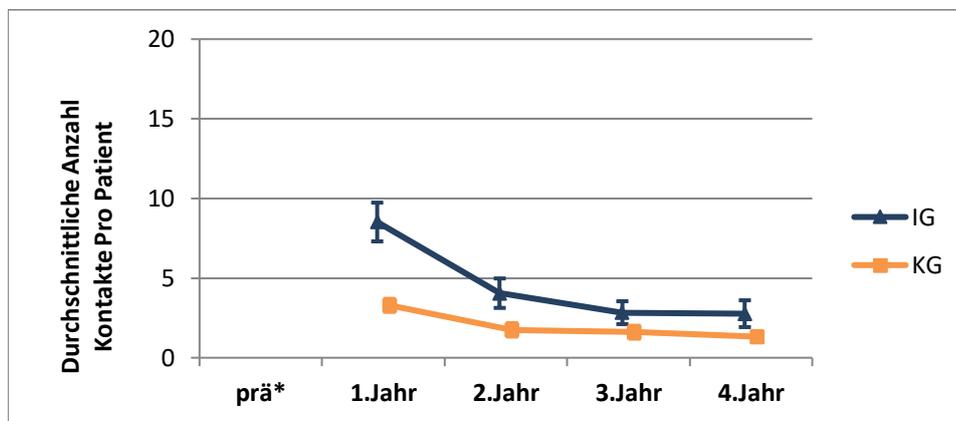
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

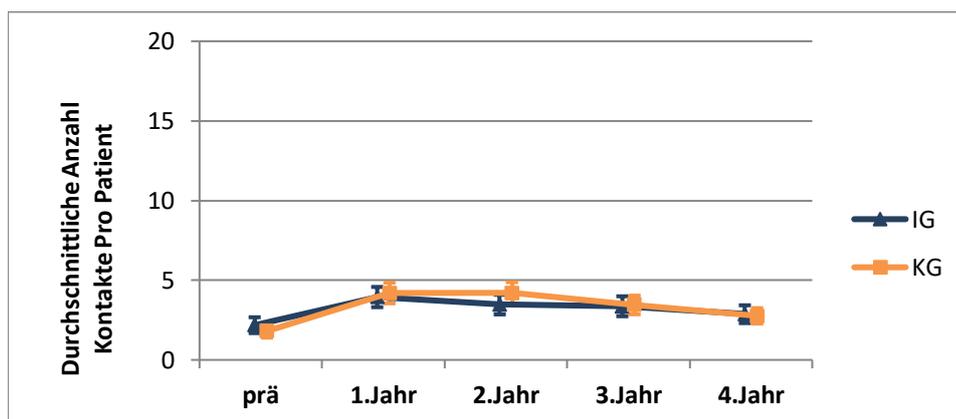
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

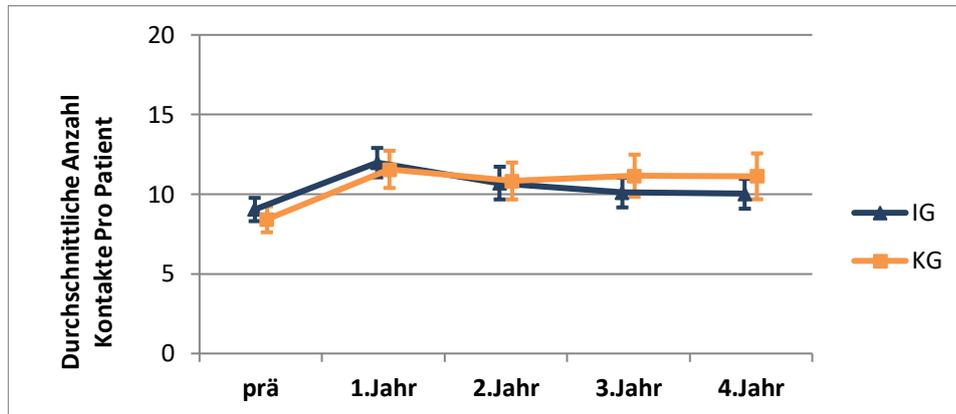


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

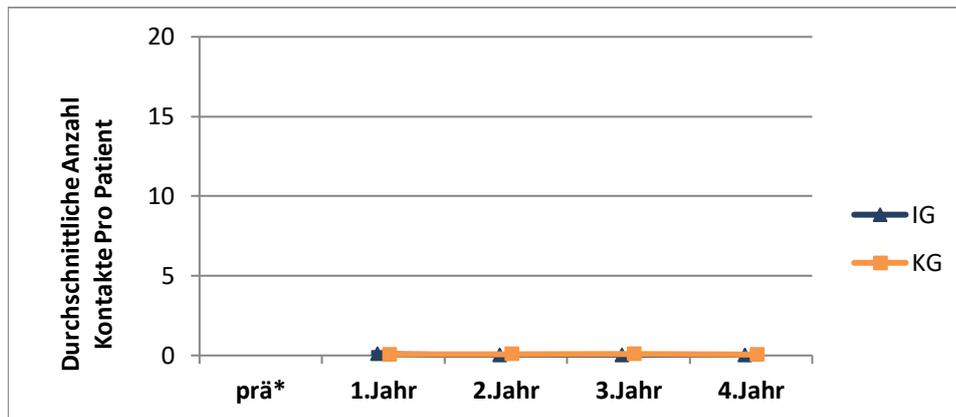


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



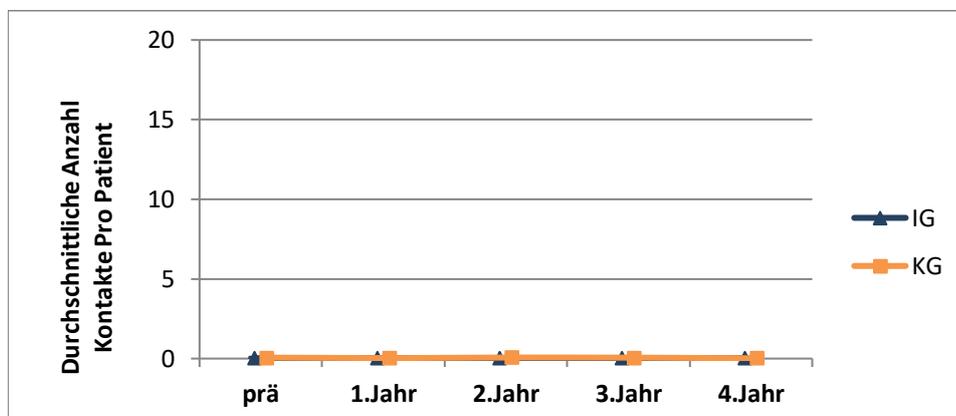
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

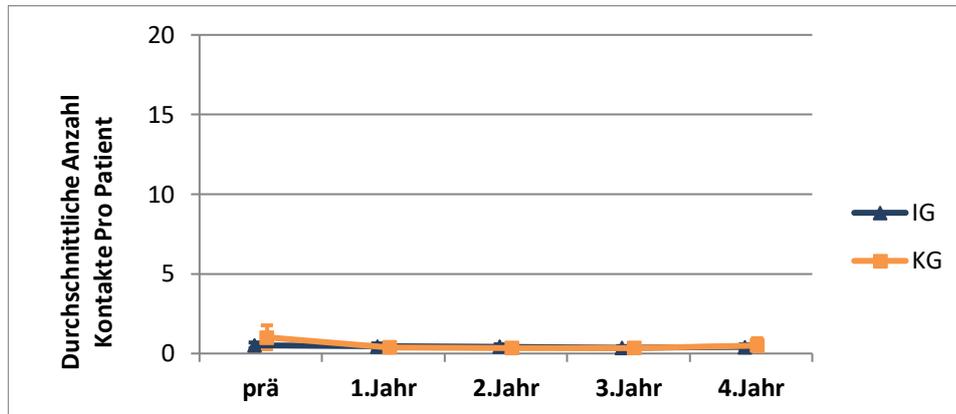


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

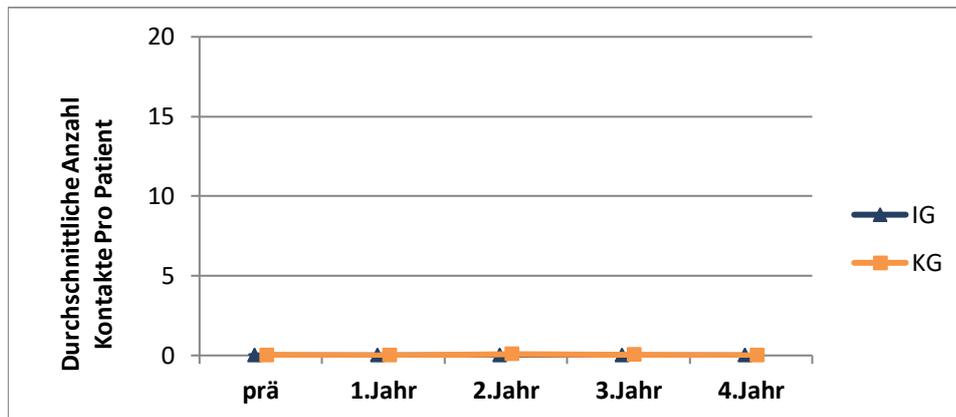


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

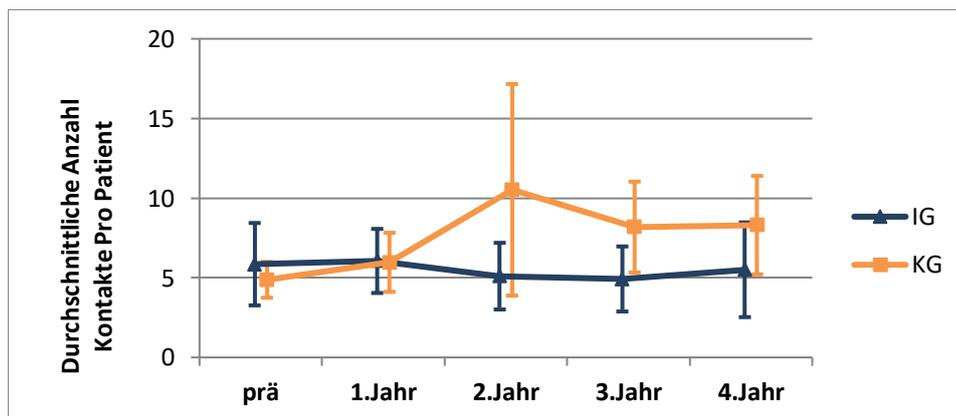


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



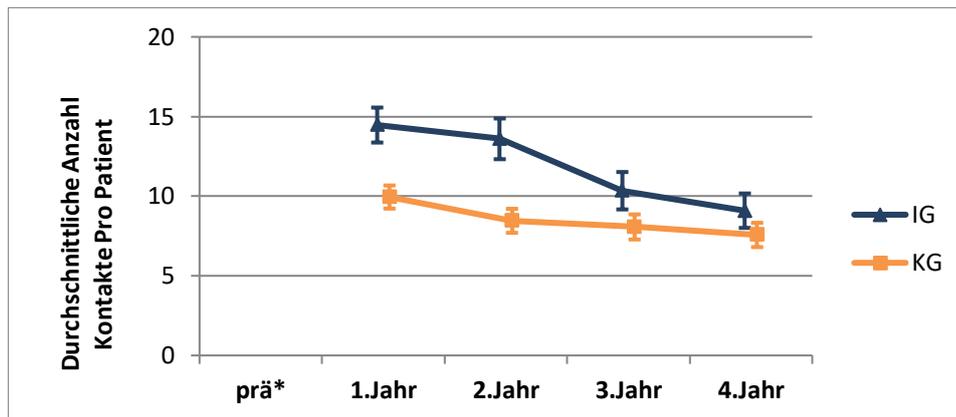
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

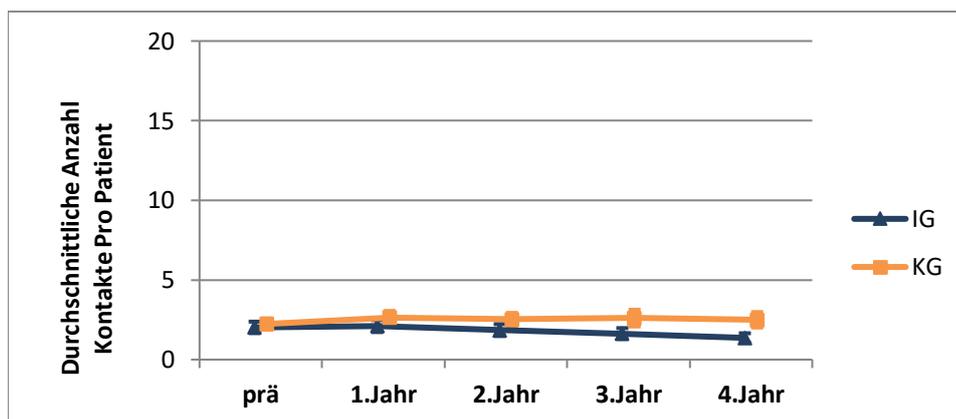
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)*

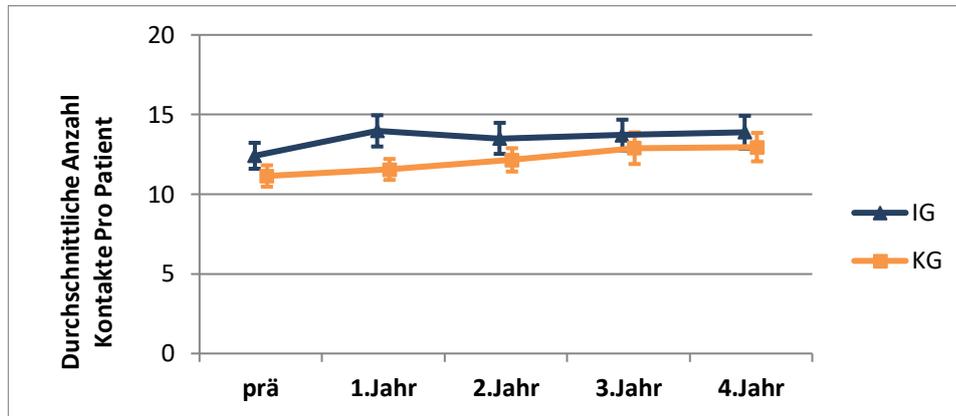


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

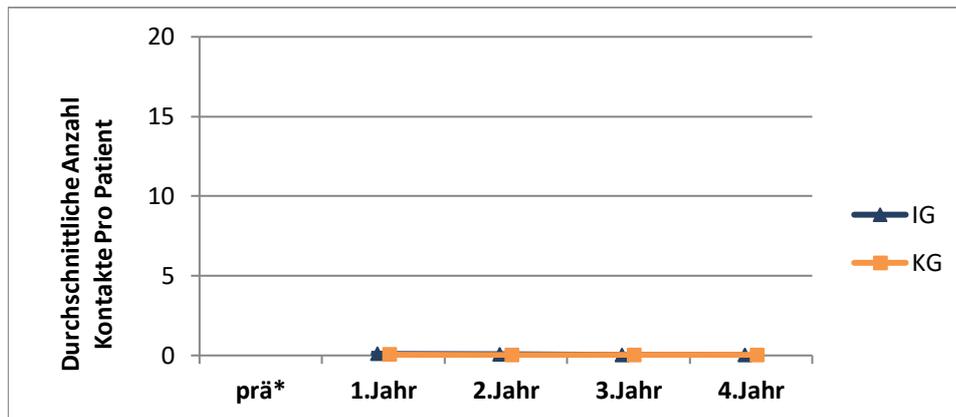


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



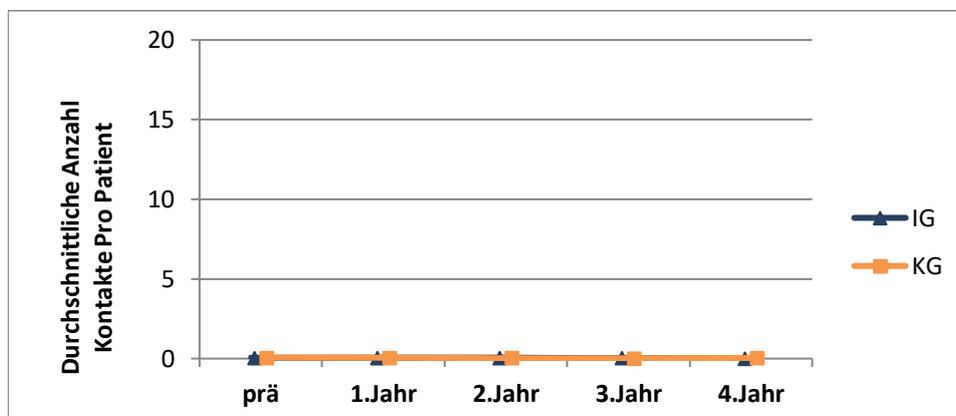
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

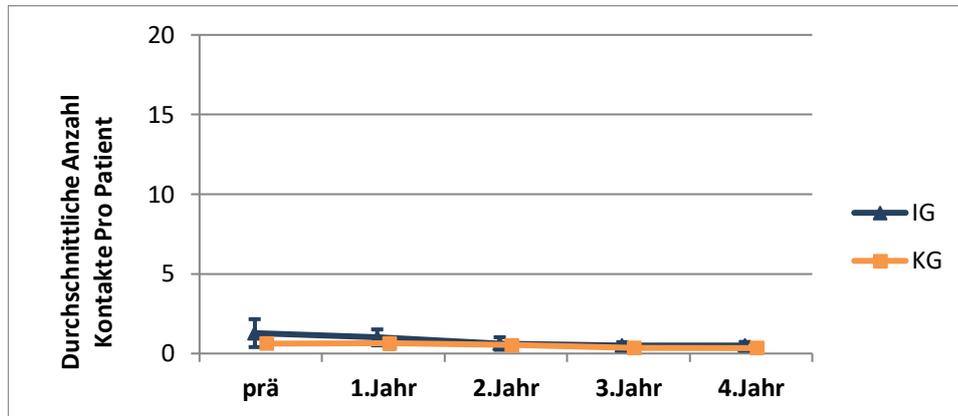


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

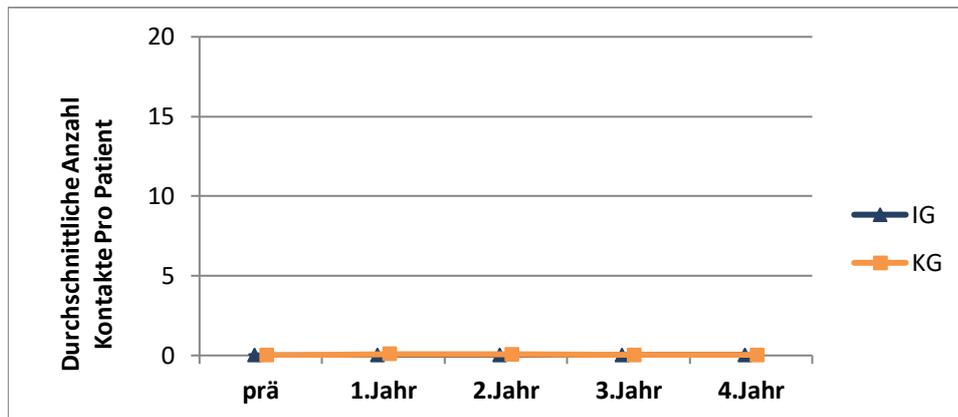


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

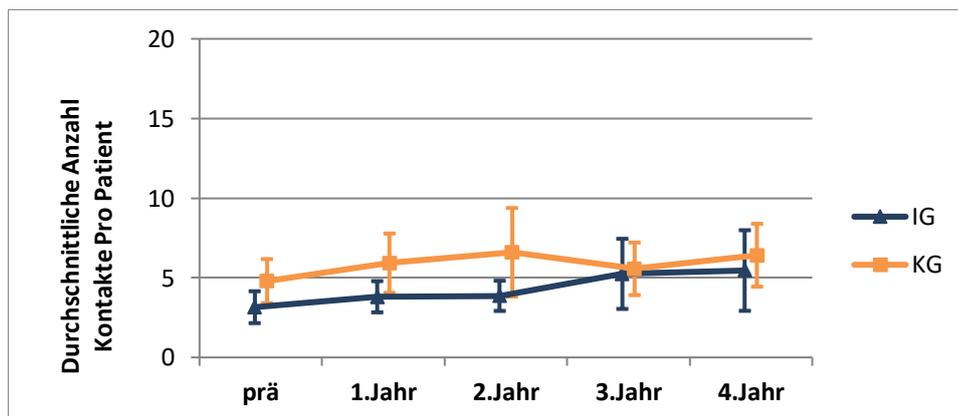


Tabelle 13: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**Klinikneue Patienten**

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	5,26*** 4,01...6,51	-0,63 -1,73...0,48	-0,19 -2,15...1,76
DID Jahr 2	2,25*** 1,00...3,50	-1,09 -2,20...0,02	-0,77 -2,73...1,18
DID Jahr 3	1,18 -0,07...2,43	-0,46 -1,57...0,64	-1,67 -3,62...0,28
DID Jahr 4	1,38* 0,13...2,63	-0,27 -1,37...0,84	-1,61 -3,56...0,34

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	4,56*** 2,88...6,24	-0,31 -1,08...0,45	1,15 -0,47...2,78
DID Jahr 2	5,15*** 3,47...6,83	-0,43 -1,19...0,34	0,13 -1,50...1,75
DID Jahr 3	2,34** 0,66...4,02	-0,70 -1,46...0,07	-0,32 -1,94...1,31
DID Jahr 4	1,60 -0,08...3,28	-0,83* -1,59...-0,07	-0,18 -1,80...1,45

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	2.880	2.880	2.880	2.880
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	2.603	2.880	2.603	2.880
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	2.796	2.831	2.775	2.803
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	8,0	0,2	2,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,0	4,7	1,9	4,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,2	12,2	8,3	10,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,8	0,6	0,7	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,2	5,3	4,8	6,2

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:

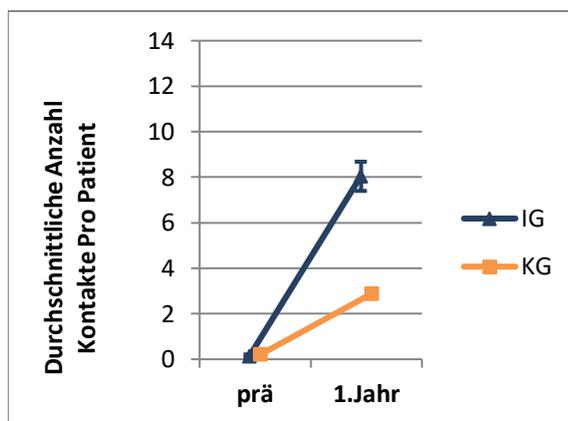
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

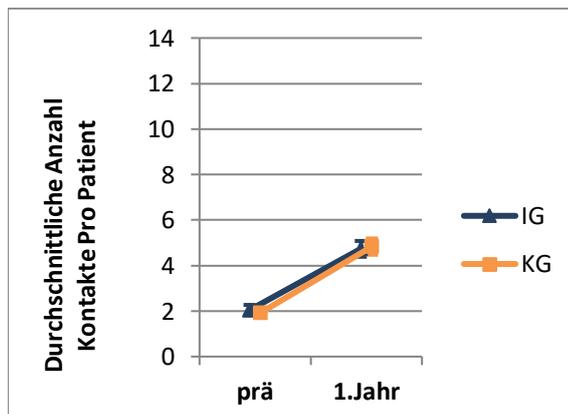
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

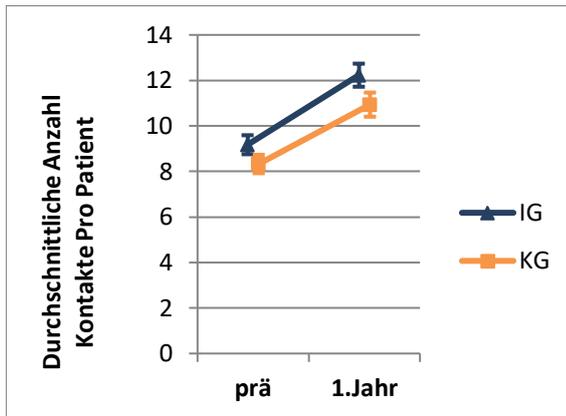
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

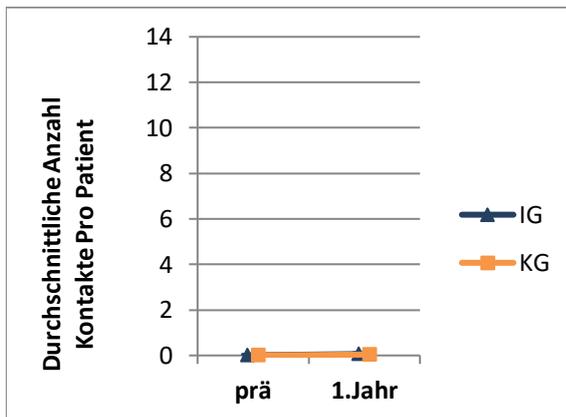


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

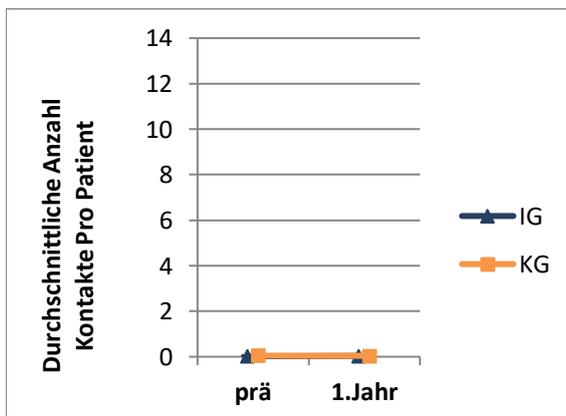


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

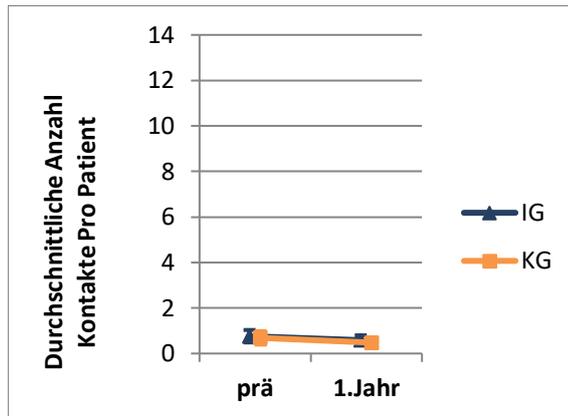
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

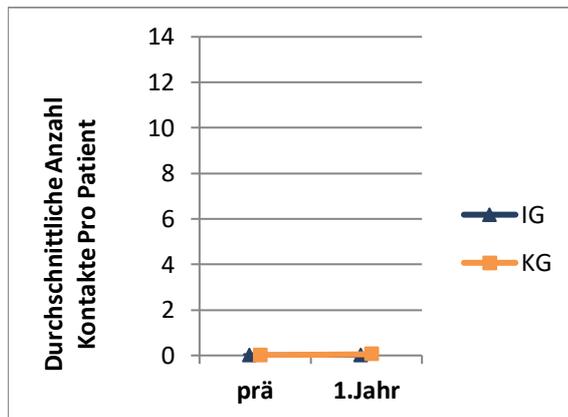


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

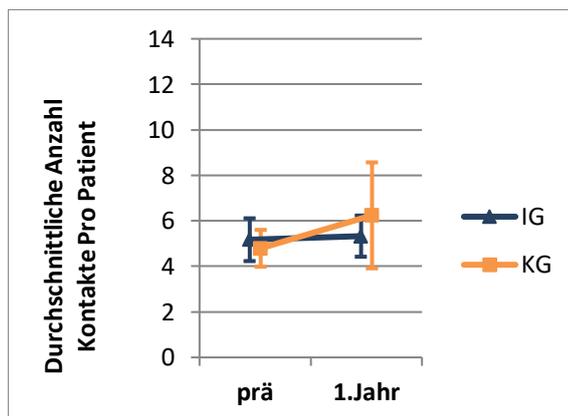


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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)	2.152	2.152	2.094	2.146	2.146	2.092
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.876	2.152	2.094	1.873	2.146	2.092
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	2.089	2.114	2.044	2.067	2.093	2.019
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	8,5	3,0	0,3	2,9	1,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,0	4,5	3,8	1,9	5,0	4,3
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,0	12,1	10,2	8,1	10,8	10,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,0	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	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,8	0,6	0,6	0,8	0,5	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,0	5,3	5,6	4,6	4,9	6,4

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

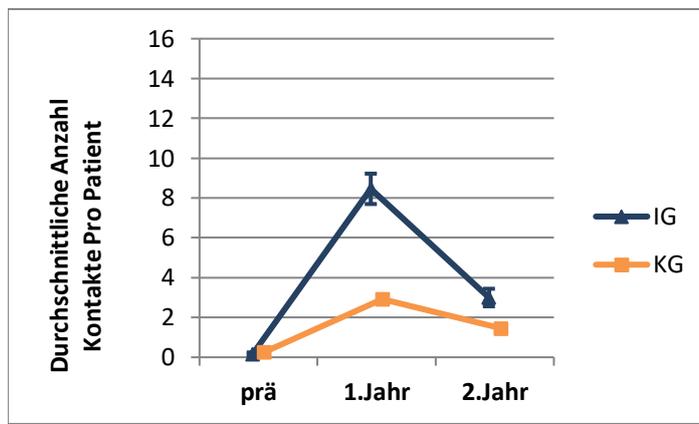
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

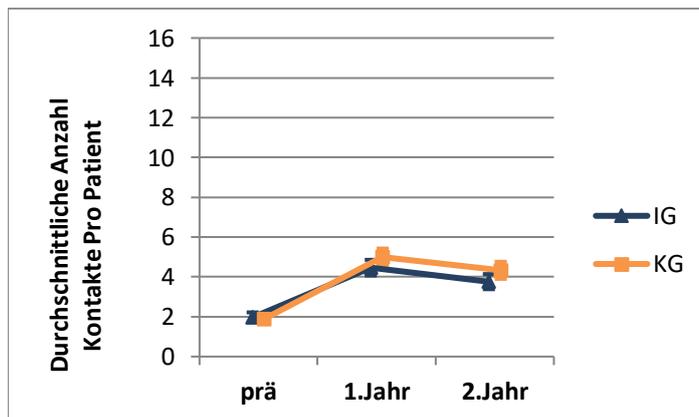
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

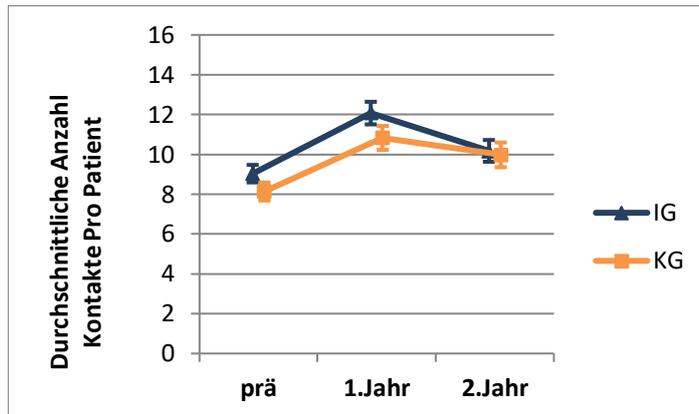
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

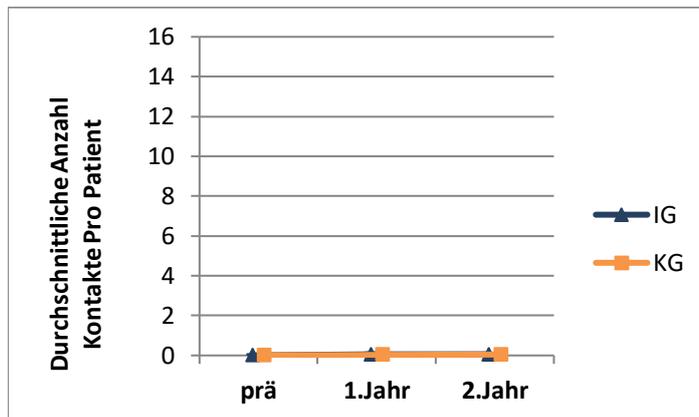


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

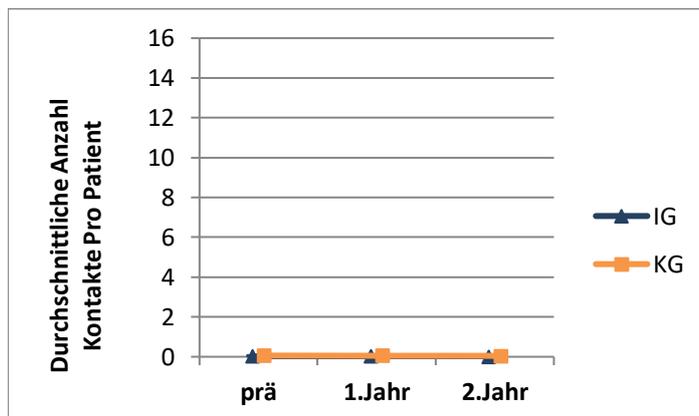


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

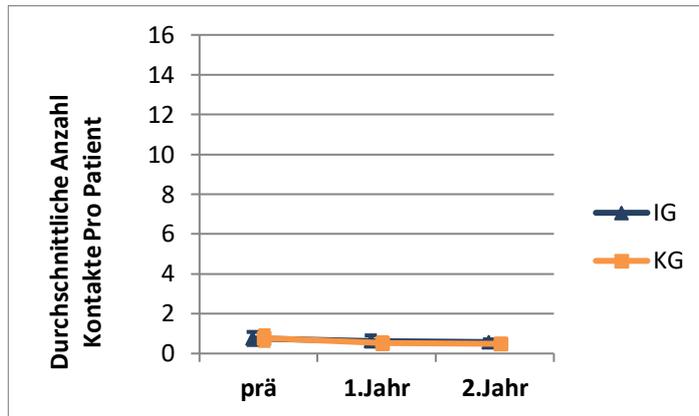
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

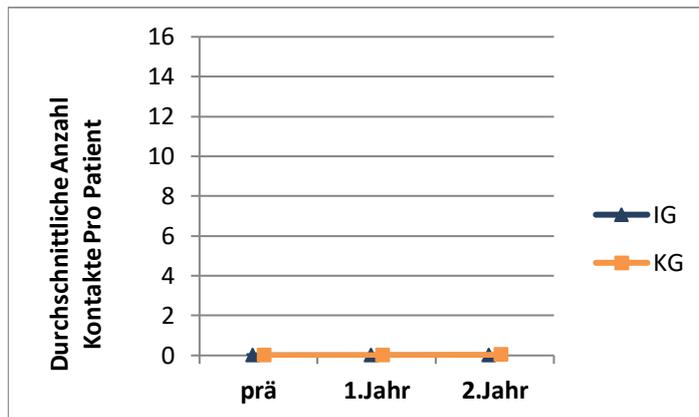


- bei anderen Vertragsärzten (F)



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)

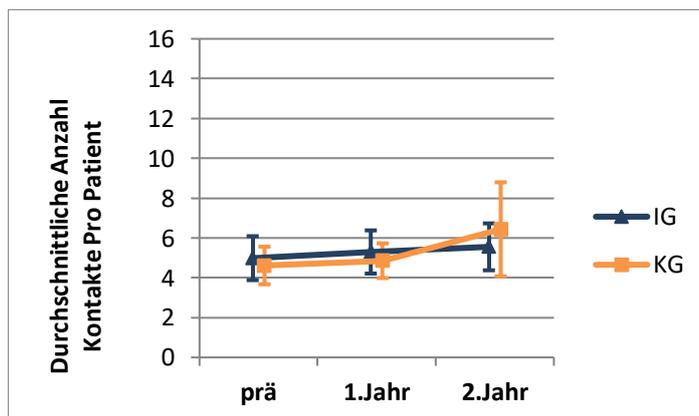


Tabelle 16: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	5,63*** 4,88...6,38	-0,60 -1,30...0,10	0,35 -0,62...1,33
DID Jahr 2	1,59*** 0,84...2,34	-0,63 -1,33...0,07	-0,72 -1,70...0,26

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.173	1.443	1.403	1.371	1.178	1.451	1.418	1.391
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.401	1.417	1.372	1.332	1.394	1.420	1.374	1.351
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	8,4	3,1	2,6	0,3	3,1	1,6	1,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,0	4,2	3,7	3,1	1,8	4,8	4,3	3,3
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,2	12,2	10,5	9,9	8,2	11,0	10,3	10,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,8	0,7	0,6	0,4	0,9	0,6	0,6	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,6	5,4	5,8	6,8	4,8	5,1	7,2	6,5

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

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	272	1.253	1.233	1.215	273	1.251	1.227	1.203
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.226	1.228	1.189	1.176	1.221	1.213	1.185	1.156
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	1,2	14,1	12,8	9,7	1,5	9,5	7,9	7,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,0	2,3	2,0	1,7	2,3	2,9	2,6	2,7
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	12,4	14,0	13,6	13,6	11,2	11,6	12,6	13,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,4	0,1	0,1	0,0	0,5	0,1	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	0,1	0,0	0,0	0,0

• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	2,0	1,2	0,7	0,6	0,8	0,9	0,6	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	3,4	4,1	4,2	5,1	4,6	5,7	6,3	5,3

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

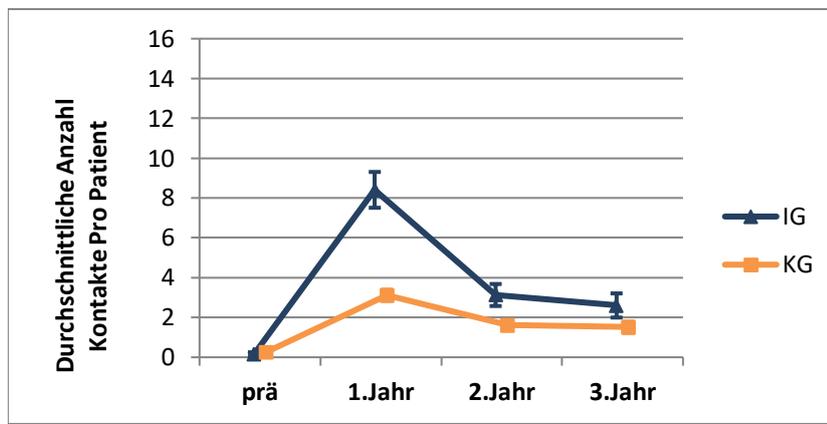
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

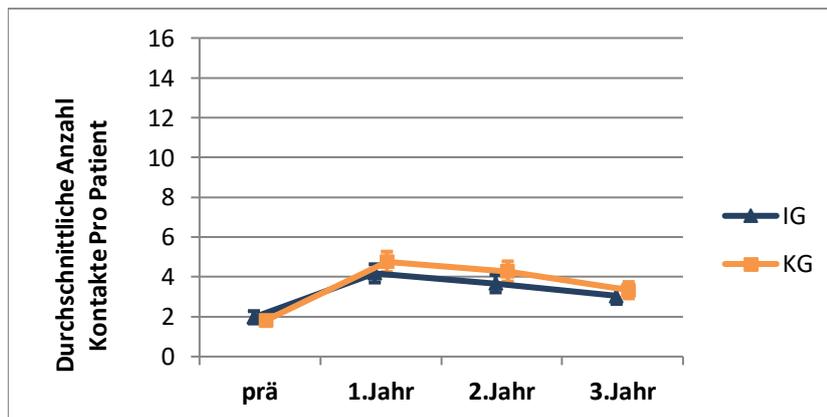
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

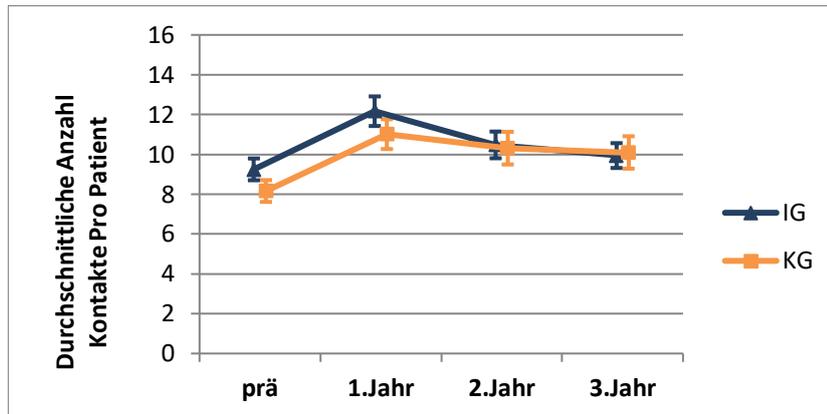
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

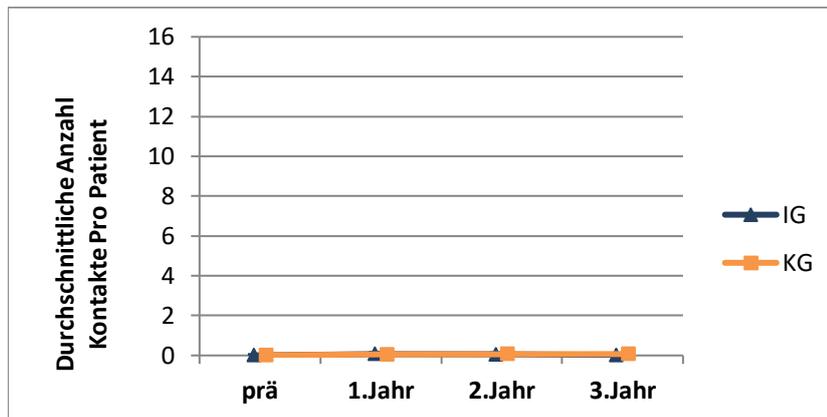


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

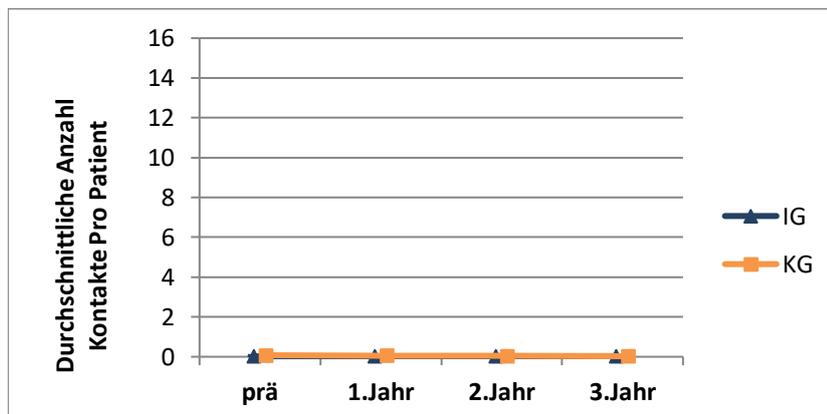


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

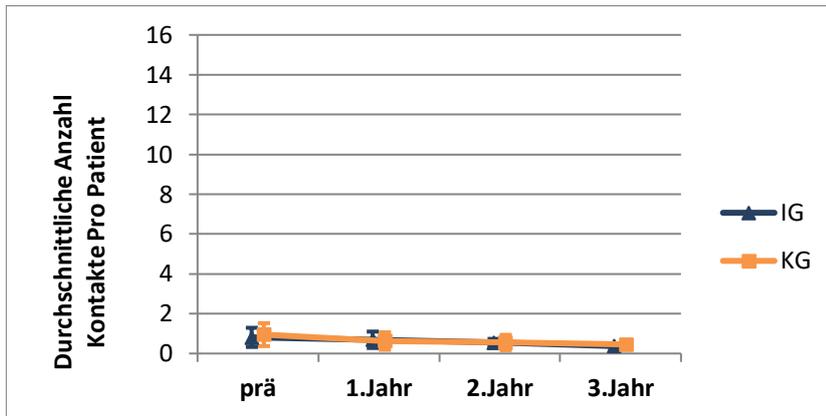
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

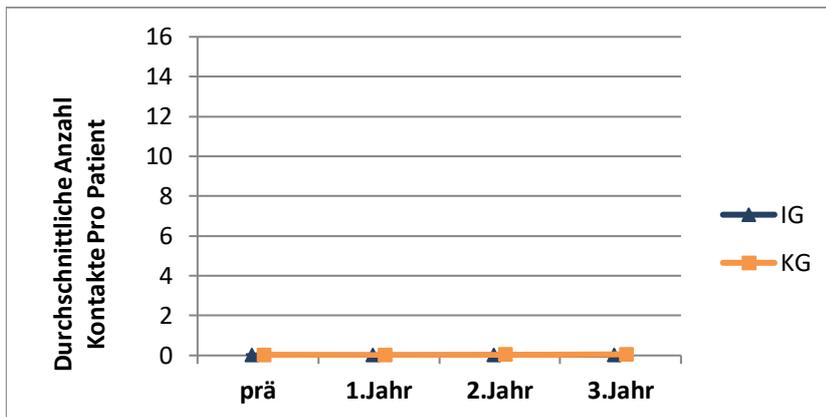


- bei anderen Vertragsärzten (F)

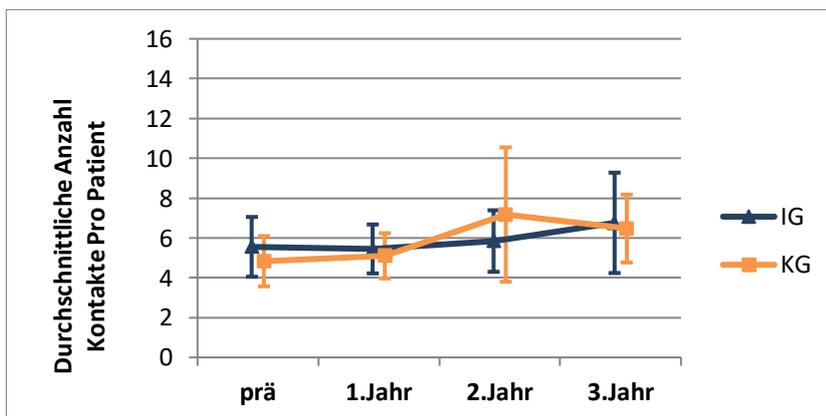


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



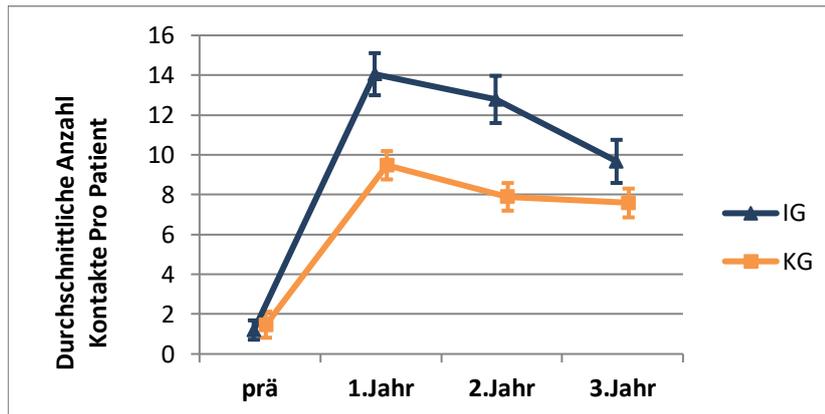
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

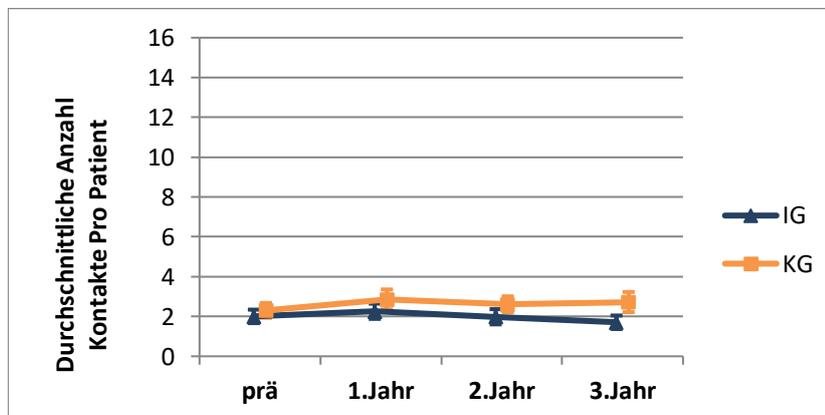
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

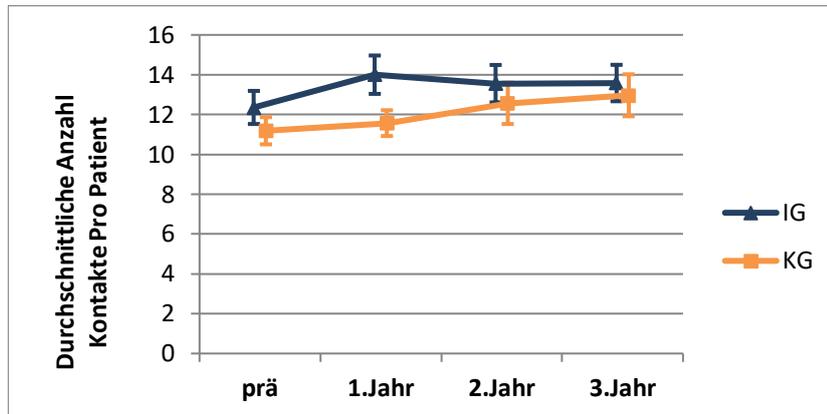
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

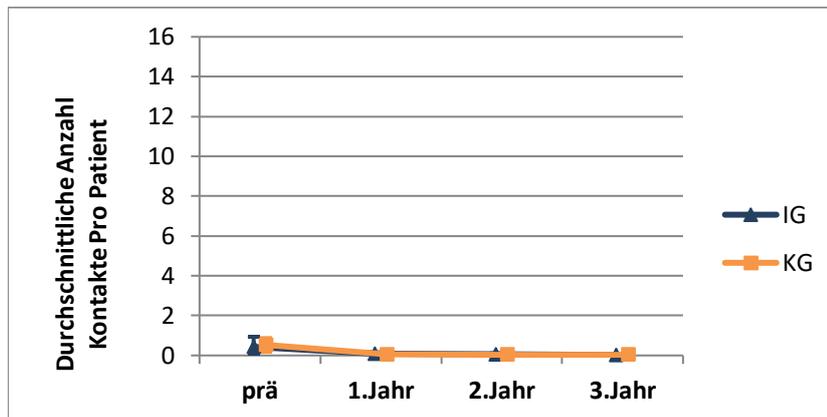


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

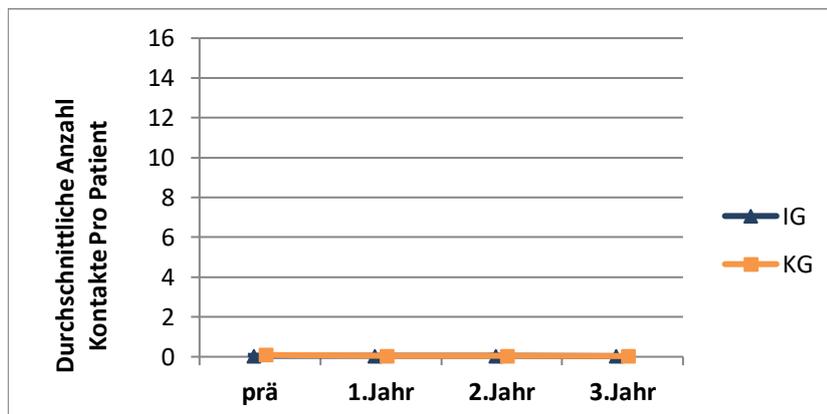


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

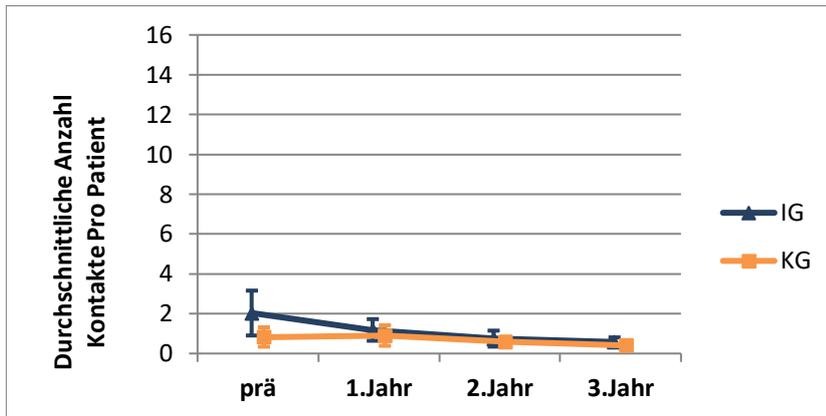
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

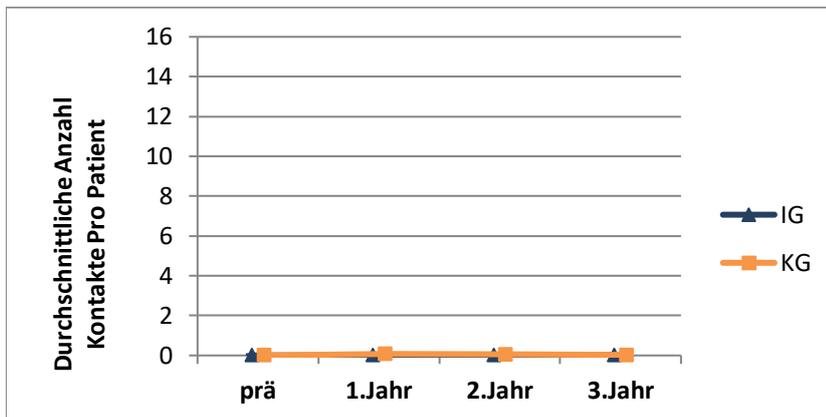


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

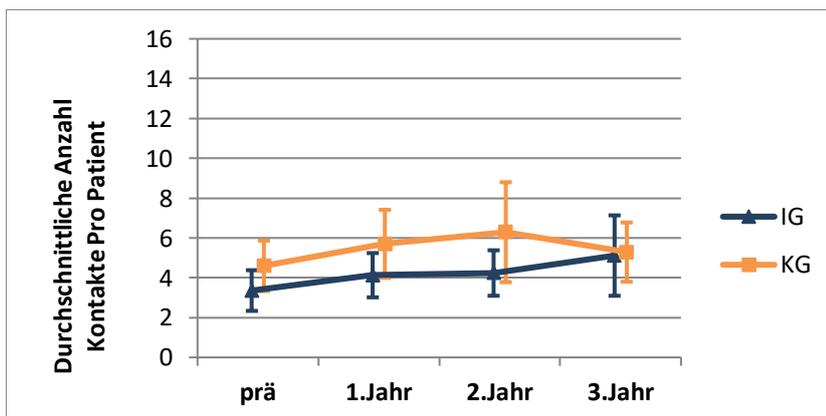


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für linikneue Patienten bei der Betrachtung von 7 Tagen eine statistisch signifikant größere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** im ersten Jahr nach Referenzfall der IG verglichen mit der KG (Gruppenschätzer = 1,4). Auch bei der Betrachtung von 90 Tagen Nachbeobachtung war im zweiten Jahr nach Referenzfall die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG statistisch signifikant größer (Gruppenschätzer = 2,1). Bei den linikbekannten Patienten war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor bei der Betrachtung von 7 Tagen im zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (Gruppenschätzer = 1,6), jedoch bei der Betrachtung von 30 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant geringer (Gruppenschätzer = 0,7).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich jeweils ein größerer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: +10,8 %-Punkte; 30 Tage: +7,7 %-Punkte; 90 Tage: +2,4 %-Punkte).

U3: Auch bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor in fast allen Betrachtungen in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (Gruppenschätzer: 7 Tage, 1. Jahr = +1,7 %-Punkte; 7 Tage, 2. Jahr = +1,6; 30 Tage, 1. Jahr = +1,3; 30 Tage, 2. Jahr = +1,6; 90 Tage, 2. Jahr = +1,7).

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 größer als in der KG (mit einer Ausnahme: 90 Tage, 1. Jahr nach Referenzfall). Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im ersten Jahr nach Referenzfall stets niedrigere (7 Tage: -1,6 %-Punkte; 30 Tage: -5,5 %-Punkte; 90 Tage: -3,8 %-Punkte) und im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall stets höhere Kontinuität zum psychiatrischen Sektor (2. Jahr: 7 Tage: +18,8 %-Punkte; 30 Tage: +7,5 %-Punkte; 90 Tage: +9,6 %-Punkte; 3. Jahr: 7 Tage: +12,6 %-Punkte; 30 Tage: +4,5 %-Punkte; 90 Tage: +2,7 %-Punkte) verglichen mit der KG auf.

Zu beachten ist hier, dass die hier meist festgestellte größere Kontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG durch die stärkere Einbindung der PIA in der IG im Vergleich zur KG bewirkt wurde (siehe auch 8.2.2). Dagegen wurden Fachärzte für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie wesentlich weniger kontaktiert.

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			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	458	106	77	70	616	158	123	113
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,9 %	22,6 %	18,2 %	21,4 %	11,7 %	10,8 %	13,0 %	12,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,9 %	6,6 %	5,2 %	2,9 %	9,9 %	14,6 %	10,6 %	8,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	47,6 %	44,3 %	39,0 %	25,7 %	47,1 %	44,9 %	30,9 %	46,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,8 %	15,1 %	5,2 %	8,6 %	9,1 %	7,6 %	5,7 %	7,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,3 %	1,9 %	2,6 %	2,9 %	2,6 %	3,8 %	0,8 %	1,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,3 %	3,8 %	2,6 %	2,9 %	3,9 %	3,2 %	1,6 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,3 %	28,3 %	23,4 %	27,1 %	23,4 %	27,2 %	23,6 %	22,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,0 %	34,9 %	39,0 %	45,7 %	37,5 %	35,4 %	49,6 %	39,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	205	51	39	29	295	100	70	60
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								

• PIA (A)	28,3 %	29,4 %	25,6 %	10,3 %	13,2 %	12,0 %	15,7 %	11,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,9 %	5,9 %	10,3 %	6,9 %	12,9 %	21,0 %	14,3 %	8,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	46,3 %	51,0 %	38,5 %	37,9 %	44,4 %	47,0 %	35,7 %	51,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,2 %	15,7 %	10,3 %	6,9 %	8,5 %	8,0 %	5,7 %	6,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,4 %	3,9 %	5,1 %	0,0 %	3,1 %	5,0 %	0,0 %	1,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,9 %	5,9 %	0,0 %	3,4 %	4,4 %	4,0 %	2,9 %	5,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,6 %	37,3 %	35,9 %	17,2 %	27,8 %	36,0 %	28,6 %	21,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	26,8 %	27,5 %	30,8 %	44,8 %	35,9 %	30,0 %	41,4 %	36,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	88	25	18	13	125	52	37	27
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	34,1 %	40,0 %	33,3 %	15,4 %	15,2 %	17,3 %	13,5 %	14,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,7 %	4,0 %	16,7 %	15,4 %	10,4 %	26,9 %	16,2 %	11,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	42,0 %	44,0 %	27,8 %	46,2 %	45,6 %	51,9 %	29,7 %	55,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,2 %	16,0 %	11,1 %	15,4 %	5,6 %	7,7 %	5,4 %	7,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,0 %	8,0 %	5,6 %	0,0 %	2,4 %	7,7 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	4,0 %	0,0 %	7,7 %	5,6 %	1,9 %	0,0 %	3,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,5 %	48,0 %	44,4 %	30,8 %	28,0 %	48,1 %	29,7 %	25,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	22,7 %	32,0 %	27,8 %	23,1 %	37,6 %	28,8 %	45,9 %	33,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <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	406	98	67	63	566	138	110	101
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	31,3 %	30,6 %	32,8 %	34,9 %	19,1 %	17,4 %	23,6 %	21,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,6 %	10,2 %	9,0 %	4,8 %	18,0 %	21,0 %	18,2 %	15,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,4 %	66,3 %	62,7 %	46,0 %	70,3 %	65,9 %	59,1 %	72,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,3 %	30,6 %	22,4 %	17,5 %	25,1 %	26,1 %	16,4 %	21,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,9 %	7,1 %	9,0 %	14,3 %	8,8 %	8,0 %	2,7 %	6,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,9 %	8,2 %	11,9 %	7,9 %	7,6 %	8,0 %	6,4 %	9,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,1 %	42,9 %	41,8 %	47,6 %	40,3 %	41,3 %	40,9 %	41,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,6 %	16,3 %	16,4 %	20,6 %	16,1 %	12,3 %	25,5 %	11,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	186	50	33	27	271	85	62	51
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	36,6 %	38,0 %	42,4 %	25,9 %	21,0 %	18,8 %	27,4 %	27,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,5 %	14,0 %	15,2 %	11,1 %	24,7 %	28,2 %	25,8 %	13,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	72,0 %	74,0 %	69,7 %	66,7 %	74,2 %	67,1 %	69,4 %	80,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	36,0 %	38,0 %	30,3 %	14,8 %	24,7 %	30,6 %	11,3 %	25,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,5 %	10,0 %	18,2 %	18,5 %	12,2 %	9,4 %	3,2 %	5,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,6 %	10,0 %	6,1 %	7,4 %	8,1 %	9,4 %	4,8 %	13,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,9 %	56,0 %	57,6 %	44,4 %	49,8 %	51,8 %	51,6 %	45,1 %

- kein Kontakt in 30 Tagen	8,6 %	8,0 %	9,1 %	14,8 %	10,0 %	7,1 %	19,4 %	5,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	79	24	14	13	117	43	32	21
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	41,8 %	54,2 %	64,3 %	30,8 %	28,2 %	23,3 %	28,1 %	23,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,0 %	16,7 %	21,4 %	23,1 %	25,6 %	32,6 %	34,4 %	19,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	73,4 %	75,0 %	57,1 %	69,2 %	76,1 %	76,7 %	75,0 %	90,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	36,7 %	29,2 %	21,4 %	23,1 %	22,2 %	32,6 %	15,6 %	38,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,5 %	12,5 %	21,4 %	30,8 %	10,3 %	11,6 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,9 %	8,3 %	0,0 %	15,4 %	8,5 %	4,7 %	3,1 %	19,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,3 %	70,8 %	78,6 %	61,5 %	56,4 %	62,8 %	59,4 %	42,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,9 %	12,5 %	7,1 %	7,7 %	5,1 %	7,0 %	15,6 %	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			
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	361	86	48	49	502	113	90	84
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	34,3 %	41,9 %	35,4 %	46,9 %	24,5 %	20,4 %	24,4 %	32,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,2 %	18,6 %	16,7 %	20,4 %	26,9 %	29,2 %	27,8 %	23,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,1 %	84,9 %	79,2 %	71,4 %	84,5 %	85,0 %	80,0 %	92,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,4 %	46,5 %	39,6 %	49,0 %	50,4 %	51,3 %	40,0 %	34,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,5 %	15,1 %	12,5 %	18,4 %	14,1 %	14,2 %	7,8 %	14,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,6 %	19,8 %	14,6 %	12,2 %	13,7 %	17,7 %	15,6 %	14,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,5 %	58,1 %	47,9 %	67,3 %	54,8 %	50,4 %	48,9 %	60,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,7 %	2,3 %	8,3 %	4,1 %	6,4 %	3,5 %	5,6 %	2,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	163	45	24	22	242	72	47	41
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	42,3 %	48,9 %	45,8 %	45,5 %	28,5 %	25,0 %	29,8 %	41,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	27,0 %	26,7 %	25,0 %	36,4 %	36,4 %	34,7 %	40,4 %	26,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	89,0 %	91,1 %	91,7 %	81,8 %	88,0 %	84,7 %	87,2 %	97,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,7 %	57,8 %	37,5 %	59,1 %	54,5 %	56,9 %	29,8 %	43,9 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	19,6 %	20,0 %	20,8 %	22,7 %	17,4 %	15,3 %	8,5 %	12,2 %
	11,7 %	17,8 %	4,2 %	13,6 %	14,9 %	20,8 %	19,1 %	19,5 %
	66,9 %	73,3 %	62,5 %	72,7 %	68,6 %	59,7 %	61,7 %	70,7 %
	3,7 %	0,0 %	4,2 %	4,5 %	3,3 %	0,0 %	2,1 %	0,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	71	22	12	13	100	38	24	15
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	52,1 %	63,6 %	66,7 %	46,2 %	32,0 %	28,9 %	29,2 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,8 %	27,3 %	33,3 %	53,8 %	41,0 %	36,8 %	45,8 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	90,1 %	100,0 %	100,0 %	84,6 %	88,0 %	92,1 %	83,3 %	100,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	54,9 %	54,5 %	41,7 %	61,5 %	53,0 %	65,8 %	29,2 %	46,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	18,3 %	22,7 %	25,0 %	30,8 %	13,0 %	18,4 %	4,2 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,1 %	22,7 %	0,0 %	15,4 %	13,0 %	21,1 %	25,0 %	33,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	78,9 %	86,4 %	83,3 %	76,9 %	75,0 %	68,4 %	70,8 %	60,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,8 %	0,0 %	0,0 %	7,7 %	2,0 %	0,0 %	4,2 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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	496	317	286	285	949	507	383	373
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	31,5 %	52,1 %	41,6 %	38,2 %	26,8 %	27,6 %	27,2 %	27,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,6 %	0,3 %	3,1 %	2,1 %	7,8 %	6,5 %	5,5 %	5,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	34,7 %	28,1 %	35,7 %	31,9 %	39,7 %	35,5 %	31,3 %	38,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,3 %	6,9 %	9,1 %	7,0 %	7,2 %	7,5 %	9,9 %	8,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,8 %	0,3 %	1,7 %	0,7 %	2,5 %	3,6 %	1,8 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,5 %	3,8 %	2,1 %	3,2 %	3,2 %	4,1 %	1,8 %	1,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,5 %	52,7 %	46,5 %	41,1 %	35,8 %	35,1 %	33,4 %	34,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,5 %	32,5 %	27,3 %	37,5 %	37,3 %	39,3 %	42,3 %	39,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	427	292	262	258	833	457	338	337
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	34,4 %	55,1 %	44,7 %	41,1 %	29,4 %	29,1 %	29,0 %	29,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,6 %	0,3 %	2,7 %	2,3 %	8,0 %	7,2 %	6,2 %	5,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	34,9 %	26,4 %	35,9 %	31,4 %	39,9 %	34,8 %	30,8 %	38,0 %

• anderen Vertragsärzten (D) ³	6,6 %	6,8 %	9,2 %	7,0 %	7,8 %	7,9 %	10,4 %	8,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,9 %	0,3 %	1,9 %	0,8 %	2,8 %	3,9 %	2,1 %	4,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,5 %	3,8 %	2,3 %	3,1 %	3,1 %	4,4 %	1,8 %	1,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,2 %	55,8 %	49,2 %	44,2 %	38,8 %	37,4 %	36,1 %	36,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,1 %	31,8 %	24,8 %	35,7 %	35,2 %	38,1 %	40,5 %	38,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	266	208	199	178	535	317	238	245
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	39,5 %	58,7 %	50,8 %	44,4 %	32,9 %	35,6 %	33,6 %	35,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,0 %	0,0 %	2,5 %	2,8 %	7,9 %	8,2 %	5,9 %	4,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,8 %	26,0 %	33,2 %	30,9 %	40,2 %	36,9 %	34,9 %	42,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,5 %	5,3 %	10,6 %	7,3 %	7,9 %	9,1 %	11,3 %	9,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,9 %	0,5 %	1,5 %	0,6 %	2,4 %	3,8 %	2,5 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,8 %	3,4 %	2,0 %	3,4 %	2,8 %	3,5 %	2,1 %	1,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,1 %	59,1 %	54,8 %	47,8 %	41,5 %	44,2 %	40,8 %	42,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,7 %	30,3 %	22,6 %	32,6 %	34,6 %	33,4 %	35,7 %	31,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
---------	----	----

Ambulanter Kontakt innerhalb von <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	408	263	244	247	782	395	328	299
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	49,5 %	67,7 %	59,8 %	60,3 %	44,6 %	50,4 %	49,1 %	48,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,4 %	1,1 %	5,3 %	4,0 %	15,3 %	14,4 %	14,6 %	12,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	62,5 %	54,0 %	63,1 %	57,1 %	62,8 %	63,0 %	61,0 %	64,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	23,0 %	21,3 %	25,8 %	21,5 %	21,0 %	21,8 %	25,6 %	25,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,7 %	2,7 %	4,5 %	2,0 %	6,0 %	7,6 %	4,6 %	7,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,0 %	9,5 %	6,6 %	6,9 %	6,5 %	7,3 %	5,8 %	5,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,2 %	69,2 %	67,6 %	63,6 %	59,6 %	64,3 %	63,4 %	59,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,5 %	9,9 %	8,6 %	15,0 %	14,3 %	12,9 %	14,3 %	13,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	344	242	224	224	683	355	292	269
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	55,5 %	71,5 %	64,3 %	64,3 %	49,0 %	52,1 %	51,7 %	52,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,5 %	1,2 %	4,9 %	4,5 %	16,7 %	15,8 %	15,8 %	13,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	62,5 %	52,1 %	63,4 %	57,6 %	63,0 %	62,8 %	61,6 %	62,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	24,1 %	21,5 %	24,6 %	22,3 %	22,5 %	22,3 %	26,7 %	25,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,1 %	2,9 %	4,9 %	2,2 %	6,7 %	8,5 %	5,1 %	8,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,3 %	9,1 %	6,7 %	7,1 %	6,7 %	7,6 %	5,8 %	5,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,9 %	73,1 %	71,9 %	67,9 %	65,2 %	67,3 %	67,1 %	65,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,4 %	9,5 %	7,1 %	12,5 %	12,4 %	12,4 %	12,3 %	13,0 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	210	178	170	158	444	250	213	199
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	64,3 %	76,4 %	68,2 %	70,3 %	54,7 %	60,0 %	60,1 %	59,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,7 %	1,1 %	4,7 %	4,4 %	17,3 %	16,0 %	16,9 %	11,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	65,2 %	52,2 %	61,8 %	58,9 %	65,3 %	67,2 %	66,2 %	65,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,5 %	23,0 %	24,1 %	24,1 %	24,3 %	25,6 %	30,0 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	2,8 %	5,3 %	1,3 %	6,8 %	6,8 %	5,6 %	9,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,3 %	8,4 %	7,6 %	6,3 %	6,3 %	8,0 %	6,1 %	7,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,0 %	78,1 %	75,3 %	74,1 %	70,7 %	73,6 %	76,1 %	70,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,7 %	9,6 %	7,1 %	10,1 %	10,6 %	6,8 %	8,9 %	8,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr

Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	309	190	178	173	590	289	221	217
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	62,5 %	78,9 %	71,9 %	68,8 %	53,1 %	60,9 %	63,8 %	61,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,7 %	4,7 %	8,4 %	9,2 %	22,5 %	20,4 %	19,9 %	18,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,8 %	78,4 %	82,0 %	74,0 %	80,0 %	84,8 %	86,9 %	82,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	44,3 %	43,7 %	41,6 %	43,9 %	43,1 %	41,5 %	49,8 %	43,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,8 %	5,8 %	7,9 %	4,0 %	10,2 %	11,8 %	6,3 %	9,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,4 %	14,2 %	16,9 %	14,5 %	12,5 %	13,5 %	12,2 %	13,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,6 %	82,1 %	79,8 %	76,3 %	72,5 %	75,8 %	79,6 %	75,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,9 %	3,7 %	3,4 %	5,8 %	6,1 %	4,5 %	3,2 %	5,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	260	175	164	155	516	260	201	197
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	67,7 %	82,3 %	74,4 %	72,3 %	57,6 %	64,6 %	65,2 %	64,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,7 %	5,1 %	7,9 %	9,7 %	24,4 %	21,9 %	21,4 %	20,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,5 %	77,1 %	81,7 %	76,1 %	80,6 %	85,4 %	87,1 %	80,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	45,8 %	42,9 %	40,2 %	43,9 %	43,8 %	43,1 %	51,2 %	44,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,3 %	6,3 %	8,5 %	4,5 %	11,4 %	13,1 %	7,0 %	10,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,6 %	14,3 %	17,1 %	15,5 %	13,0 %	13,8 %	12,4 %	13,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,5 %	85,7 %	81,7 %	80,0 %	78,5 %	80,4 %	82,1 %	79,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,3 %	3,4 %	3,0 %	3,9 %	4,5 %	3,8 %	3,0 %	5,6 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	162	130	127	113	323	174	154	144
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	76,5 %	86,9 %	79,5 %	74,3 %	65,9 %	73,0 %	72,1 %	72,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,8 %	5,4 %	7,9 %	9,7 %	24,5 %	21,3 %	20,8 %	19,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,7 %	81,5 %	80,3 %	79,6 %	85,1 %	89,1 %	89,6 %	81,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	51,2 %	44,6 %	41,7 %	47,8 %	45,2 %	43,7 %	53,2 %	47,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,4 %	6,2 %	9,4 %	3,5 %	11,1 %	12,6 %	8,4 %	12,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,8 %	13,1 %	16,5 %	15,0 %	13,9 %	15,5 %	11,7 %	15,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	85,8 %	90,0 %	85,8 %	81,4 %	85,1 %	86,2 %	88,3 %	85,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,3 %	3,1 %	2,7 %	2,8 %	2,3 %	1,9 %	3,5 %

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

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

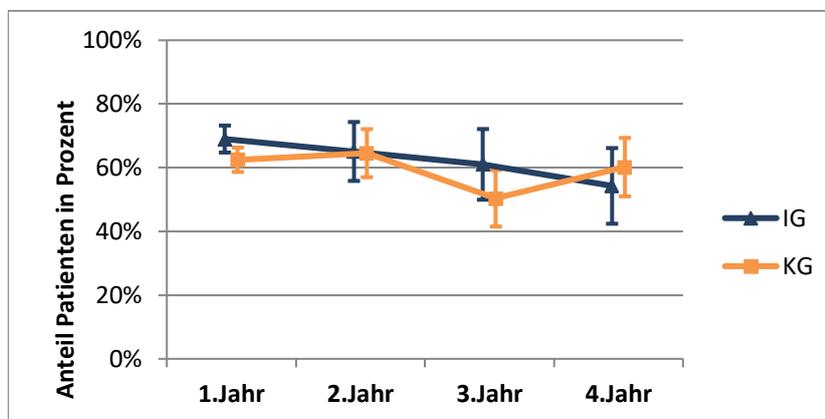
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

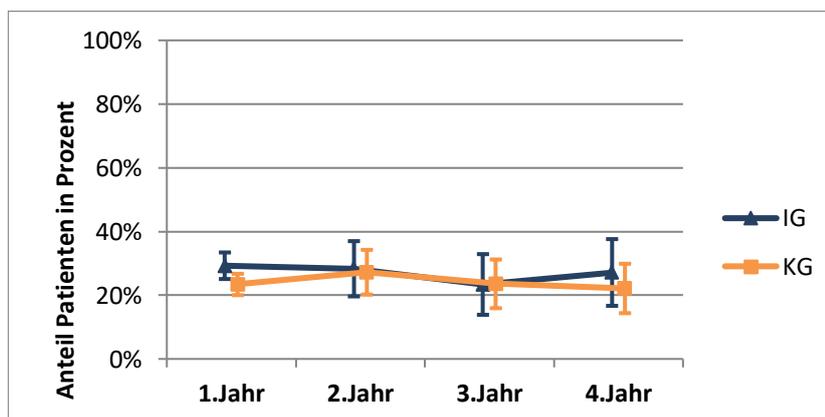
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



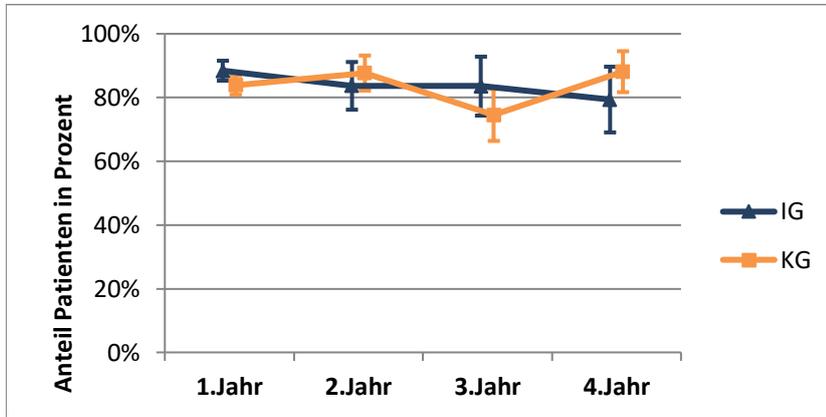
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



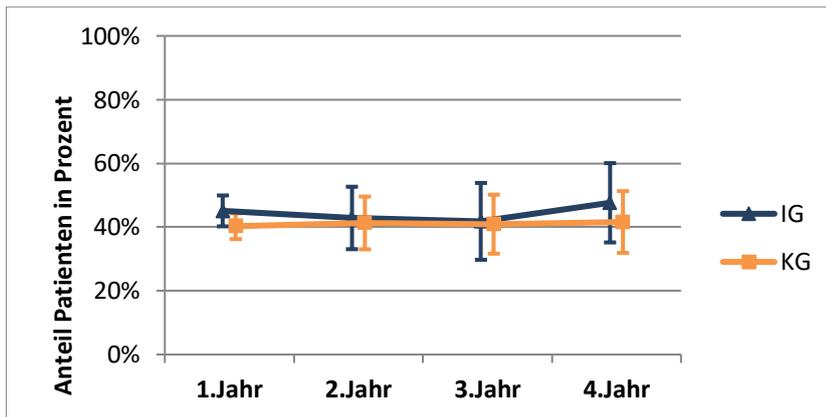
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



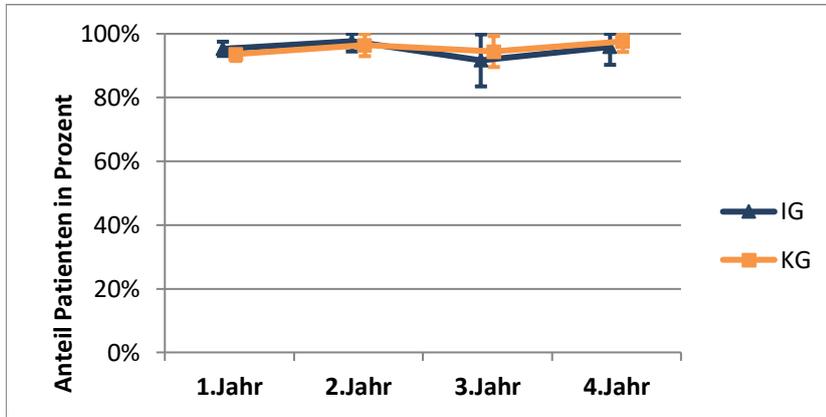
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



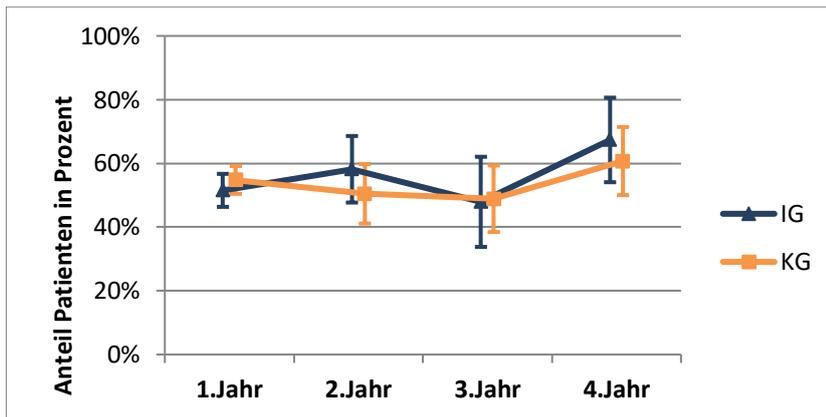
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

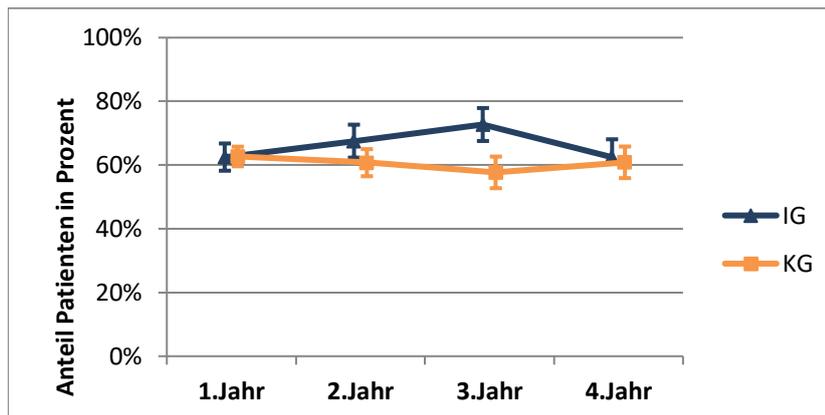
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

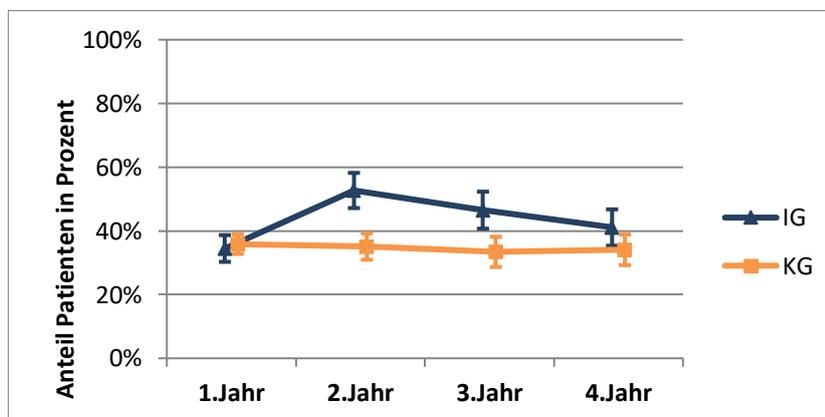
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



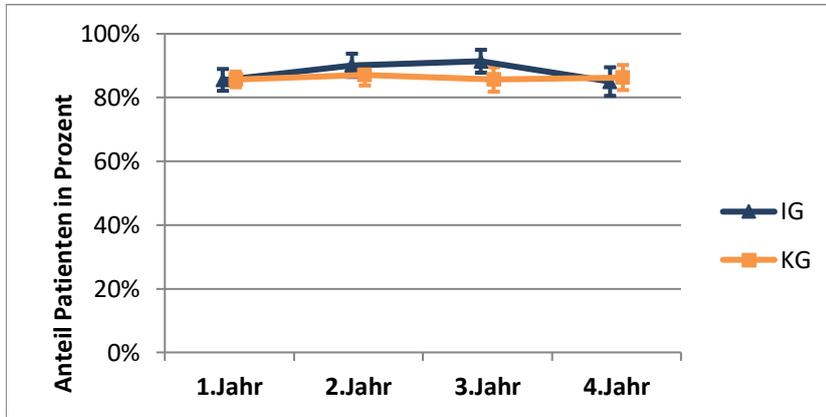
- Alle (psychiatrischer Sektor)



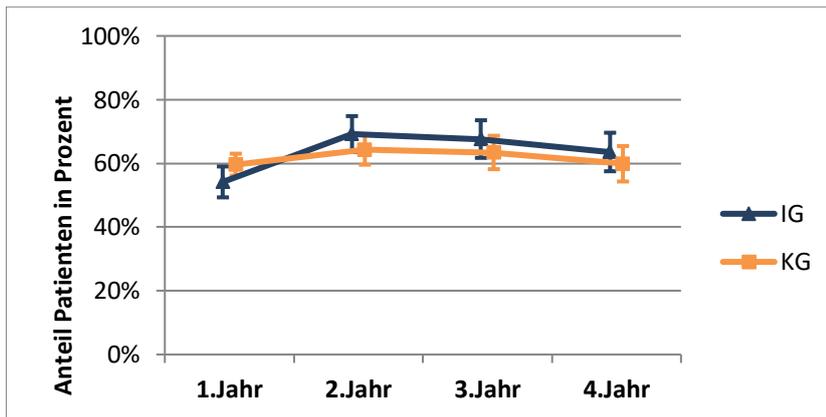
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



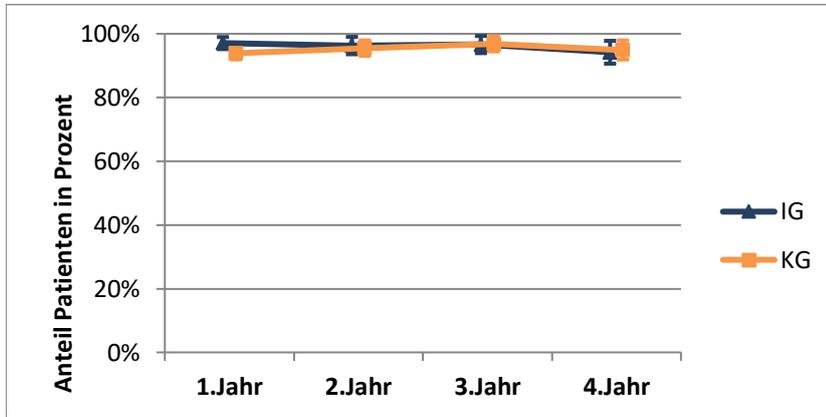
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

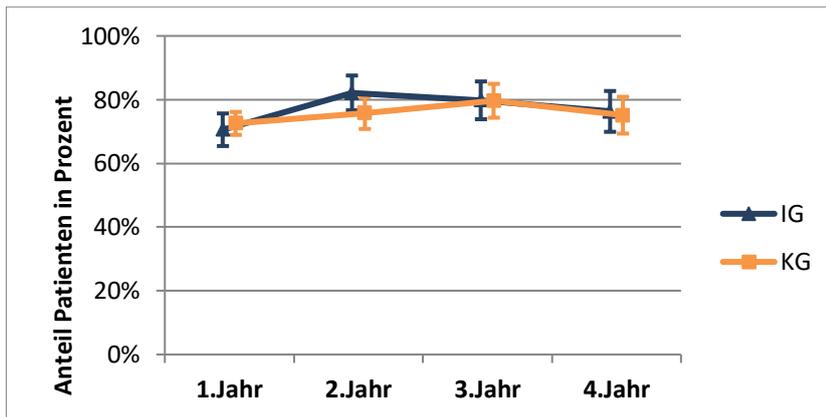


Tabelle 19: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	1,42* 1,05...1,92	1,19 0,89...1,58	0,84 0,61...1,14
Gruppe Jahr 2	1,46 0,77...2,78	1,43 0,76...2,67	2,09* 1,05...4,18
Gruppe Jahr 3	1,35 0,58...3,10	1,36 0,62...2,98	1,01 0,42...2,47
Gruppe Jahr 4	0,98 0,45...2,16	1,28 0,64...2,56	1,49 0,65...3,40

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	0,84 0,64...1,09	0,70* 0,52...0,95	0,83 0,56...1,23
Gruppe Jahr 2	1,59** 1,13...2,23	0,85 0,56...1,28	0,86 0,47...1,56
Gruppe Jahr 3	1,35 0,92...1,99	0,85 0,54...1,33	0,74 0,40...1,37
Gruppe Jahr 4	1,20 0,81...1,77	0,90 0,56...1,44	0,66 0,35...1,24

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	1.724	2.395
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	27,4 %	9,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,8 %	10,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	47,7 %	47,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,1 %	9,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,9 %	4,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,4 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,9 %	24,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	30,0 %	35,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	816	1.135
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	31,4 %	10,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,5 %	16,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	46,9 %	46,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,9 %	10,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,8 %	5,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,5 %	30,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	26,5 %	32,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	349	470
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	32,7 %	10,4 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,0 %	17,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	45,3 %	46,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,9 %	10,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,7 %	5,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,0 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	44,1 %	32,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	24,6 %	31,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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	1.565	2.231
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	35,1 %	16,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,4 %	19,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	70,4 %	69,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,6 %	25,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,9 %	11,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,7 %	6,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,7 %	41,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,6 %	15,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	734	1.058
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	38,8 %	17,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,9 %	28,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,9 %	71,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,8 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,4 %	14,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,0 %	6,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,7 %	50,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,4 %	10,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	317	442
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	41,6 %	20,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,9 %	32,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,9 %	72,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,4 %	34,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,9 %	13,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,3 %	7,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,8 %	54,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,5 %	8,8 %

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 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	1.390	2.001
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	37,1 %	20,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,2 %	28,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,7 %	83,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	46,8 %	48,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,5 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,5 %	11,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,7 %	53,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,9 %	7,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	630	931
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	41,1 %	21,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	28,3 %	40,9 %

<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	89,0 %	86,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,4 %	67,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,5 %	3,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	272	377
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) 	45,2 %	22,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,3 %	70,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,2 %	3,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

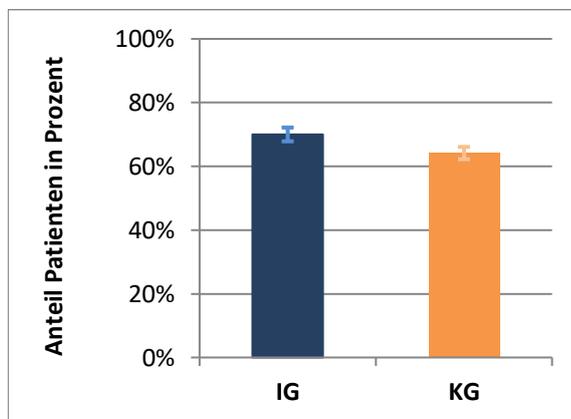
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

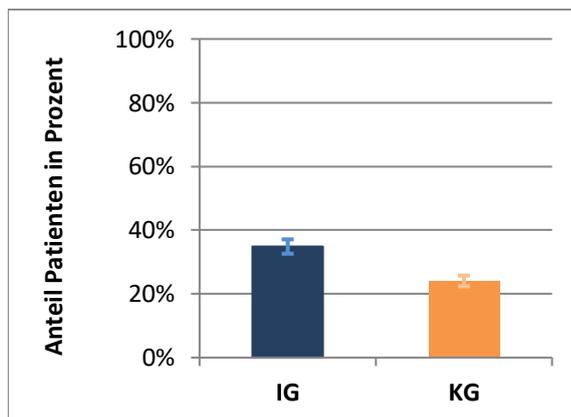
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

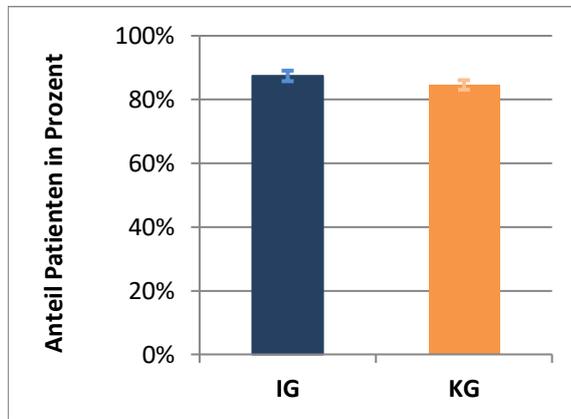
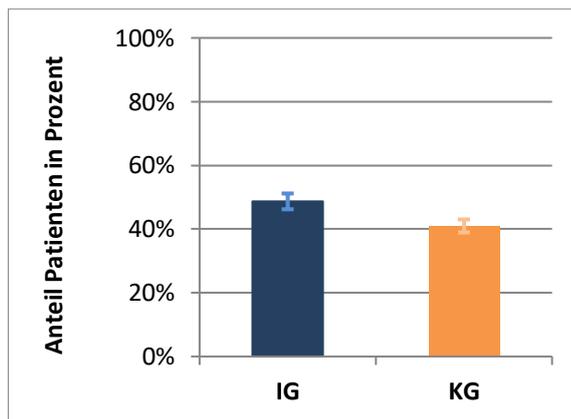
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

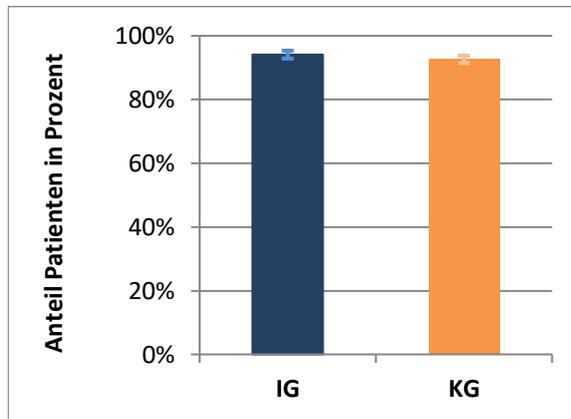
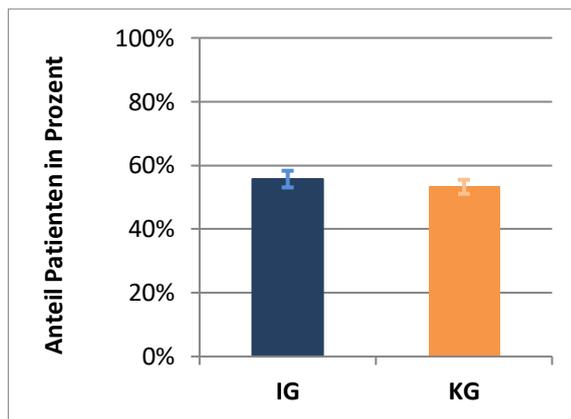
- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Klinikneue Patienten**Kontakt innerhalb von 30 Tagen****- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

Klinikneue Patienten**Kontakt innerhalb von 90 Tagen****- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.328	294	1.829	425
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,8 %	27,9 %	9,8 %	12,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,4 %	6,1 %	10,9 %	11,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	47,5 %	42,9 %	47,1 %	38,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,5 %	11,2 %	9,2 %	6,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,0 %	5,4 %	4,8 %	4,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	3,4 %	2,7 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,0 %	36,1 %	24,3 %	26,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,5 %	31,6 %	36,4 %	42,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	622	149	878	225
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,6 %	34,2 %	10,1 %	13,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,8 %	8,7 %	15,5 %	16,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	46,8 %	46,3 %	46,0 %	40,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,1 %	14,1 %	10,6 %	7,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,9 %	6,7 %	5,7 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	4,0 %	2,5 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,4 %	45,6 %	29,6 %	34,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	24,9 %	22,1 %	33,8 %	36,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	266	75	370	121
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	35,3 %	38,7 %	10,5 %	18,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,0 %	12,0 %	17,8 %	23,1 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	44,7 %	42,7 %	46,5 %	43,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,5 %	17,3 %	10,0 %	6,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,0 %	5,3 %	5,9 %	6,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	2,7 %	2,4 %	1,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,9 %	52,0 %	32,2 %	43,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	23,7 %	24,0 %	33,5 %	33,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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 %)				
	1.202	259	1.699	379
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit				
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	35,4 %	37,5 %	17,1 %	20,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,2 %	13,5 %	19,8 %	17,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	70,5 %	67,6 %	69,7 %	63,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,2 %	30,9 %	24,8 %	21,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,5 %	12,0 %	11,4 %	10,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,2 %	5,8 %	6,2 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,5 %	53,3 %	42,0 %	42,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,3 %	10,4 %	15,5 %	16,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	560	137	819	199
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	41,4 %	43,1 %	17,5 %	21,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,9 %	17,5 %	27,7 %	24,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,6 %	72,3 %	71,9 %	63,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	32,0 %	33,6 %	28,4 %	24,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,8 %	15,3 %	14,3 %	13,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,6 %	7,3 %	6,0 %	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,7 %	64,2 %	50,8 %	52,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,9 %	6,6 %	11,0 %	13,1 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	242	64	349	104
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	45,5 %	45,3 %	20,6 %	24,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,0 %	25,0 %	32,4 %	31,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	72,7 %	73,4 %	72,8 %	67,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	37,6 %	35,9 %	32,1 %	26,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,0 %	14,1 %	13,5 %	12,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,0 %	6,3 %	6,6 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,0 %	73,4 %	56,2 %	60,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,4 %	10,9 %	8,6 %	11,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	1.049	213	1.515	302
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	36,6 %	45,1 %	21,1 %	26,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,2 %	22,5 %	29,0 %	26,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,4 %	87,3 %	83,5 %	79,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	48,2 %	49,3 %	48,5 %	43,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,3 %	18,8 %	16,6 %	14,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,7 %	14,1 %	12,0 %	12,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,8 %	65,3 %	54,6 %	54,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,2 %	1,9 %	7,3 %	7,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	470	111	716	158
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	43,2 %	50,5 %	22,6 %	27,8 %

<ul style="list-style-type: none"> • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	27,4 %	29,7 %	40,9 %	35,4 %
	87,2 %	90,1 %	87,0 %	83,5 %
	54,5 %	55,0 %	54,6 %	50,6 %
	22,3 %	25,2 %	20,5 %	19,0 %
	10,6 %	13,5 %	12,3 %	12,0 %
	68,7 %	76,6 %	68,0 %	65,8 %
	3,8 %	0,9 %	3,6 %	1,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	201	51	299	86
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	48,3 %	52,9 %	22,7 %	30,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,3 %	33,3 %	48,2 %	43,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	90,0 %	94,1 %	86,6 %	84,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,7 %	51,0 %	57,9 %	58,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,4 %	23,5 %	17,4 %	17,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,9 %	15,7 %	13,0 %	11,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,1 %	82,4 %	72,6 %	73,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	2,0 %	4,0 %	1,2 %

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 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:

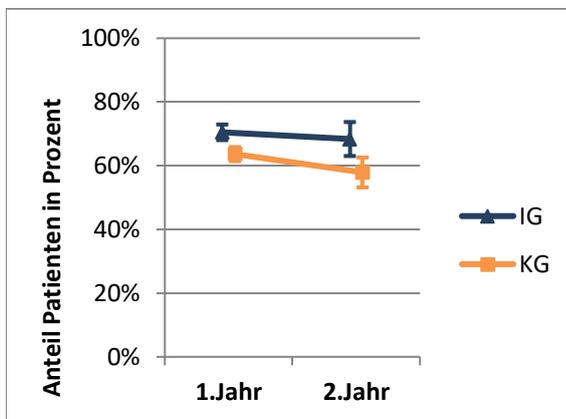
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

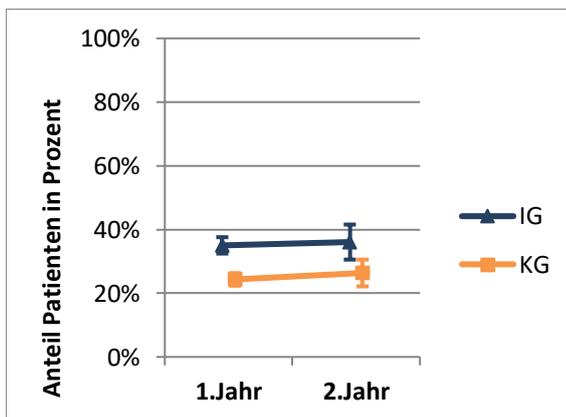
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



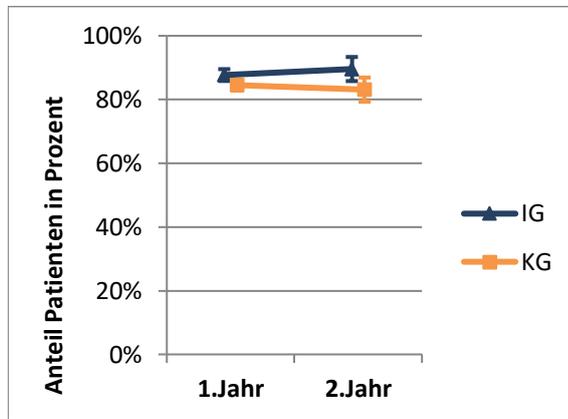
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



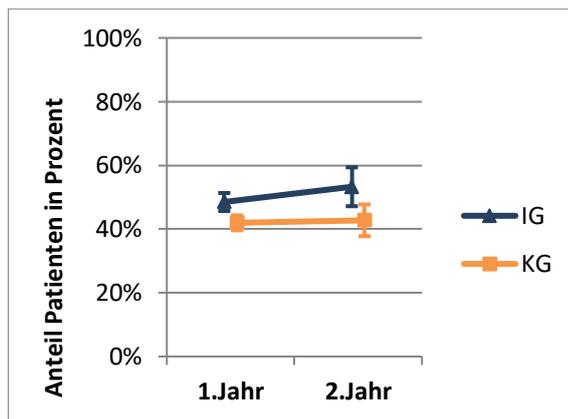
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



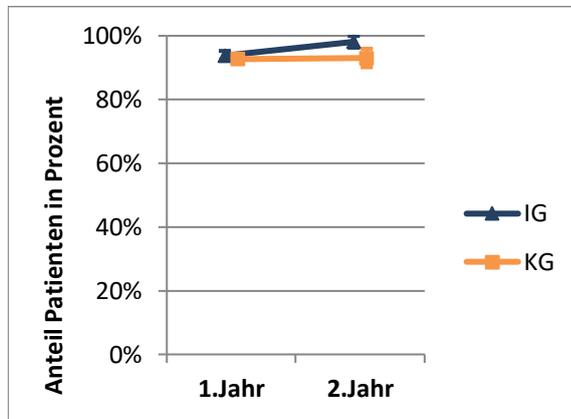
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

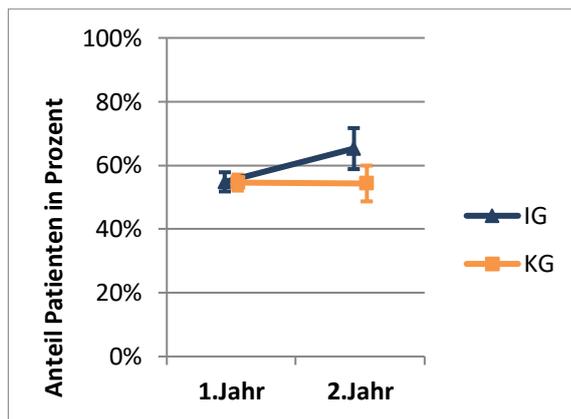


Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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	1,69*** 1,43...2,00	1,25** 1,07...1,48	0,96 0,80...1,15
Gruppe Jahr 2	1,59* 1,12...2,27	1,55* 1,08...2,22	1,73* 1,14...2,63

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	881	195	143	1.244	296	268
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	25,9 %	23,1 %	21,7 %	10,0 %	12,5 %	12,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,3 %	6,7 %	4,2 %	11,3 %	12,8 %	8,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	48,2 %	46,7 %	33,6 %	46,5 %	40,9 %	35,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,8 %	12,3 %	7,7 %	8,9 %	7,1 %	4,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,3 %	3,6 %	2,8 %	3,9 %	4,4 %	2,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,0 %	4,1 %	3,5 %	3,0 %	2,4 %	3,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,6 %	30,8 %	26,6 %	24,2 %	27,7 %	22,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	30,1 %	33,8 %	38,5 %	37,1 %	39,2 %	48,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	407	98	71	591	161	163
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						

• PIA (A)	32,7 %	29,6 %	28,2 %	10,5 %	13,0 %	15,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,7 %	9,2 %	7,0 %	14,7 %	19,3 %	9,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	46,9 %	52,0 %	35,2 %	44,5 %	42,9 %	33,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,1 %	16,3 %	11,3 %	9,5 %	6,8 %	5,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,2 %	5,1 %	4,2 %	4,6 %	6,2 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	4,1 %	2,8 %	3,0 %	3,1 %	4,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,8 %	40,8 %	36,6 %	28,3 %	35,4 %	26,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	25,1 %	24,5 %	31,0 %	35,4 %	33,5 %	46,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	175	50	29	262	94	78
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	32,0 %	36,0 %	27,6 %	9,5 %	17,0 %	14,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,1 %	12,0 %	13,8 %	16,8 %	25,5 %	11,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	44,6 %	50,0 %	24,1 %	45,0 %	43,6 %	29,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,1 %	22,0 %	13,8 %	7,6 %	6,4 %	5,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,3 %	8,0 %	6,9 %	5,0 %	8,5 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	2,0 %	3,4 %	2,7 %	2,1 %	6,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,3 %	52,0 %	41,4 %	30,2 %	45,7 %	25,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	25,1 %	24,0 %	34,5 %	35,5 %	30,9 %	51,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	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	794	173	127	1.151	261	228
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	33,2 %	34,1 %	32,3 %	16,9 %	19,9 %	23,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,3 %	14,5 %	10,2 %	20,6 %	19,9 %	17,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	70,7 %	69,9 %	60,6 %	69,8 %	64,8 %	63,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,8 %	31,2 %	23,6 %	24,8 %	23,0 %	17,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,4 %	10,4 %	10,2 %	10,2 %	10,3 %	6,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,1 %	6,4 %	10,2 %	6,5 %	7,3 %	6,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,3 %	51,4 %	44,9 %	42,0 %	44,1 %	42,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,4 %	12,7 %	13,4 %	15,6 %	16,1 %	22,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	365	92	63	551	140	138
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	40,3 %	40,2 %	39,7 %	17,8 %	20,7 %	26,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,2 %	19,6 %	17,5 %	27,6 %	27,1 %	21,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,5 %	76,1 %	65,1 %	72,8 %	65,7 %	67,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	34,2 %	37,0 %	31,7 %	27,8 %	25,0 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,7 %	14,1 %	17,5 %	13,1 %	12,1 %	8,7 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	7,7 %	7,6 %	7,9 %	6,0 %	7,9 %	5,8 %
	58,9 %	63,0 %	60,3 %	49,9 %	52,9 %	49,3 %
	10,1 %	7,6 %	4,8 %	10,3 %	10,7 %	18,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	156	44	24	249	80	62
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) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	41,0 %	43,2 %	50,0 %	20,1 %	23,8 %	27,4 %
	18,6 %	25,0 %	20,8 %	32,5 %	35,0 %	27,4 %
	73,7 %	75,0 %	54,2 %	72,7 %	70,0 %	80,6 %
	39,1 %	38,6 %	33,3 %	29,3 %	26,3 %	21,0 %
	14,1 %	18,2 %	29,2 %	12,9 %	13,8 %	3,2 %
	7,1 %	6,8 %	4,2 %	6,0 %	5,0 %	8,1 %
	60,9 %	75,0 %	79,2 %	55,4 %	62,5 %	54,8 %
	9,0 %	11,4 %	4,2 %	7,2 %	10,0 %	9,7 %

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	697	140	96	1.017	211	183
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	34,3 %	43,6 %	38,5 %	21,0 %	26,1 %	24,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,4 %	23,6 %	19,8 %	29,8 %	26,5 %	26,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,4 %	85,7 %	79,2 %	83,8 %	81,5 %	80,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	48,5 %	49,3 %	42,7 %	49,0 %	45,0 %	39,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,1 %	17,9 %	15,6 %	15,5 %	15,2 %	9,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,8 %	13,6 %	14,6 %	12,6 %	13,3 %	14,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,4 %	64,3 %	56,3 %	55,8 %	55,0 %	49,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,3 %	2,9 %	5,2 %	7,2 %	6,2 %	7,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	308	73	50	480	116	103
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	42,2 %	49,3 %	46,0 %	23,1 %	28,4 %	30,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	28,2 %	31,5 %	28,0 %	40,4 %	32,8 %	33,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	86,4 %	90,4 %	86,0 %	88,3 %	84,5 %	83,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,6 %	57,5 %	46,0 %	54,2 %	49,1 %	36,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	21,4 %	23,3 %	20,0 %	18,3 %	17,2 %	12,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,7 %	12,3 %	12,0 %	12,7 %	14,7 %	14,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,2 %	75,3 %	70,0 %	67,5 %	63,8 %	60,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,5 %	1,4 %	2,0 %	3,3 %	1,7 %	5,8 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	130	33	20	213	66	48
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	45,4 %	54,5 %	55,0 %	22,1 %	30,3 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	36,2 %	33,3 %	35,0 %	47,9 %	39,4 %	37,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,7 %	93,9 %	90,0 %	86,9 %	86,4 %	87,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	56,2 %	54,5 %	50,0 %	55,9 %	54,5 %	41,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	20,0 %	30,3 %	30,0 %	16,4 %	18,2 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,3 %	15,2 %	10,0 %	11,7 %	13,6 %	20,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,1 %	84,8 %	85,0 %	72,3 %	71,2 %	66,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,8 %	3,0 %	0,0 %	3,8 %	1,5 %	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

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	589	345	304	1.073	565	428
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,9 %	51,3 %	40,1 %	25,5 %	27,8 %	26,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,4 %	0,3 %	3,0 %	8,5 %	6,2 %	5,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,8 %	29,9 %	35,9 %	38,8 %	34,7 %	31,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,1 %	7,0 %	8,6 %	7,1 %	8,5 %	9,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,0 %	2,3 %	2,0 %	2,7 %	3,4 %	1,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,0 %	3,8 %	2,0 %	3,3 %	3,9 %	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,8 %	53,6 %	45,1 %	35,4 %	34,9 %	32,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,7 %	31,0 %	28,3 %	37,9 %	39,1 %	43,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	484	316	274	929	501	373
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	33,9 %	54,1 %	43,4 %	27,8 %	29,3 %	28,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,5 %	0,3 %	2,6 %	8,8 %	7,0 %	5,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,4 %	28,2 %	35,8 %	38,5 %	33,1 %	30,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	6,8 %	6,6 %	8,8 %	7,6 %	9,0 %	10,2 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 7 Tagen 	36,8 %	56,6 %	48,2 %	38,1 %	37,3 %	34,9 %
	35,3 %	30,7 %	25,9 %	36,3 %	38,5 %	42,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	290	219	201	570	338	256
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
<ul style="list-style-type: none"> - 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) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 7 Tagen 	39,3 %	59,4 %	50,7 %	31,8 %	34,9 %	33,2 %
	3,1 %	0,0 %	2,5 %	8,2 %	8,3 %	5,5 %
	37,2 %	27,4 %	33,3 %	39,3 %	35,5 %	34,8 %
	7,6 %	5,0 %	10,4 %	7,7 %	9,8 %	10,9 %
	2,4 %	1,8 %	1,5 %	2,6 %	3,6 %	2,3 %
	9,0 %	3,2 %	2,0 %	2,8 %	3,3 %	2,3 %
	42,4 %	60,7 %	54,7 %	40,7 %	43,5 %	39,8 %
	29,0 %	29,2 %	22,4 %	35,1 %	34,0 %	36,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
---------	----	----

Ambulanter Kontakt innerhalb von <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	490	286	261	895	442	367
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	47,3 %	66,1 %	57,5 %	42,5 %	49,1 %	48,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,7 %	1,7 %	5,0 %	15,9 %	13,1 %	13,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,3 %	55,2 %	62,8 %	61,8 %	61,3 %	59,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	22,9 %	21,3 %	24,9 %	20,8 %	22,6 %	24,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,1 %	4,9 %	5,0 %	5,9 %	7,2 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,6 %	9,8 %	6,5 %	6,4 %	7,2 %	6,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,4 %	69,2 %	65,5 %	58,0 %	61,8 %	61,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,1 %	9,4 %	9,6 %	14,7 %	13,8 %	15,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	397	261	236	768	390	322
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	53,1 %	69,7 %	62,3 %	46,4 %	51,0 %	50,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,8 %	1,9 %	4,7 %	17,3 %	14,6 %	14,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	63,7 %	53,3 %	62,7 %	61,6 %	60,3 %	59,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	24,2 %	21,1 %	23,7 %	22,4 %	23,3 %	25,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,5 %	5,4 %	5,5 %	6,6 %	8,2 %	4,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,3 %	9,6 %	6,8 %	6,8 %	7,4 %	6,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,9 %	73,2 %	70,3 %	63,2 %	65,1 %	64,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,1 %	9,2 %	8,1 %	13,3 %	13,8 %	14,0 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	232	186	172	477	266	227
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	62,9 %	76,9 %	68,0 %	53,0 %	58,3 %	59,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,3 %	2,2 %	4,7 %	18,0 %	15,4 %	15,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	65,9 %	52,7 %	61,6 %	63,9 %	64,3 %	65,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,9 %	22,0 %	23,8 %	23,9 %	25,6 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,2 %	4,3 %	5,2 %	6,7 %	6,4 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,4 %	8,6 %	7,6 %	6,3 %	7,9 %	6,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,0 %	79,0 %	75,0 %	69,4 %	71,4 %	74,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,5 %	9,1 %	7,0 %	10,7 %	8,3 %	9,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr

Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	377	204	189	682	323	249
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	58,9 %	77,9 %	70,4 %	49,9 %	59,1 %	61,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,2 %	6,4 %	9,0 %	23,9 %	18,6 %	19,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,6 %	79,4 %	81,0 %	79,0 %	84,5 %	85,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	44,0 %	44,1 %	41,8 %	42,4 %	42,1 %	49,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,9 %	6,9 %	8,5 %	10,0 %	10,8 %	5,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,8 %	15,2 %	17,5 %	12,2 %	13,0 %	13,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,8 %	82,4 %	79,4 %	70,7 %	72,8 %	76,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,2 %	3,4 %	3,7 %	6,5 %	5,0 %	4,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	301	185	173	586	284	223
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	64,8 %	81,6 %	72,8 %	54,3 %	63,0 %	63,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,0 %	7,0 %	8,7 %	26,1 %	20,4 %	20,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,1 %	77,8 %	80,3 %	79,0 %	84,5 %	84,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	46,5 %	43,2 %	40,5 %	43,2 %	43,3 %	50,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,6 %	7,6 %	9,2 %	11,3 %	12,3 %	6,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,6 %	15,7 %	17,9 %	12,8 %	13,4 %	13,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,4 %	86,5 %	81,5 %	76,8 %	77,8 %	79,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,3 %	3,2 %	3,5 %	5,1 %	4,6 %	4,0 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	179	136	129	346	186	165
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	75,4 %	86,8 %	79,1 %	64,2 %	71,0 %	70,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,5 %	7,4 %	8,5 %	25,7 %	20,4 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,7 %	81,6 %	79,8 %	84,7 %	87,6 %	88,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,3 %	44,1 %	41,1 %	44,2 %	43,0 %	52,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,3 %	7,4 %	9,3 %	11,0 %	11,8 %	7,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,3 %	14,0 %	16,3 %	13,3 %	15,6 %	13,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	84,4 %	90,4 %	86,0 %	84,7 %	83,9 %	86,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,2 %	3,1 %	2,6 %	2,7 %	2,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

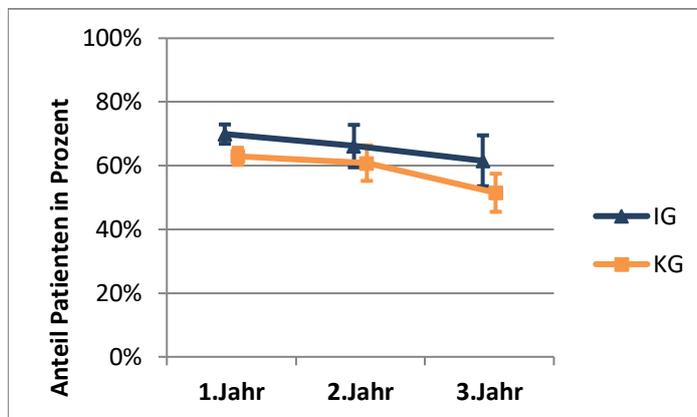
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

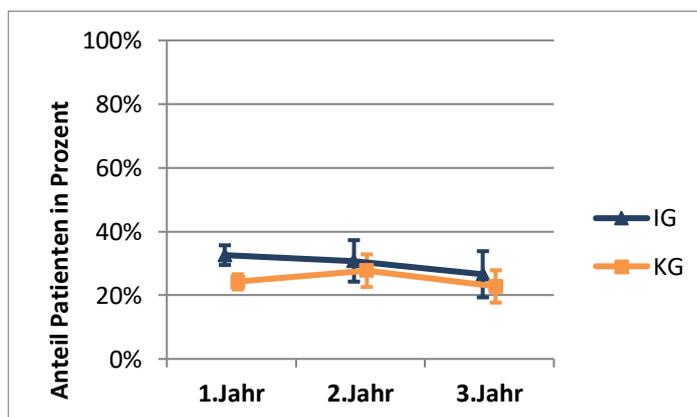
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



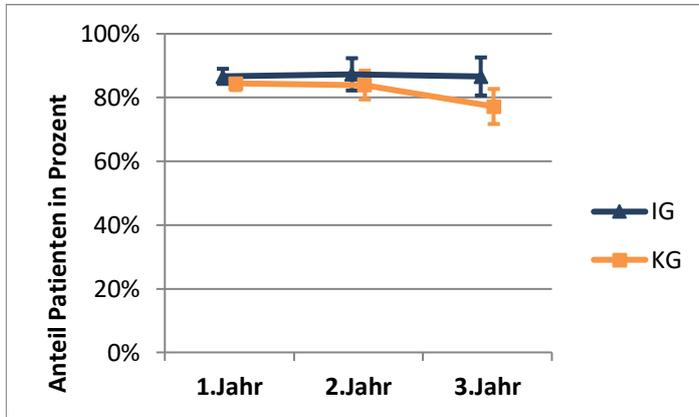
- Alle (psychiatrischer Sektor)



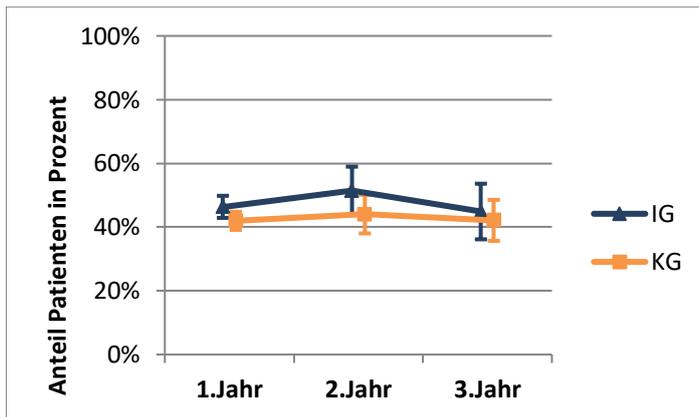
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



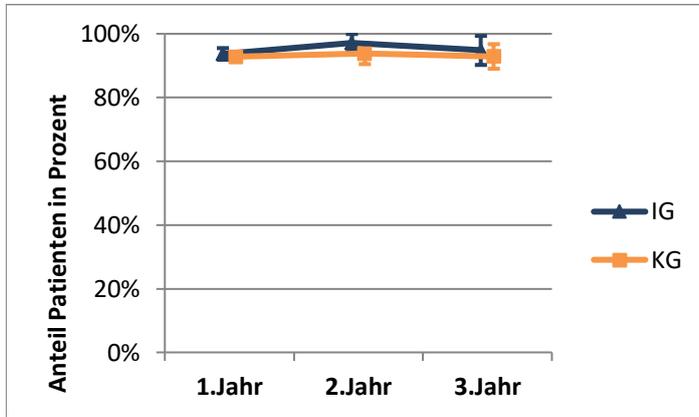
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



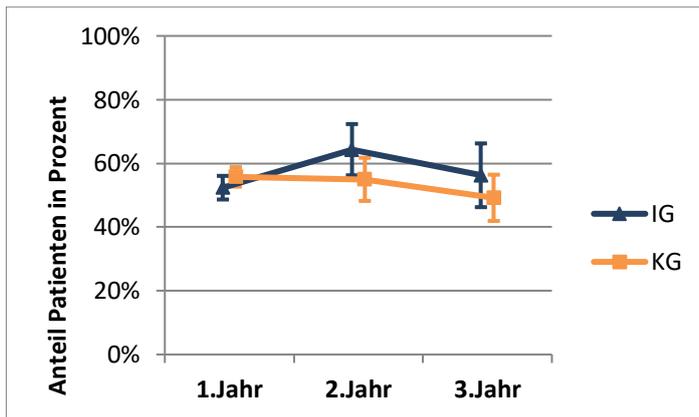
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

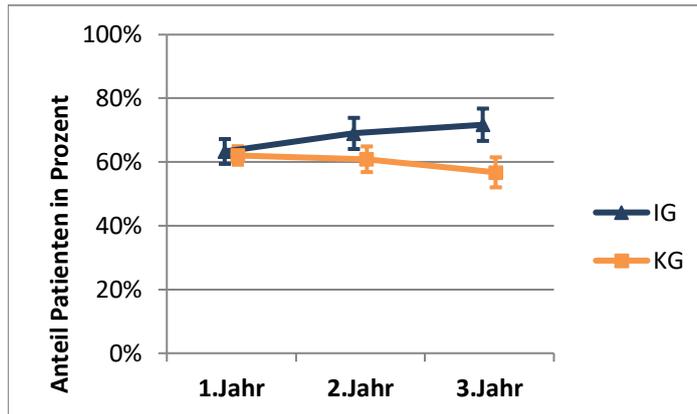
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

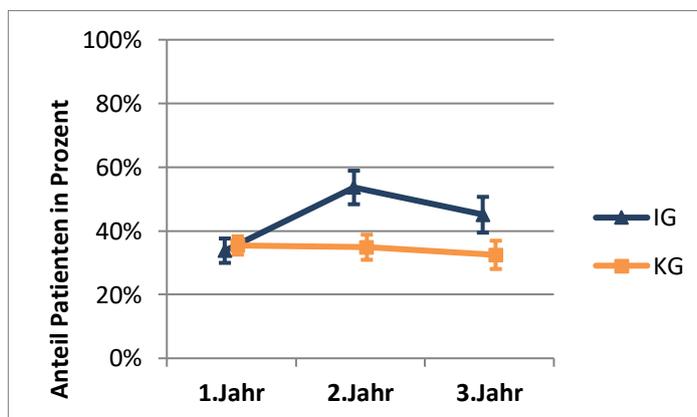
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



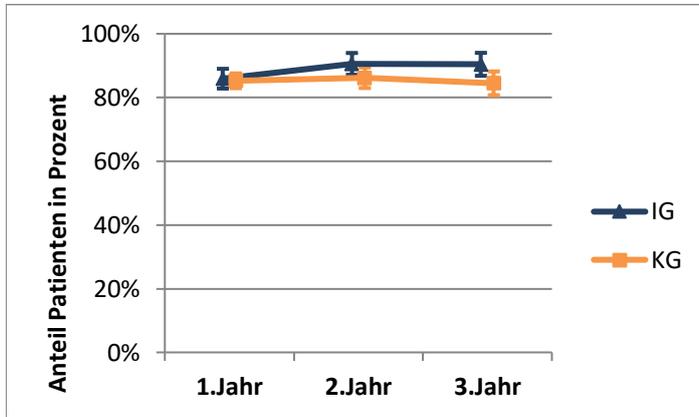
- Alle (psychiatrischer Sektor)



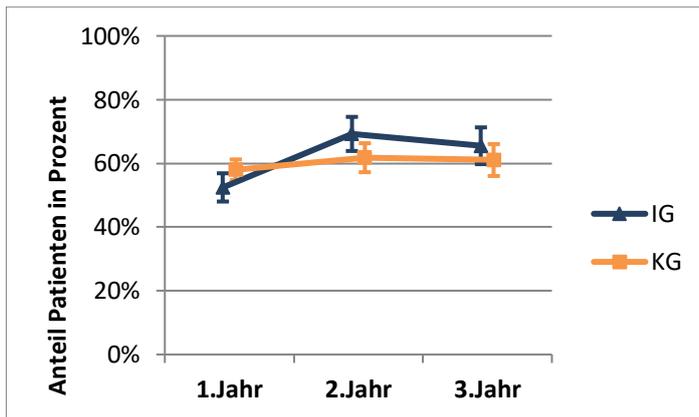
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



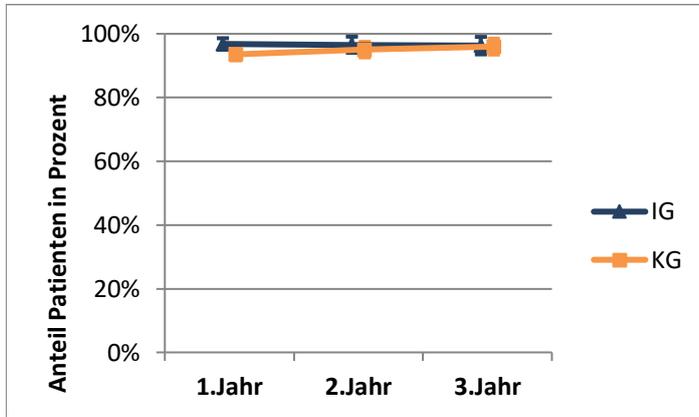
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



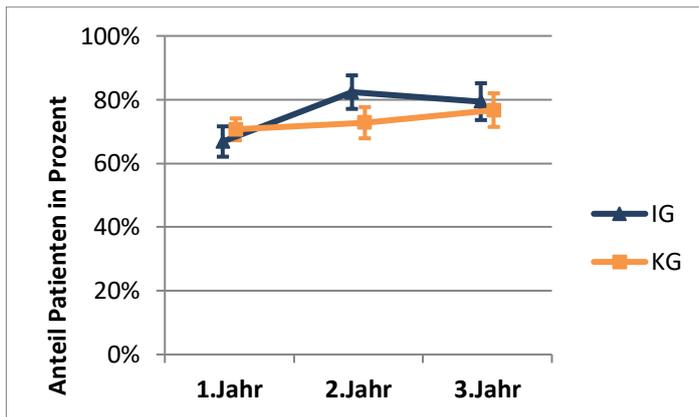
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit schweren psychischen Störungen A, Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, wies ein statistisch signifikant geringerer **Anteil an Patienten** der IG im ersten Jahr nach Referenzfall **keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem** (ambulant oder stationär) im Vergleich zur KG auf (Gruppenschätzer: >90 Tage = -0,1; >180 Tage = -0,1). Auch war die **Dauer der Kontaktabbrüche** in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant geringer für die Betrachtung der 90 und 180 Tage Nachbeobachtung im Vergleich zur KG (Gruppenschätzer: 90 Tage = -30,1 Tage; 180 Tage = -26,8 Tage).

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	2.244	2.244	2.234	2.234	2.244	2.244	2.234	2.234
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	112	472	132	695	112	471	132	695
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	35	176	38	265	35	175	38	263
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	22	74	19	113	22	74	19	111
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	63	200	61	282	63	199	61	282
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	26	81	27	122	26	81	27	121
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	17	41	19	57	17	41	19	57

* 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)	1.295	2.244	1.283	2.234	1.295	2.244	1.283	2.234
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)	–*	26,9 %	–*	31,2 %	–*	23,6 %	–*	26,9 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	–*	21,0 %	–*	28,4 %	–*	17,1 %	–*	22,7 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	–*	10,8 %	–*	9,1 %	–*	6,9 %	–*	5,7 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	–*	6,2 %	–*	9,8 %	–*	4,9 %	–*	5,0 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	–*	5,4 %	–*	6,2 %	–*	1,4 %	–*	0,9 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	–*	7,3 %	–*	0,0 %	–*	2,4 %	–*	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	–*	308,3	–*	303,5	–*	346,1	–*	344,4
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	–*	291,5	–*	281,8	–*	344,9	–*	342,3

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	–*	270,8	–*	269,5	–*	313,9	–*	311,8
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	–*	314,9	–*	277,7	–*	333,8	–*	320,2
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	–*	194,8	–*	197,9	–*	310,0	–*	286,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	–*	216,8	–*	0,0	–*	310,0	–*	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	560	1.024	566	1.014	560	1.024	566	1.014
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	–*	0,2	–*	0,3	–*	0,1	–*	0,2
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	–*	50,8	–*	81,8	–*	45,8	–*	73,6

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

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

Kontakt

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

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

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

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

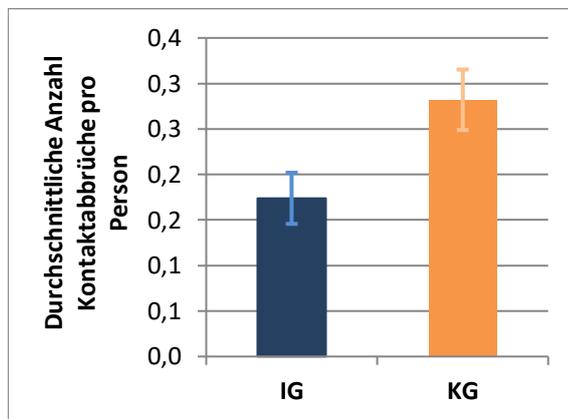
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

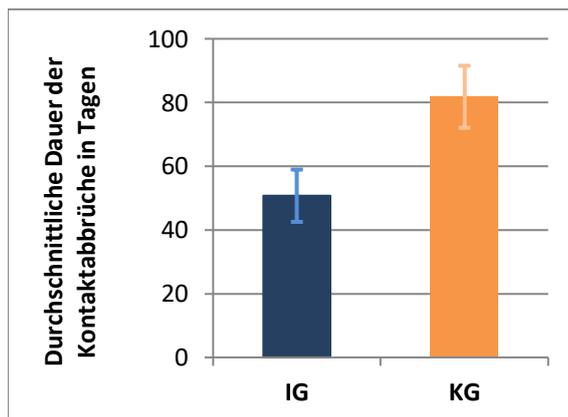
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 90 Tage, Dauer

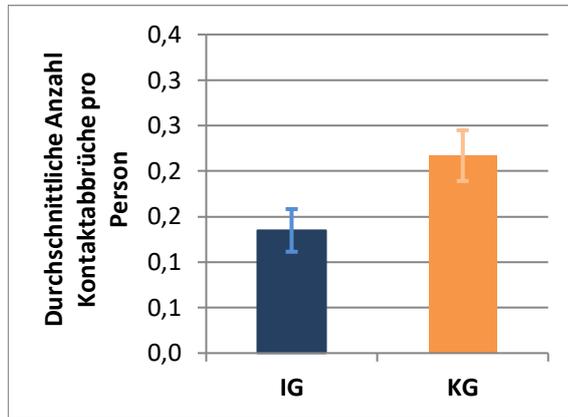
- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

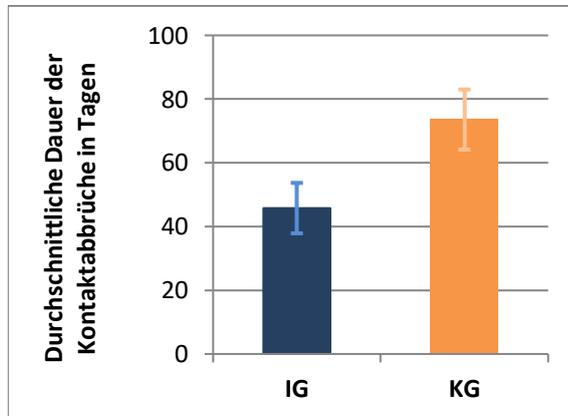


Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	-0,11*** -0,15...-0,06	-30,09*** -42,75...-17,43	-0,08*** -0,12...-0,04	-26,84*** -39,08...-14,59

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 sehr 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)	714	714	714	714	714	715	715	715	715	715
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	696	701	681	664	651	688	693	681	670	648
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei										
• Drei (A)	1,0%	0,8%	0,1%	0,1%	0,6%	0,7%	1,4%	0,8%	0,3%	0,6%
• Vier (B)	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,1%	0,1%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,1%	0,1%	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)

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)	1.135	1.135	1.135	1.135	1.135	1.127	1.127	1.127	1.127	1.127
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.113	1.110	1.078	1.066	1.047	1.101	1.094	1.069	1.043	1.026
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%	1,0%	0,4%	0,4%	0,4%	1,5%	1,9%	0,5%	0,8%	0,7%
• Vier (B)	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,4%	0,1%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,3%	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%

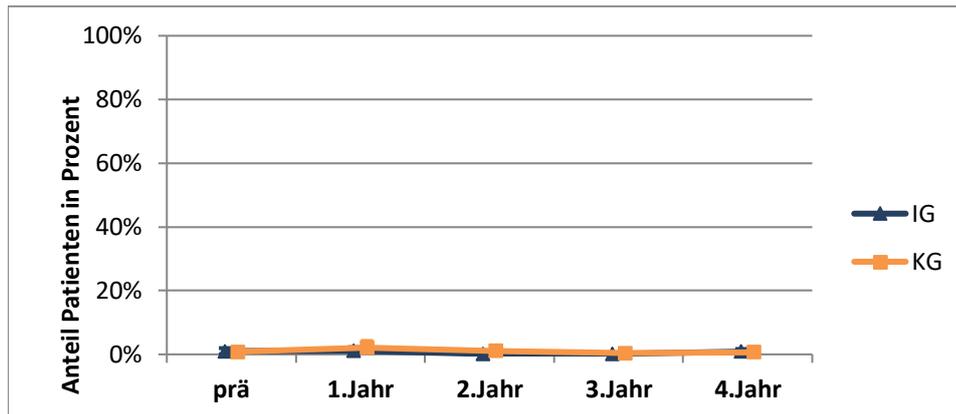
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 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.

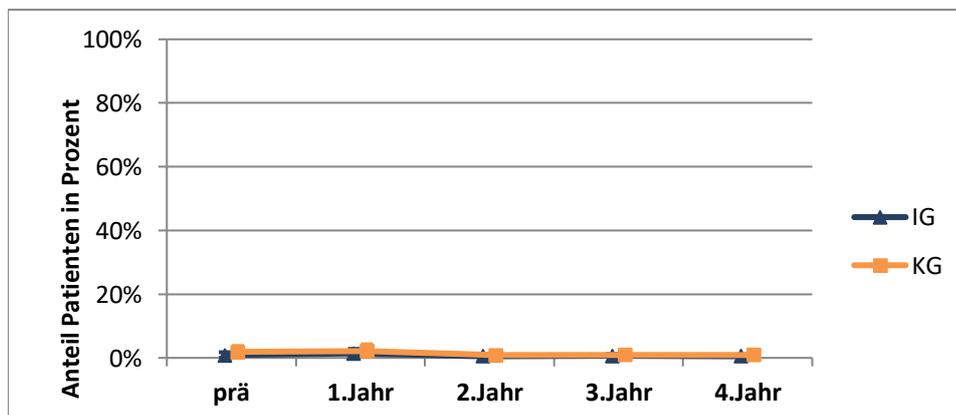


Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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)	2.880	2.880	2.880	2.880
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	2.796	2.831	2.775	2.803
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)	0,9%	1,1%	0,7%	2,3%
• Vier (B)	0,1%	0,4%	0,2%	0,5%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%

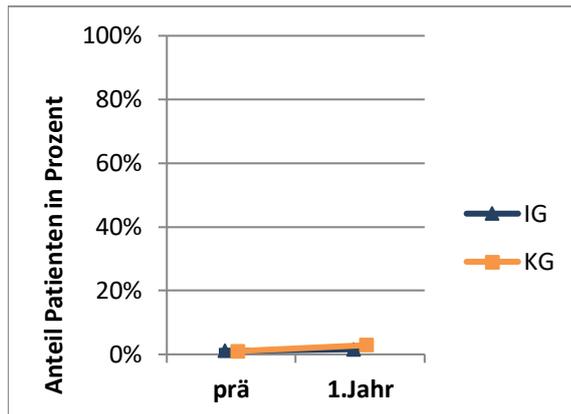
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Patienten (n)	2.152	2.152	2.152	2.146	2.146	2.146
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	2.089	2.114	2.044	2.067	2.093	2.019
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)	0,9%	1,2%	0,3%	0,7%	2,3%	0,7%
• Vier (B)	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%	0,5%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%

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

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

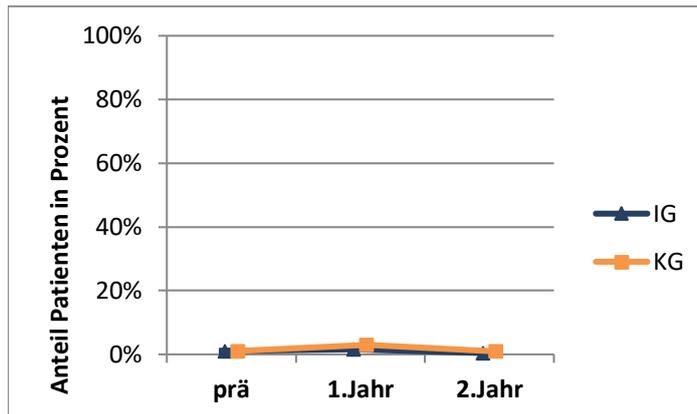


Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.443	1.443	1.443	1.443	1.451	1.451	1.451	1.451
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.401	1.417	1.372	1.332	1.394	1.420	1.374	1.352
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	1,0%	0,9%	0,3%	0,7%	0,6%	2,1%	0,7%	0,9%
• Vier (B)	0,1%	0,4%	0,1%	0,0%	0,1%	0,5%	0,1%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.253	1.253	1.253	1.253	1.251	1.251	1.251	1.251
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.226	1.228	1.189	1.176	1.221	1.213	1.185	1.156
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%	1,0%	0,4%	0,4%	1,4%	2,2%	0,6%	0,8%
• Vier (B)	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%

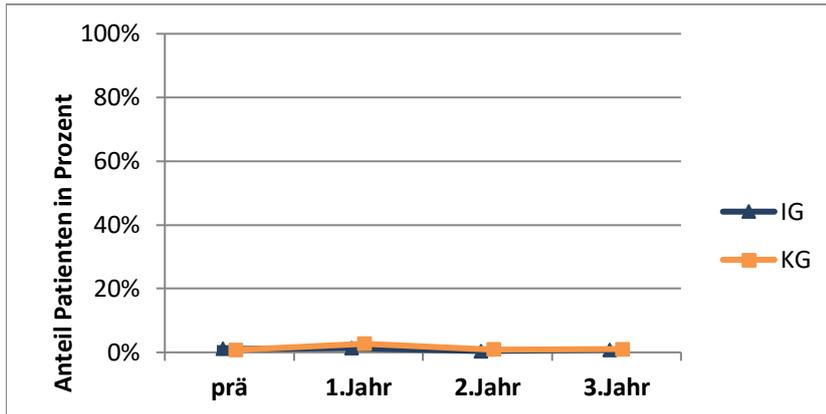
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 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:

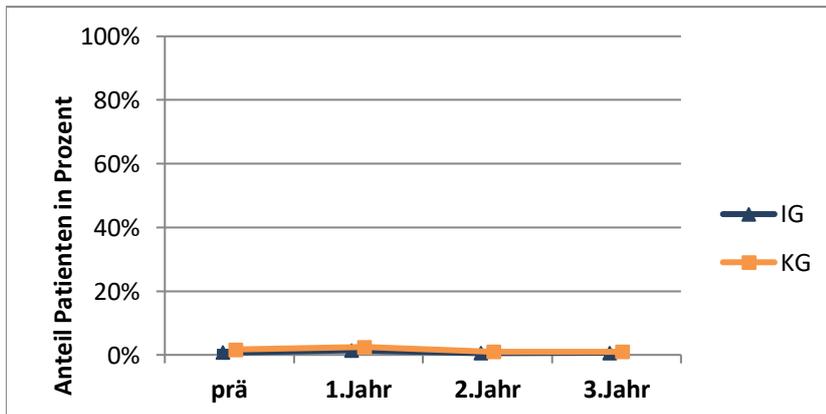
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 stets leicht geringere Anzahl **AU-Episoden** als in der KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Dieser Unterschied war für das erste Jahr nach Referenzfall (im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall) statistisch signifikant (DiD = -0,2 AU-Episoden). Die durchschnittliche Anzahl an AU-Episoden verzeichnete einen Peak mit 1,0 AU-Episoden in der IG und 1,2 AU-Episoden in der KG im ersten Jahr nach Referenzfall und sank dann in beiden Gruppen auf 0,3 bzw. 0,4 AU-Episoden ab. Bei den linikbekannten Patienten war, neben einem höheren Ausgangsniveau im Vergleich zu den klinikneuen Patienten, eine Verringerung der AU-Episoden über die Zeit ersichtlich. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren nicht ersichtlich. Jedoch wies die IG stets geringere AU-Episoden im Vergleich zur KG auf. Voraussichtlich weil dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestand, waren die Unterschiede statistisch nicht signifikant.

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 geringer im Vergleich zur KG (IG: +45,1; KG: +48,5-Tage). Auch waren die AU-Tage in den weiteren Jahren in der IG numerisch geringer als in der KG, auch im Jahr vor Referenzfall. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

In der IG verzeichneten sowohl die jüngeren (jünger als medianes Alter) als auch die die älteren klinikneuen Patienten ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall weniger AU-Tage als die Patienten der KG, bei den älteren Patienten war dies bereits im Jahr nach Referenzfall der Fall (siehe Kapitel 14.2). Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F30-39 (affektive Störungen), F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F10 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) auf, während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F70-79 (Intelligenzstörung), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) und F30-39 (affektive Störungen) aufwiesen (wobei erstgenannte nur sehr wenige Fälle betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 160 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein höheres Niveau an AU-Tagen im Vergleich zu den klinikneuen Patienten zu erkennen, welches jedoch in der IG wesentlich geringer im Vergleich zur KG ausfiel (IG: 28,7 AU-Tage; KG: 41,4 AU-Tage). Während die Patienten der IG auf einem geringerem AU-Tage-Niveau starteten als die KG (prä = -12,7 AU-Tage), stieg dieser Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall weiter an (-20,8 AU-Tage) und verringerte sich ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall (2. Jahr: -10,4 AU-Tage, 3. Jahr: -0,9 AU-Tage, 4. Jahr: -6,9 AU-Tage). Durch Angleichen der AU-Tage wies die IG eine statistisch signifikant geringere Abnahme von AU-Tage im dritten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall auf (DiD = +11,9 AU-Tage). Dieses signifikante Ergebnis ist auf den bereits im Präzeitraum wesentlich niedrigeren Wert der AU-Tag in der IG zurückzuführen. Numerisch waren die AU-Tage in der IG stets unter denen der KG.

Sowohl die jüngeren als auch die älteren klinikbekannten Patienten der IG verzeichneten stets weniger AU-Tage als die Patienten der KG (siehe Kapitel 14.2). Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) und F30-39 (affektive Störungen) auf, während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F43 (schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen), F30-39 (affektive Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) aufwiesen. Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 160 im Anhang).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg die Anzahl an **AU-Episoden** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr nach Referenzfall in der IG etwas weniger stark als in der KG an (IG: +0,4 AU-Episoden; KG: +0,6 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg zwischen IG und KG vergleichbar an (IG: +52,2 AU-Tage; KG: +53,0 AU-Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung stieg erneut die Anzahl an **AU-Episoden** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant weniger stark im Vergleich zur KG (DiD = -0,2). Auch bei der durchschnittlichen Anzahl an **AU-Tagen** war ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich, der in der IG etwas geringer als in der KG ausfiel (IG: +52,3; KG: +55,1 AU-Tage). Der geringere Anstieg an AU-Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall war jedoch statistisch nicht signifikant.

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 in der IG stets weniger AU-Episoden im Vergleich zur KG erkennbar (ausgenommen Präzeitraum bei den klinikneuen Patienten). Auch bei der Anzahl an **AU-Tagen** spiegelten sich die oben beschriebenen Muster wieder. Sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekanntten Patienten waren stets weniger AU-Tage in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich (ausgenommen Präzeitraum bei den klinikneuen Patienten).

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)	411	411	410	409	408	390	390	389	387	382
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,0	0,4	0,3	0,3	0,6	1,2	0,5	0,4	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	16,5	61,6	18,4	11,8	12,8	18,5	67,0	24,4	15,7	17,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	16,5%	13,1%	3,9%	3,9%	4,4%	18,7%	12,1%	7,7%	3,6%	4,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	0,6	0,1	0,1	0,2	0,0	0,4	0,1	0,6	0,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	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)	464	464	462	461	461	540	540	538	537	530
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,9	1,0	0,7	0,6	0,6	1,1	1,3	0,8	0,7	0,7
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	28,7	28,8	14,6	16,4	18,2	41,4	49,7	25,0	17,3	25,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	10,6%	4,3%	3,7%	4,1%	5,2%	10,7%	6,9%	5,4%	3,5%	6,4%
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	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,9	0,6	0,5	0,8	0,3	1,3	0,7	0,8	0,2	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%

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

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

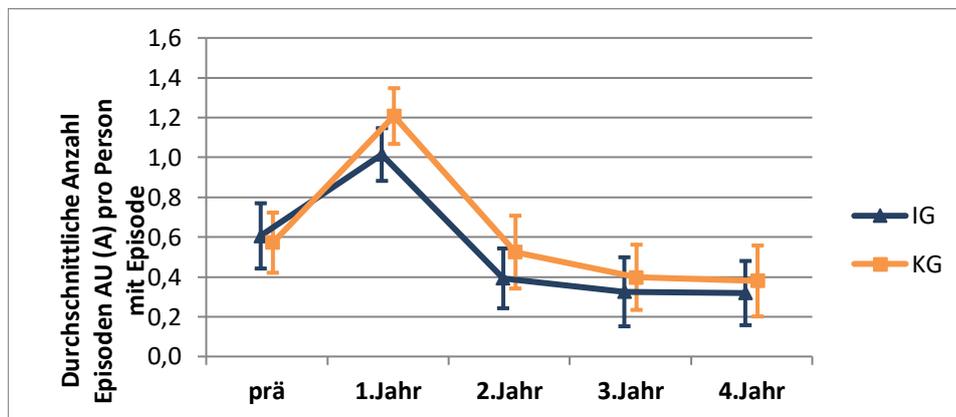
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

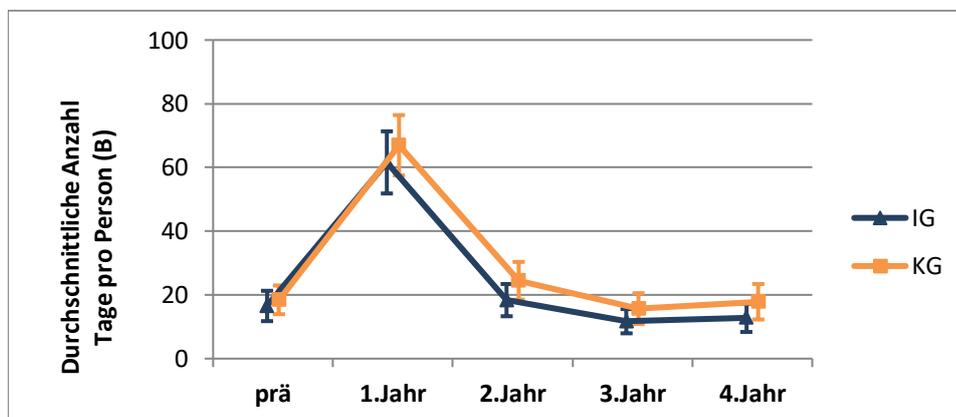
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

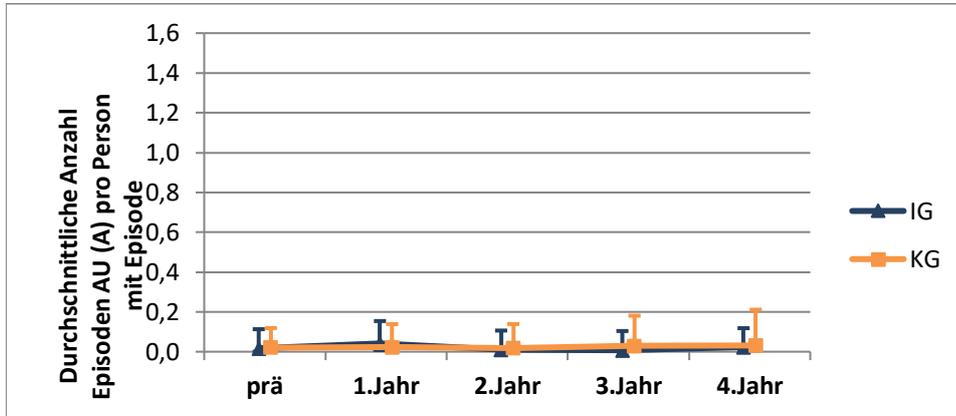


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

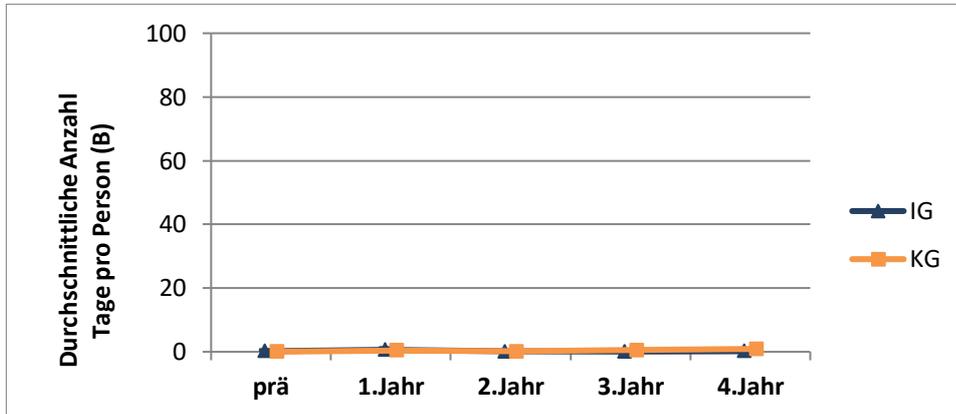


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



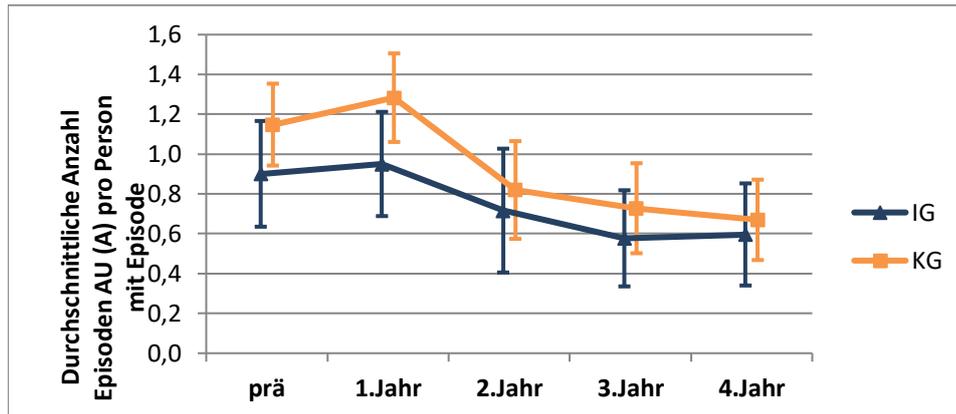
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

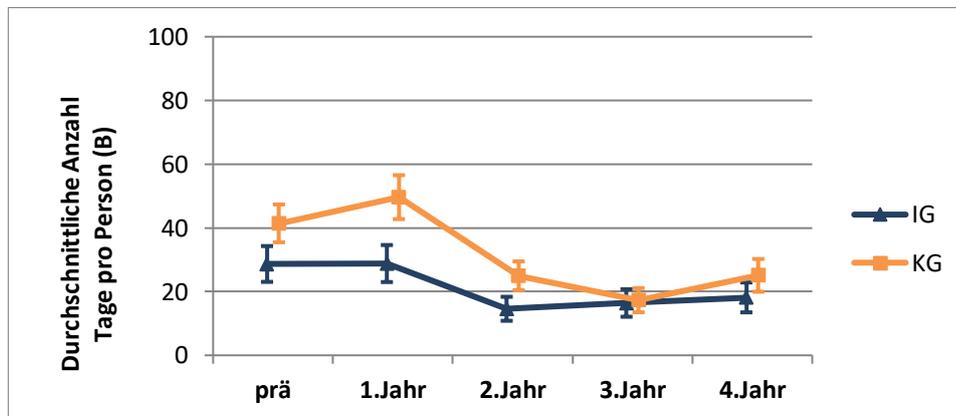
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

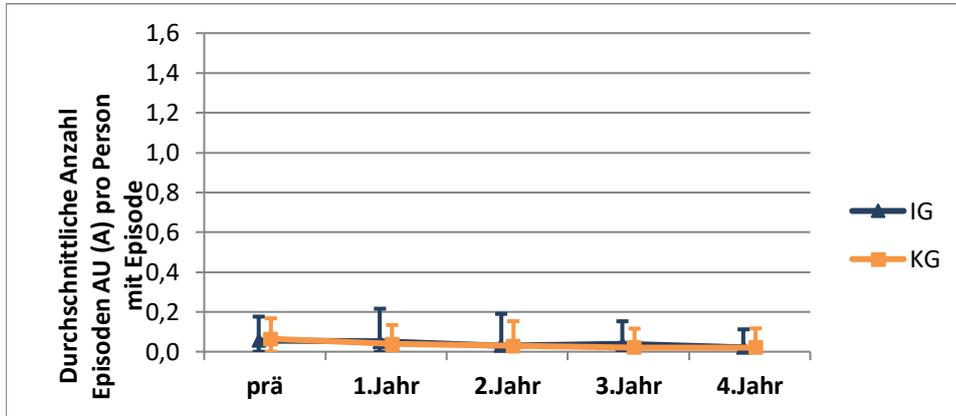


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

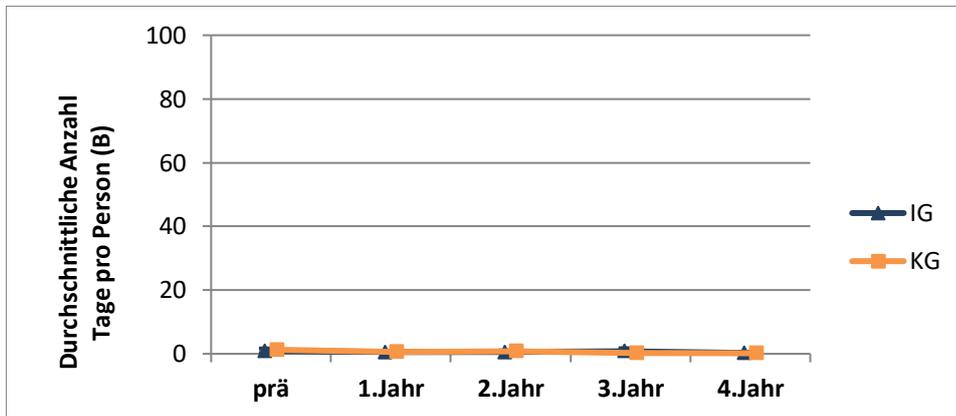


Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,23* -0,41...-0,05	-3,45 -15,32...8,42
DID Jahr 2	-0,17 -0,35...0,02	-4,13 -15,99...7,75
DID Jahr 3	-0,11 -0,29...0,08	-1,96 -13,82...9,91
DID Jahr 4	-0,09 -0,27...0,09	-2,84 -14,71...9,03
DID Jahr 1-4	—	-3,09 -12,90...6,72

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

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,09 -0,37...0,20	-8,09 -17,97...1,79
DID Jahr 2	0,14 -0,14...0,43	2,42 -7,46...12,30
DID Jahr 3	0,10 -0,19...0,38	11,87* 1,99...21,75
DID Jahr 4	0,18 -0,10...0,46	6,05 -3,83...15,93
DID Jahr 1-4	—	3,06 -4,84...10,96

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	1.798	1.798	1.735	1.735
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,0	0,5	1,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	20,2	72,4	18,5	71,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	20,7%	14,1%	18,8%	13,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,3	0,1	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%

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

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

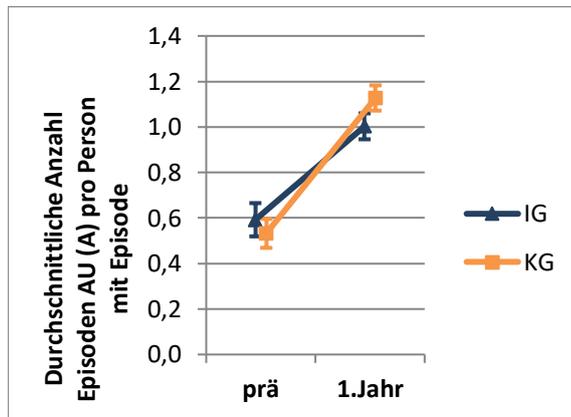
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

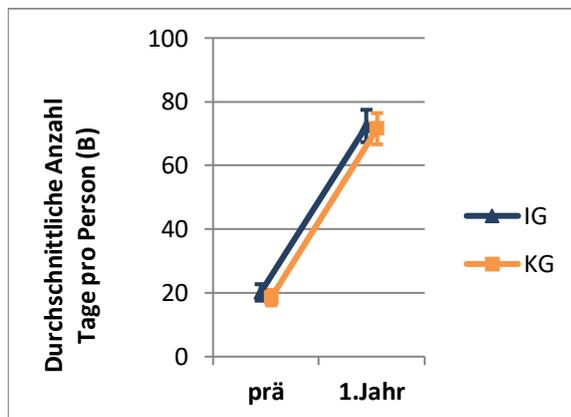
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

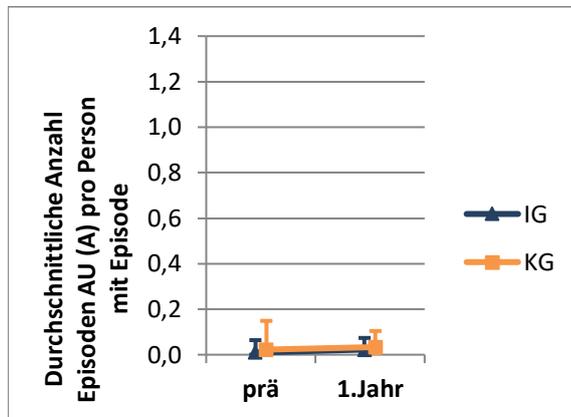
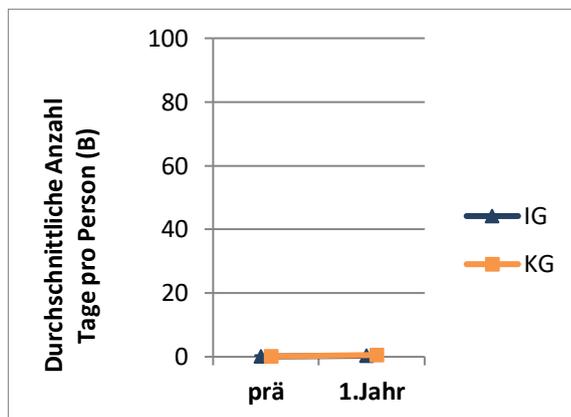
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**- Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode****- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)**

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	1.325	1.325	1.321	1.317	1.317	1.309
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,0	0,5	0,5	1,2	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	19,3	71,6	22,4	17,5	72,6	23,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	19,7%	14,4%	5,1%	18,5%	14,1%	5,6%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,3	0,2	0,1	0,4	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%

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

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

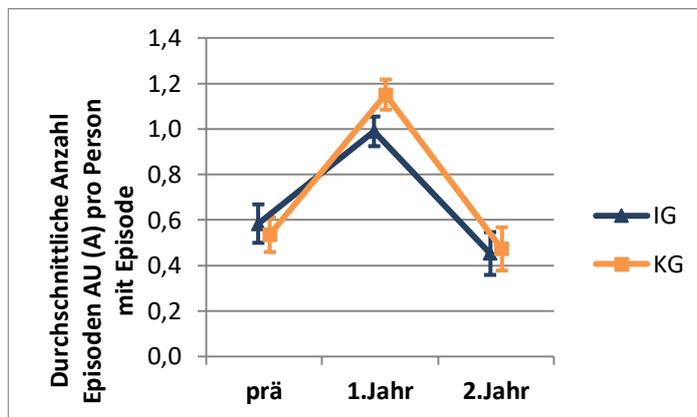
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

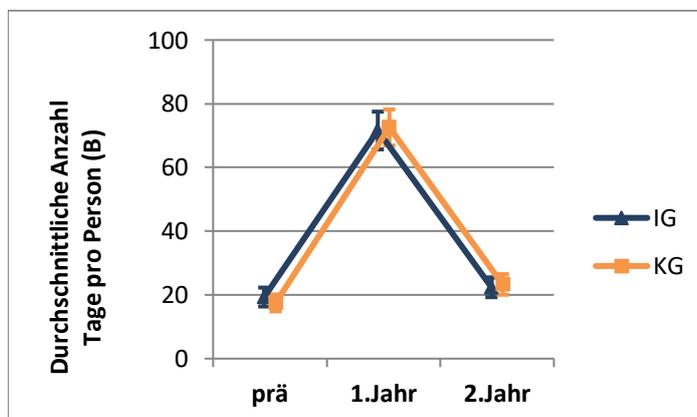
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

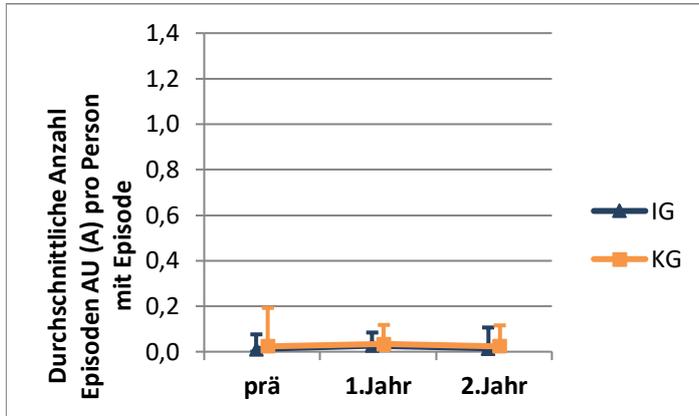


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

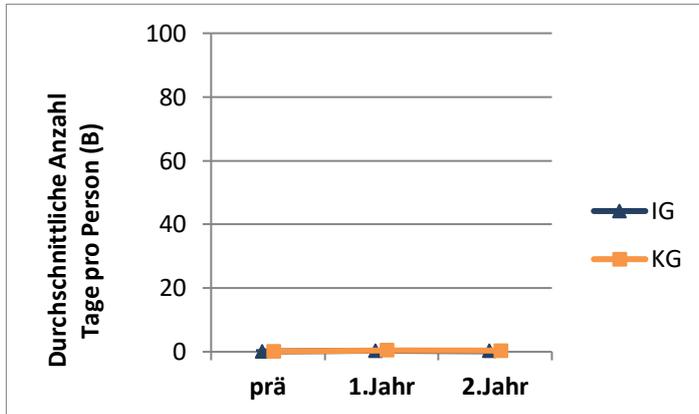


Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,21*** -0,31...-0,11	-2,82 -10,65...5,02
DID Jahr 2	-0,07 -0,17...0,03	-2,65 -10,48...5,18

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)	861	861	858	856	857	857	855	850
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,0	0,4	0,3	0,5	1,2	0,5	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	18,3	66,9	22,0	11,6	15,6	69,6	24,3	14,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	18,6%	13,5%	4,7%	3,4%	18,1%	13,7%	5,8%	3,4%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,5	0,2	0,3	0,1	0,3	0,2	0,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%

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

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)	531	531	529	527	610	610	608	607
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	0,9	1,0	0,7	0,6	1,1	1,3	0,8	0,7
	28,3	31,3	15,6	16,1	40,2	52,0	26,0	17,9
	10,9%	5,3%	4,0%	3,6%	12,1%	7,2%	5,9%	3,3%
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) 	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
	0,9	1,1	0,5	0,8	1,4	0,8	0,8	0,3
	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%

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

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

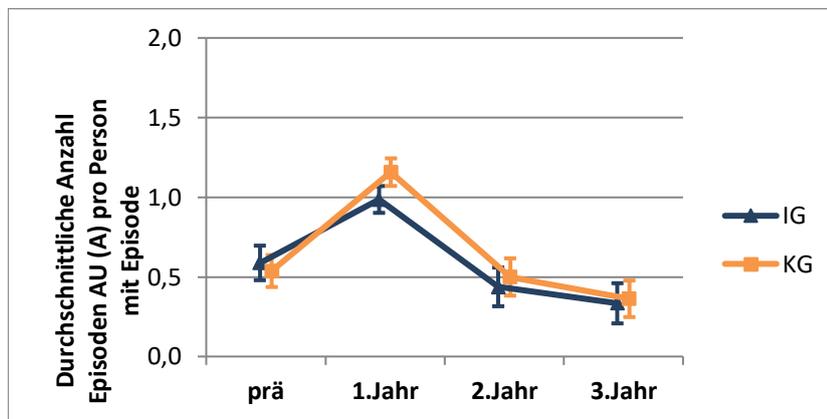
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

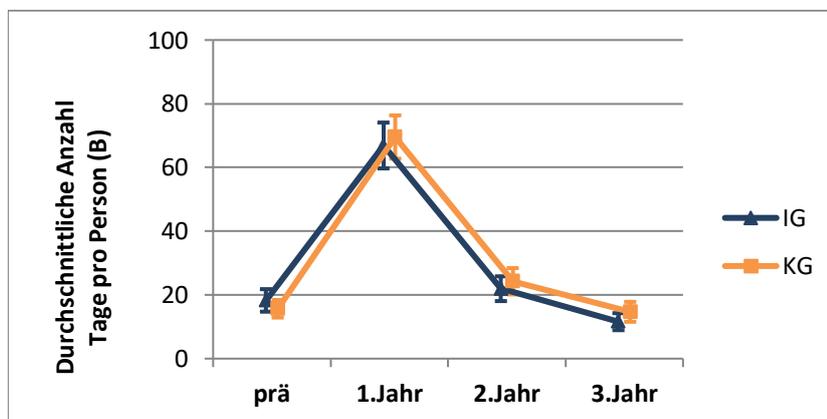
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

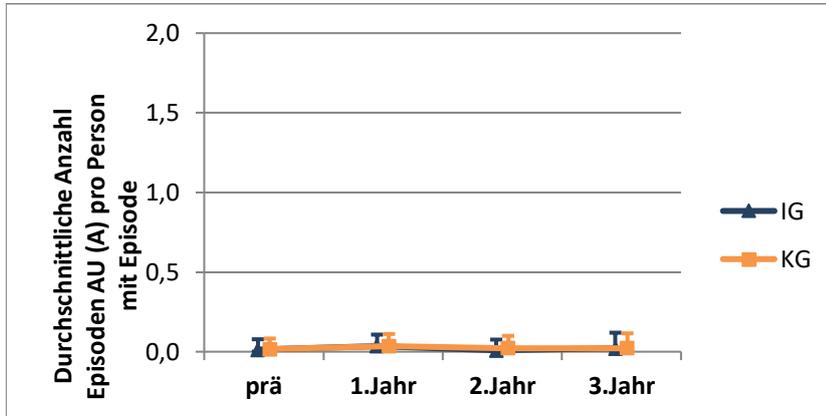


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

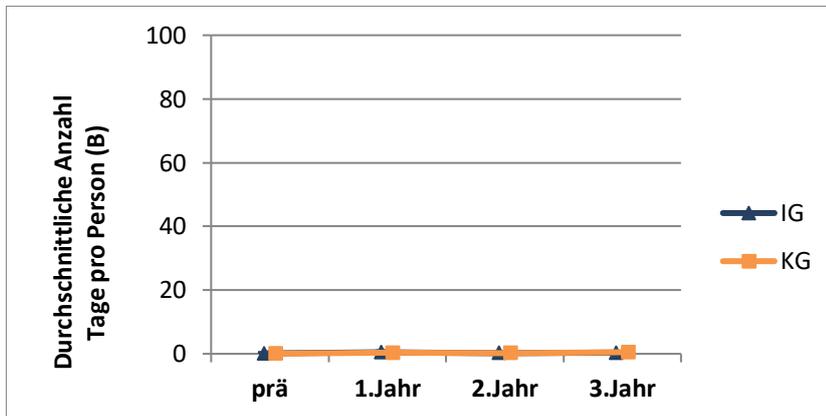


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



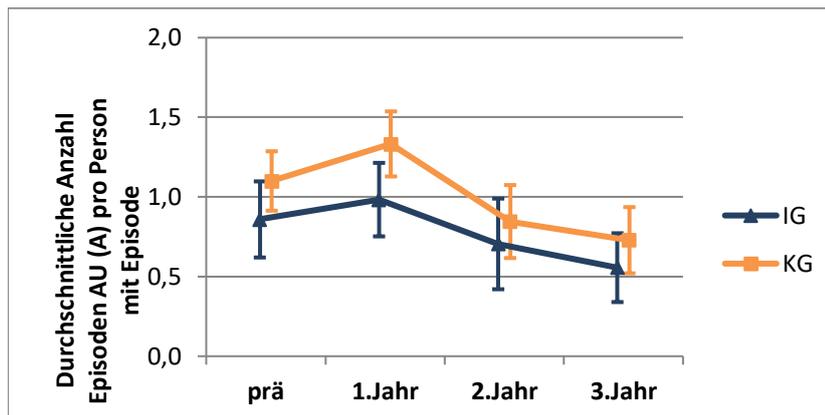
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

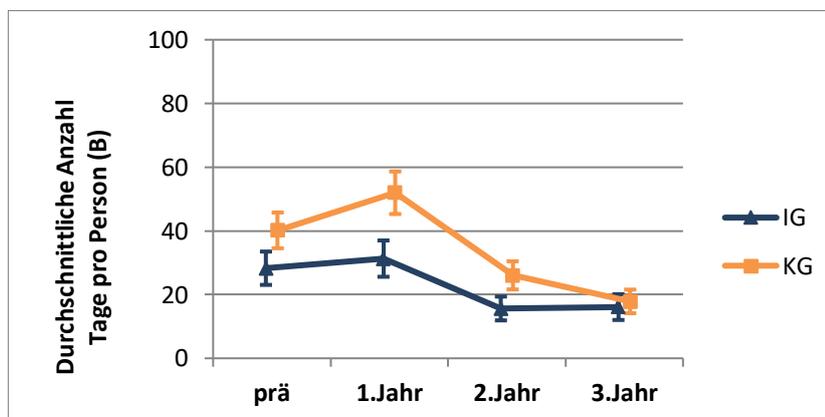
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

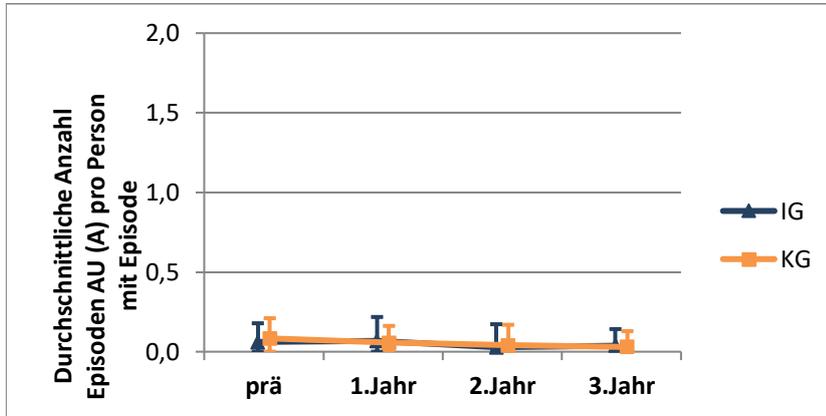


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

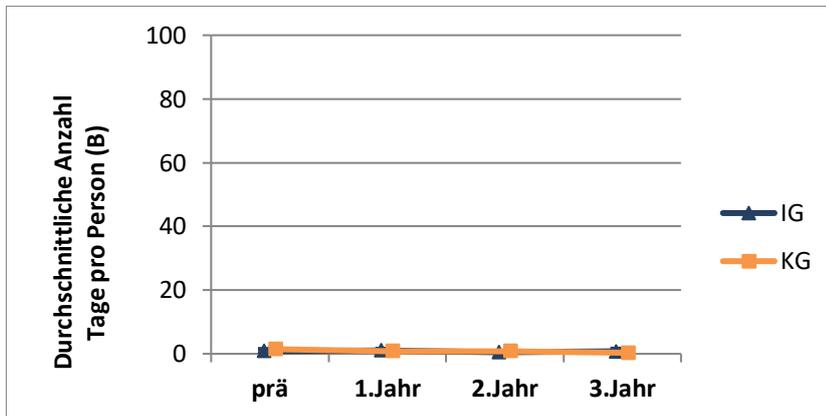


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil Personen mit vollstationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG etwas größer als in der KG (IG: 30,2 %; KG: 26,7 %). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung** war zwischen IG und KG vergleichbar.

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)	1.111	1.594
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	30,2% 115,5	26,7% 114,2
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	489	707
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	15,0% 109,9	13,9% 116,2
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	215	293
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	7,1% 121,4	7,1% 118,5

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

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

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

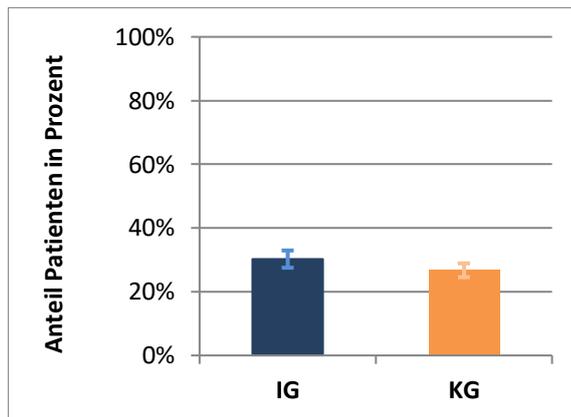
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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

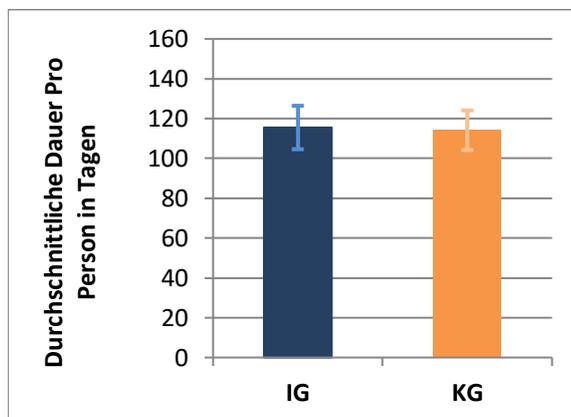


Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,17 0,99...1,40	0,64 -14,51...15,80

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 der prävalenten und inzidenten Score sowie die Angabe des Medians verzichtet.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung stieg der durchschnittliche **Komorbiditäts-Score** bei den linikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach etwas an (IG: +0,7; KG: +0,8). 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. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,5-4,0), jedoch kaum Unterschiede zwischen IG und KG.

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

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

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war analog zu U1 bei den linikneuen Patienten ein leichter Anstieg des

Komorbiditäts-Scores vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zu erkennen. Ein wesentlicher Unterschied zwischen IG und KG war nicht ersichtlich. Auch bei den klimbekanntem 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)	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,6	3,2	3,2	3,1	2,9	3,6	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)	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,5	3,8	3,8	3,9	4,0	3,5	3,8	3,7	3,8	3,8

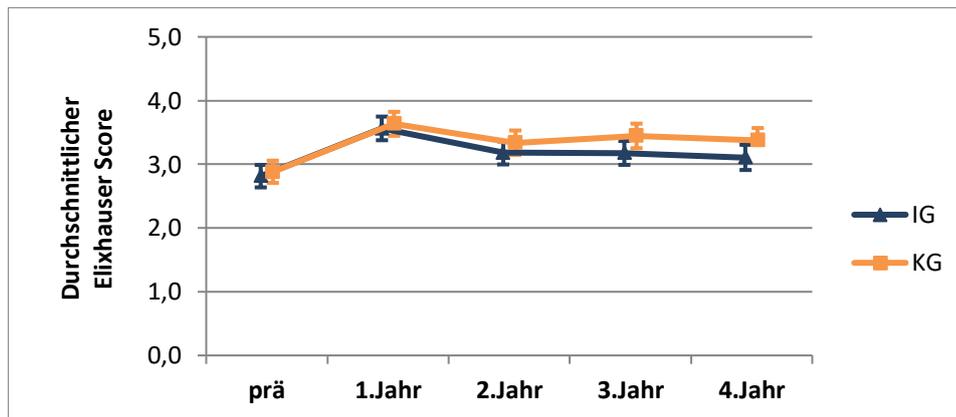
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

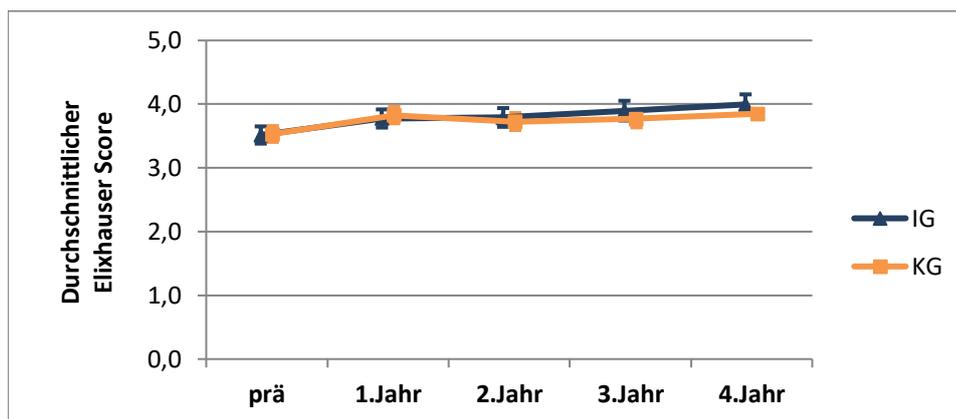


Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,00 -0,34...0,34
DID Jahr 2	-0,10 -0,44...0,24
DID Jahr 3	-0,20 -0,54...0,14
DID Jahr 4	-0,17 -0,51...0,17

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

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,04 -0,31...0,24
DID Jahr 2	0,10 -0,18...0,37
DID Jahr 3	0,18 -0,09...0,46
DID Jahr 4	0,21 -0,06...0,49

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Personen (n)	2.880	2.880	2.880	2.880
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,6	2,7	3,5

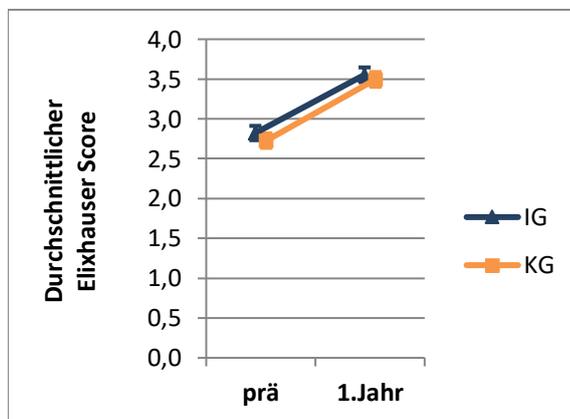
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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)	2.152	2.152	2.094	2.146	2.146	2.092
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,5	3,2	2,7	3,4	3,1

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

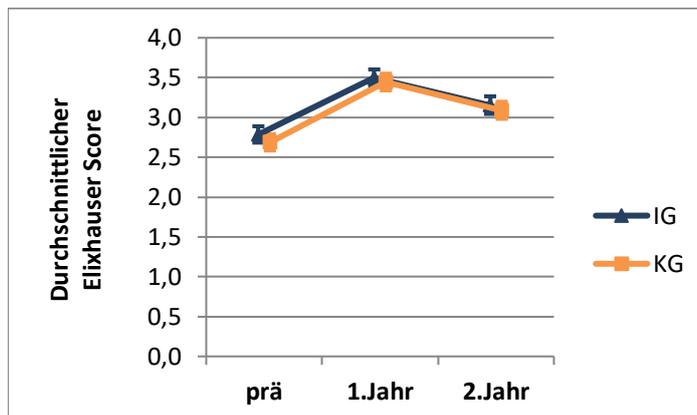


Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,05 -0,23...0,14
DID Jahr 2	-0,04 -0,23...0,15

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,6	3,2	3,2	2,8	3,6	3,2	3,3

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,5	3,8	3,8	3,9	3,5	3,8	3,7	3,7

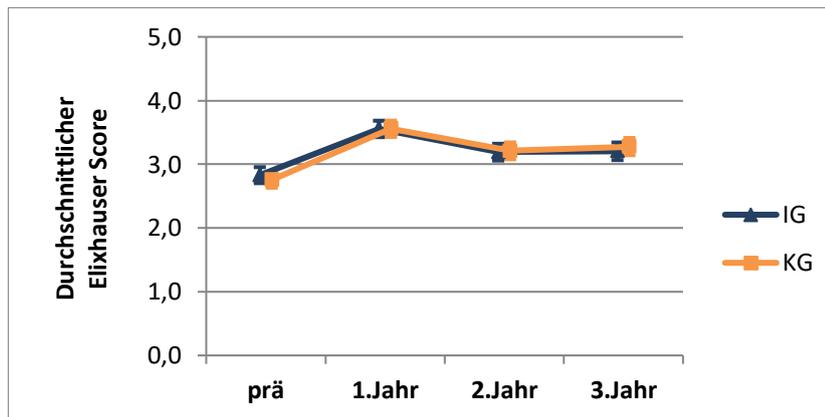
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

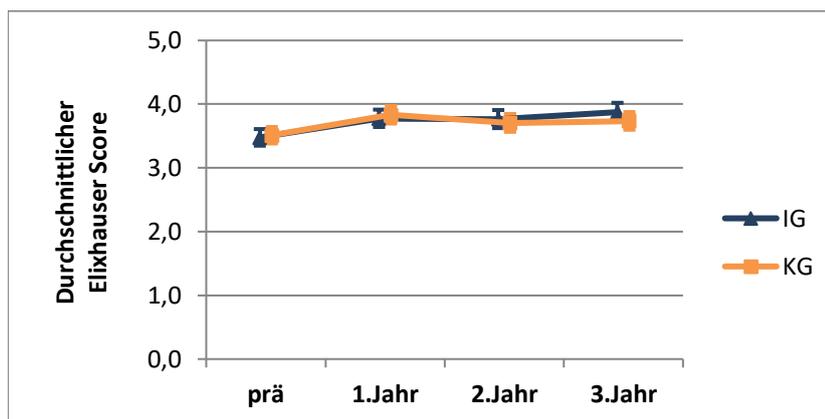


Klinikbekannte Patienten

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 war.

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 und bei den linikbekannten Patienten etwas niedriger (linikneu: - 1,1%-Punkte; klinikbekannt: -1,6 %-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 der Personen, die nach einem Jahr nach Referenzfall verstarben, in IG und KG vergleichbar.

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

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war erneut die 2-Jahres-Mortalität bei den linikneuen Patienten vergleichbar und bei den linikbekannten Patienten etwas (aber statistisch nicht signifikant) geringer in der IG im Vergleich mit der KG.

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)	714	715
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	8,0 %	9,1 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	1.135	1.127
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	6,3 %	7,9 %

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

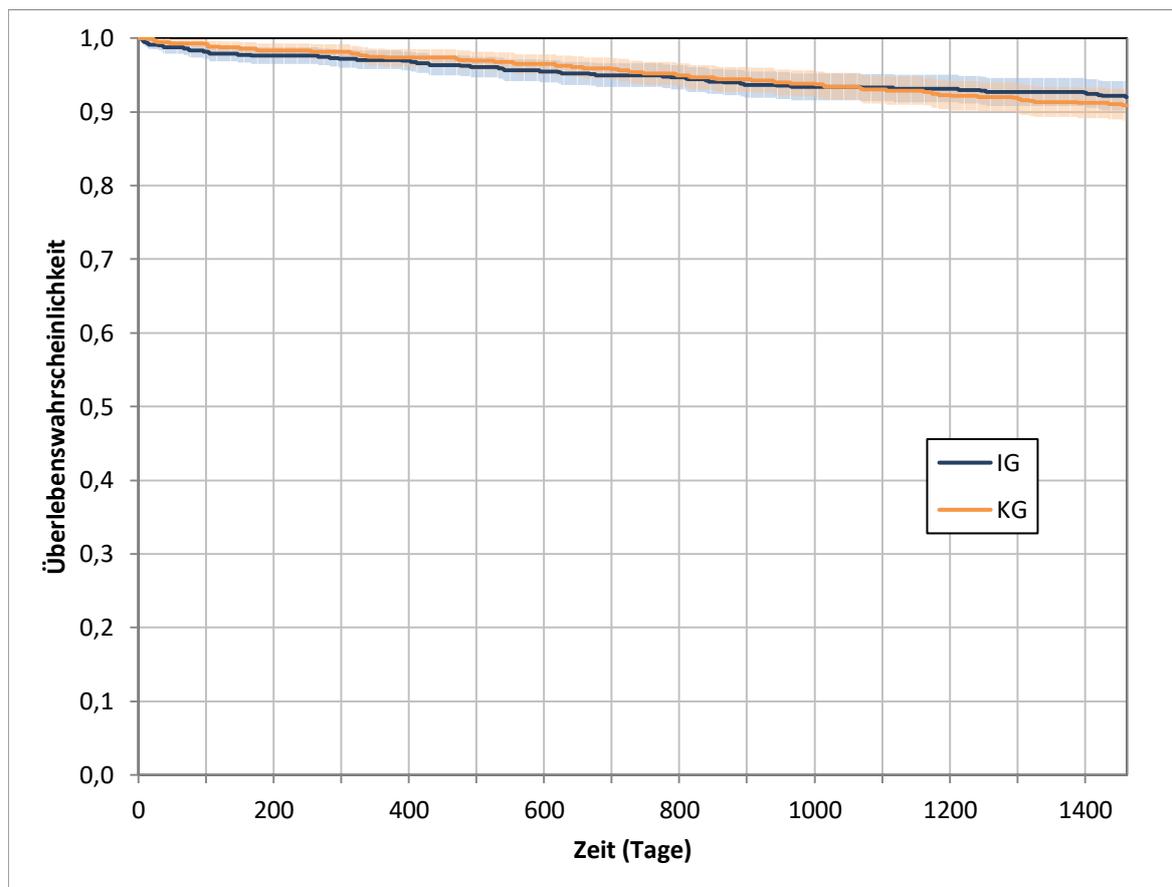
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

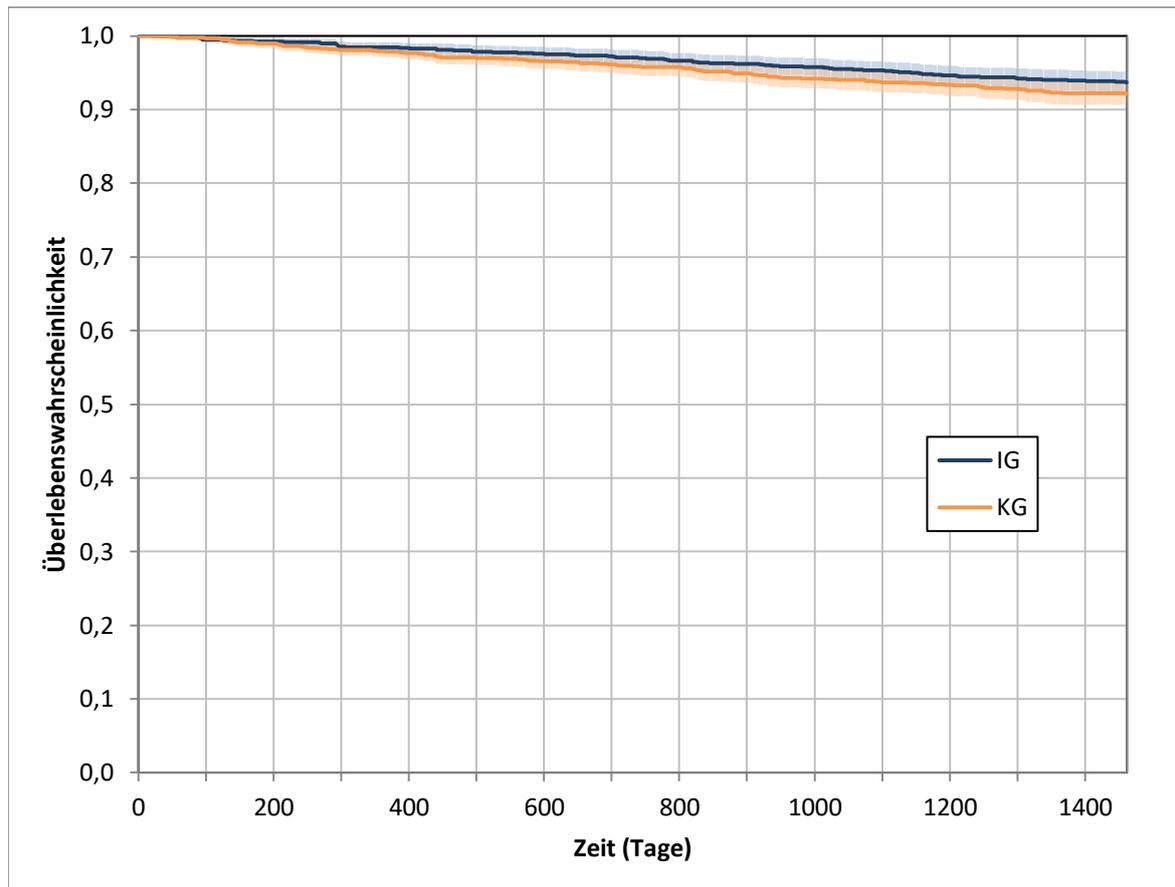


Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**Klinikneue Patienten**

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,11 0,77...1,60

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,95 0,68...1,32

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	2.880	2.880
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	2,9 %	2,7 %

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

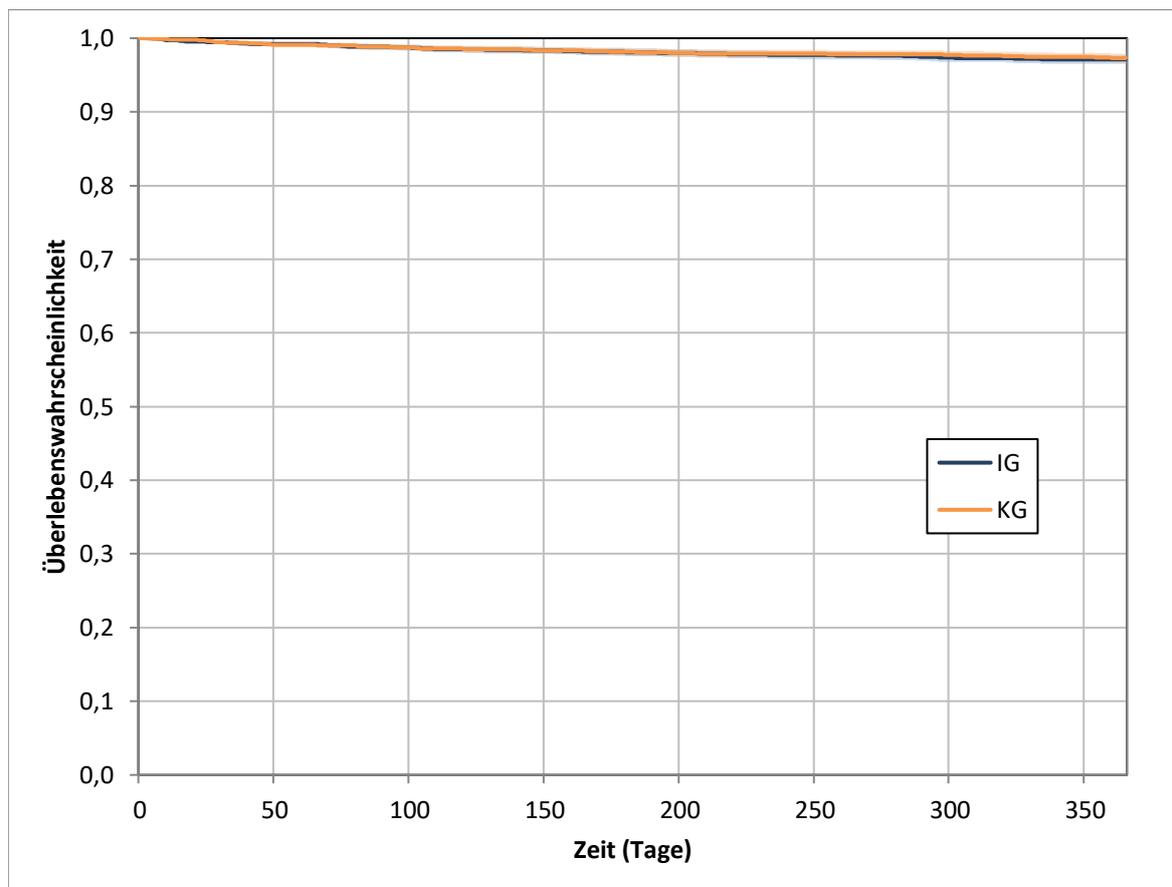
Klinikneue Patienten

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)	2.152	2.146
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)	4,6 %	4,5 %

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

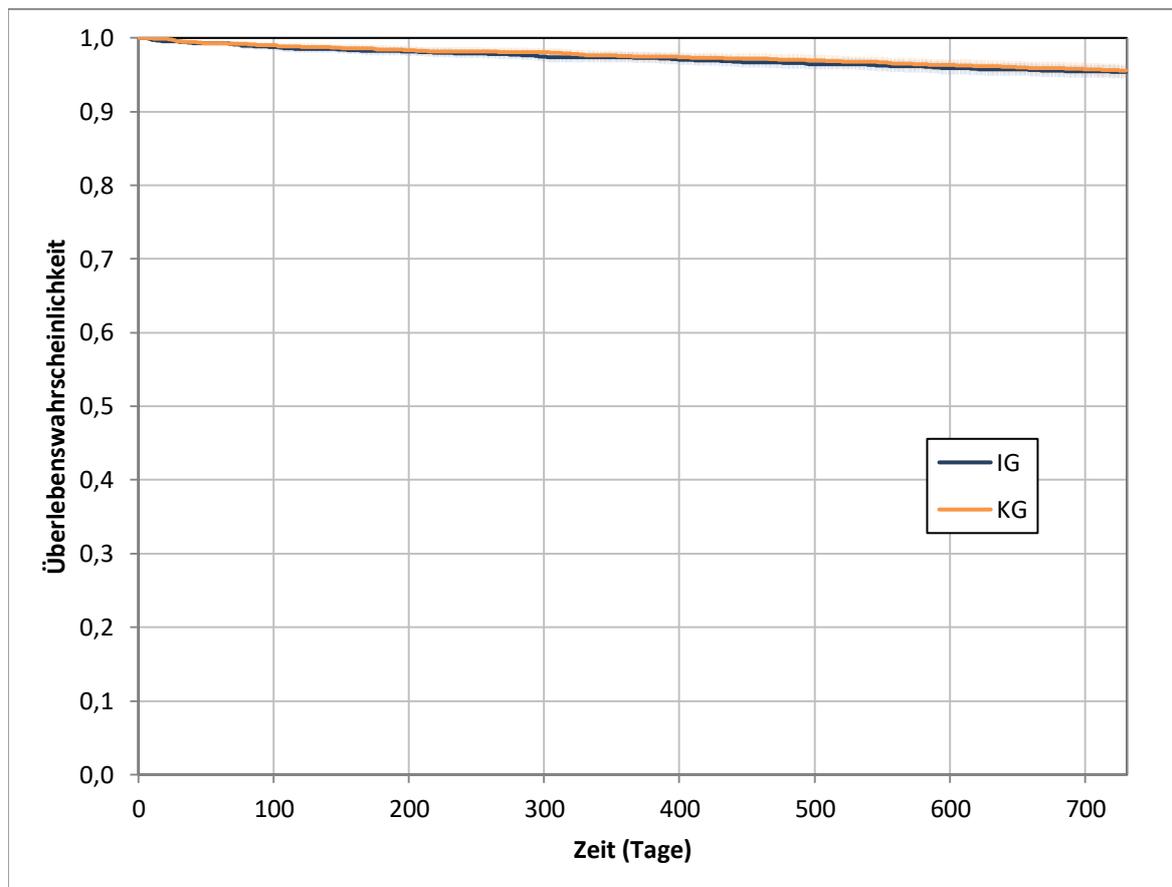


Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,18 0,88...1,57

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.443	1.451
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	6,7 %	5,8 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.253	1.251
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	4,9 %	6,0 %

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

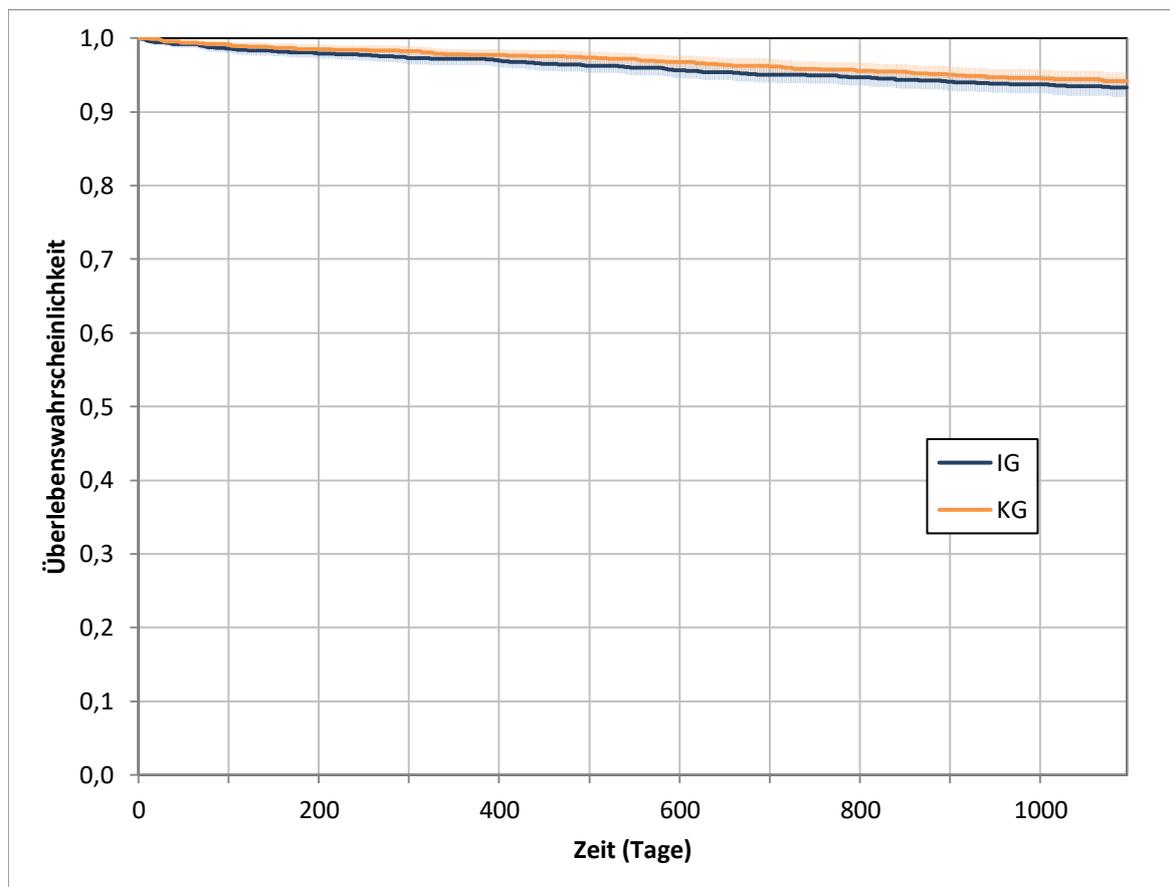
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



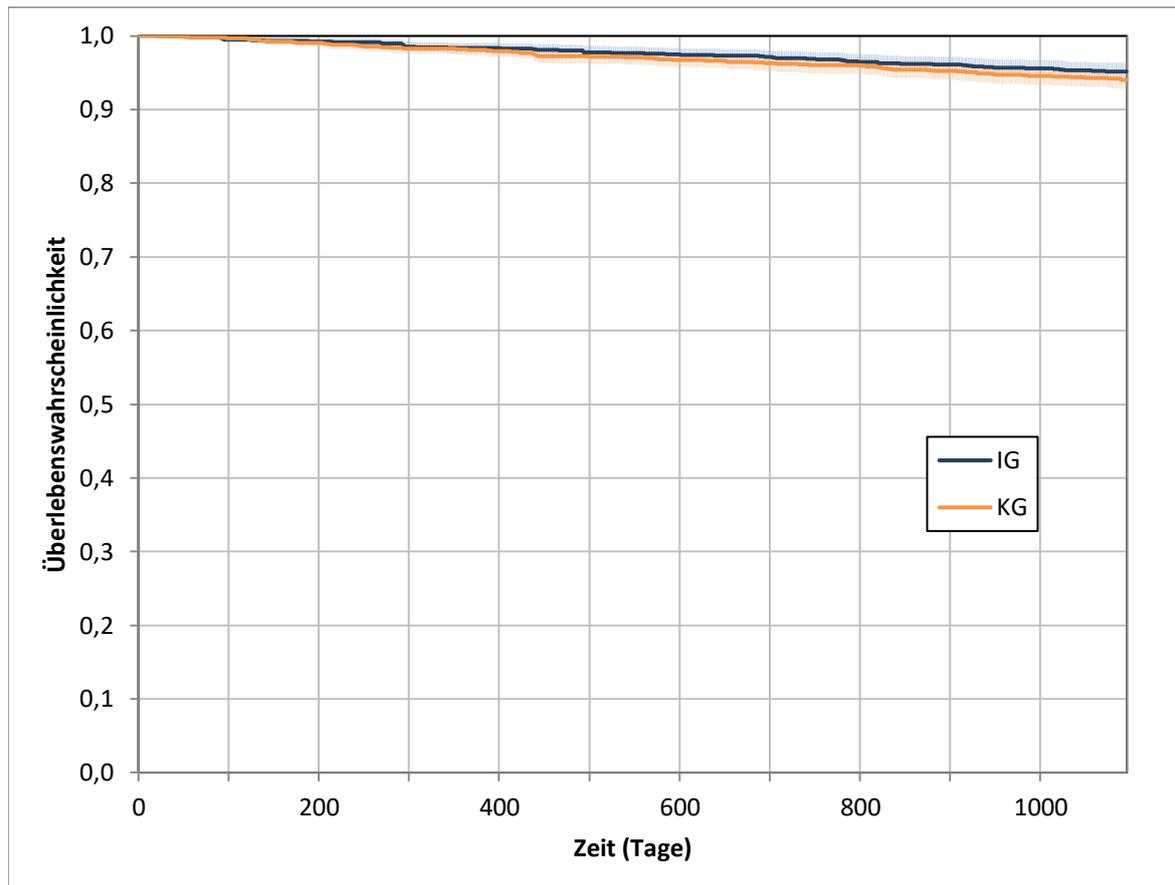
Klinikbekannte Patienten

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 statistisch signifikant größer als in der KG (+7,8 %-Punkte; Gruppenschätzer = 1,4). Bei den linikbekannten Patienten war hier kaum ein Unterschied ersichtlich (+1,6 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu vergleichbaren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-0,3 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer als in der KG (-3,9 %-Punkte), jedoch statistisch nicht signifikant. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall in vergleichbarer Höhe zur KG (-0,8 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG etwas größer als in der KG (+3,1 %-Punkte). Jedoch war dieser Unterschied 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 4,7 %-Punkte größer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 1,9 %-Punkte geringer als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Risiko innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive

Störung (**Progression A**) zu bekommen in der IG erneut größer als in der KG (+5,4 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Gruppenschätze = 1,5). Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war erneut zwischen IG und KG vergleichbar (-0,8 %-Punkte). Auch das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war zwischen IG und KG vergleichbar (-0,1 %-Punkte).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG erneut größer als in der KG (+4,9 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG größer (+6,6 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG und KG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine rezidivierende depressive Störung zu vergleichbaren Anteilen (-0,1 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-2,9 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue und linikbekannte Patienten der IG und KG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu vergleichbaren Anteilen (linikneu: -0,4 %-Punkte; klinikbekannt: +0,1 %-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	657	650
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	282 439 463	216 415 506
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) 	30,5 % 10,0 % 30,5 %	22,7 % 10,4 % 31,2 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	1.063	1.038
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	225 434 641	189 444 570
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) 	16,4 % 8,3 % 24,6 %	14,8 % 12,2 % 21,6 %

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

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

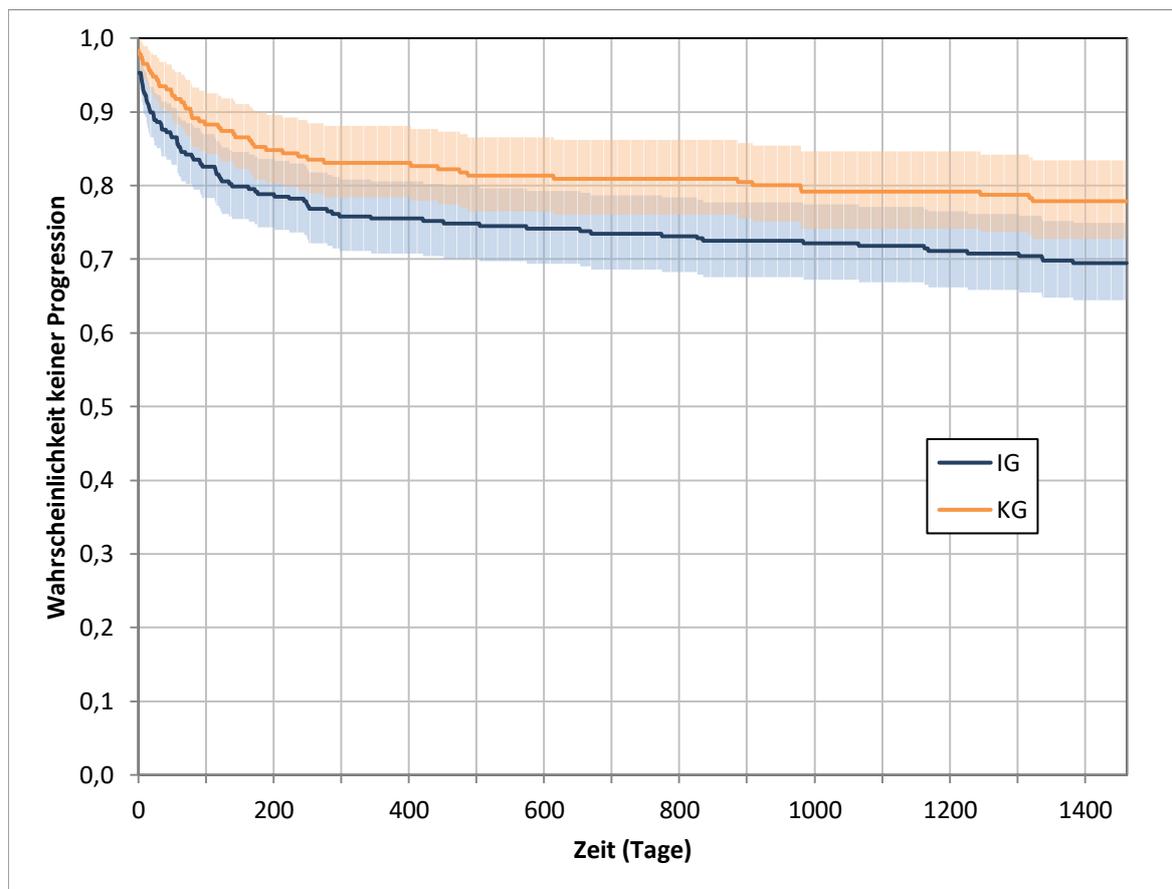
Klinikneue Patienten

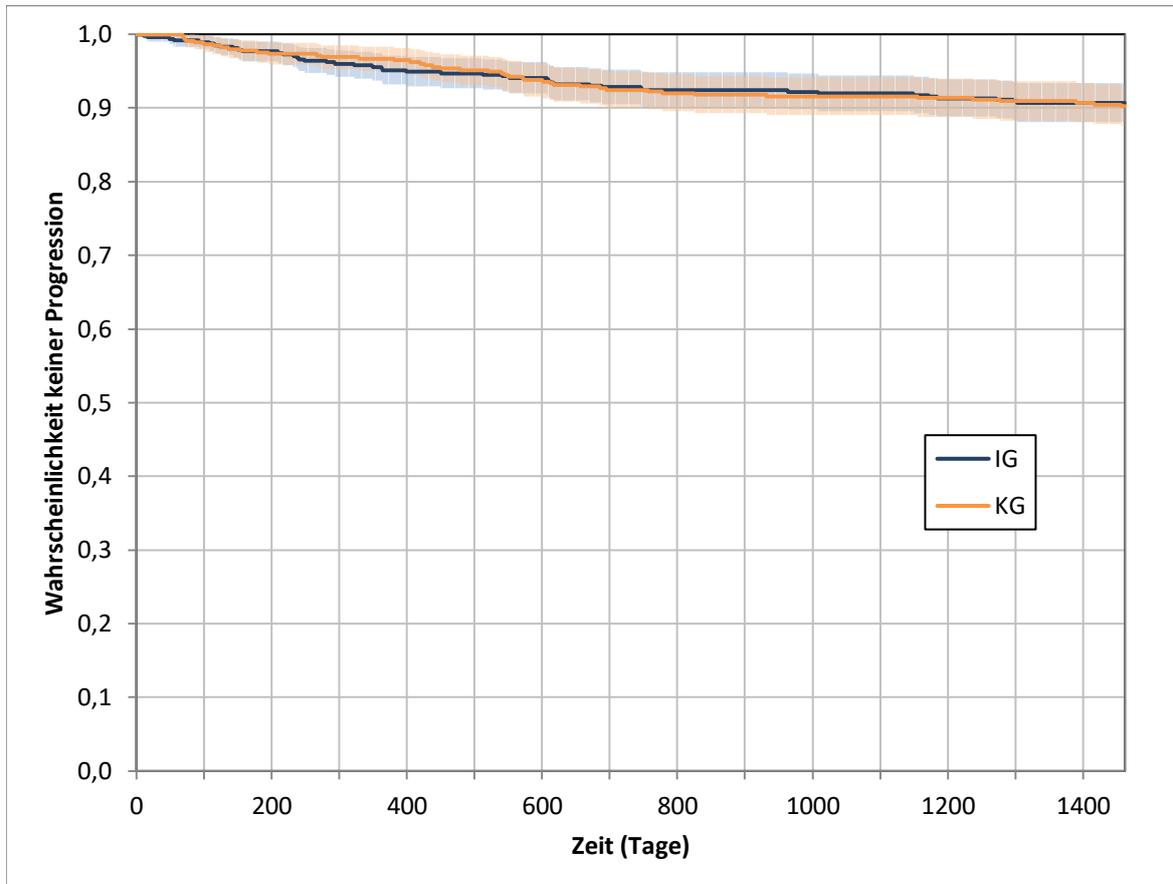
Legende für die folgenden Abbildungen:

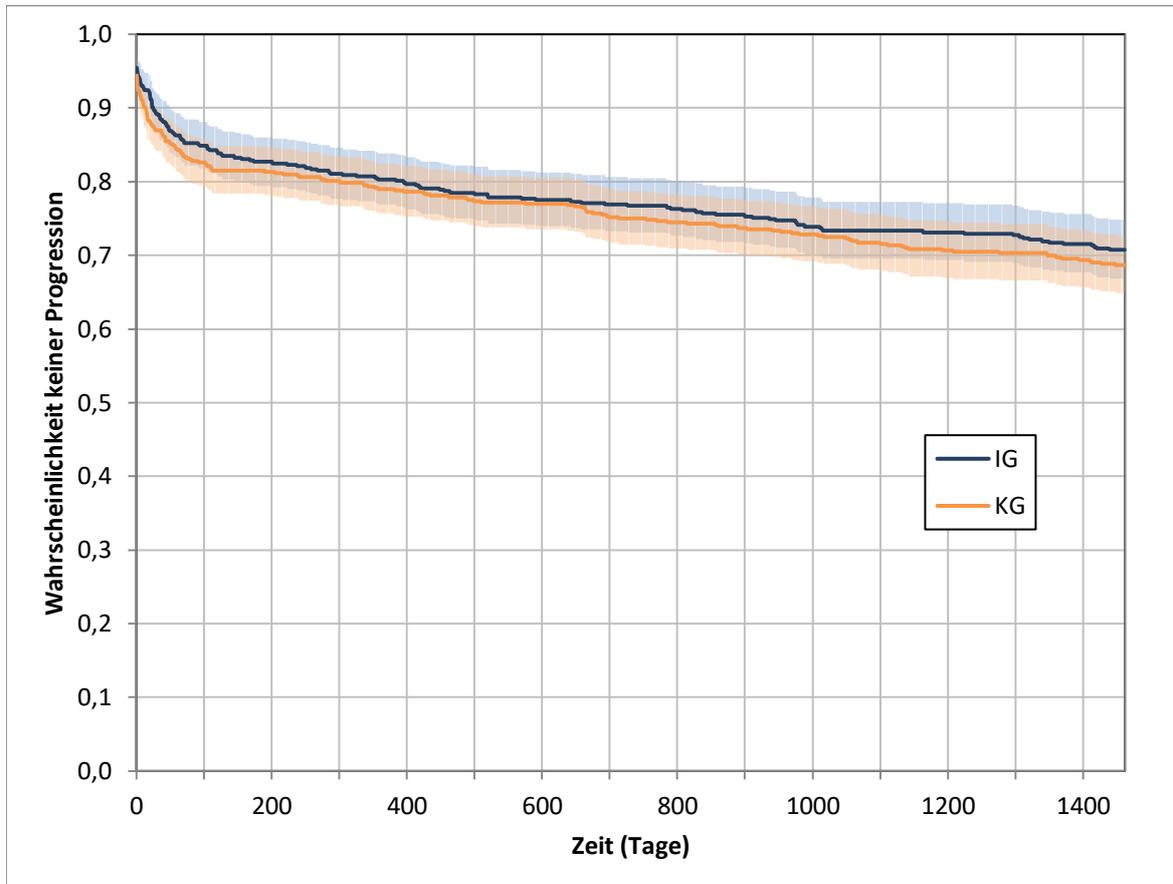
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

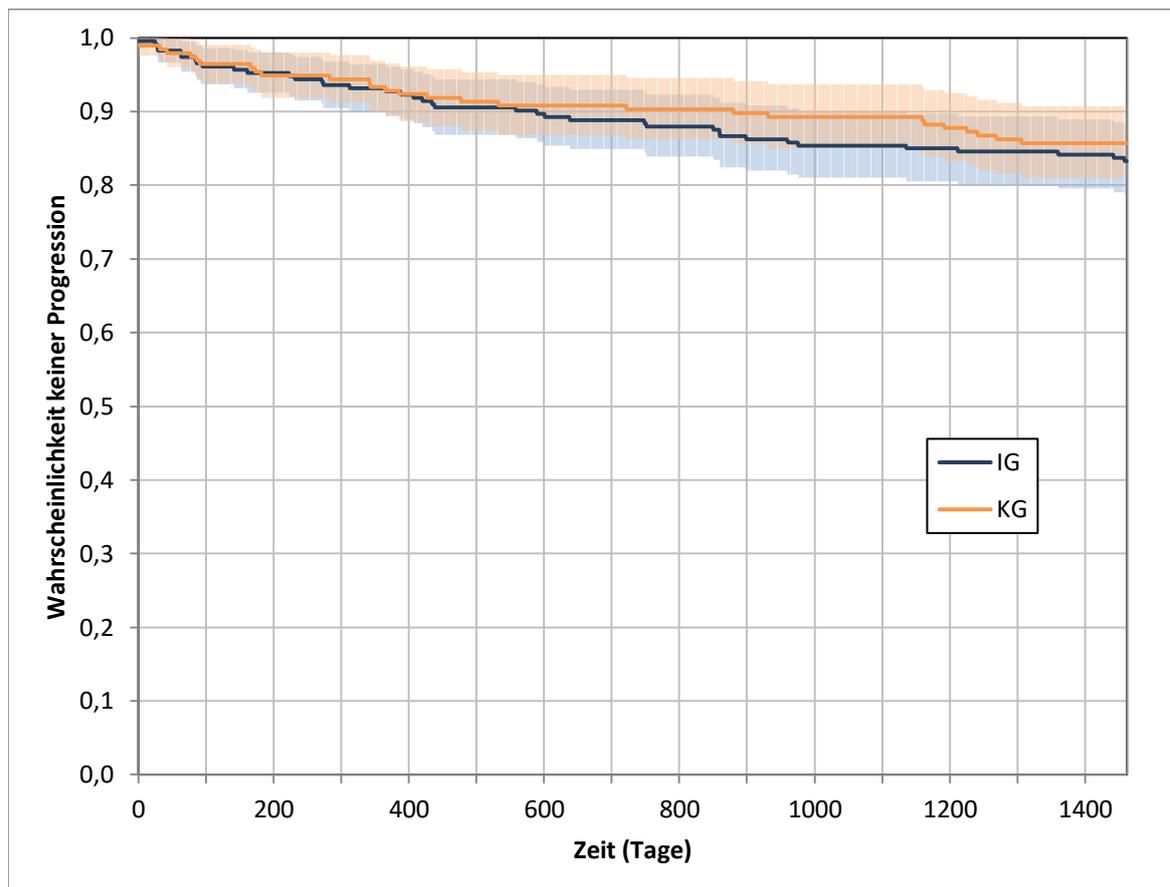
Progression C (→ Suchterkrankung)

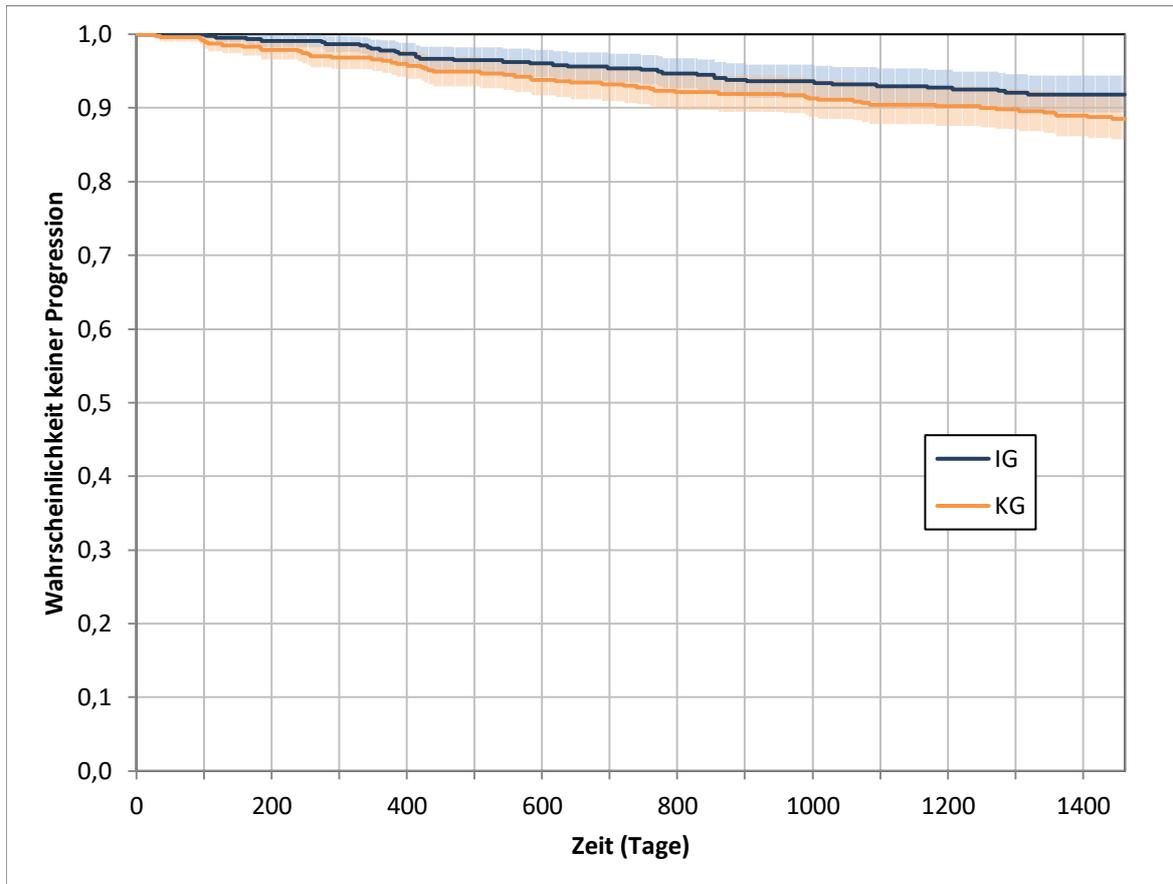
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

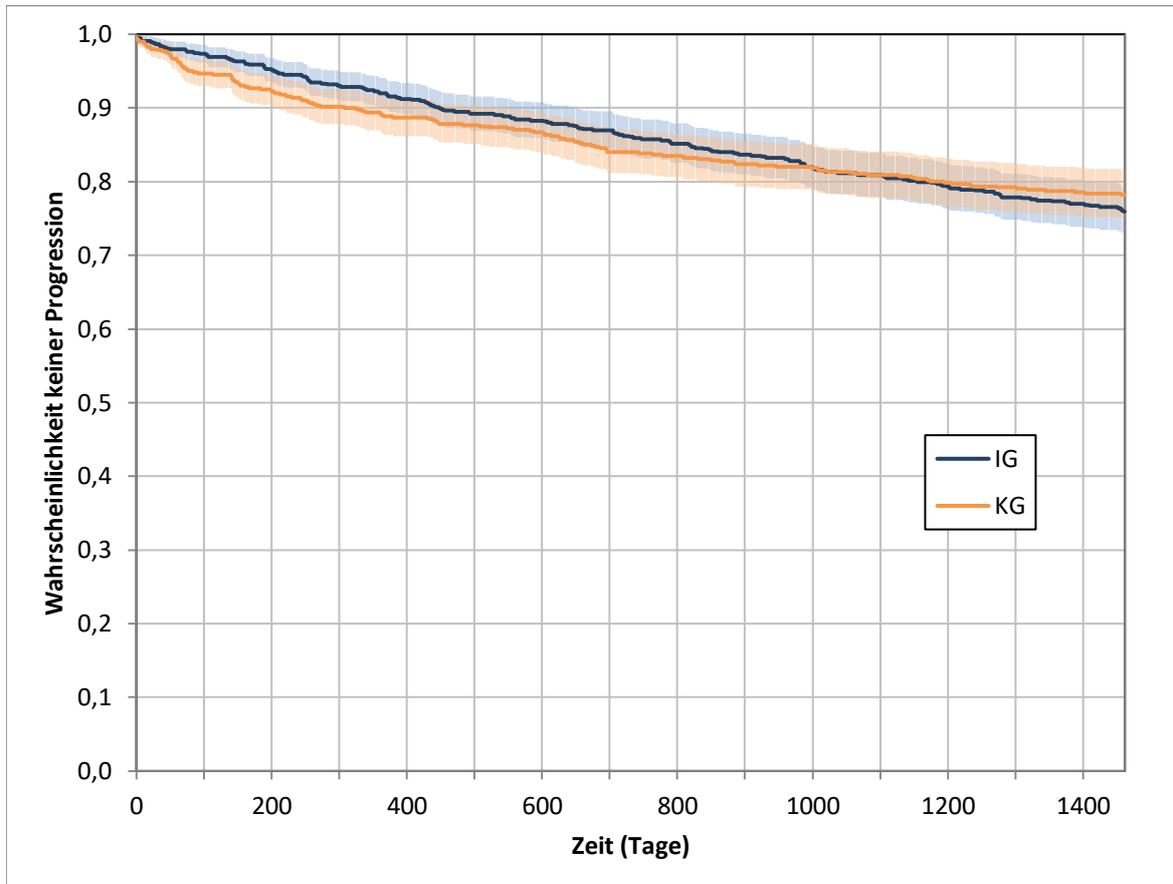
Progression C (→ Suchterkrankung)

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

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,44* 1,01...2,06	0,97 0,63...1,50	1,01 0,81...1,26

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	1,40 0,84...2,34	0,83 0,53...1,29	1,23 0,96...1,56

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1 Jahr	1 Jahr
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	2.797	2.802
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	1.056	897
• Jegliche depr. Episode ³	1.789	1.717
• ohne Suchterkrankung ⁵	2.007	2.122
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	24,5 %	19,8 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	4,4 %	4,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	19,1 %	21,0 %

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

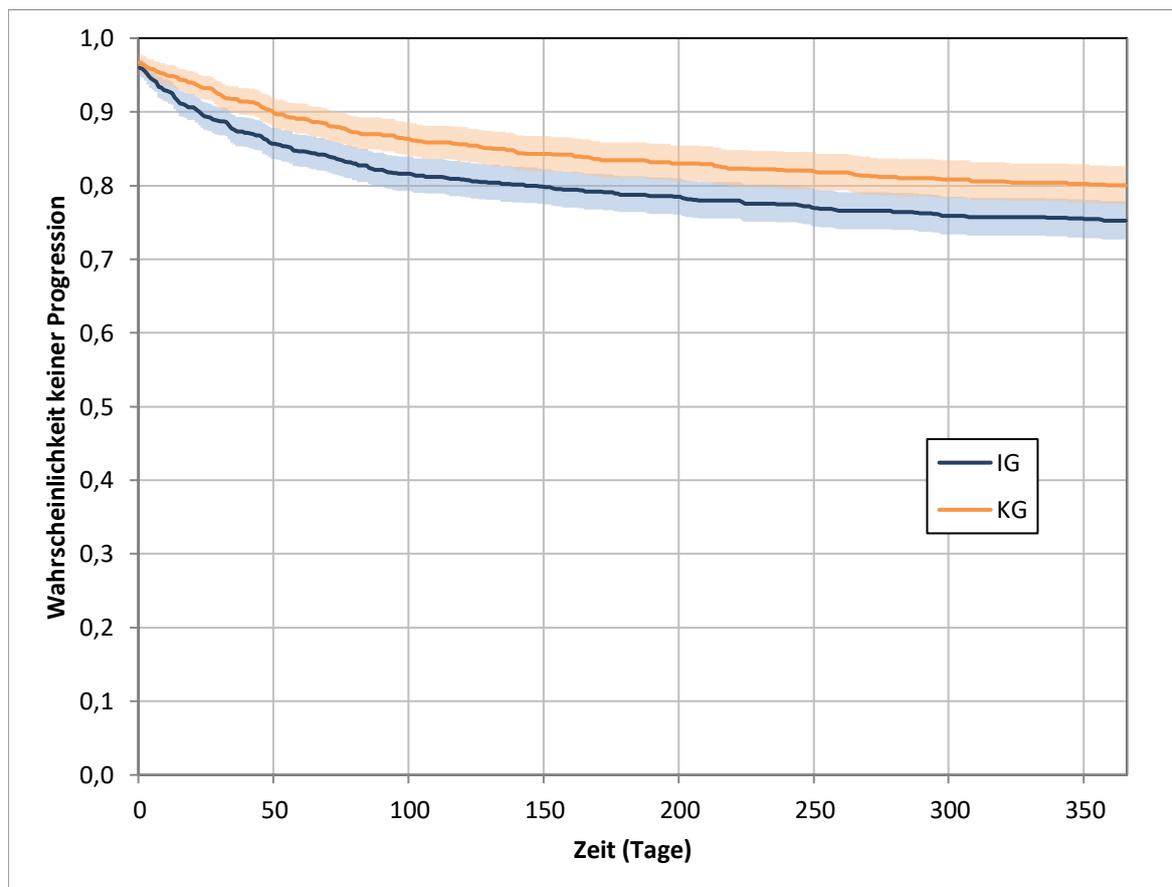
Klinikneue Patienten

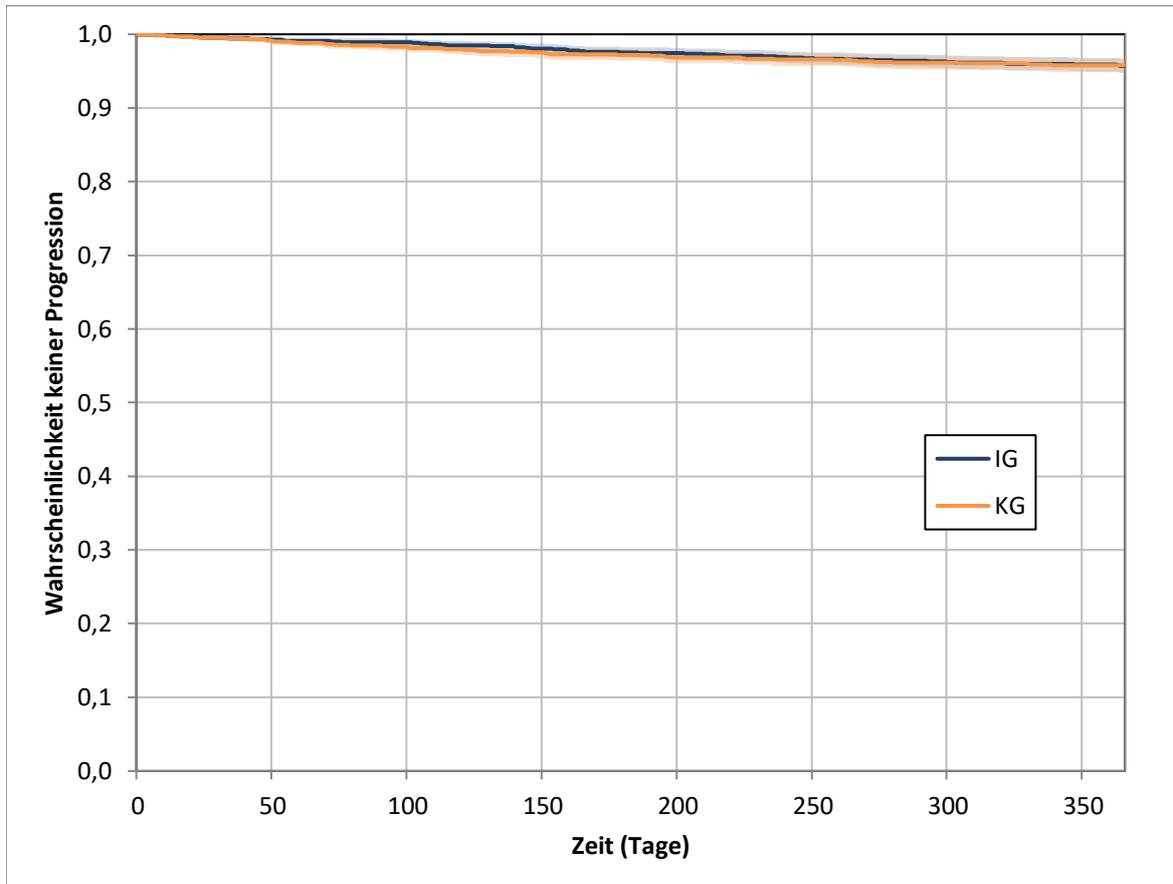
Legende für die folgenden Abbildungen:

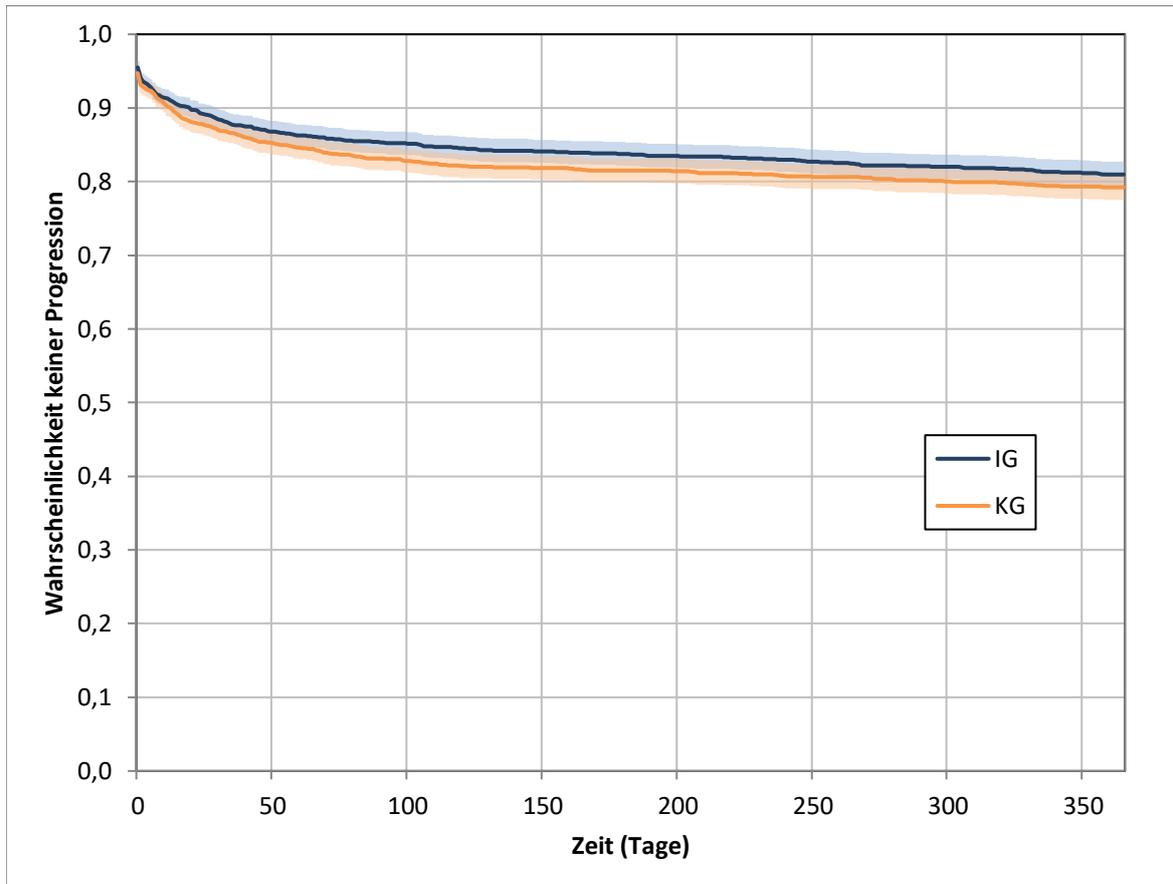
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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	2.053	2.050
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	832	702
• Jegliche depr. Episode ³	1.352	1.284
• ohne Suchterkrankung ⁵	1.484	1.555
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	25,4 %	19,9 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	7,0 %	7,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	24,1 %	24,2 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

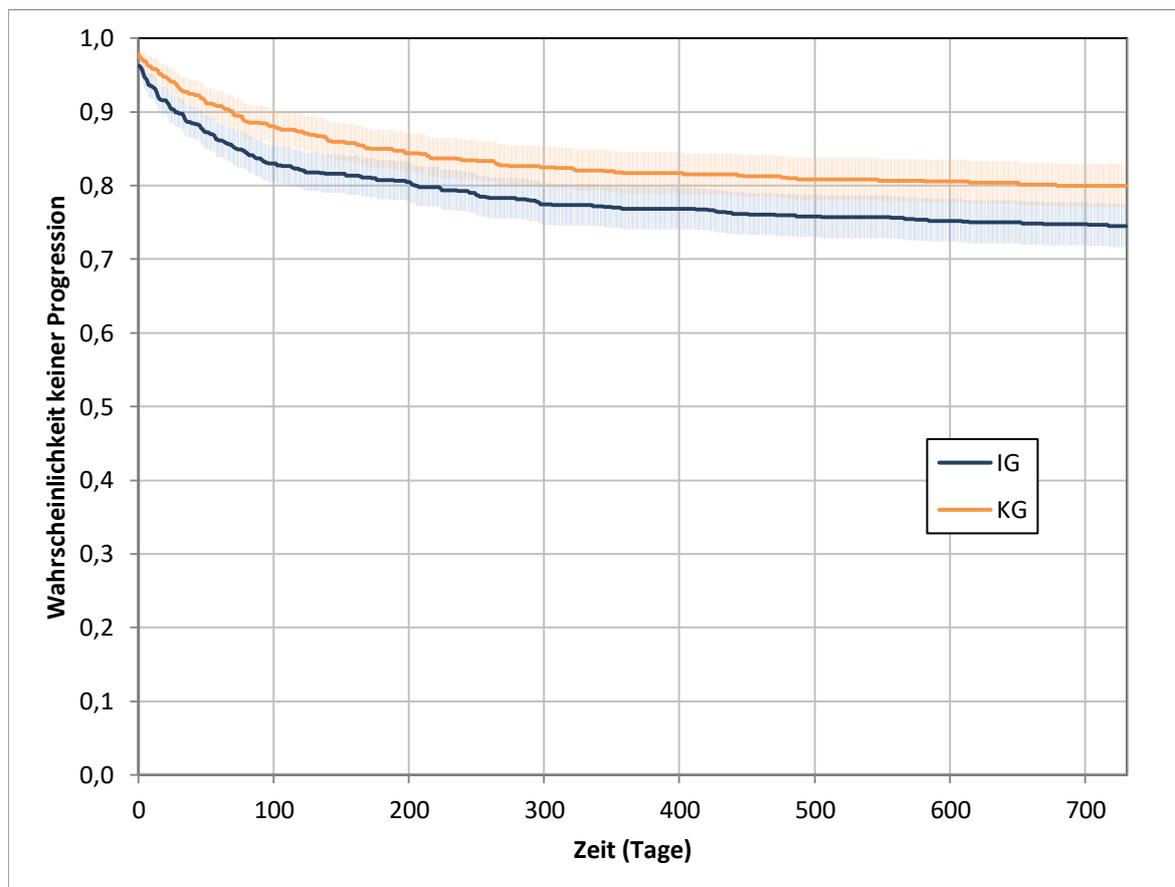
Klinikneue Patienten

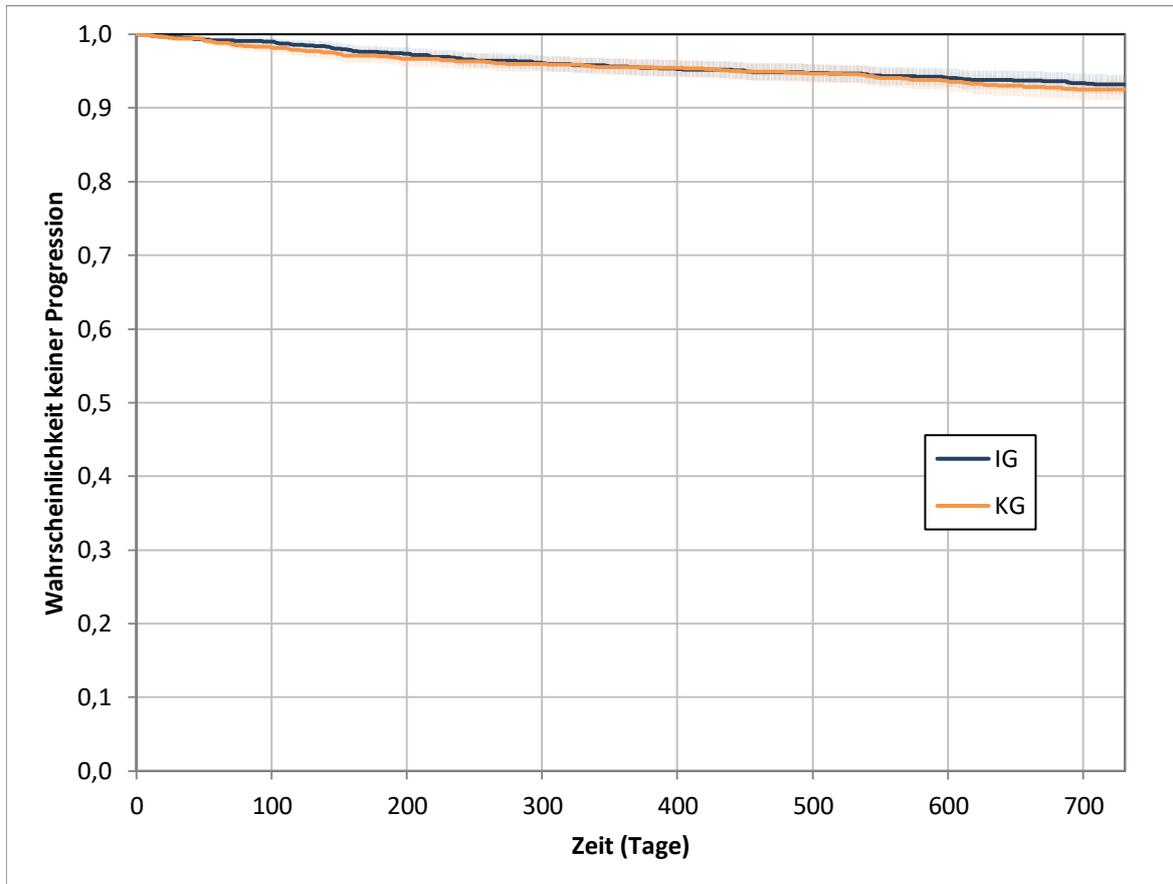
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

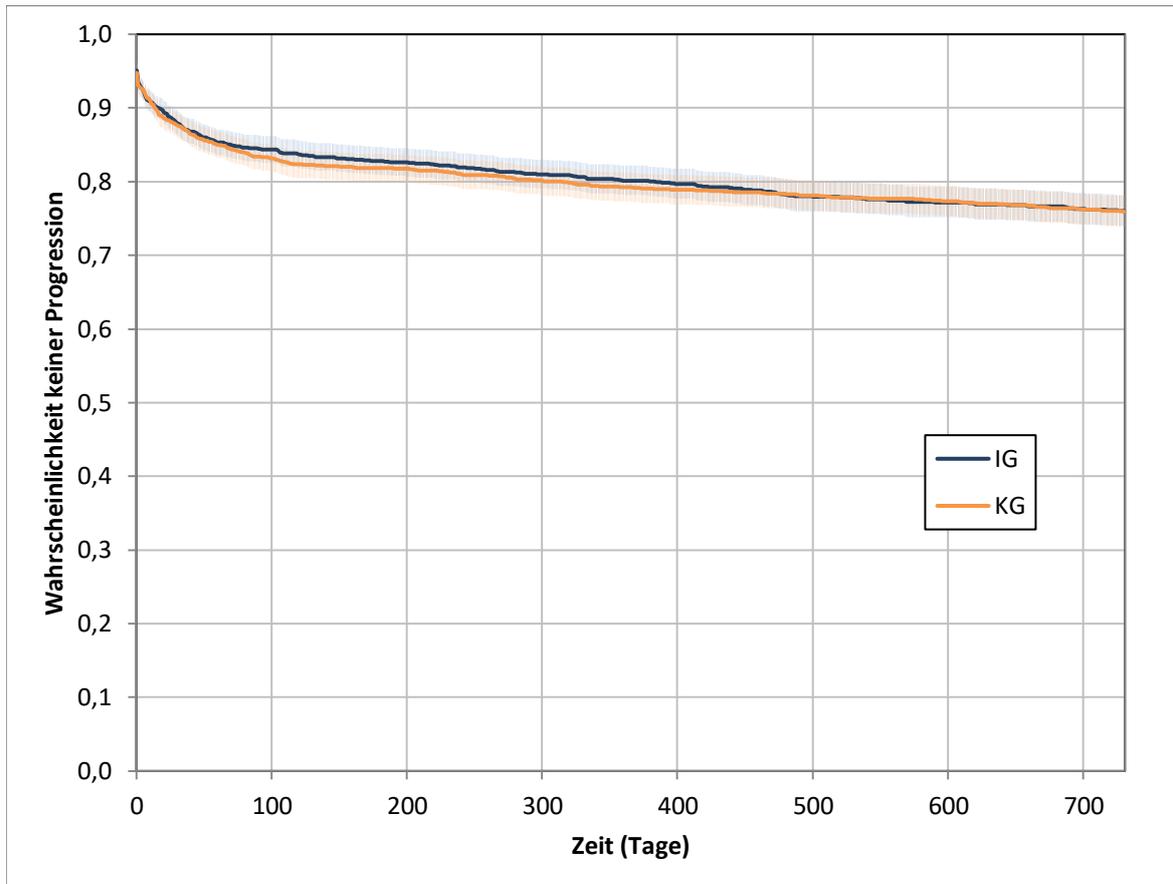
Progression C (→ Suchterkrankung)

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	1,49** 1,19...1,86	0,93 0,70...1,25	1,03 0,89...1,20

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	1.346	1.367
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	548	481
• Jegliche depr. Episode ³	889	864
• ohne Suchterkrankung ⁵	970	1.040
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	27,4 %	22,5 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	8,3 %	8,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	27,4 %	27,8 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	1.192	1.176
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	238 510 707	209 513 634
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) 	18,1 % 6,7 % 19,4 %	11,5 % 9,6 % 19,2 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

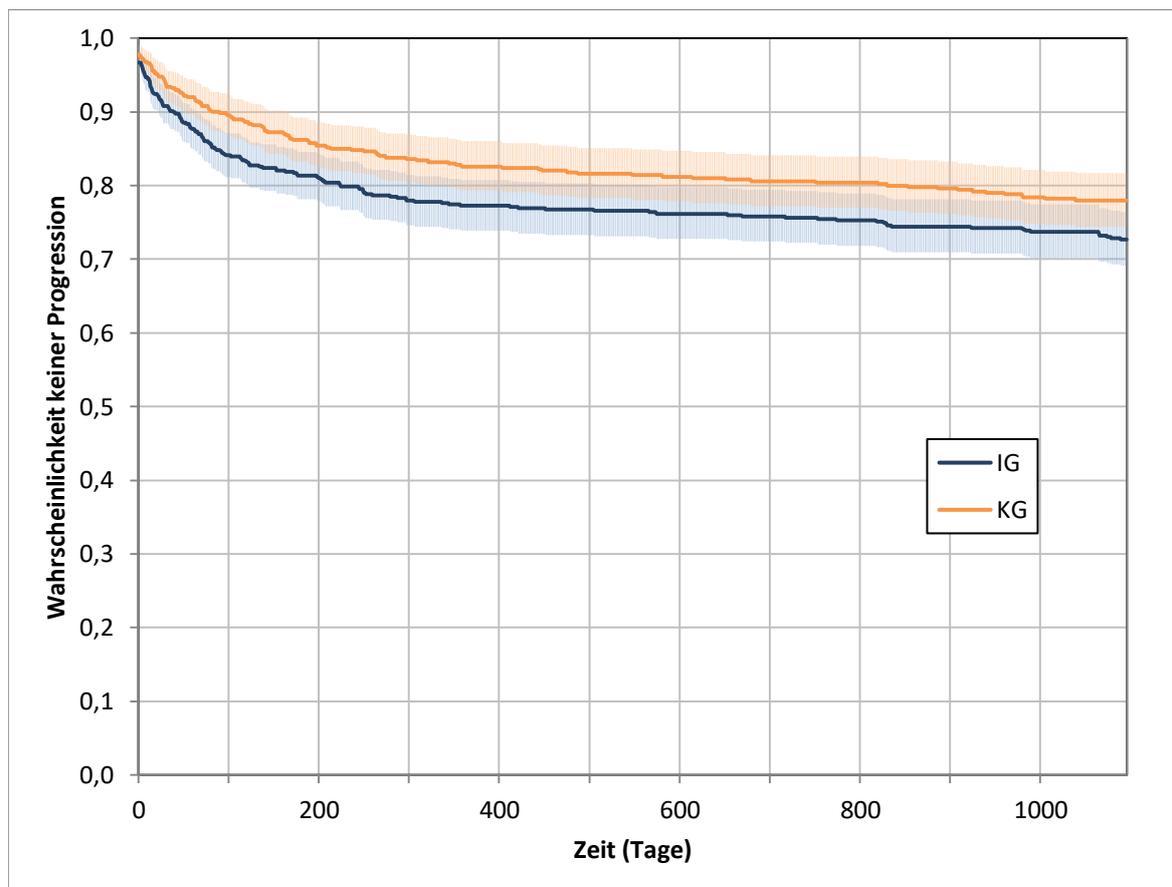
Klinikneue Patienten

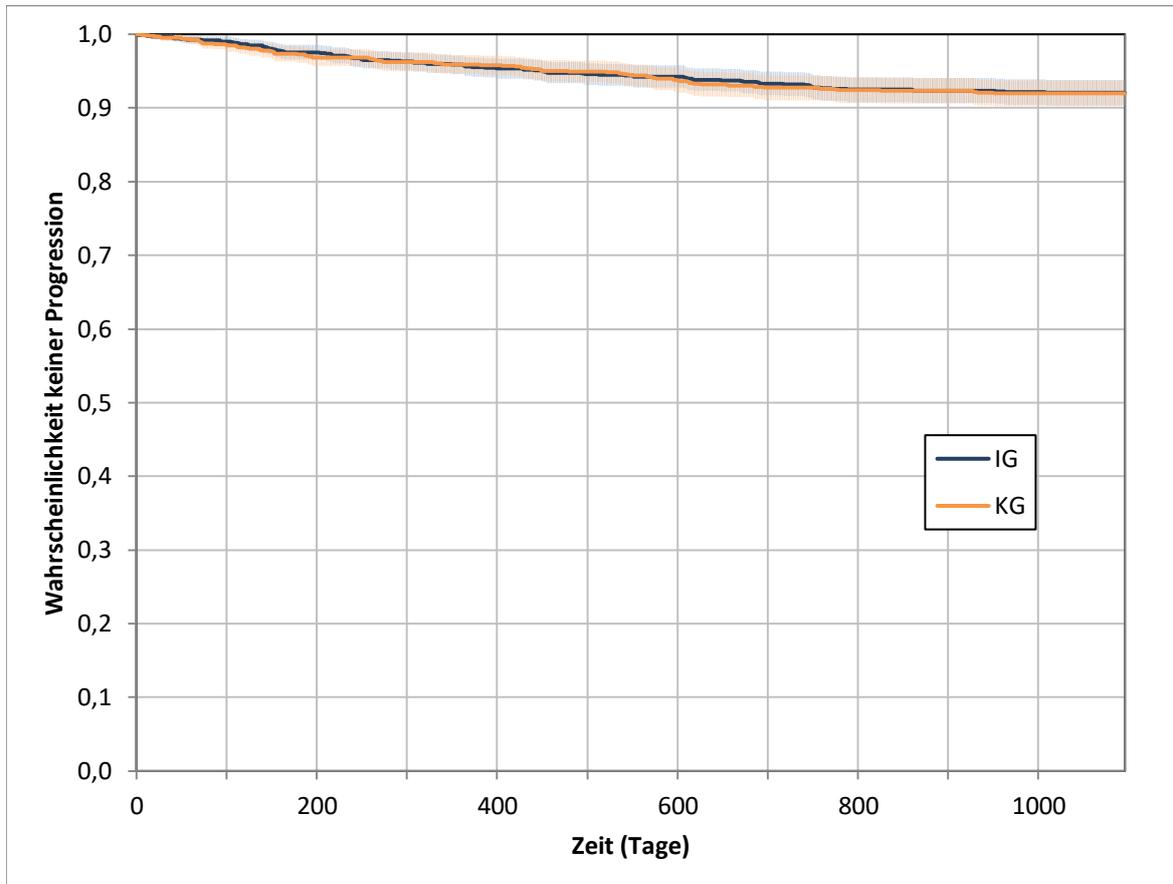
Legende für die folgenden Abbildungen:

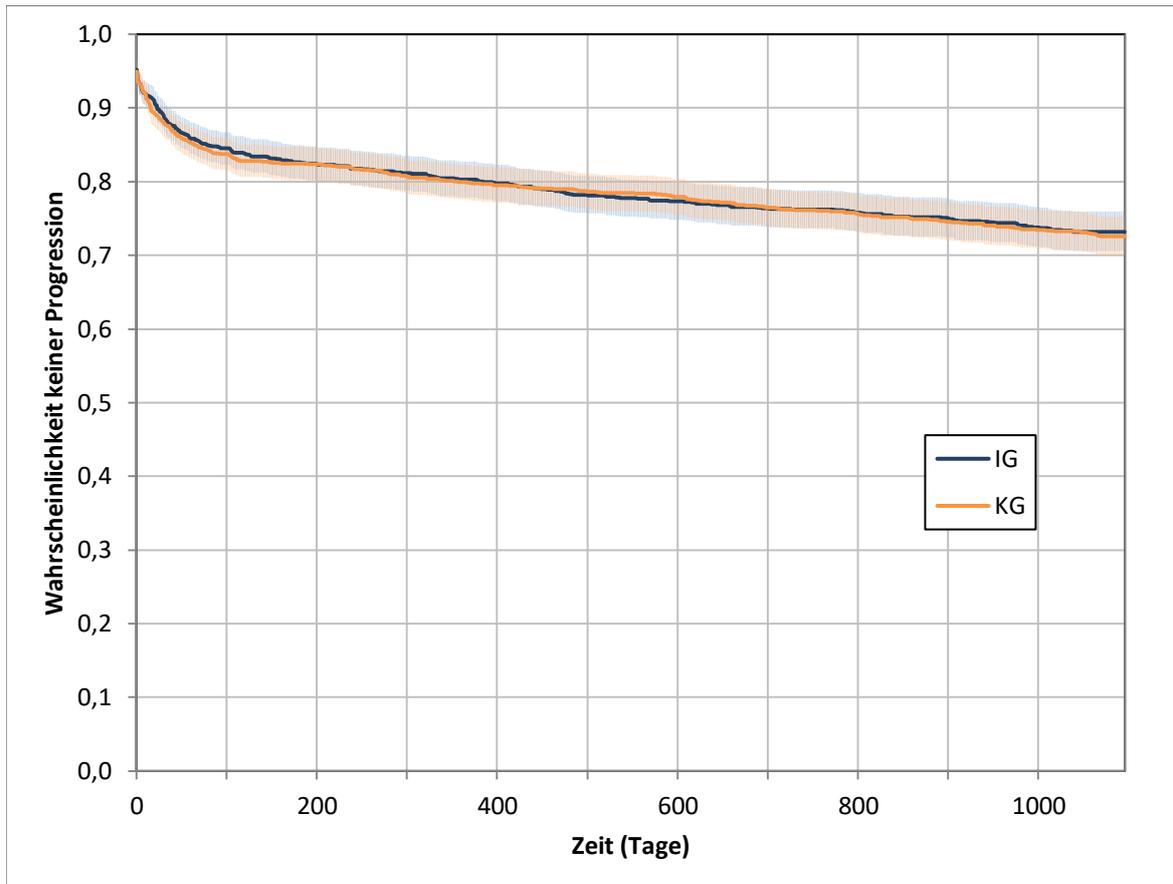
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

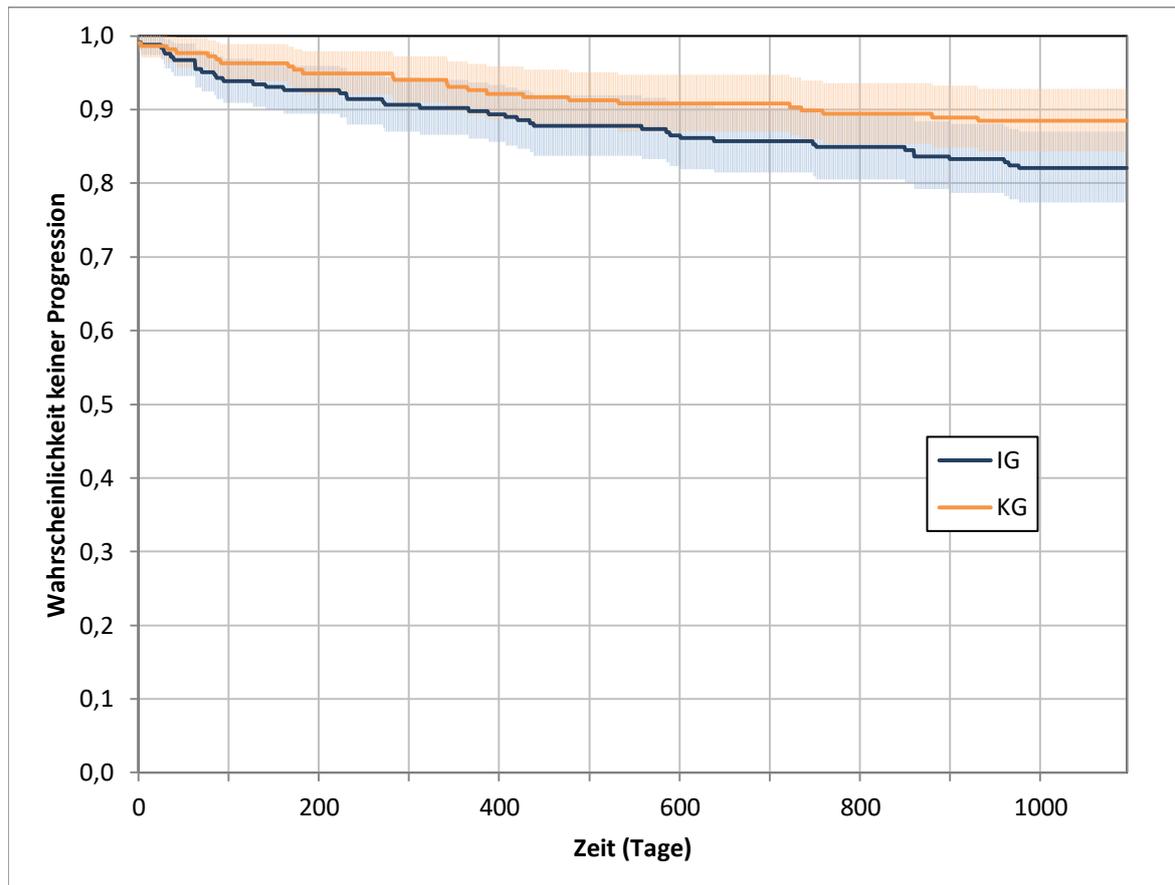
Progression C (→ Suchterkrankung)

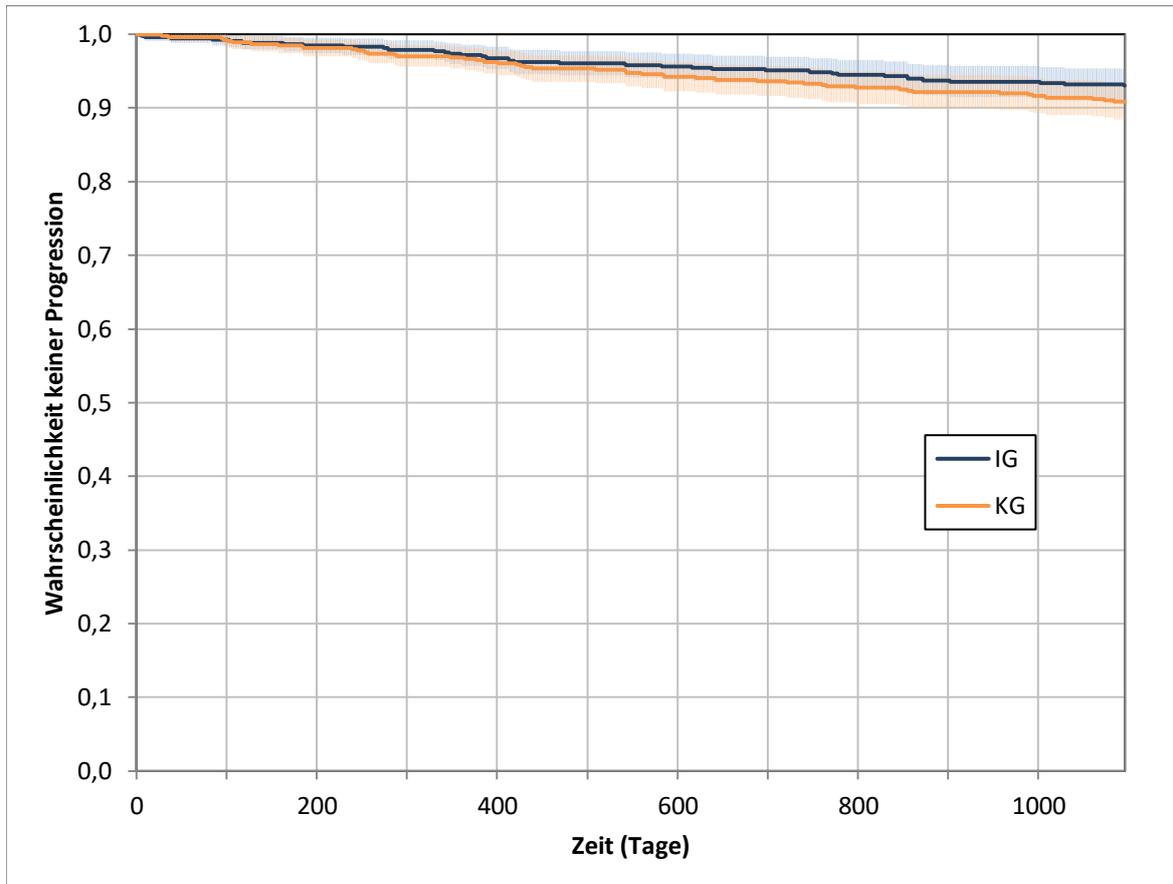
Klinikbekannte Patienten

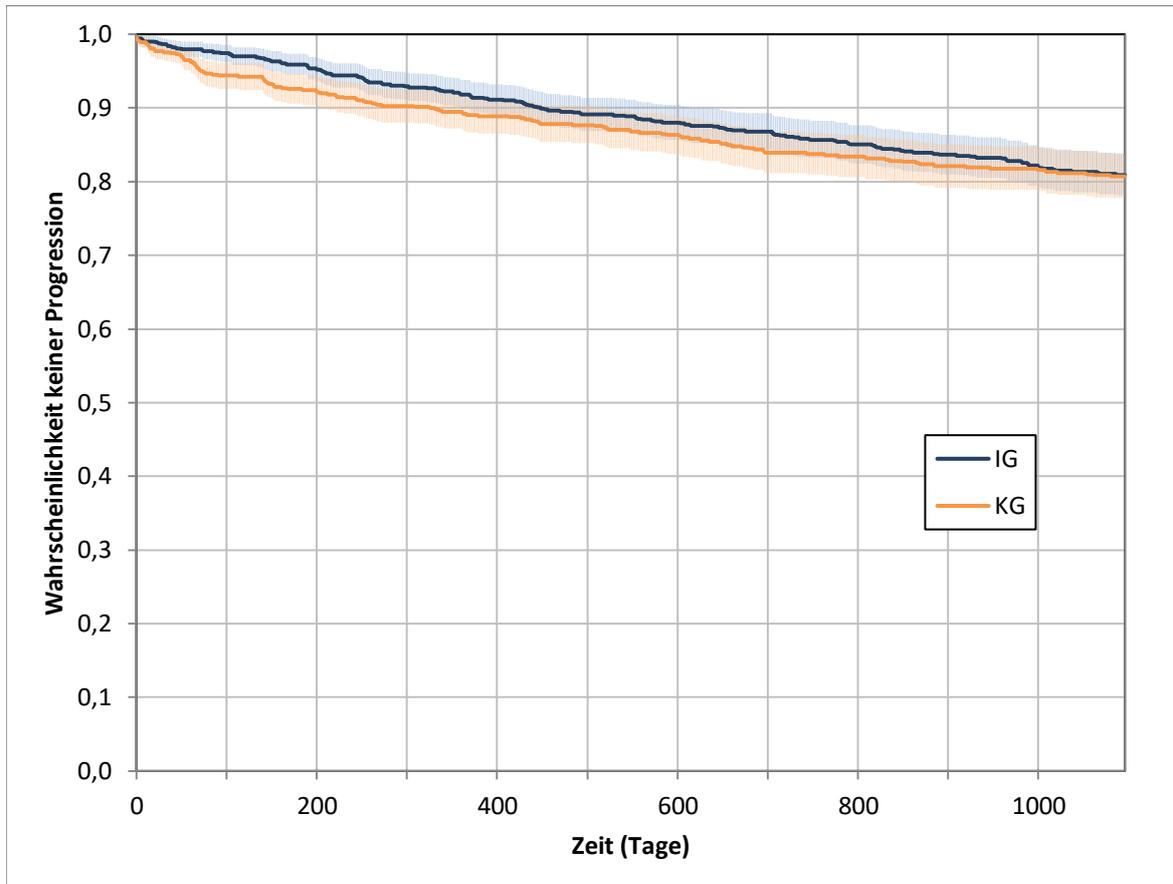
Legende für die folgenden Abbildungen:

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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für die **Alkoholabhängigkeit** vergleichbar niedrige Anteile von Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit und mindestens einem Untersuchungstermin für mindestens sechs Monate (IG: 5,7 %; KG: 3,7 %) sowie Anteile Personen mit Alkoholabhängigkeit und Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 0,7 %; KG: 1,1 %).

Für die **Demenz** ergaben sich niedrige Anteile der Personen mit neu diagnostizierter Demenz und zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose, welche in der IG etwas höher als in der KG waren (IG: 8,3 %; KG: 3,5 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Bei dem Anteil an Personen mit Demenz und Antipsychotikaverordnung waren die Anteile in der IG etwas niedriger als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede gab es hier erneut nicht. Bei der anderen Untersuchung zur Demenz waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.

Der Anteil an Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger **depressiver** Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 48,2 %; KG: 51,7 %). Der Anteil der Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war auch zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 17,0 %; KG: 16,5 %).

Der Anteil der Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (IG: 81,3 %; KG: 71,2 %) (Gruppenschätzer = +1,7). Auch der Anteil der Personen mit Schizophrenie und einer ersten Episode und antipsychotischer Medikation war in der IG statistisch signifikant größer (IG: 88,7 %; KG: 73,2 %) (Gruppenschätzer = +2,9). Bei der weiteren

Untersuchung zur Schizophrenie waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	122 5,7 %	188 3,7 %
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 	270 0,7 %	264 1,1 %

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>132 8,3 %</p>	<p>142 3,5 %</p>
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	<p>22 40,9 %</p>	<p>21 52,4 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>69 44,9 %</p>	<p>73 53,4 %</p>

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ ATC-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ATC-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ATC-Codes: N05A

Depression

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

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

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

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
Therapie / Antidepressiva (G)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ • Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen 	<p>1264</p> <p>48,2 %</p>	<p>1183</p> <p>51,7 %</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>1089</p> <p>17,0 %</p>	<p>1088</p> <p>16,5 %</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>214 81,3 %</p>	<p>215 71,2 %</p>
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>97 88,7 %</p>	<p>142 73,2 %</p>
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>22 22,7 %</p>	<p>25 24,0 %</p>

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

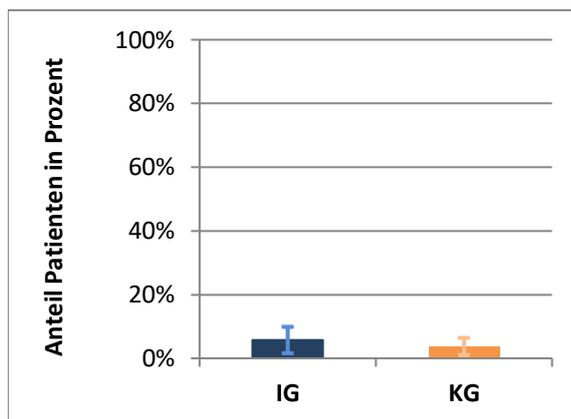
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Klinikneue Patienten

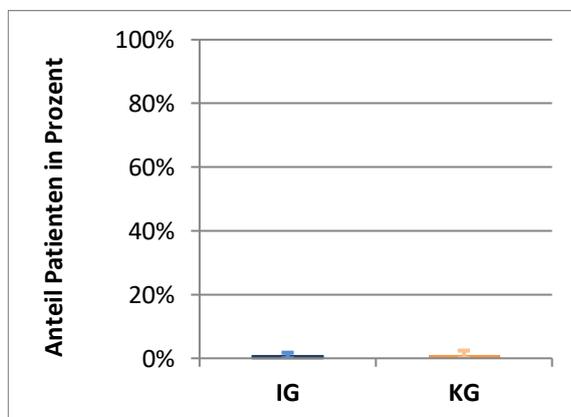
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

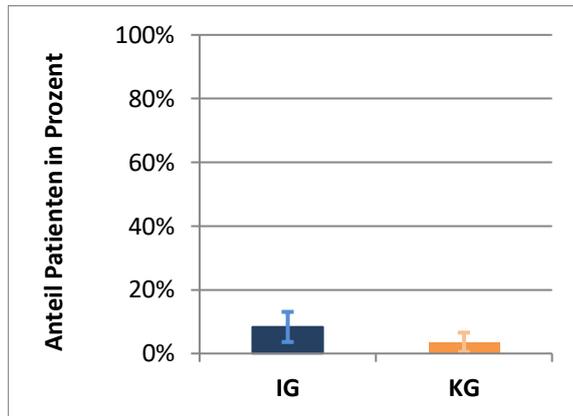
Alkoholabhängigkeit B



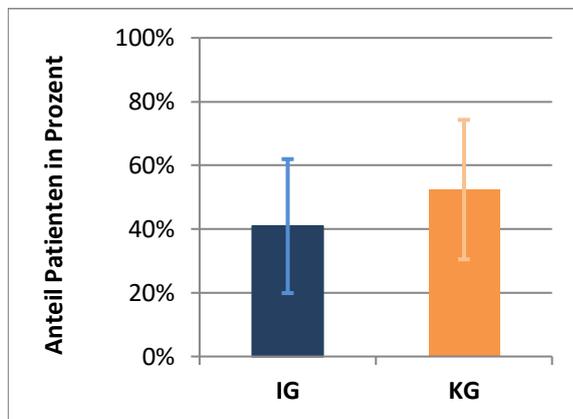
Alkoholabhängigkeit C



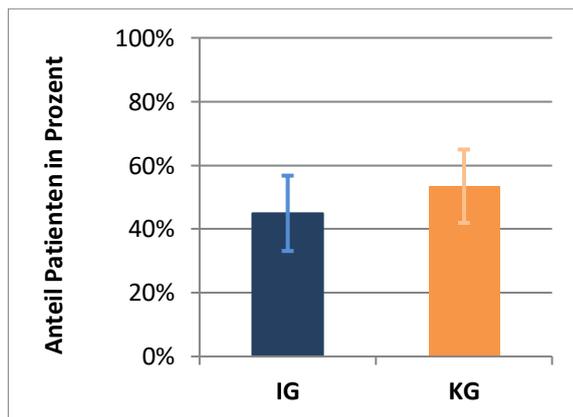
Demenz D



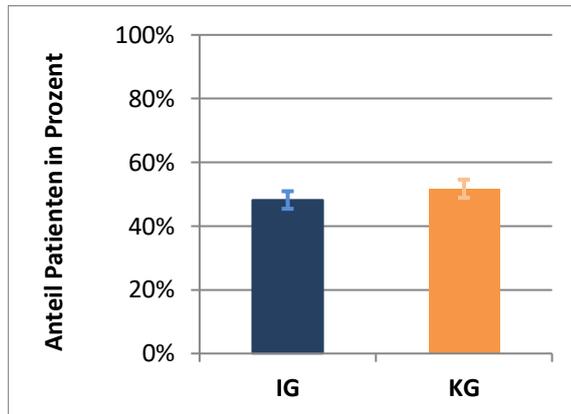
Demenz E



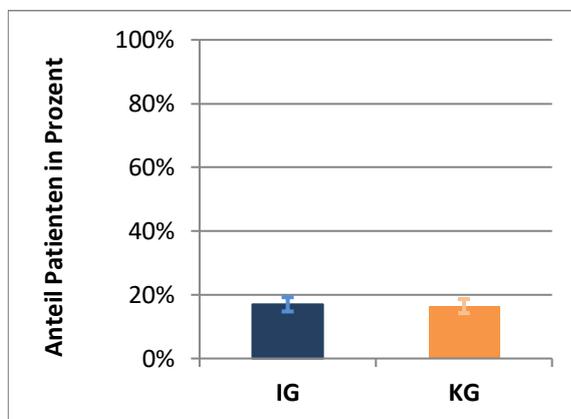
Demenz F



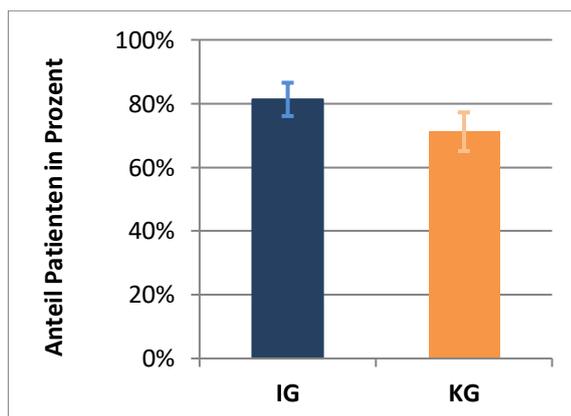
Depression G



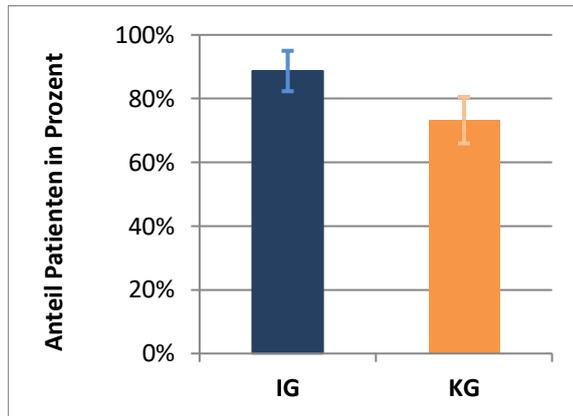
Depression I



Schizophrenie J



Schizophrenie K



Schizophrenie L

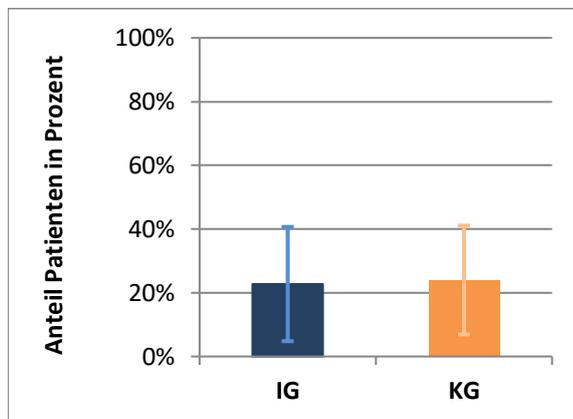


Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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	0,78 0,39...1,59	0,85 0,72...1,01	0,97 0,76...1,25	1,69* 1,06...2,70	2,90** 1,37...6,15	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 zeigte sich ein geringerer Anteil an Patienten mit PIA-Behandlung in der IG (3,1 % vs. KG = 5,7%). Die übrigen Settings waren zwischen IG und KG gleich verteilt. Im Referenzfall zeigten sich signifikante Unterschiede in allen Settings. So lag der Anteil der PIA-Fälle in der IG mit 74 % signifikant über dem der KG (48 %). Umgekehrt lag der Anteil der vollstationären Fälle mit 26 % in der IG deutlich unter dem der KG, in der es 47 % waren. Die tagesklinische Behandlung kam im Referenzfall in der IG nicht vor, in der KG betrug der Anteil rund 5 %. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigten sich dann vergleichbare Verteilungen zwischen IG und KG, der Anteil der PIA-Patienten war in der IG jedoch signifikant höher ($IG_{\text{nur PIA}} = 29 \%$; $KG_{\text{nur PIA}} = 21 \%$). In den folgenden drei Nachbeobachtungsjahren glichen sich die Verteilungen der behandelten Patienten auch aufgrund des wachsenden Anteils derjenigen ohne Klinikfall weiter an. Weiterhin zu beobachten war ein Trend zu einem größeren Anteil an PIA-Patienten in der IG, signifikante Unterschiede ergaben sich jedoch nur im Anteil der vollstationär behandelten Patienten im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr, in denen der Anteil in der IG bei gemittelt rund 2,3 % und in der KG bei rund 6,4 % lag (vgl. Tabelle 63 und Abbildung 36).

Bei den linikbekannten Patienten ergaben sich bereits im Prä-Zeitraum signifikante Unterschiede zwischen IG und KG. So wurden in der IG deutlich weniger Patienten in stationären Settings behandelt (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 37). Der Anteil der rein in der PIA-behandelten Personen lag hingegen in der IG mit 58 % über dem der KG (51 %). Im Referenzfall traten dann deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen zutage: so lag der Anteil der PIA-Fälle mit 91 % stark über dem der KG (68 %). Umgekehrt wurden wesentlich weniger Menschen in den stationären Settings behandelt ($IG_{\text{vs}} = 8 \%$, $IG_{\text{TK}} = 1 \%$; $KG_{\text{vs}} = 27 \%$, $KG_{\text{TK}} = 5 \%$). In den nachfolgenden Nachbeobachtungsjahren setzt sich dieses Muster eines größeren Anteils in der PIA behandelten und geringeren Anteils stationär behandelten Personen in der IG fort. Auffällig ist jedoch der ab dem zweiten Jahr höhere Anteil von Versicherten der KG, die keinen Klinikfall aufweisen. Die betrifft allerdings nur die Klinikfälle. Betrachtet man zusätzlich die Behandlungen im vertragsärztlichen Bereich¹, zeigt sich, dass der Anteil derjenigen, die weder einen Klinik- noch einen vertragsärztlichen Fall aufwiesen, im Zeitverlauf in beiden Gruppen ungefähr gleich stark anwächst. Auffällig ist aber, dass zwar die Anteile derjenigen, die hausärztlich psychiatrisch versorgt werden in beiden Gruppen ungefähr gleich hoch sind, der Anteil der fachärztlich psychiatrisch Versorgten in der KG höher ist, was auf stärker ausgebaute vertragsärztliche Strukturen im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich in den Regionen der Kontrollkliniken hindeutet. In der Modellklinik scheint die PIA somit zumindest teilweise (gewollt oder ungewollt) die vertragsärztliche Versorgung zu substituieren.

¹ Zugrundeliegende Auswertung ist nicht im Bericht enthalten.

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung waren die Verteilungen von IG und KG im Prä-Zeitraum statistisch nicht gleich. Während in der IG 1,4 % der eingeschlossenen Personen einen PIA-Fall aufwiesen, waren es in der KG 2,6 % (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 38). Zurückzuführen ist das vor allem auf Versicherte, die vor ihrem Studieneinschluss zwar in der PIA behandelt wurden, aber nicht in einer der Referenzkliniken versorgt wurden oder bei deren Fällen keine der definierten Indexdiagnosen kodiert wurde. Dementsprechend unterscheiden sich auch die Anteile der Personen in IG und KG, die keinen Behandlungsfall aufwiesen; dieser betrug in der IG 95,3 % und in der KG 93,5 %. Im Referenzfall zeigte sich dann das gleiche Muster wie bei U1 von deutlich mehr PIA-Fällen (IG = 75 %; KG = 50 %) in der IG und entsprechend weniger (voll-)stationären Fällen (IG_{vs} ≈ 25 %; KG_{vs} ≈ 44 %, KG_{TK} ≈ 5 %). Im sich daran anschließenden Nachbeobachtungszeitraum zeigte sich in der KG zwar ein größerer Anteil von in mehreren Settings behandelten Patienten, was aber auch immer mindestens einen stationären Aufenthalt beinhaltete. So wurden in der KG 3 % der Versicherten vollstationär, tagesklinisch und in der PIA und knapp 3 % vollstationär und tagesklinisch behandelt; in der IG waren es lediglich 2 % respektive 0,3 %. Auch der Anteil rein vollstationär Behandelter lag in der IG unter dem der KG (7 % vs. 11 %) In der IG waren hingegen die Anteile der Personen, die rein in der PIA sowie in der PIA und vollstationär behandelt wurden höher als in der KG (24 % vs. 19 % bzw. 11 % vs. 7 %).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entsprach die Verteilung sowohl im Verlauf als auch in der Besetzung der einzelnen Settings dem von U1 bis zum zweiten Nachbeobachtungsjahr (vgl. Tabelle 66 und Abbildung 39).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren Verlauf und Anteile in den Beobachtungsperioden ebenfalls nahezu identisch zu U1 bis zum dritten Jahr (vgl. Tabelle 67 und Abbildung 40).

Bei den linikbekannten Patienten trifft dies ebenfalls zu (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.

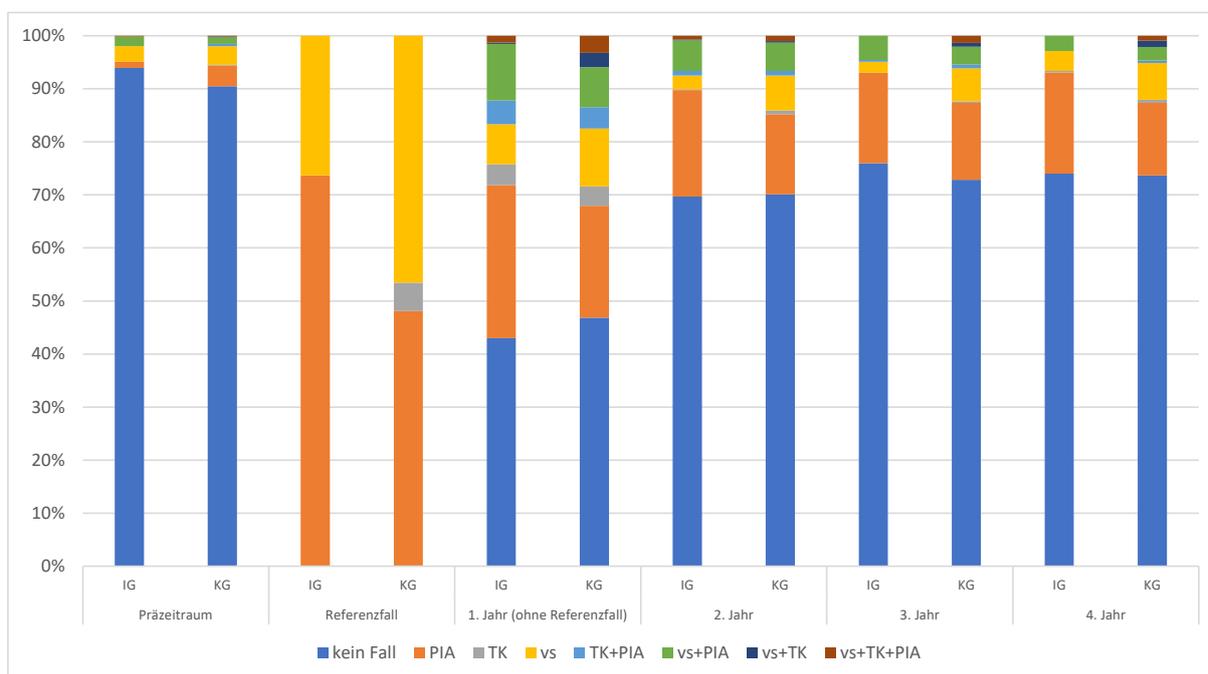
Klinikneue Patienten

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	1,000				9	23	0,122	5	7	1,000		9	0,054		6	0,203
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK		1	1,000				2	19	0,004	1	2	1,000		5	0,445		8	0,091
vs+PIA	13	9	1,000				76	54	0,209	40	37	1,000	31	23	1,000	19	17	1,000
vs+HT																		
TK+PIA		3	1,000				32	29	1,000	6	6	1,000	2	5	1,000		3	0,989
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	21	25	1,000	188	333	0,000	54	78	0,182	18	46	0,005	14	42	0,002	25	46	0,091
TK		1	1,000		38	0,000	28	26	1,000	1	5	1,000		2	1,000	2	4	1,000
PIA	8	28	0,012	526	344	0,000	206	151	0,006	139	105	0,127	116	99	1,000	127	91	0,079
HT																		
kein Fall	671	647	0,126				307	335	0,474	483	488	1,000	515	497	1,000	493	490	1,000
Gesamtergebnis	714	715	0,110	714	715	0,000	714	715	0,000	693	696	0,037	678	682	0,000	666	665	0,001

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.

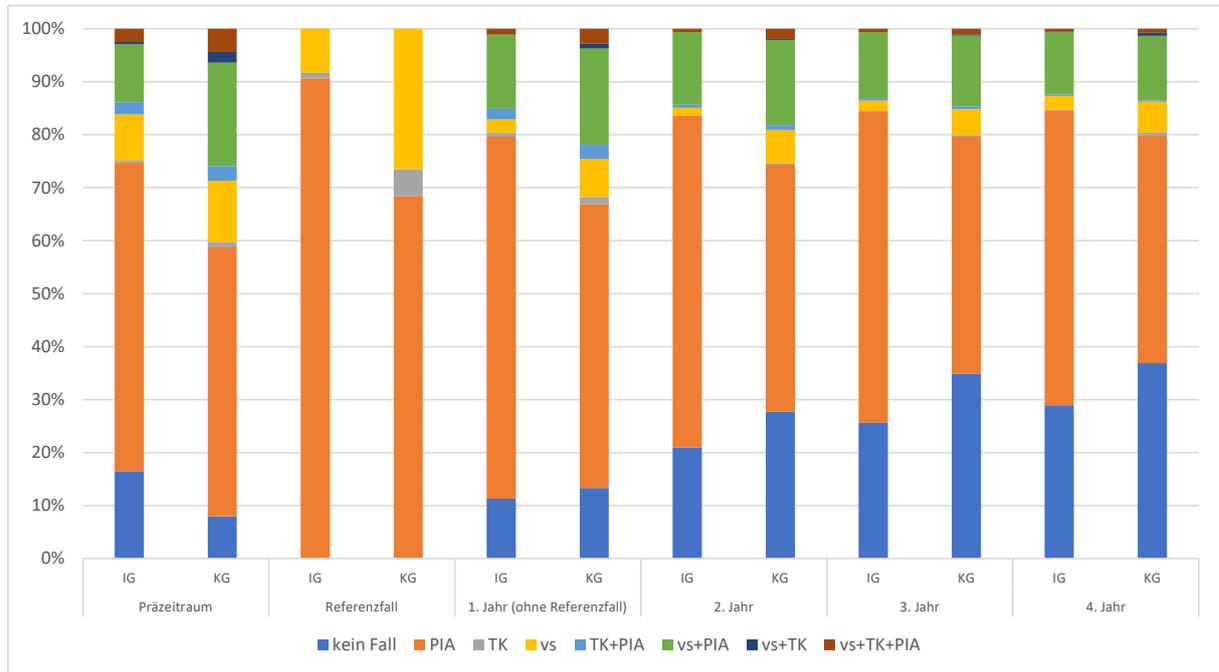
Klinikbekannte Patienten

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	28	49	0,075				12	32	0,021	7	21	0,061	7	11	1,000	6	8	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	5	23	0,006				1	10	0,060		2	0,730		3	1,000	1	6	0,611
vs+PIA	124	220	0,000				158	205	0,034	153	177	0,538	137	144	1,000	127	128	1,000
vs+HT																		
TK+PIA	26	31	0,573				23	30	0,478	6	11	0,730	5	6	1,000	3	3	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	99	130	0,095	94	299	0,000	29	81	0,000	17	69	0,000	22	53	0,002	28	62	0,001
TK	4	12	0,153	12	57	0,000	8	15	0,478		3	0,730		3	1,000	2	6	1,000
PIA	662	572	0,002	1.029	771	0,000	776	604	0,000	700	514	0,000	649	484	0,000	602	454	0,000
HT																		
kein Fall	187	90	0,000				128	150	0,478	234	306	0,001	282	377	0,000	313	390	0,001
Gesamtergebnis	1.135	1.127	0,000	1.135	1.127	0,000	1.135	1.127	0,000	1.117	1.103	0,000	1.102	1.081	0,000	1.082	1.057	0,000

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

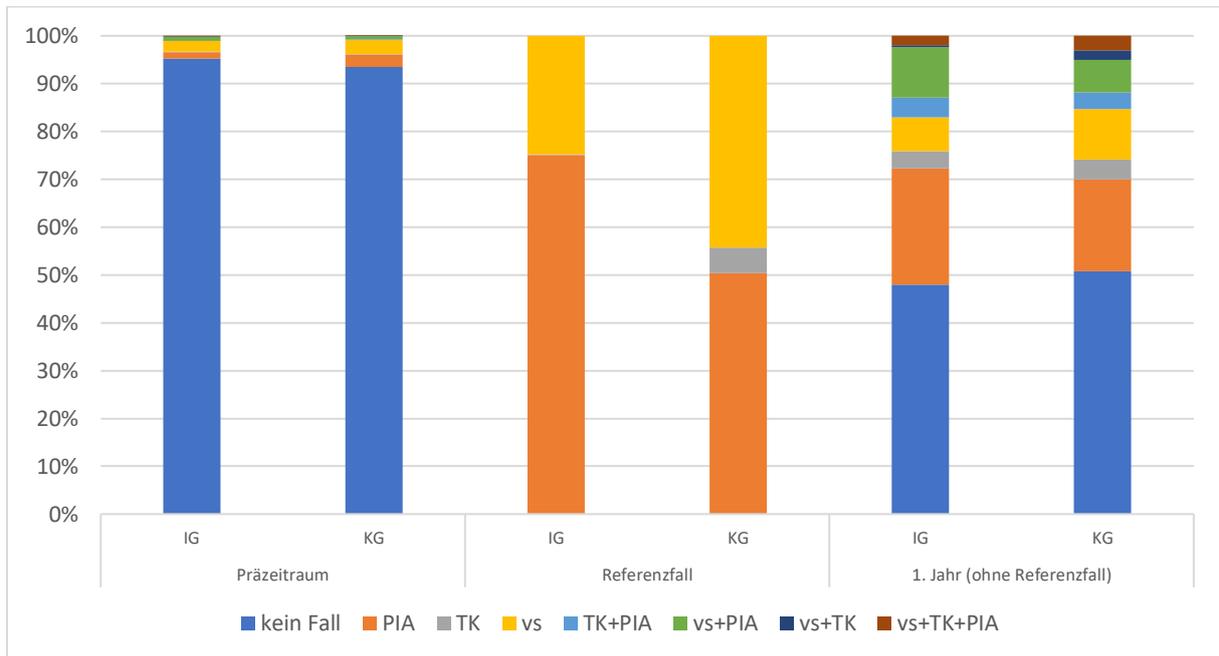
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr 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	3	1	1,000				58	89	0,049
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK	3	1	1,000				8	54	0,000
vs+PIA	24	19	1,000				304	198	0,000
vs+HT									
TK+PIA	1	4	1,000				121	100	0,340
TK+HT									
HT+PIA									
vs	65	85	0,696	712	1.274	0,000	203	305	0,000
TK	1	3	1,000	7	154	0,000	103	116	0,408
PIA	39	75	0,008	2.161	1.452	0,000	703	554	0,000
HT									
kein Fall	2.744	2.692	0,028				1.380	1.464	0,086
Gesamtergebnis	2.880	2.880	0,040	2.880	2.880	0,000	2.880	2.880	0,000

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



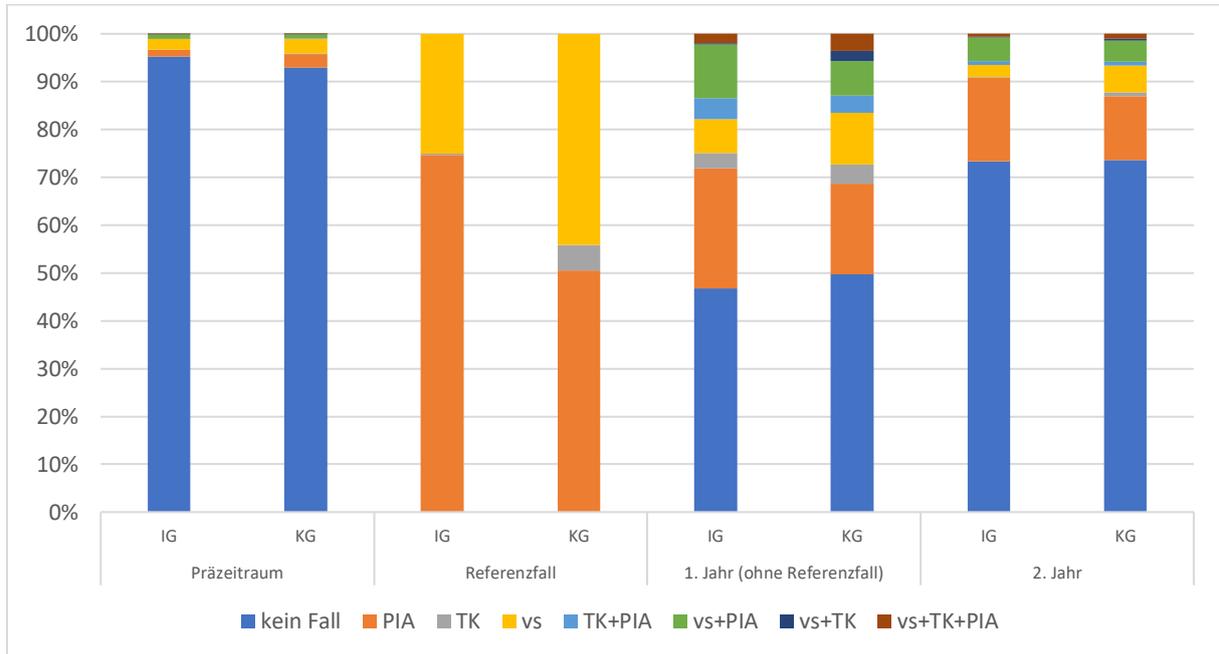
vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment. **U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

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	2	1	1,000				42	76	0,008	13	21	0,906
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	1	1	1,000				6	46	0,000	2	8	0,564
vs+PIA	19	17	1,000				242	155	0,000	104	93	1,000
vs+HT												
TK+PIA	1	4	1,000				93	77	0,429	17	16	1,000
TK+HT												
HT+PIA												
vs	49	64	1,000	539	947	0,000	152	233	0,000	52	119	0,000
TK		3	1,000	5	114	0,000	70	86	0,429	5	17	0,111
PIA	31	60	0,024	1.608	1.085	0,000	540	405	0,000	365	277	0,001
HT												
kein Fall	2.049	1.996	0,024				1.007	1.068	0,165	1.537	1.541	1,000
Gesamtergebnis	2.152	2.146	0,115	2.152	2.146	0,000	2.152	2.146	0,000	2.095	2.092	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

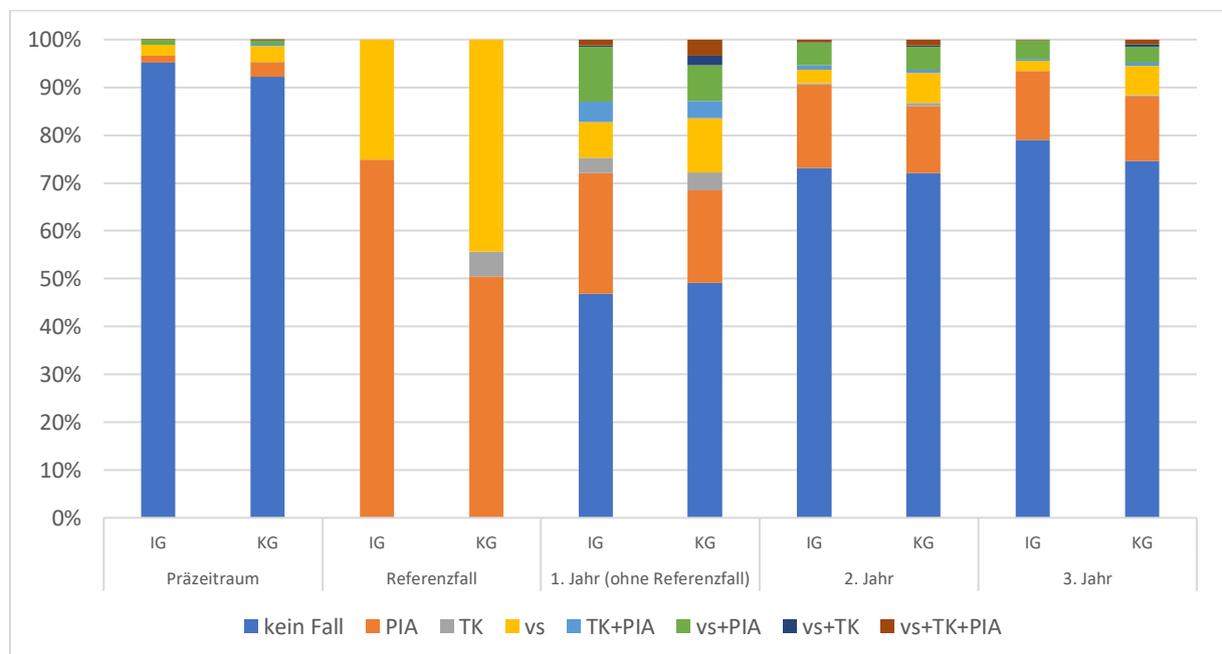
Klinikneue Patienten

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	1	1	1,000				18	48	0,002	8	17	0,595	3	14	0,098
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK		1	1,000				4	30	0,000	1	5	0,900		6	0,214
vs+PIA	15	13	1,000				165	108	0,002	67	67	1,000	52	47	1,000
vs+HT															
TK+PIA		4	0,674				62	53	0,857	12	10	1,000	6	9	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	33	49	0,587	362	643	0,000	107	164	0,002	40	88	0,000	29	85	0,000
TK		1	1,000	1	77	0,000	47	54	0,857	3	10	0,595		4	0,548
PIA	21	43	0,068	1.080	731	0,000	364	282	0,002	246	199	0,087	198	189	1,000
HT															
kein Fall	1.373	1.339	0,017				676	712	0,739	1.026	1.022	1,000	1.083	1.037	0,046
Gesamtergebnis	1.443	1.451	0,112	1.443	1.451	0,000	1.443	1.451	0,000	1.403	1.418	0,000	1.371	1.391	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.

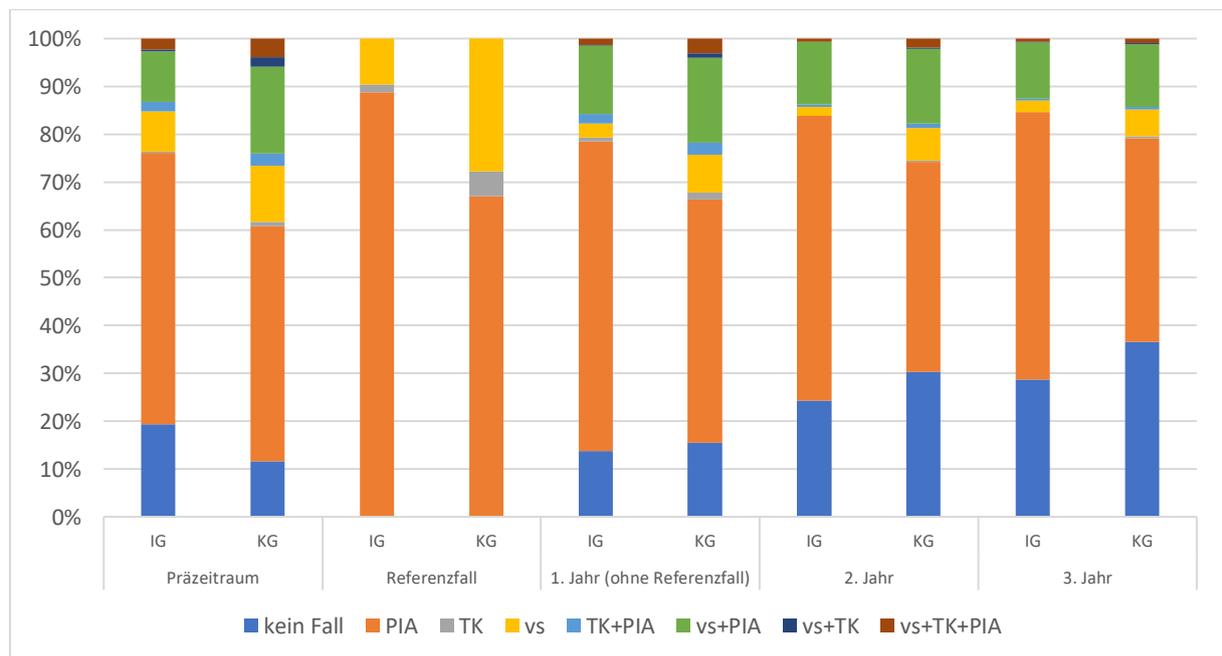
Klinikbekannte Patienten

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	28	49	0,061				16	38	0,023	8	23	0,055	8	12	1,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	6	24	0,009				2	12	0,079		3	0,466	1	3	1,000
vs+PIA	131	228	0,000				180	222	0,098	162	192	0,345	144	157	1,000
vs+HT															
TK+PIA	26	32	0,503				25	32	0,685	6	12	0,466	5	7	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	105	146	0,030	121	347	0,000	36	99	0,000	23	83	0,000	29	67	0,001
TK	4	12	0,157	20	66	0,000	11	18	0,685		4	0,396		5	0,358
PIA	710	615	0,001	1.112	838	0,000	811	636	0,000	735	539	0,000	679	512	0,000
HT															
kein Fall	243	145	0,000				172	194	0,685	299	371	0,006	349	440	0,000
Gesamtergebnis	1.253	1.251	0,000	1.253	1.251	0,000	1.253	1.251	0,000	1.233	1.227	0,000	1.215	1.203	0,000

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: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr war weder im vollstationären noch im tagesklinischen Bereich ein Unterschied in der Zahl und Verteilung der Therapieeinheiten im Prä-Zeitraum erkennbar. Auch in der PIA waren keine Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen hinsichtlich der Zahl der Kontakte ersichtlich. Im Referenzfall lag die Zahl der TEs im vollstationären Bereich in der KG (6,8 TEs bezogen auf alle und 14,6 TEs bezogen je Fall) dann signifikant über der in der IG (1,5 TEs resp. 5,6 TEs), wobei die höhere Zahl in der KG hauptsächlich durch mehr im Rahmen der Regelbehandlung durch Therapeuten und Pflegekräfte erbrachte TEs resultiert. In der PIA hingegen zeichneten sich die Referenzfälle der IG durch eine höhere Intensität im Sinne von mehr Kontakten aus. Auch in den einzelnen Nachbeobachtungsperioden lag die Zahl der Kontakte – sowohl der Kontakte mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt als auch ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt – in der IG deutlich über der der KG. Umgekehrt lag die Zahl der TEs in den stationären Settings in der IG vor allem im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr signifikant unter der der KG. Im dritten und vierten Jahr ergaben sich keine Unterschiede mehr (vgl. Tabelle 69 bis Tabelle 72).

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr lag die Zahl der TEs in der IG bereits im Prä-Zeitraum unter der Zahl der KG. Auch in den darauffolgenden Beobachtungsperioden waren in der IG stets weniger TEs zu verzeichnen. In der PIA zeigte sich ein differenzierteres Bild. Im Prä-Zeitraum lag die Zahl der Kontakte in der IG noch unter der Zahl der Kontakte in der KG. Während in der IG aber mit und nach Studieneinschluss mehr Kontakte innerhalb der Klinik zu verzeichnen waren, lag die Zahl der aufsuchenden Behandlungen in der KG über der der IG (vgl. Tabelle 73 bis Tabelle 76).

Die Intensität der Behandlungen lässt sich über die als OPS-Schlüssel dokumentierten Therapieeinheiten abschätzen. Hierzu wurden für jeden Patienten die Therapieeinheiten je Behandlungssetting im jeweiligen Beobachtungszeitraum kumuliert und die durchschnittlichen Werte je Untersuchungsgruppe (IG/KG) miteinander verglichen. Zusätzlich wurden die Kontakthäufigkeit und die Behandlungsintensität in der PIA über die Schlüssel der PIA-Doku-Vereinbarung ermittelt.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Für die Darstellung im Zeitverlauf wird die durchschnittliche dokumentierte Anzahl der Therapieeinheiten für alle Patienten mit Studieneintritt im ersten Modelljahr für den Prä- und einen vierjährigen Nachbeobachtungszeitraum erfasst.

Klinikneue Patienten

Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	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	714	715	714	715	714	715	714	715	714	715	714	715	693	696	693	696	678	682	678	682	666	665	666	665
N mit Fall	35	36	1	6	188	333	-	38	141	174	71	97	64	92	13	20	45	79	2	21	44	73	5	14
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,4	0,0	0,0	0,5	0,9	-	0,3	0,8	1,2	0,7	1,1	0,3	0,7	0,3	0,4	0,3	0,4	0,0	0,3	0,3	0,3	0,1	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	1,7	1,4	0,1	0,1	0,9	4,0	-	1,4	2,2	4,7	2,9	3,7	0,9	1,8	0,4	1,0	0,7	1,0	0,0	0,6	0,5	0,9	0,2	0,5
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	-	-	0,1	0,4	-	-	0,1	0,3	-	-	0,1	0,2	-	-	0,1	0,2	-	-	0,0	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,3	-	-	0,0	1,3	-	-	0,3	0,9	-	-	0,3	0,3	-	-	0,3	0,4	-	-	0,1	0,2	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	-	0,0	-	-	-	-	0,1	0,2	-	0,0	-	0,1	-	0,0	0,0	0,1	-	0,0	0,0	0,1	-	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,1	-	0,0	-	-	-	-	0,1	0,1	-	0,0	-	0,1	-	0,0	0,0	0,1	-	0,0	0,0	0,0	-	0,0
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,2	-	0,0	-	0,1	-	-	0,5	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	-	0,0	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1	-	0,0	-	0,1	-	-	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,0	-	-	-	-	-	-
Gesamt	2,5	2,7	0,1	0,2	1,5	6,8	-	1,8	4,5	7,6	3,7	5,1	1,7	3,3	0,8	1,3	1,4	2,2	0,1	0,8	1,0	1,7	0,2	0,8

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinische 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	714	715	714	715	714	715	714	715	714	715	714	715	693	696	693	696	678	682	678	682	666	665	666	665
N mit Fall	35	36	1	6	188	333	-	38	141	174	71	97	64	92	13	20	45	79	2	21	44	73	5	14
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	4,8	7,4	13,0	4,8	1,8	1,9	-	6,2	4,2	5,1	7,1	8,3	3,2	5,0	13,9	12,2	4,3	3,5	7,5	8,2	3,9	3,1	8,4	10,7
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	35,4	28,5	44,0	10,8	3,5	8,5	-	27,3	11,3	19,2	29,2	27,2	10,0	14,0	21,9	33,5	10,5	9,0	10,1	19,0	7,7	8,4	22,4	26,1
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,9	1,4	-	-	0,2	0,9	-	-	0,3	1,1	-	-	0,8	1,3	-	-	0,9	1,7	-	-	0,6	0,9	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,7	6,3	-	-	0,1	2,8	-	-	1,8	3,6	-	-	3,0	2,5	-	-	4,3	3,1	-	-	1,8	2,0	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	2,4	-	1,2	-	-	-	-	0,5	0,6	-	0,1	-	1,0	-	0,3	0,4	1,2	-	0,2	0,7	0,6	-	0,5
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,9	2,0	-	0,5	-	-	-	-	0,5	0,4	-	0,2	-	0,8	-	0,4	0,2	0,9	-	0,0	0,4	0,2	-	0,4
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	4,2	4,0	-	4,7	-	0,3	-	-	2,7	0,6	0,3	1,1	0,9	0,3	4,0	0,2	-	0,0	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,3	1,7	-	5,7	-	0,2	-	-	1,5	0,5	0,2	0,5	0,4	0,1	1,5	0,2	-	0,0	-	-	-	-	-	-
Gesamt	51,0	53,7	57,0	27,7	5,6	14,6	-	33,4	22,8	31,2	36,8	37,4	18,2	24,8	41,3	46,8	20,8	19,4	17,6	27,6	15,1	15,1	30,8	37,6

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	714	715	714	715	714	715	693	696	678	682	666	665
N mit Fall	22	38	526	344	323	257	190	155	149	136	146	117
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	0,5	0,1	2,7	0,4	1,7	0,4	1,1	0,4	1,1	0,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,2	1,4	0,8	4,0	1,9	2,0	1,3	1,5	1,1	1,6	1,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,2	0,3	2,0	0,9	6,7	2,4	3,7	1,6	2,6	1,5	2,7	1,2
Gesamt	0,2	0,3	2,0	1,0	7,2	2,6	3,9	1,9	2,8	1,7	2,8	1,4
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,795		0,036		0,018		0,593		0,694		0,967	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,460		0,000		0,000		0,000		0,005		0,002	

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	714	715	714	715	714	715	693	696	678	682	666	665
N mit Fall	22	38	526	344	323	257	190	155	149	136	146	117
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,6	1,7	0,7	0,2	5,9	1,1	6,2	1,6	5,1	1,9	4,9	1,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,6	3,6	2,0	1,8	8,8	5,4	7,2	5,8	6,7	5,7	7,2	5,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,7	0,3	0,7	0,3	0,6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,5	0,3	0,0	0,0	0,9	0,3	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5	0,3
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,5	0,4	0,1	0,0	1,2	0,6	0,8	1,2	0,9	1,1	0,7	0,9
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	6,3	5,3	2,7	2,0	14,7	6,5	13,4	7,3	11,7	7,5	12,1	7,1
Gesamt	6,8	5,7	2,7	2,0	15,9	7,1	14,2	8,5	12,6	8,7	12,8	8,0
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,836		0,169		0,073		0,290		0,521		0,614	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,712		0,000		0,000		0,000		0,005		0,009	

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	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.117	1.104	1.117	1.104	1.102	1.081	1.102	1.081	1.082	1.057	1.082	1.057
N mit Fall	256	422	63	115	94	299	12	57	200	328	44	87	177	269	13	37	166	211	12	23	162	194	10	25
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,3	2,3	0,3	0,8	0,1	0,6	0,0	0,4	0,5	1,3	0,2	0,7	0,5	1,1	0,1	0,3	0,4	0,7	0,1	0,1	0,5	0,7	0,1	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	2,4	9,7	1,5	3,1	0,2	2,9	0,3	1,2	1,4	6,1	0,9	2,2	2,2	4,2	0,3	0,8	1,1	2,8	0,1	0,5	1,3	2,4	0,1	0,6
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,7	-	-	0,0	0,2	-	-	0,1	0,5	-	0,0	0,1	0,5	-	-	0,2	0,5	-	-	0,1	0,3	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	2,5	-	-	0,0	0,9	-	-	0,4	1,7	-	0,0	0,6	2,2	-	-	0,6	1,3	-	-	0,4	1,2	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,2	-	0,0	-	0,1	-	0,0	0,1	0,1	-	0,0	0,1	0,1	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0	0,0	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,3	-	0,0	-	0,2	-	0,0	0,1	0,1	-	0,0	0,1	0,1	-	-	0,0	0,1	-	-	0,0	0,0	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,3	-	0,0	-	0,0	-	0,0	0,1	0,1	-	0,0	0,0	0,1	-	-	0,0	0,1	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,2	-	0,0	-	0,0	-	0,0	0,1	0,1	-	0,0	0,0	0,1	-	-	0,0	0,1	-	-	-	-	-	-
Gesamt	5,2	16,1	1,8	4,0	0,4	4,8	0,3	1,6	2,7	10,0	1,1	2,9	3,6	8,5	0,4	1,1	2,3	5,6	0,2	0,6	2,4	4,7	0,2	0,7

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	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	
N mit Fall	256	422	63	115	94	299	12	57	200	328	44	87	177	269	13	37	166	211	12	23	162	194	10	25	
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	5,7	6,1	5,4	8,3	1,6	2,3	3,8	8,0	3,1	4,4	5,2	8,7	3,1	4,7	8,2	8,9	2,4	3,7	6,1	6,4	3,5	4,1	7,8	6,6	
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	10,7	25,8	26,5	30,0	2,9	10,8	25,8	23,1	8,2	20,8	23,8	28,3	13,8	17,4	22,1	24,8	7,1	14,3	13,6	21,5	8,6	13,0	15,7	23,6	
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1,0	1,8	-	-	0,2	0,6	-	-	0,5	1,7	-	0,0	0,7	2,2	-	-	1,5	2,4	-	-	0,8	1,9	-	-	
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,0	6,7	-	-	0,0	3,5	-	-	2,1	6,0	-	0,0	3,7	9,1	-	-	4,0	6,8	-	-	2,9	6,6	-	-	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,5	-	0,2	-	0,4	-	0,1	0,4	0,2	-	0,2	0,4	0,2	-	-	0,2	0,3	-	-	0,0	0,0	-	-	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,7	-	0,3	-	0,6	-	0,1	0,4	0,4	-	0,3	0,4	0,3	-	-	0,1	0,3	-	-	0,0	0,0	-	-	
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,7	-	0,1	-	0,0	-	0,1	0,4	0,5	-	0,4	0,2	0,5	-	-	0,2	0,4	-	-	-	-	-	-	
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,6	-	0,1	-	0,0	-	0,1	0,4	0,4	-	0,3	0,1	0,2	-	-	0,2	0,4	-	-	-	-	-	-	
Gesamt	22,9	42,9	9	31,	39,0	4,7	18,1	6	29,	31,	5	15,5	34,5	29,0	38,1	22,5	34,7	30,3	33,8	15,6	28,7	19,7	27,9	15,8	25,6

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	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.117	1.103	1.102	1.081	1.082	1.057
N mit Fall	838	869	1.029	771	969	871	866	723	798	645	738	593
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,7	1,2	0,7	0,3	5,5	1,9	5,9	2,0	3,9	2,1	3,5	1,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,0	4,2	1,4	1,4	6,9	5,9	6,5	5,5	5,6	5,0	5,0	4,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,2	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,2	0,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,5	0,1	0,2	0,7	0,7	0,7	0,7	0,5	0,7	0,5	0,6
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,4	0,7	0,1	0,2	0,9	1,0	1,0	1,1	0,7	1,1	0,8	1,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	4,7	5,5	2,1	1,7	12,4	7,9	12,4	7,5	9,6	7,1	8,4	6,8
Gesamt	5,1	6,1	2,2	1,9	13,3	8,9	13,5	8,6	10,3	8,2	9,2	7,7
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,008		0,018		0,512		0,553		0,028		0,182	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,011		0,001		0,000		0,000		0,000		0,010	

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	1.135	1.127	1.135	1.127	1.135	1.127	1.117	1.103	1.102	1.081	1.082	1.057
N mit Fall	838	869	1.029	771	969	871	866	723	798	645	738	593
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,3	1,6	0,7	0,5	6,4	2,5	7,6	3,0	5,4	3,6	5,1	3,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,1	5,5	1,6	2,0	8,1	7,7	8,4	8,4	7,8	8,3	7,3	8,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,3	0,1	0,1	0,3	0,4	0,4	0,6	0,4	0,7	0,3	0,6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	0,6	0,1	0,2	0,8	0,9	1,0	1,1	0,6	1,2	0,8	1,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,6	0,9	0,1	0,3	1,1	1,3	1,3	1,7	1,0	1,8	1,1	1,7
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	6,4	7,1	2,3	2,5	14,5	10,2	16,0	11,4	13,2	11,9	12,4	12,1
Gesamt	6,9	8,0	2,5	2,8	15,6	11,5	17,4	13,1	14,2	13,7	13,5	13,8
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,015		0,001		0,198		0,112		0,001		0,019	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,046		0,209		0,000		0,000		0,170		0,726	

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 für die IG mit 1.258,53 € je Patient auf einem ähnlichen Niveau wie die Kosten für die KG mit 1.154,17 € je Patient, welche sich nicht signifikant voneinander unterschieden (vgl. Tabelle 77, Tabelle 79 und Abbildung 42). Die Kosten des Präzeitraums setzten sich dabei in etwa zu zwei Drittel aus den von 8 % (IG) bzw. 12 % (KG) der Patienten verursachten Kosten für vollstationäre Behandlungen im Präzeitraum, zu ca. 14 % der von ungefähr 85 % der Patienten für vertragsärztlich psychiatrische Leistungen angefallenen Kosten und zu 14 % (IG) bzw. 17 % aus den Kosten der Psychopharmakaversorgung (ca. 52 % der Patienten der IG bzw. 57 % der KG) zusammen. Der zu Hundert fehlende Anteil speiste sich dabei aus den übrigen Leistungsbereichen.

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die gesamten psychiatrischen Kosten je Patient sowohl in der IG als auch in der KG an: in der IG war ein Anstieg von 3.887,97 € auf 5.146,50 € je Patient und in der KG um 6.520,66 € auf 7.674,83 € zu verzeichnen. Der Anstieg der IG lag somit um 2.632,68 € signifikant unter dem der KG. Auch unter Berücksichtigung zusätzlicher Variablen im inferenzstatistischen Modell bleibt der Effekt erhalten. Die Zusammensetzung der Kosten unterschied sich im ersten Nachbeobachtungsjahr dahingehend, dass der Anteil der vollstationären psychiatrischen Kosten in der IG mit ca. 61 % unterhalb der KG mit etwa 75 % lag, während der Anteil der PIA-Kosten in der IG mit 17 % deutlich oberhalb der KG mit 3 % lag. Diese Muster blieben bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr erhalten.

Auch vom zweiten bis zum vierten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr lagen die Kosten beider Gruppen stets signifikant über dem Wert des Präzeitraums und erreichten mit $IG_{2.\text{Jahr}} = 1.854,82 \text{ €}$, $IG_{3.\text{Jahr}} = 1.900,24 \text{ €}$ und $IG_{4.\text{Jahr}} = 1.552,33 \text{ €}$ sowie mit $KG_{2.\text{Jahr}} = 2.442,59 \text{ €}$, $KG_{3.\text{Jahr}} = 2.201,75 \text{ €}$ und $KG_{4.\text{Jahr}} = 1.959,51 \text{ €}$ nicht die Werte der jeweiligen ersten Nachbeobachtungsjahre für IG und KG. Dabei ließ sich auch für jeden der Nachbeobachtungszeiträume separat sowie zusammengefasst ein signifikant geringerer Kostenanstieg der IG gegenüber der KG feststellen.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen Kosten der IG im Prä-Zeitraum mit 3.994,85 € je Patient deutlich unter jenen der KG mit 7.515,48 € je Patient und unterschieden sich damit um 3.520,63 € signifikant voneinander (vgl. Tabelle 78, Tabelle 80 und Abbildung 43). Vor allem der Vorläufervertrag des Klinikums Hanau mit der AOK Hessen und TK dürfte zu dieser Differenz geführt haben. In beiden Gruppen stiegen die Versorgungskosten im ersten Nachbeobachtungsjahr an, wobei sie in beiden Gruppen gleich stark anstiegen ($DID_{\text{Jahr1}} = 177,67$; $p = 0,716$). Während die Kosten in der IG im zweiten Jahr nahezu auf dem gleichen Niveau des Prä-Zeitraums lagen und danach relativ dazu anstiegen, fielen sie in der KG in jeden Nachbeobachtungsjahr. Aufgrund dieser Kostenentwicklung ergibt sich ein den Prä-Zeitraum mit allen vier Nachbeobachtungsjahren vergleichender DID-Wert von 2.521,44 € je Patient, d.h. die mittleren Kosten aller vier Jahre je Patient nach Studieneinschluss sind in der IG um 2.521,44 € stärker im Vergleich zum Prä-Zeitraum gestiegen bzw. – etwas intuitiver – in der KG stärker gesunken. Dieses Ergebnis sollte jedoch nicht gegen die IG sprechen, da es aufgrund der unterschiedlich hohen Ausgangslevel von IG und KG entsteht. In absoluten Zahlen fielen in der IG in den vier Nachbeobachtungsjahren Versorgungskosten von rund 21,5 Millionen Euro und in der KG von rund 25,5 Millionen Euro an.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die direkten psychiatrischen Versorgungskosten in beiden Gruppen an, wobei in der IG ein Anstieg von 893,51 € auf 6.161,19 € und in der KG von 838,90 € auf 7.157,81 € zu verzeichnen war. Der Anstieg der Kosten je Patient der IG war somit um 1.051,24 € geringer (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 die in U1 und U2 bereits untersuchten Patientenkollektive (vgl. Tabelle 82, Tabelle 83 und Abbildung 45). Während sich die Kosten im Präzeitraum in beiden Gruppen in etwa auf gleicher Höhe befanden (IG = 916,67 €; KG = 858,48 €), stiegen sie im ersten Jahr unterschiedlich stark an: in der IG um 5.205,47 € auf 6.122,14 € und in der KG um 6.420,09 € auf 7.278,57 €. Die IG stieg somit um 1.214,61 € signifikant weniger stark als die KG an. Für die IG war im Vergleich zur KG vom Präzeitraum zum zweiten Nachbeobachtungsjahr ein nicht signifikanter, um 338,52 € geringerer Kostenanstieg zu verzeichnen. Fasst man beide Nachbeobachtungsjahre zusammen, so stiegen die Kosten in der IG um 780,71 € je Patient weniger stark an.

U4: Bei den linikneuen mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein ebenfalls zu U1 vergleichbares Bild. So lagen die Kosten des Präzeitraums in beiden Gruppen auf in etwa gleich niedrigem Niveau und stiegen im ersten Jahr

deutlich an, wobei der Anstieg der IG signifikant geringer gegenüber dem der KG ausfiel (vgl. Tabelle 84 und Abbildung 46). Im zweiten Jahr fielen die Kosten in beiden Gruppen schließlich erneut ab und blieben auch im dritten Nachbeobachtungsjahr für beide Gruppen nahezu konstant.

Auch bei den linikbekannten Patienten war ein zu U1 vergleichbares Muster zu erkennen (vgl. Tabelle 85 und Abbildung 47). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen und fielen anschließend sowohl in IG als auch KG, wobei die Kosten der IG im dritten Jahr im Vergleich zum Vorjahr erneut leicht anstiegen und in der KG fielen.

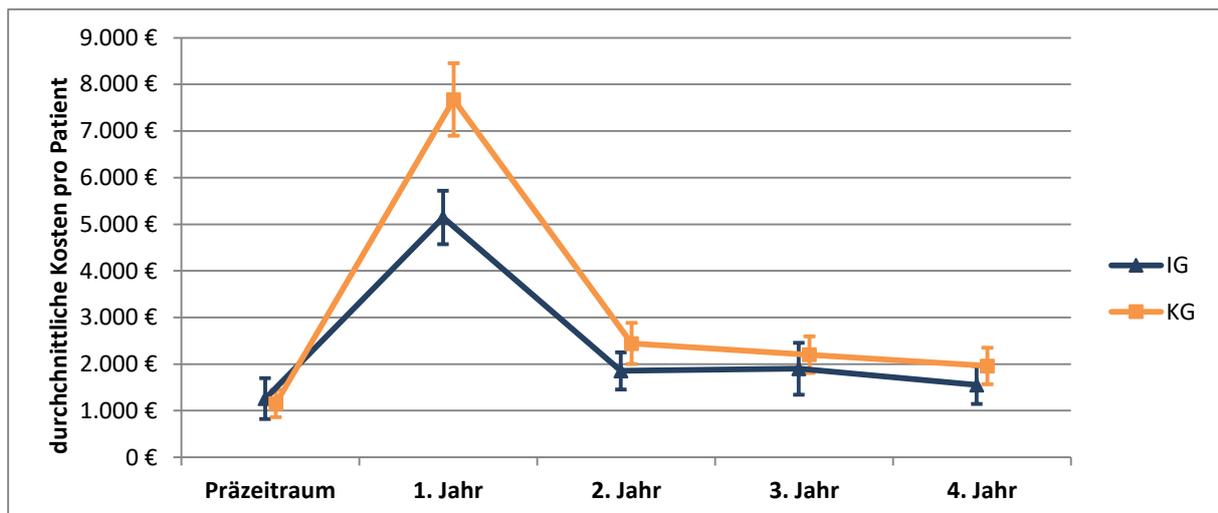
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	624	714	607	580	555	623	715	627	610	561
durchschnittliche Kosten	1.258,53 €	5.146,50 €	1.854,82 €	1.900,24 €	1.552,33 €	1.154,17 €	7.674,83 €	2.442,59 €	2.201,75 €	1.959,51 €
Standardabweichung	5.952,77 €	7.828,27 €	5.344,85 €	7.416,84 €	5.373,67 €	4.032,69 €	10.615,70 €	5.924,36 €	5.258,04 €	5.153,45 €
Minimum	0,00 €	76,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	18,31 €	477,11 €	39,23 €	29,83 €	18,60 €	22,10 €	753,09 €	51,84 €	38,84 €	21,51 €
Median	92,79 €	2.074,10 €	337,41 €	224,28 €	167,33 €	111,79 €	3.327,11 €	459,52 €	324,29 €	227,42 €
75%-Perzentil	435,60 €	6.442,05 €	1.503,50 €	1.238,97 €	801,27 €	517,95 €	10.113,10 €	1.626,06 €	1.474,06 €	947,34 €
Maximum	84.436,67 €	76.413,91 €	82.131,81 €	122.590,34 €	67.949,17 €	51.036,73 €	70.196,27 €	65.083,73 €	42.559,63 €	46.272,61 €

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	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	1.125	1.135	1.083	1.052	1.036	1.121	1.127	1.070	1.038	1.008
durchschnittliche Kosten	3.994,85 €	5.475,70 €	4.025,37 €	4.918,65 €	4.942,28 €	7.515,48 €	8.818,66 €	5.417,03 €	4.687,09 €	4.289,50 €
Standardabweichung	7.228,36 €	10.211,91 €	8.568,81 €	13.287,83 €	14.334,26 €	11.566,41 €	12.449,97 €	9.927,06 €	9.113,00 €	8.746,81 €
Minimum	0,00 €	76,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	601,75 €	932,61 €	536,31 €	404,98 €	317,44 €	960,97 €	1.338,57 €	686,13 €	443,81 €	348,07 €
Median	1.405,29 €	2.080,22 €	1.292,90 €	1.053,99 €	928,96 €	2.742,46 €	3.320,90 €	1.647,05 €	1.406,56 €	1.288,11 €
75%-Perzentil	3.812,49 €	5.721,40 €	3.162,57 €	2.969,80 €	2.769,06 €	9.241,83 €	11.753,46 €	5.319,30 €	3.716,42 €	3.375,43 €
Maximum	56.132,22 €	91.371,22 €	79.458,62 €	165.732,46 €	193.381,92 €	89.299,88 €	103.846,45 €	101.073,96 €	71.545,91 €	85.968,27 €

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

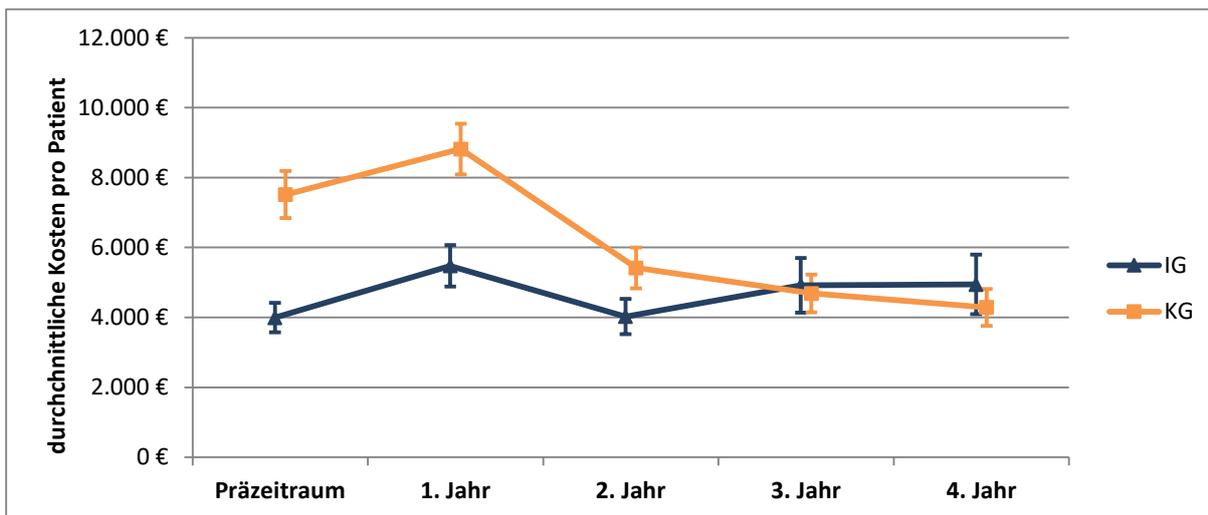


Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.154,17 €	0,000	1.154,17 €	0,000	-1.951,76 €	0,000
IG (vs. KG)	104,36 €	0,698	104,36 €	0,698	640,18 €	0,013
Post (vs. Prä)	2.468,82 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-1.080,23 €	0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			6.520,65 €	0,000	8.103,16 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.288,42 €	0,000	2.866,88 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			1.047,58 €	0,000	2.631,93 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			805,33 €	0,000	2.401,27 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-2.632,68 €	0,000	-3.166,93 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-692,12 €	0,054	-1.243,25 €	0,001
IG x Jahr 3 (DiD)			-405,87 €	0,321	-966,20 €	0,021
IG x Jahr 4 (DiD)			-511,53 €	0,164	-1.092,32 €	0,004
Alter (30-47 J. vs. U30)					346,83 €	0,227
Alter (48-64 J. vs. U30)					190,90 €	0,516
Alter (Ü64 vs. U30)					43,79 €	0,899
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-5,72 €	0,977
F 01 (Vaskuläre Demenz)					450,99 €	0,358
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-573,00 €	0,648
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					1.941,09 €	0,129
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					861,31 €	0,012
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.392,94 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.231,76 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					210,79 €	0,448
F 45 (Somatoforme Störungen)					-202,68 €	0,507
F 40-48 (ohne F43 und F45)					739,06 €	0,296
F 50 (Essstörungen)					1.753,79 €	0,048
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.336,42 €	0,016
F 70-79 (Intelligenzstörung)					86,99 €	0,913
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-1.042,47 €	0,194
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.697,05 €	0,354
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.005,85 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.476,08 €	0,085
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.564,10 €	0,002
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					387,65 €	0,021
R ²		0,017		0,085		0,174

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	7.515,48 €	0,000	7.515,48 €	0,000	-375,93 €	0,686
IG (vs. KG)	-3.520,63 €	0,000	-3.520,63 €	0,000	-1.374,23 €	0,000
Post (vs. Prä)	-1.674,28 €	0,000				
IG x Post (DiD)	2.521,44 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			1.303,18 €	0,001	7.913,72 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-2.098,46 €	0,000	4.517,14 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-2.828,39 €	0,000	3.788,76 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-3.225,98 €	0,000	3.395,70 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			177,67 €	0,716	-1.864,79 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			2.128,98 €	0,000	94,29 €	0,827
IG x Jahr 3 (DiD)			3.752,19 €	0,000	1.717,42 €	0,001
IG x Jahr 4 (DiD)			4.173,41 €	0,000	2.138,01 €	0,000
Alter (30-47 J. vs. U30)					-597,37 €	0,337
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.345,85 €	0,023
Alter (Ü64 vs. U30)					-530,96 €	0,446
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					529,71 €	0,073
F 00 (Demenz)					2.107,75 €	0,036
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1.935,82 €	0,029
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.193,84 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-2.909,05 €	0,017
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.454,94 €	0,379
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					572,67 €	0,171
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.170,99 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					-53,39 €	0,889
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-591,78 €	0,027
F 45 (Somatoforme Störungen)					-626,15 €	0,060
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-56,10 €	0,888
F 50 (Essstörungen)					1.883,92 €	0,279
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.156,64 €	0,007
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-1.063,24 €	0,083
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-877,53 €	0,294
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					7.268,41 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.659,12 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.816,56 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.701,67 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					171,58 €	0,827
R ²		0,007		0,019		0,123

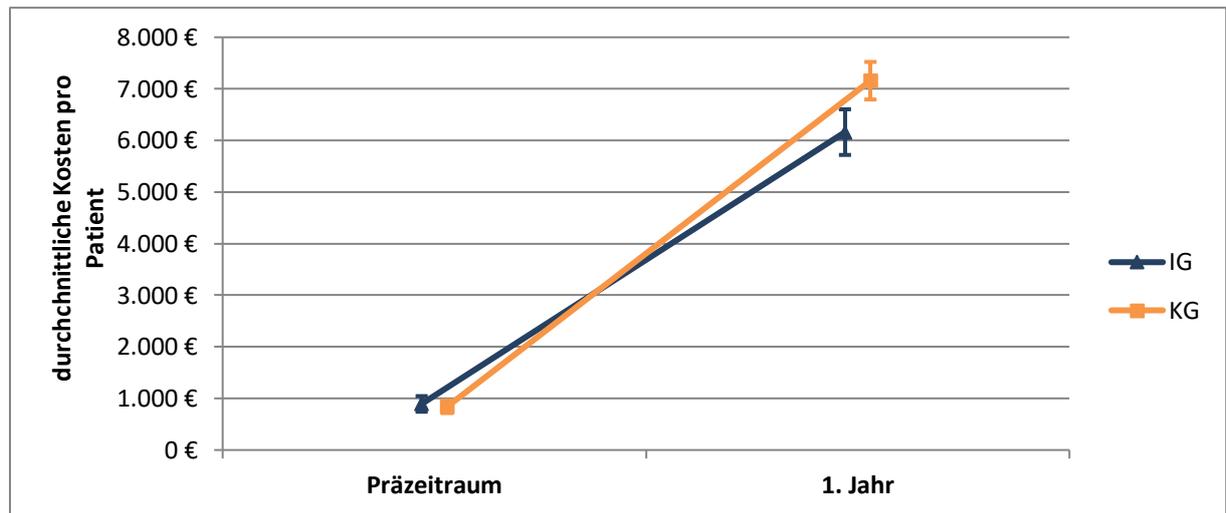
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	2.516	2.880	2.442	2.880
durchschnittliche Kosten	893,51 €	6.161,19 €	838,90 €	7.157,81 €
Standardabweichung	4.142,14 €	12.099,80 €	3.360,09 €	9.965,29 €
Minimum	0,00 €	46,15 €	0,00 €	36,51 €
25%-Perzentil	21,37 €	422,89 €	18,72 €	678,15 €
Median	88,56 €	1.704,47 €	97,16 €	3.099,61 €
75%-Perzentil	354,57 €	6.838,38 €	411,22 €	9.859,64 €
Maximum	84.436,67 €	173.328,84 €	94.381,37 €	75.367,38 €

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	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	1.876	2.152	1.819	1.830	2.146	1.814
durchschnittliche Kosten	916,67 €	6.122,14 €	1.906,10 €	858,48 €	7.278,57 €	2.186,43 €
Standardabweichung	4.357,97 €	12.104,06 €	6.108,56 €	3.070,53 €	9.946,53 €	5.814,37 €
Minimum	0,00 €	61,89 €	0,00 €	0,00 €	36,51 €	0,00 €
25%-Perzentil	21,41 €	433,05 €	31,25 €	19,10 €	718,79 €	41,10 €
Median	87,99 €	1.878,50 €	237,51 €	97,77 €	3.288,47 €	314,97 €
75%-Perzentil	374,25 €	6.792,28 €	1.195,92 €	427,53 €	10.040,18 €	1.384,50 €
Maximum	84.436,67 €	173.328,84 €	112.568,65 €	51.036,73 €	73.650,62 €	100.989,70 €

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

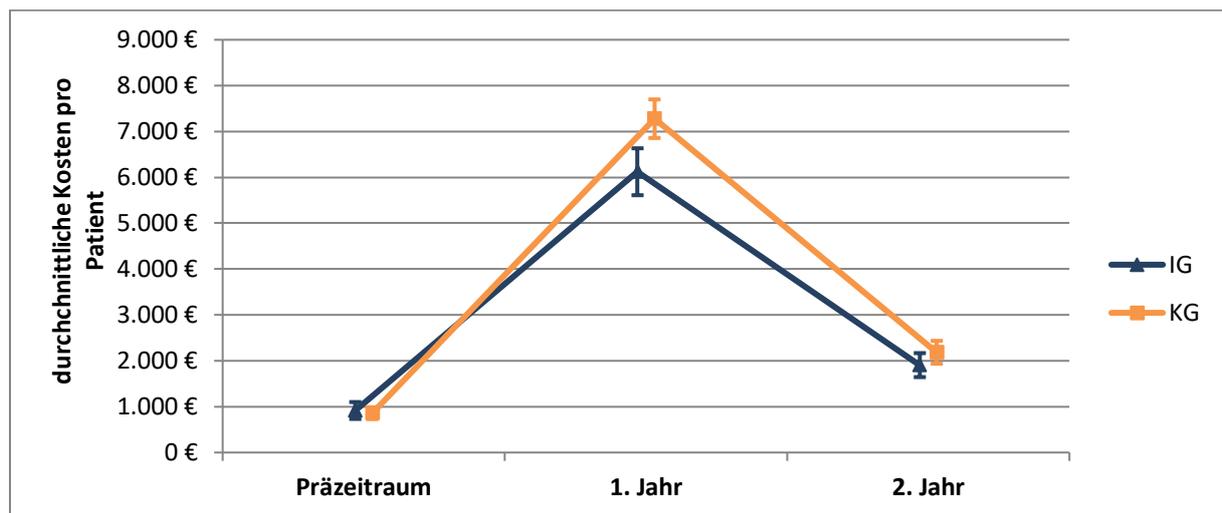


Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	858,48 €	0,000	858,48 €	0,000	-1.697,28 €	0,000
IG (vs. KG)	58,19 €	0,613	58,19 €	0,613	313,75 €	0,005
Post (vs. Prä)	3.906,46 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-780,71 €	0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			6.420,09 €	0,000	7.444,17 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.327,95 €	0,000	2.343,57 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.214,61 €	0,000	-1.466,28 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-338,52 €	0,087	-590,98 €	0,003
Alter (30-47 J. vs. U30)					438,55 €	0,043
Alter (48-64 J. vs. U30)					304,18 €	0,171
Alter (ü64 vs. U30)					245,88 €	0,405
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					226,18 €	0,130
F 00 (Demenz)					390,01 €	0,591
F 01 (Vaskuläre Demenz)					328,26 €	0,435
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					276,67 €	0,805
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					452,36 €	0,409
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.061,49 €	0,142
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					214,82 €	0,346
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.880,58 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.361,53 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					375,54 €	0,146
F 45 (Somatoforme Störungen)					-602,18 €	0,004
F 40-48 (ohne F43 und F45)					622,32 €	0,236
F 50 (Essstörungen)					1.751,33 €	0,031
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.800,49 €	0,000
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-306,70 €	0,601
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-279,73 €	0,717
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kin./Jugend)					976,71 €	0,312
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.403,21 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.572,32 €	0,008
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.153,12 €	0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					334,56 €	0,001
R ²		0,044		0,101		0,162

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

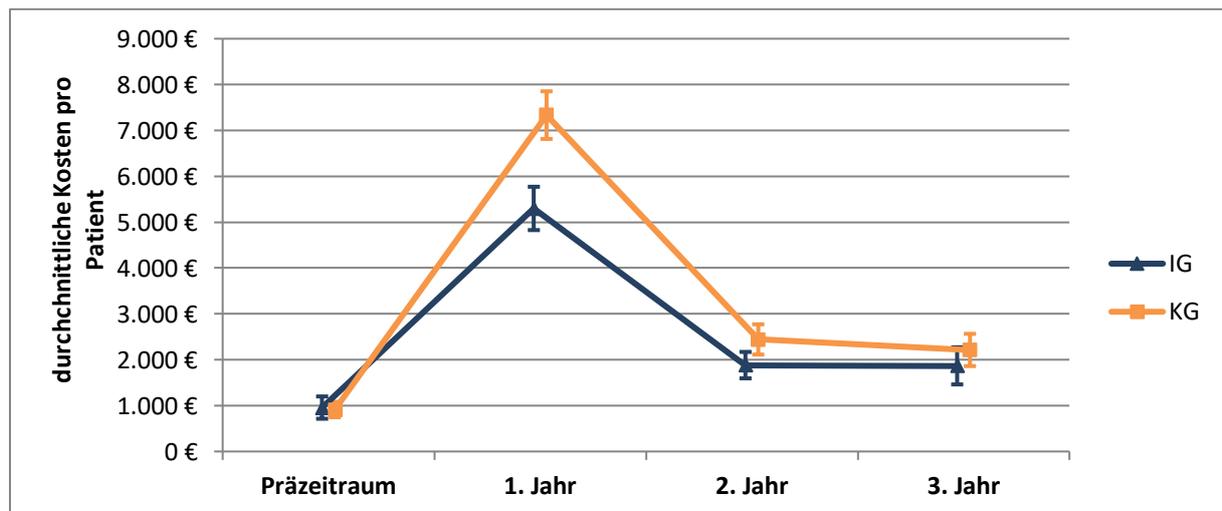
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

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	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	1.266	1.443	1.226	1.155	1.240	1.451	1.250	1.189
durchschnittliche Kosten	957,15 €	5.299,84 €	1.883,08 €	1.867,60 €	915,44 €	7.334,21 €	2.443,61 €	2.214,43 €
Standardabweichung	4.713,08 €	9.155,70 €	5.507,47 €	7.656,06 €	3.270,30 €	10.087,00 €	6.339,75 €	6.690,05 €
Minimum	0,00 €	76,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	36,51 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	21,37 €	439,61 €	36,59 €	22,78 €	18,70 €	727,02 €	46,50 €	27,06 €
Median	92,39 €	1.831,37 €	280,28 €	165,75 €	102,20 €	3.171,66 €	399,90 €	267,31 €
75%-Perzentil	396,27 €	6.364,69 €	1.347,02 €	856,21 €	479,90 €	10.005,54 €	1.609,66 €	1.216,49 €
Maximum	84.436,67 €	117.997,34 €	82.131,81 €	122.590,34 €	51.036,73 €	73.650,62 €	100.989,70 €	97.619,61 €

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

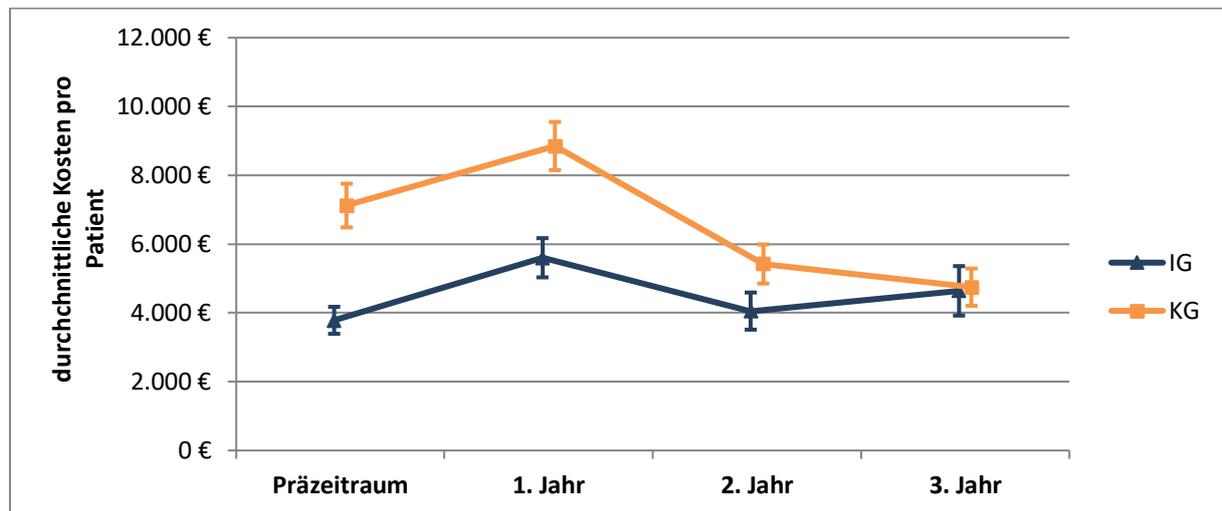


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
N mit Fall	1.238	1.253	1.185	1.152	1.241	1.251	1.188	1.148
durchschnittliche Kosten	3.784,70 €	5.602,64 €	4.052,56 €	4.641,01 €	7.120,24 €	8.850,86 €	5.422,32 €	4.748,80 €
Standardabweichung	7.089,04 €	10.300,42 €	9.671,26 €	12.788,83 €	11.469,45 €	12.620,21 €	10.152,74 €	9.582,79 €
Minimum	0,00 €	76,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	513,58 €	922,93 €	460,05 €	332,37 €	832,69 €	1.331,50 €	567,77 €	380,66 €
Median	1.249,27 €	2.103,12 €	1.235,89 €	974,50 €	2.420,50 €	3.334,86 €	1.608,62 €	1.350,85 €
75%-Perzentil	3.522,78 €	6.019,11 €	3.080,80 €	2.740,44 €	8.869,44 €	11.753,46 €	5.319,30 €	3.682,15 €
Maximum	56.132,22 €	91.371,22 €	173.678,54 €	165.732,46 €	97.560,57 €	103.846,45 €	101.073,96 €	84.162,78 €

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 fielen die **Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung** der IG im Präzeitraum etwas, jedoch nicht signifikant höher aus als jene der KG (IG: 830,76 €; KG: 775,31 €; vgl. Tabelle 86, Tabelle 88 und Abbildung 48). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 3.130,66 € und in der KG auf 5.786,89 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.711,68 € signifikant geringer aus als in der KG.

Im zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten wieder: in der IG auf 770,62 € und in der KG auf 1.470,06 €. Bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr blieben die Kosten in beiden Gruppen auf einem annähernd gleichen Niveau. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG im Vergleich zur KG um 1.150,32 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 88).

Bei den linikbekanntten Patienten fielen die Kosten bereits im Präzeitraum für die IG viel niedriger aus als für die KG (IG: 2.298,18 €; KG: 5.267,62 €; vgl. Tabelle 87, Tabelle 89 und Abbildung 49). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 2.835,39 € und in der KG auf 6.172,75 an. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG im Vergleich zur KG um 367,91 € nicht signifikant geringer aus.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr fielen die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau unterhalb des Präzeitraums ab (IG: 1.758,04 €; KG: 3.489,02 €). Schließlich stiegen die Kosten der IG bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr erneut auf einen Wert von 2.713,99 € an, während sie in der KG auf einen Wert von 2.585,03 € abfielen, wodurch sich die Kosten in beiden Gruppen aneinander annäherten. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG in Relation zur KG um 1.599,47 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 89).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum in etwa gleich hohe Kosten je Patient auf (IG: 526,11 €; KG: 491,27 €; vgl. Tabelle 90 und Abbildung 50). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 3.350,53 € und in der KG auf 5.264,87 €. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel somit in der IG um 1.939,18 € geringer aus als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG in etwa gleich hohe Kosten im Präzeitraum auf (IG: 547,95 €; KG: 492,56 €; vgl. Tabelle 91, Tabelle 92 und Abbildung 51). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 3.393,04 € und in der KG auf 5.290,80 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.953,14 € signifikant geringer aus als in der KG (vgl. Tabelle 92).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelte sich das bereits in U1 zu erkennende Muster wider (vgl. Tabelle 93 und Abbildung 52).

Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ebenfalls ein zu U1 identisches Muster (vgl. Tabelle 94 und Abbildung 53).

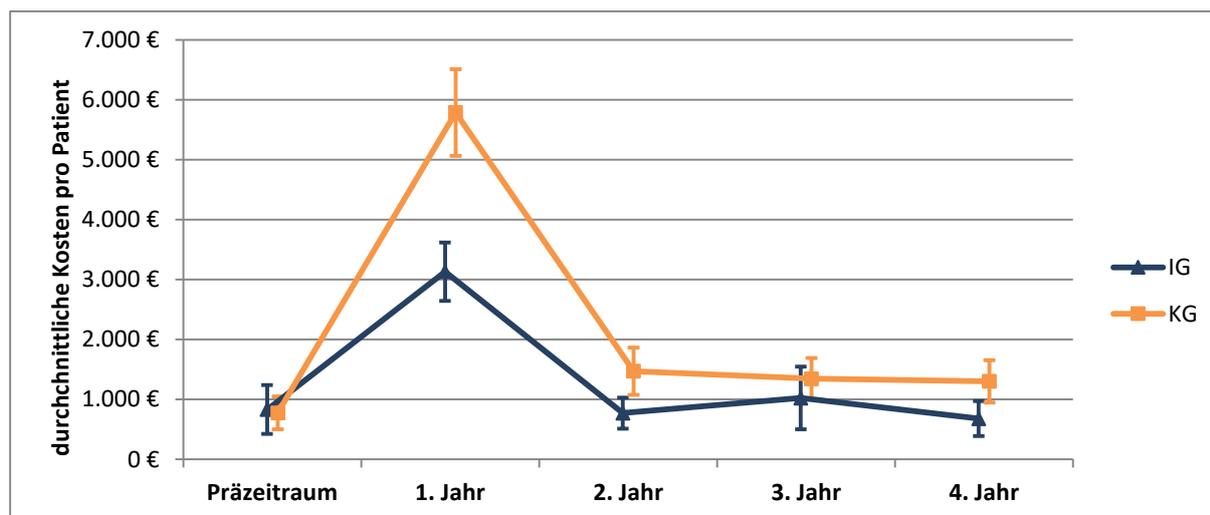
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	54	297	71	52	51	85	414	101	87	83
durchschnittliche Kosten	830,76 €	3.130,66 €	770,62 €	1.021,95 €	677,99 €	775,31 €	5.786,89 €	1.470,06 €	1.345,17 €	1.300,99 €
Standardabweichung	5.556,83 €	6.613,08 €	3.460,49 €	6.943,58 €	3.850,98 €	3.738,42 €	9.863,33 €	5.302,26 €	4.627,69 €	4.639,02 €
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 €	633,13 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	3.256,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8.186,76 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	83.115,61 €	53.253,73 €	37.727,27 €	121.709,50 €	55.884,77 €	50.103,91 €	70.093,15 €	63.489,30 €	38.708,21 €	46.272,61 €

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	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	270	254	187	175	173	430	456	279	220	209
durchschnittliche Kosten	2.298,18 €	2.835,39 €	1.758,04 €	2.483,68 €	2.713,99 €	5.267,62 €	6.172,75 €	3.489,02 €	2.900,71 €	2.585,03 €
Standardabweichung	6.781,69 €	9.364,66 €	6.699,05 €	11.061,69 €	12.373,95 €	11.051,53 €	12.025,85 €	9.340,73 €	8.548,42 €	8.162,99 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	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 €	5.759,11 €	7.622,62 €	323,32 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	56.088,04 €	88.522,11 €	76.316,28 €	158.954,68 €	191.949,70 €	88.131,44 €	103.772,97 €	94.385,41 €	71.538,78 €	85.920,25 €

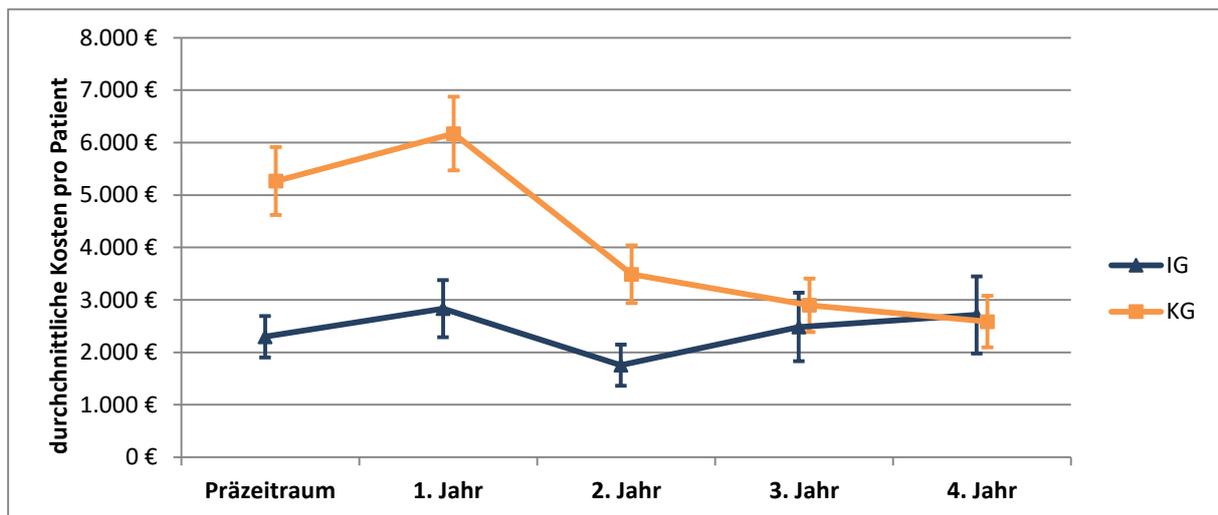
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung


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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	775,31 €	0,000	775,31 €	0,000	-1.362,57 €	0,000
IG (vs. KG)	55,45 €	0,825	55,45 €	0,825	540,36 €	0,030
Post (vs. Prä)	1.742,22 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-1.150,32 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			5.011,58 €	0,000	6.272,21 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			694,75 €	0,001	1.960,19 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			569,86 €	0,006	1.844,62 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			525,68 €	0,009	1.815,02 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-2.711,68 €	0,000	-3.182,10 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-754,90 €	0,015	-1.238,87 €	0,000
IG x Jahr 3 (DiD)			-378,67 €	0,325	-867,34 €	0,029
IG x Jahr 4 (DiD)			-678,45 €	0,036	-1.184,21 €	0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					237,81 €	0,306
Alter (48-64 J. vs. U30)					202,29 €	0,396
Alter (Ü64 vs. U30)					423,48 €	0,154
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-64,70 €	0,701
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-349,10 €	0,429
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-511,41 €	0,685
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					1.634,27 €	0,204
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					748,25 €	0,008
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.442,67 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					573,88 €	0,010
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-214,92 €	0,289
F 45 (Somatoforme Störungen)					-398,97 €	0,095
F 40-48 (ohne F43 und F45)					253,54 €	0,657
F 50 (Essstörungen)					1.875,45 €	0,024
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.101,19 €	0,027
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-430,42 €	0,471
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-166,87 €	0,788
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.384,37 €	0,252
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.787,48 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.171,40 €	0,341
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.085,21 €	0,005
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					131,77 €	0,358
R ²		0,013		0,066		0,140

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	5.267,62 €	0,000	5.267,62 €	0,000	-413,76 €	0,639
IG (vs. KG)	-2.969,45 €	0,000	-2.969,45 €	0,000	-1.069,16 €	0,000
Post (vs. Prä)	-1.450,52 €	0,000				
IG x Post (DiD)	1.599,47 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			905,13 €	0,019	6.106,46 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-1.778,60 €	0,000	3.430,99 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-2.366,92 €	0,000	2.849,00 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-2.682,60 €	0,000	2.540,59 €	0,002
IG x Jahr 1 (DiD)			-367,91 €	0,434	-2.185,17 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			1.238,47 €	0,004	-576,48 €	0,150
IG x Jahr 3 (DiD)			2.552,43 €	0,000	738,80 €	0,113
IG x Jahr 4 (DiD)			3.098,42 €	0,000	1.283,89 €	0,012
Alter (30-47 J. vs. U30)					-785,66 €	0,167
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.277,46 €	0,018
Alter (Ü64 vs. U30)					-162,83 €	0,799
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					495,68 €	0,057
F 00 (Demenz)					2.032,82 €	0,004
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1.577,89 €	0,095
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					40,40 €	0,889
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-2.593,40 €	0,002
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.819,64 €	0,264
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					989,99 €	0,010
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					2.441,09 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					-271,32 €	0,431
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-721,61 €	0,000
F 45 (Somatoforme Störungen)					-541,90 €	0,035
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-165,67 €	0,625
F 50 (Essstörungen)					1.311,42 €	0,302
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.390,95 €	0,062
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-952,96 €	0,072
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-142,60 €	0,762
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					4.977,30 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.545,55 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.465,77 €	0,002
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.093,99 €	0,009
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-325,58 €	0,678
R ²		0,009		0,018		0,106

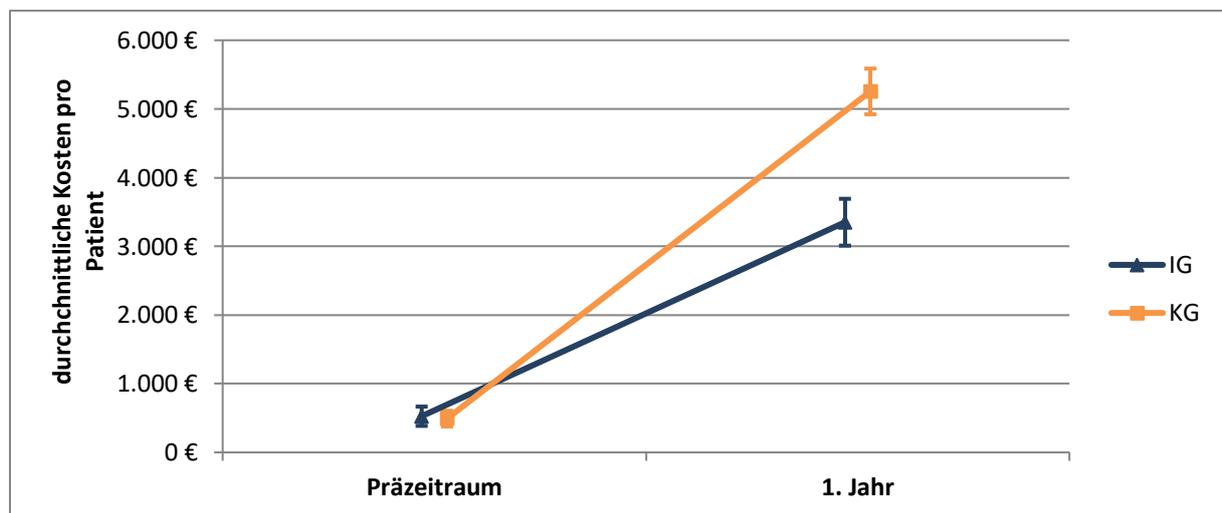
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	170	1.128	252	1.635
durchschnittliche Kosten	526,11 €	3.350,53 €	491,27 €	5.254,87 €
Standardabweichung	3.839,86 €	9.334,73 €	3.133,65 €	9.104,57 €
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 €	692,46 €
75%-Perzentil	0,00 €	2.349,43 €	0,00 €	7.095,28 €
Maximum	83.115,61 €	168.064,16 €	94.277,62 €	75.159,12 €

Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (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 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	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	132	853	190	193	1.230	271
durchschnittliche Kosten	547,95 €	3.393,04 €	876,84 €	492,56 €	5.290,80 €	1.302,00 €
Standardabweichung	4.050,29 €	9.403,98 €	4.658,59 €	2.770,94 €	9.025,13 €	5.210,89 €
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 €	683,41 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	2.393,06 €	0,00 €	0,00 €	7.261,03 €	0,00 €
Maximum	83.115,61 €	168.064,16 €	88.140,72 €	50.103,91 €	73.475,29 €	100.662,11 €

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

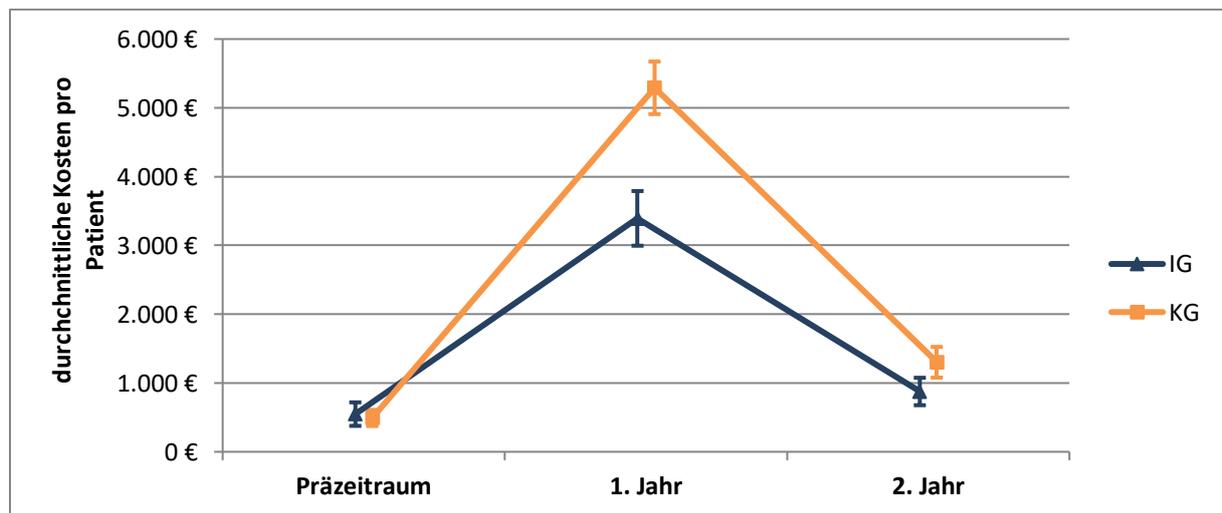


Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	492,56 €	0,000	492,56 €	0,000	-1.239,43 €	0,000
IG (vs. KG)	55,38 €	0,601	55,38 €	0,601	289,86 €	0,005
Post (vs. Prä)	2.829,25 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-1.225,37 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			4.798,23 €	0,000	5.563,90 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			809,44 €	0,000	1.577,11 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.953,14 €	0,000	-2.182,06 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-480,55 €	0,005	-709,24 €	0,000
Alter (30-47 J. vs. U30)					211,48 €	0,225
Alter (48-64 J. vs. U30)					296,66 €	0,102
Alter (ü64 vs. U30)					835,56 €	0,002
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					22,07 €	0,856
F 00 (Demenz)					-378,85 €	0,615
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-317,21 €	0,415
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					634,76 €	0,566
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-51,23 €	0,920
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					882,45 €	0,206
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					491,70 €	0,008
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.433,98 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					635,06 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					93,05 €	0,656
F 45 (Somatoforme Störungen)					-456,98 €	0,007
F 40-48 (ohne F43 und F45)					338,60 €	0,429
F 50 (Essstörungen)					1.428,69 €	0,045
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.470,43 €	0,000
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-562,17 €	0,238
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-222,50 €	0,722
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kin./Jugend)					774,45 €	0,388
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.075,13 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.813,43 €	0,078
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.576,42 €	0,007
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					106,00 €	0,177
R ²		0,030		0,072		0,128

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

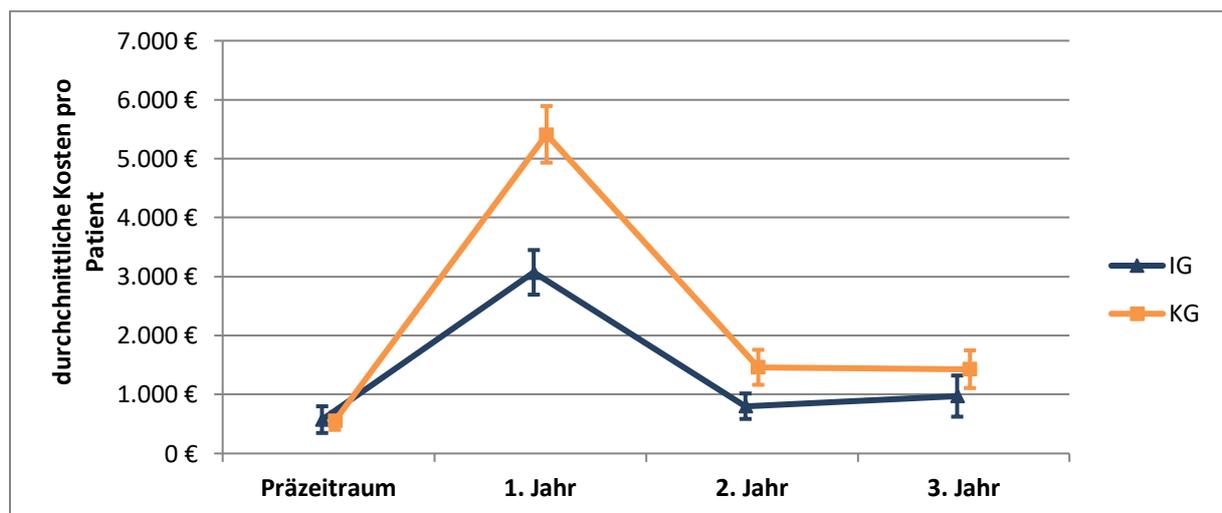
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

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	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	91	575	124	99	144	833	197	168
durchschnittliche Kosten	574,06 €	3.072,45 €	801,84 €	973,15 €	553,20 €	5.411,50 €	1.461,41 €	1.428,95 €
Standardabweichung	4.382,40 €	7.323,74 €	4.126,21 €	6.600,98 €	2.971,13 €	9.316,15 €	5.707,67 €	6.087,87 €
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 €	677,66 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	2.670,08 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.705,84 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	83.115,61 €	115.232,28 €	70.473,16 €	121.709,50 €	50.103,91 €	73.475,29 €	100.662,11 €	97.103,32 €

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

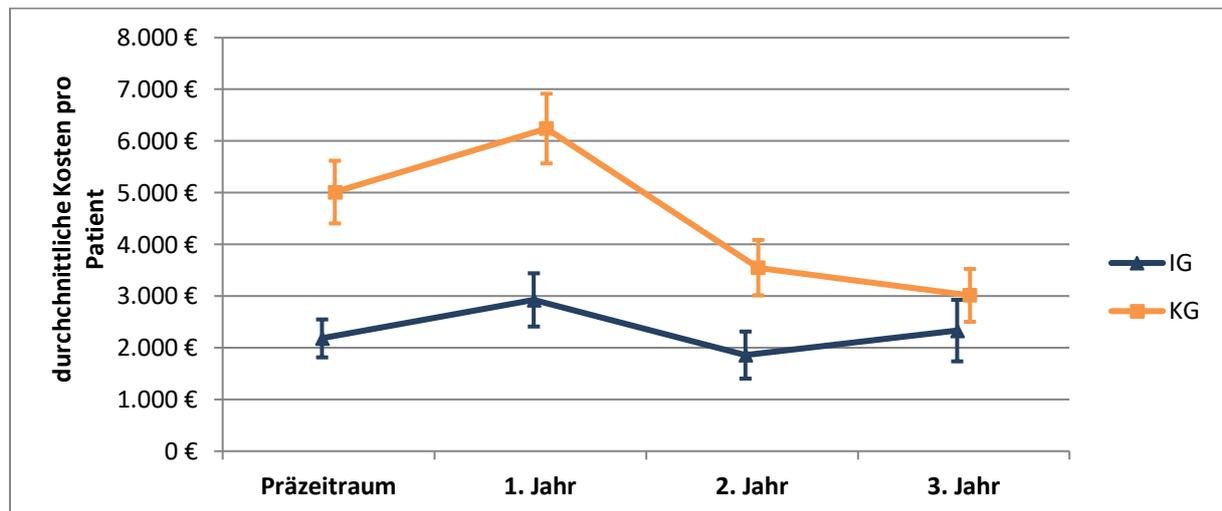


Klinikbekannte Patienten

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	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
N mit Fall	289	302	204	191	462	524	311	250
durchschnittliche Kosten	2.181,69 €	2.926,52 €	1.859,23 €	2.332,37 €	5.013,08 €	6.241,50 €	3.551,05 €	3.014,15 €
Standardabweichung	6.628,17 €	9.308,83 €	8.154,91 €	10.585,39 €	10.952,81 €	12.179,54 €	9.570,77 €	9.052,29 €
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 €	5.458,05 €	7.654,72 €	325,66 €	0,00 €
Maximum	56.088,04 €	88.522,11 €	172.030,57 €	158.954,68 €	97.560,57 €	103.772,97 €	96.822,10 €	83.749,79 €

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 bzw. nicht in den Daten identifiziert werden konnten, entfallen eine Beschreibung der Ergebnisse sowie die Tabellen.

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 fielen die **Kosten teilstationärer psychiatrischer Versorgung** der IG im Präzeitraum etwas geringer aus als jene der KG (IG: 14,79 €; KG: 27,46 €; vgl. Tabelle 95, Tabelle 97 und Abbildung 54). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 451,17 € und in der KG auf 916,57 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 452,73 € signifikant geringer aus als in der KG.

Im zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten erneut: in der IG auf 82,91 € und in der KG auf 179,08 €. Bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr blieben die Kosten in beiden Gruppen auf einem annähernd gleichen Niveau. Vom Prä- zum Postzeitraum fielen die Kosten in der IG im Vergleich zur KG um 173,00 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 97).

Bei den linikbekannten Patienten fielen die Kosten bereits im Präzeitraum für die IG viel niedriger aus als für die KG (IG: 194,88 €; KG: 499,12 €; vgl. Tabelle 96, Tabelle 98 und Abbildung 55). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 225,86 € und in der KG auf 563,13 € an. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG im Vergleich zur KG um 33,02 € nicht signifikant geringer aus.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr fielen die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau unterhalb des Präzeitraums ab (IG: 45,87 €; KG: 141,55 €). Bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr blieben die Kosten für beide Gruppen auf einem annähernd konstanten Niveau, wobei die Kosten im vierten Nachbeobachtungsjahr für die IG 66,88 € und für die KG 136,25 € betragen. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG in Relation zur KG um 168,49 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 98).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum in etwa gleich hohe Kosten auf (IG: 9,79 €; KG: 10,81 €; vgl. Tabelle 99 und Abbildung 56). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 746,28 € und in der KG auf 993,42 €. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel somit in der IG um 246,12 € geringer aus als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG in etwa gleich hohe Kosten im Präzeitraum auf (IG: 6,03 €; KG: 14,51 €; vgl. Tabelle 100, Tabelle 101 und Abbildung 57). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 634,95 € und in der KG auf 998,89 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 355,46 € signifikant geringer aus als in der KG (vgl. Tabelle 101).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelte sich das bereits in U1 zu erkennende Muster wider (vgl. Tabelle 102 und Abbildung 58).

Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ebenfalls ein zu U1 identisches Muster (vgl. Tabelle 103 und Abbildung 59).

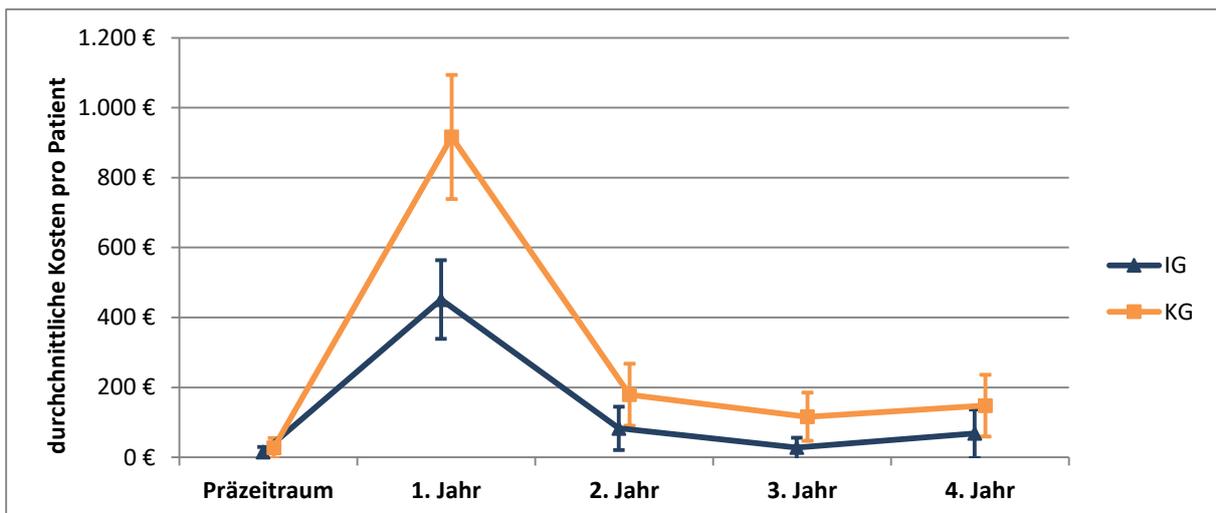
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	<10	72	13	<10	<10	<10	128	21	21	16
durchschnittliche Kosten	14,79 €	451,17 €	82,91 €	28,10 €	68,38 €	27,46 €	916,57 €	179,08 €	115,85 €	147,95 €
Standardabweichung	395,21 €	1.532,93 €	835,50 €	639,01 €	923,74 €	405,33 €	2.419,17 €	1.190,86 €	920,51 €	1.163,82 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	10.560,45 €	11.663,91 €	15.598,38 €	16.436,08 €	16.436,08 €	9.228,97 €	18.534,75 €	14.964,21 €	13.942,98 €	17.383,14 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	63	57	13	12	10	114	129	38	23	25
durchschnittliche Kosten	194,88 €	225,86 €	45,87 €	92,39 €	66,88 €	499,12 €	563,13 €	141,55 €	122,68 €	136,25 €
Standardabweichung	942,67 €	1.097,97 €	533,33 €	1.162,24 €	1.028,59 €	1.978,97 €	2.053,46 €	889,82 €	1.130,74 €	1.060,07 €
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	8.372,05 €	9.631,36 €	11.634,01 €	22.144,82 €	27.339,68 €	21.098,27 €	23.071,39 €	10.268,12 €	20.285,96 €	14.988,72 €

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

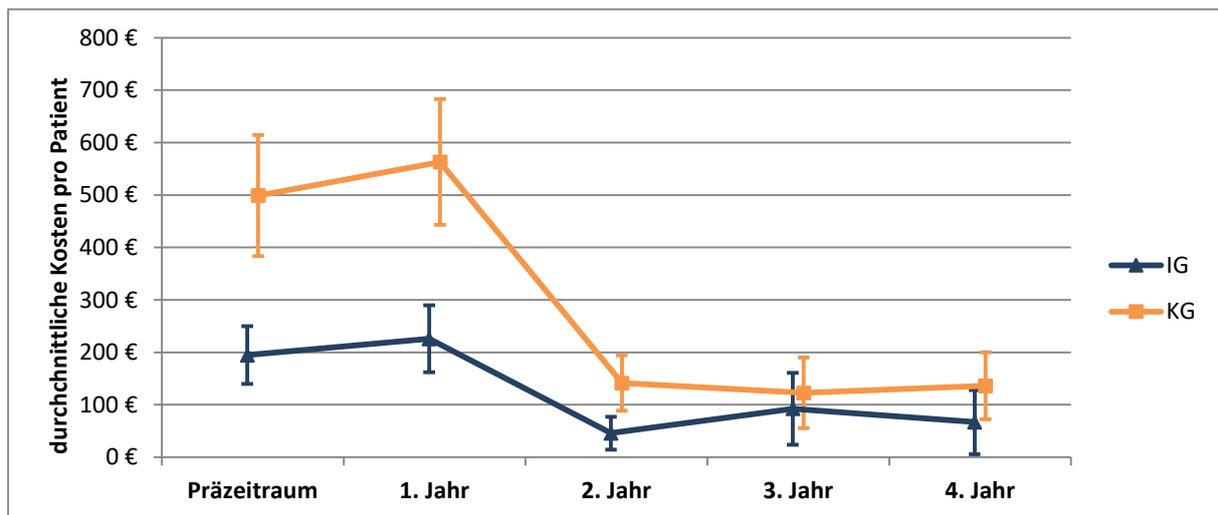


Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	27,46 €	0,070	27,46 €	0,070	-52,93 €	0,569
IG (vs. KG)	-12,67 €	0,550	-12,67 €	0,550	15,46 €	0,458
Post (vs. Prä)	319,67 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-173,00 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			889,11 €	0,000	908,70 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			151,63 €	0,001	167,02 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			88,40 €	0,022	101,03 €	0,010
4. Jahr (vs. Prä)			120,49 €	0,011	129,20 €	0,006
IG x Jahr 1 (DiD)			-452,73 €	0,000	-485,66 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-83,51 €	0,150	-115,85 €	0,050
IG x Jahr 3 (DiD)			-75,09 €	0,118	-108,94 €	0,022
IG x Jahr 4 (DiD)			-66,91 €	0,275	-99,16 €	0,105
Alter (30-47 J. vs. U30)					-27,11 €	0,670
Alter (48-64 J. vs. U30)					-123,04 €	0,048
Alter (Ü64 vs. U30)					-275,34 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					21,68 €	0,531
F 01 (Vaskuläre Demenz)					98,99 €	0,164
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					32,52 €	0,596
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					18,07 €	0,785
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-17,22 €	0,763
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					94,05 €	0,189
F 30-39 (Affektive Störungen)					221,22 €	0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					114,83 €	0,129
F 45 (Somatoforme Störungen)					85,65 €	0,255
F 40-48 (ohne F43 und F45)					62,33 €	0,526
F 50 (Essstörungen)					-100,91 €	0,422
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					20,86 €	0,831
F 70-79 (Intelligenzstörung)					22,88 €	0,881
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-198,84 €	0,196
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-146,29 €	0,034
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					86,15 €	0,047
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.742,27 €	0,005
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-93,46 €	0,290
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-25,92 €	0,087
R ²		0,011		0,049		0,072

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	499,12 €	0,000	499,12 €	0,000	69,53 €	0,465
IG (vs. KG)	-304,25 €	0,000	-304,25 €	0,000	-96,70 €	0,010
Post (vs. Prä)	-254,76 €	0,000				
IG x Post (DiD)	168,49 €	0,013				
1. Jahr (vs. Prä)			64,00 €	0,417	505,01 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-357,58 €	0,000	82,56 €	0,304
3. Jahr (vs. Prä)			-376,45 €	0,000	61,76 €	0,462
4. Jahr (vs. Prä)			-362,88 €	0,000	72,87 €	0,382
IG x Jahr 1 (DiD)			-33,02 €	0,710	-222,77 €	0,004
IG x Jahr 2 (DiD)			208,57 €	0,002	18,78 €	0,681
IG x Jahr 3 (DiD)			273,96 €	0,001	84,92 €	0,170
IG x Jahr 4 (DiD)			234,88 €	0,002	46,38 €	0,415
Alter (30-47 J. vs. U30)					-7,10 €	0,904
Alter (48-64 J. vs. U30)					-72,56 €	0,204
Alter (Ü64 vs. U30)					-148,66 €	0,022
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					18,00 €	0,492
F 00 (Demenz)					-54,75 €	0,571
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-27,63 €	0,584
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-150,30 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-154,47 €	0,275
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-91,18 €	0,025
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-111,15 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-35,20 €	0,331
F 30-39 (Affektive Störungen)					118,57 €	0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					32,03 €	0,472
F 45 (Somatoforme Störungen)					-66,95 €	0,088
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-114,20 €	0,003
F 50 (Essstörungen)					-163,38 €	0,044
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					101,66 €	0,152
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-48,44 €	0,326
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-151,82 €	0,067
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.528,62 €	0,146
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-33,66 €	0,518
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.337,17 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-55,40 €	0,409
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					63,16 €	0,226
R ²		0,008		0,018		0,203

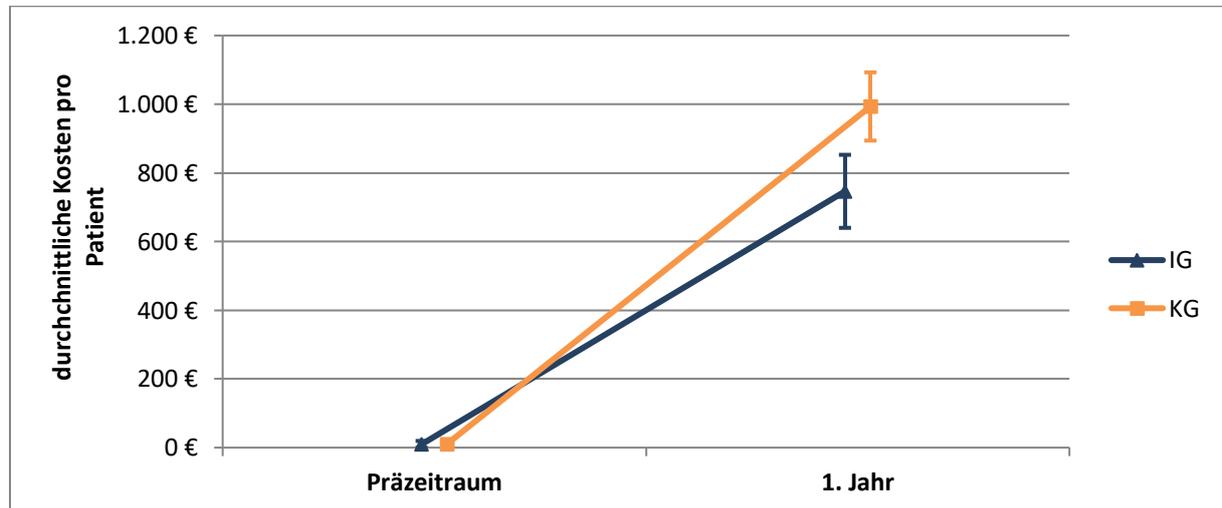
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	
N gesamt	2.880	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	<10	297	11		484
durchschnittliche Kosten	9,79 €	746,28 €	10,81 €		993,42 €
Standardabweichung	277,28 €	2.910,46 €	236,43 €		2.720,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
Maximum	10.560,45 €	29.620,02 €	9.228,97 €		35.801,88 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	<10	216	38	11	376	63
durchschnittliche Kosten	6,03 €	634,95 €	122,65 €	14,51 €	998,89 €	173,43 €
Standardabweichung	230,77 €	2.507,13 €	1.188,90 €	273,81 €	2.700,08 €	1.248,80 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	10.560,45 €	29.620,02 €	24.574,68 €	9.228,97 €	35.801,88 €	29.197,33 €

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

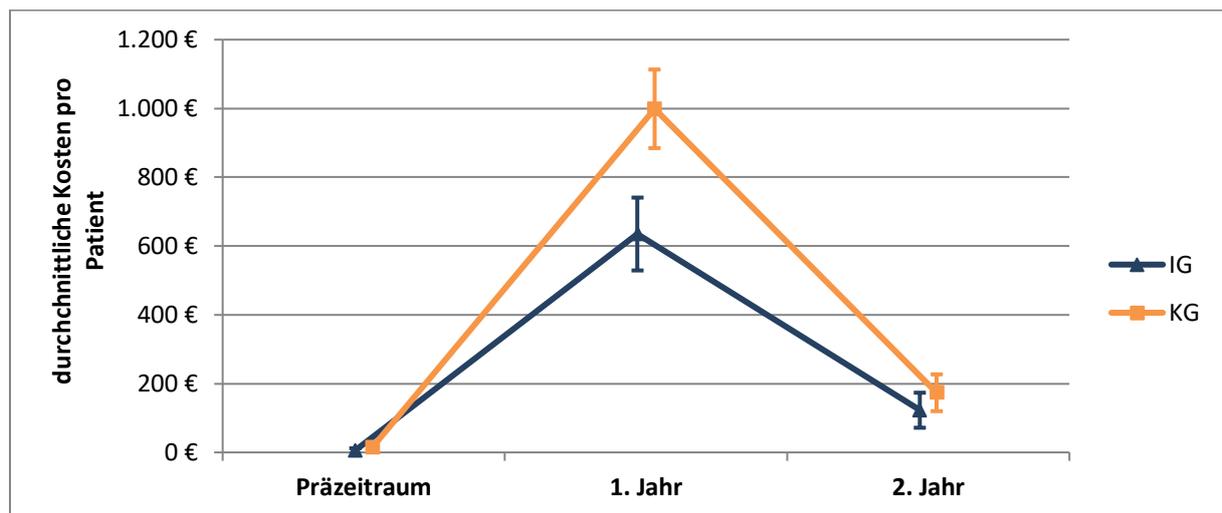


Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	14,51 €	0,014	14,51 €	0,014	-65,79 €	0,244
IG (vs. KG)	-8,48 €	0,272	-8,48 €	0,272	3,27 €	0,738
Post (vs. Prä)	576,90 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-200,70 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			984,38 €	0,000	956,37 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			158,91 €	0,000	124,97 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-355,46 €	0,000	-366,69 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-42,29 €	0,268	-53,66 €	0,164
Alter (30-47 J. vs. U30)					20,96 €	0,668
Alter (48-64 J. vs. U30)					-55,35 €	0,247
Alter (ü64 vs. U30)					-340,58 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					35,99 €	0,248
F 00 (Demenz)					-52,85 €	0,252
F 01 (Vaskuläre Demenz)					113,32 €	0,018
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-163,01 €	0,006
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					90,53 €	0,134
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-48,40 €	0,411
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-115,92 €	0,007
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					97,75 €	0,149
F 30-39 (Affektive Störungen)					309,38 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					106,03 €	0,052
F 45 (Somatoforme Störungen)					-19,96 €	0,675
F 40-48 (ohne F43 und F45)					45,49 €	0,636
F 50 (Essstörungen)					396,52 €	0,284
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					214,20 €	0,063
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-188,51 €	0,004
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-212,97 €	0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kin./Jugend)					-76,58 €	0,509
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					46,71 €	0,055
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.833,21 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-71,19 €	0,163
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-53,59 €	0,000
R ²		0,020		0,047		0,066

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

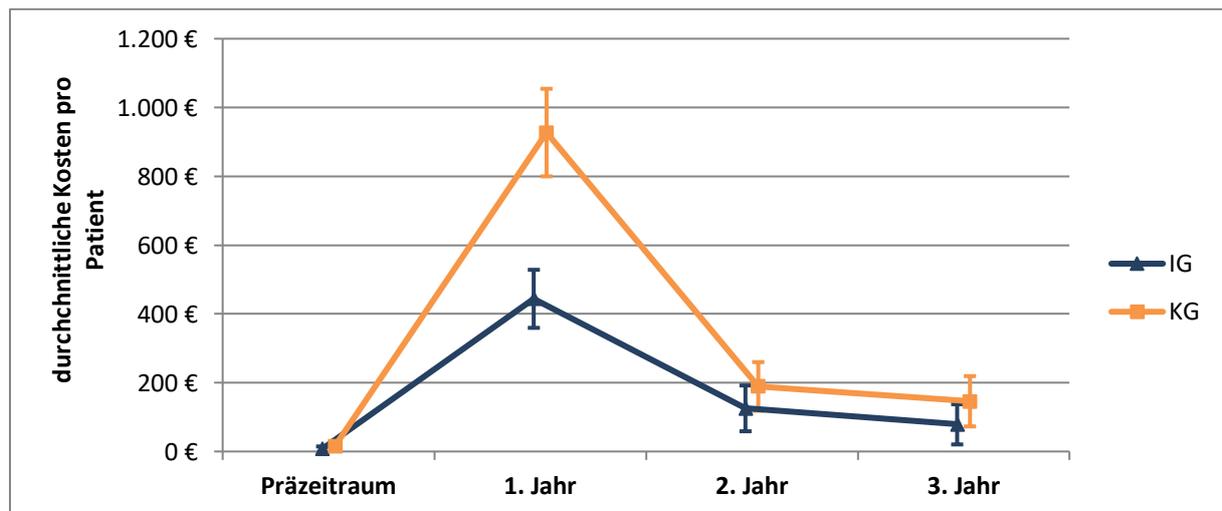
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	<10	132	24	<10	<10	248	43	33
durchschnittliche Kosten	7,32 €	443,81 €	125,36 €	78,94 €	15,38 €	927,19 €	189,20 €	146,04 €
Standardabweichung	278,00 €	1.635,90 €	1.272,66 €	1.104,06 €	289,18 €	2.473,51 €	1.358,52 €	1.392,07 €
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	10.560,45 €	22.055,83 €	24.574,68 €	18.808,44 €	9.228,97 €	18.534,75 €	29.197,33 €	28.660,94 €

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

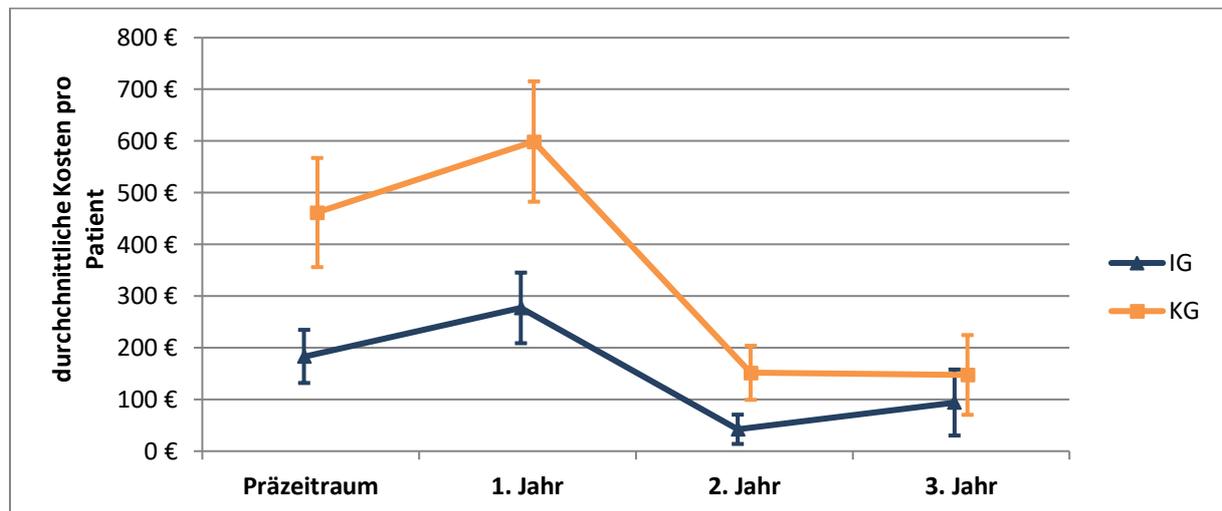


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
N mit Fall	64	74	14	14	116	150	43	27
durchschnittliche Kosten	183,31 €	277,16 €	42,31 €	94,10 €	461,71 €	599,08 €	151,53 €	147,45 €
Standardabweichung	929,16 €	1.233,45 €	508,40 €	1.135,15 €	1.905,80 €	2.101,78 €	934,71 €	1.365,53 €
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	8.497,40 €	9.631,36 €	11.634,01 €	22.144,82 €	21.098,27 €	23.071,39 €	10.268,12 €	25.568,64 €

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



10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung fielen die **Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen** der IG im Präzeitraum etwas geringer aus als jene der KG (IG: 15,23 €; KG: 25,51 €; vgl. Tabelle 104, Tabelle 106 und Abbildung 60). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 879,30 € und in der KG auf 237,44 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 652,14 € signifikant stärker aus als in der KG.

Im zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten erneut: in der IG auf 418,03 € und in der KG auf 122,16 €. Bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr blieben die Kosten in beiden Gruppen auf einem annähernd gleichen Niveau, wobei die Kosten der IG stets höher ausfielen als jene der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG im Vergleich zur KG um 360,29 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 106).

Bei den linikbekanntnen Patienten fielen die Kosten im Präzeitraum für die IG viel niedriger aus als für die KG (IG: 376,84 €; KG: 457,37 €; vgl. Tabelle 105, Tabelle 107 und Abbildung 61). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.236,85 € und damit viel stärker als in der KG, in welcher die Kosten lediglich auf einen Wert von 594,55 € anstiegen. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG im Vergleich zur KG um 722,83 € signifikant stärker aus.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen erneut an (IG: 1.254,76 €; KG: 465,12 €). Bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG weiterhin an, wohingegen sie in der KG auf annähernd konstantem Niveau blieben. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG in Relation zur KG um 924,23 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 107).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung lagen die Kosten im Prä-Zeitraum in beiden Gruppen auf gleich hohem Niveau (IG: 11,14 €; KG: 18,45 €; vgl. Tabelle 108 und Abbildung 62). In beiden Gruppen steigen die Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr (IG: 1.408,87 €, KG: 227,20 €), wobei sie in der IG um 1188,98 € signifikant stärker anstiegen.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung lagen die Kosten von IG und KG mit 10,71 € je Patient (IG) bzw. 22,68 € auf gleich hohem Niveau. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.383,13 € und in der KG auf 227,13 €. Anschließend fielen sie im zweiten Jahr in der IG auf 392,75 € und in der KG auf 108,74 €. Im Prä-Post-Vergleich steigen die Kosten der IG somit zum ersten Jahr um 1.167,96 € und zum zweiten Jahr um 295,98 € signifikant stärker als die Kosten der KG (vgl. Tabelle 109, Tabelle 110 und Abbildung 63).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren Verlauf und Höhe der Kosten in den jeweiligen Beobachtungsperioden nahezu identisch zu U1 (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 64).

Bei den linikbekannten Patienten waren Verlauf und Höhe der Kosten ebenfalls nahezu identisch zu U1 (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 65).

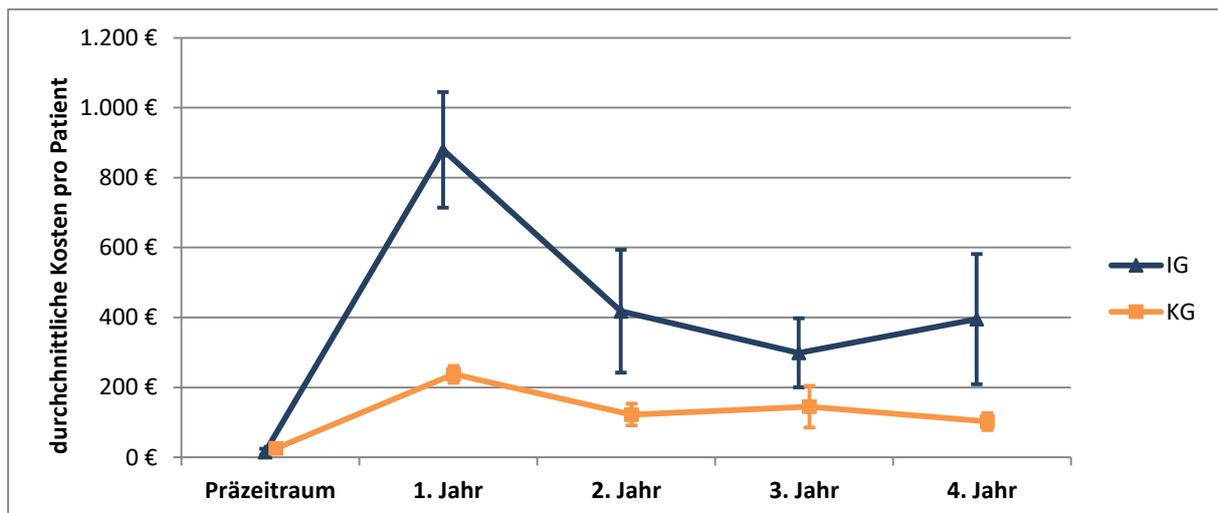
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	22	606	190	151	146	41	440	161	137	118
durchschnittliche Kosten	15,23 €	879,30 €	418,03 €	298,84 €	395,25 €	25,51 €	237,44 €	122,16 €	144,89 €	102,18 €
Standardabweichung	119,49 €	2.252,35 €	2.359,70 €	1.315,02 €	2.451,91 €	173,52 €	333,32 €	420,66 €	795,26 €	319,15 €
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 €	76,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	153,40 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	606,55 €	76,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	304,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.328,31 €	26.085,78 €	49.618,43 €	17.739,19 €	43.077,33 €	2.950,00 €	3.447,50 €	8.891,83 €	17.342,07 €	3.480,42 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	837	1.093	873	804	740	871	967	726	643	593
durchschnittliche Kosten	376,84 €	1.236,85 €	1.254,76 €	1.471,76 €	1.360,56 €	457,37 €	594,55 €	465,12 €	440,03 €	439,84 €
Standardabweichung	421,62 €	2.233,72 €	3.794,96 €	5.025,15 €	4.404,97 €	423,45 €	456,80 €	496,06 €	563,52 €	837,62 €
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 €	335,16 €	76,70 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	220,47 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	348,63 €	565,26 €	408,10 €	359,92 €	330,51 €	461,88 €	608,90 €	451,38 €	293,96 €	237,87 €
75%-Perzentil	594,46 €	1.134,71 €	930,80 €	829,61 €	810,24 €	692,88 €	923,84 €	867,29 €	893,28 €	823,76 €
Maximum	7.304,75 €	26.551,12 €	59.720,94 €	72.980,53 €	59.158,70 €	5.347,74 €	3.873,84 €	6.250,05 €	9.455,28 €	16.719,50 €

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

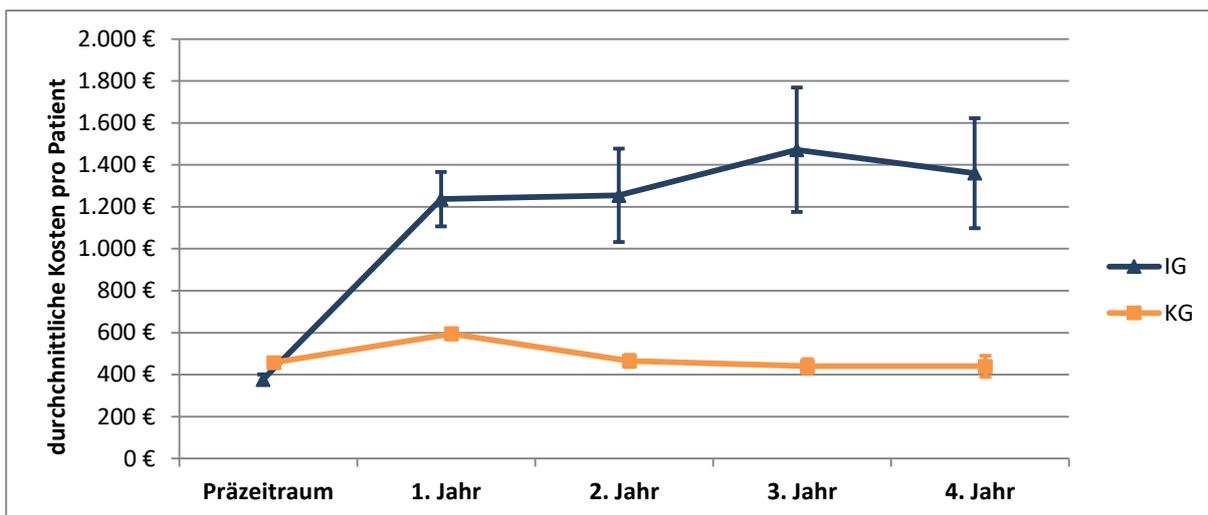


Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	25,51 €	0,000	25,51 €	0,000	-337,19 €	0,008
IG (vs. KG)	-10,28 €	0,192	-10,28 €	0,192	-11,75 €	0,454
Post (vs. Prä)	127,34 €	0,000				
IG x Post (DiD)	360,29 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			211,94 €	0,000	208,75 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			96,65 €	0,000	90,77 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			119,38 €	0,000	113,23 €	0,002
4. Jahr (vs. Prä)			76,67 €	0,000	70,74 €	0,002
IG x Jahr 1 (DiD)			652,14 €	0,000	646,16 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			306,15 €	0,001	298,44 €	0,001
IG x Jahr 3 (DiD)			164,23 €	0,005	154,62 €	0,009
IG x Jahr 4 (DiD)			303,36 €	0,002	290,86 €	0,003
Alter (30-47 J. vs. U30)					97,74 €	0,063
Alter (48-64 J. vs. U30)					43,17 €	0,438
Alter (Ü64 vs. U30)					-33,56 €	0,546
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-5,84 €	0,896
F 01 (Vaskuläre Demenz)					277,03 €	0,059
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					140,70 €	0,497
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					143,12 €	0,480
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					186,67 €	0,183
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					963,09 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					288,12 €	0,004
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					156,12 €	0,064
F 45 (Somatoforme Störungen)					134,39 €	0,183
F 40-48 (ohne F43 und F45)					244,33 €	0,282
F 50 (Essstörungen)					76,73 €	0,419
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					111,17 €	0,111
F 70-79 (Intelligenzstörung)					533,97 €	0,066
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-387,29 €	0,168
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					636,90 €	0,377
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-22,91 €	0,523
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-180,56 €	0,400
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					311,92 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-19,60 €	0,405
R ²		0,020		0,031		0,064

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

Tabelle 107: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	457,37 €	0,000	457,37 €	0,000	-349,50 €	0,014
IG (vs. KG)	-80,53 €	0,000	-80,53 €	0,000	-61,00 €	0,003
Post (vs. Prä)	28,82 €	0,026				
IG x Post (DiD)	924,23 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			137,18 €	0,000	557,00 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			7,75 €	0,540	426,43 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-17,34 €	0,298	399,01 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-17,53 €	0,492	398,04 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			722,83 €	0,000	708,12 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			870,17 €	0,000	857,05 €	0,000
IG x Jahr 3 (DiD)			1.112,26 €	0,000	1.099,48 €	0,000
IG x Jahr 4 (DiD)			1.001,25 €	0,000	989,14 €	0,000
Alter (30-47 J. vs. U30)					150,71 €	0,147
Alter (48-64 J. vs. U30)					38,29 €	0,701
Alter (Ü64 vs. U30)					-158,17 €	0,130
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-10,10 €	0,895
F 00 (Demenz)					233,37 €	0,103
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-150,11 €	0,447
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-381,52 €	0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					197,43 €	0,683
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-123,79 €	0,304
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-73,95 €	0,449
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					741,99 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					92,69 €	0,382
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					3,87 €	0,959
F 45 (Somatoforme Störungen)					19,74 €	0,864
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-114,03 €	0,078
F 50 (Essstörungen)					647,84 €	0,216
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					286,60 €	0,023
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-110,59 €	0,216
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-420,34 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					230,50 €	0,333
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-24,92 €	0,422
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					37,74 €	0,377
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					496,83 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					45,28 €	0,224
R ²		0,027		0,028		0,049

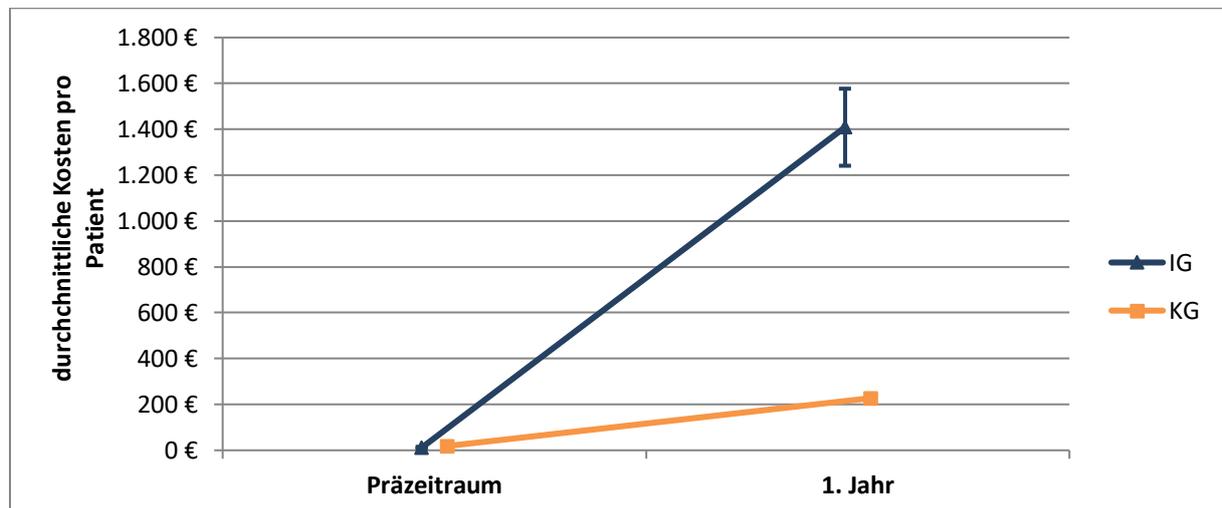
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	
N gesamt	2.880	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	64	2.489	93		1.767
durchschnittliche Kosten	11,14 €	1.408,87 €	18,45 €		227,20 €
Standardabweichung	112,96 €	4.601,26 €	172,96 €		461,61 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	76,70 €	0,00 €		0,00 €
Median	0,00 €	153,40 €	0,00 €		73,49 €
75%-Perzentil	0,00 €	577,93 €	0,00 €		283,90 €
Maximum	2.881,78 €	62.185,35 €	3.798,08 €		15.343,25 €

Abbildung 62: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

Tabelle 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) 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	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	51	1.860	503	81	1.334	416
durchschnittliche Kosten	10,71 €	1.383,13 €	392,75 €	22,68 €	227,13 €	108,74 €
Standardabweichung	100,31 €	4.612,88 €	2.114,84 €	197,21 €	475,05 €	351,02 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	76,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	153,40 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	589,96 €	0,00 €	0,00 €	293,95 €	0,00 €
Maximum	2.457,13 €	62.185,35 €	49.618,43 €	3.798,08 €	15.343,25 €	8.891,83 €

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

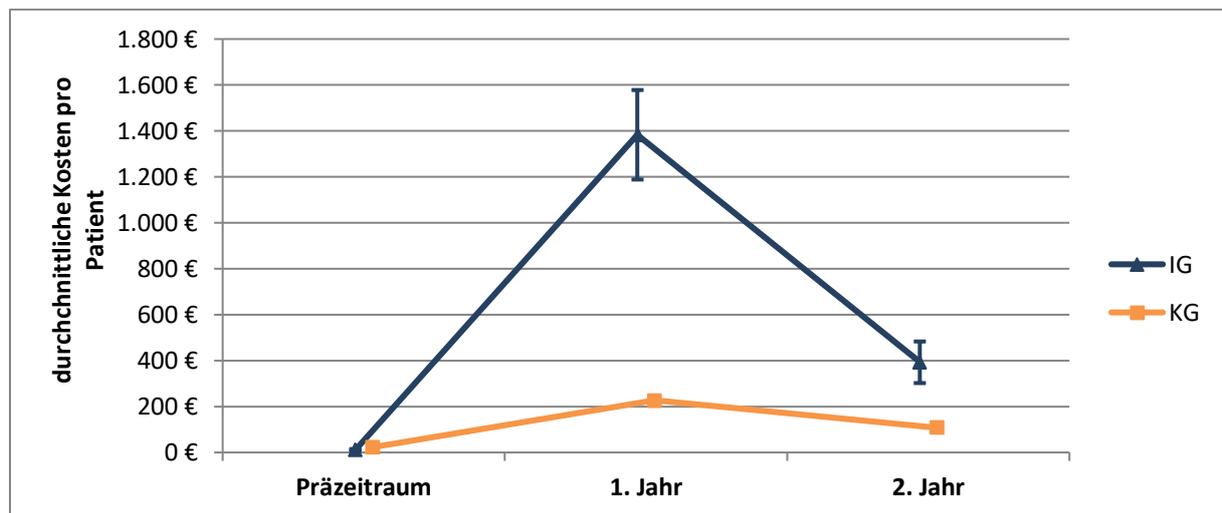


Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	22,68 €	0,000	22,68 €	0,000	-188,37 €	0,008
IG (vs. KG)	-11,97 €	0,012	-11,97 €	0,012	-6,57 €	0,437
Post (vs. Prä)	146,01 €	0,000				
IG x Post (DiD)	737,86 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			204,45 €	0,000	205,79 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			86,05 €	0,000	85,43 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			1.167,96 €	0,000	1.161,82 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			295,98 €	0,000	289,39 €	0,000
Alter (30-47 J. vs. U30)					95,58 €	0,085
Alter (48-64 J. vs. U30)					-27,80 €	0,617
Alter (ü64 vs. U30)					-178,74 €	0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					59,55 €	0,159
F 00 (Demenz)					565,13 €	0,054
F 01 (Vaskuläre Demenz)					317,93 €	0,051
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-91,00 €	0,577
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					307,17 €	0,030
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					62,38 €	0,703
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-8,88 €	0,903
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					752,65 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					238,04 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					47,46 €	0,468
F 45 (Somatoforme Störungen)					-69,10 €	0,250
F 40-48 (ohne F43 und F45)					31,56 €	0,808
F 50 (Essstörungen)					-284,50 €	0,000
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					23,54 €	0,737
F 70-79 (Intelligenzstörung)					391,74 €	0,107
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					45,21 €	0,799
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kin./Jugend)					15,68 €	0,858
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					17,75 €	0,440
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-206,13 €	0,114
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					410,15 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-17,86 €	0,262
R ²		0,032		0,050		0,064

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

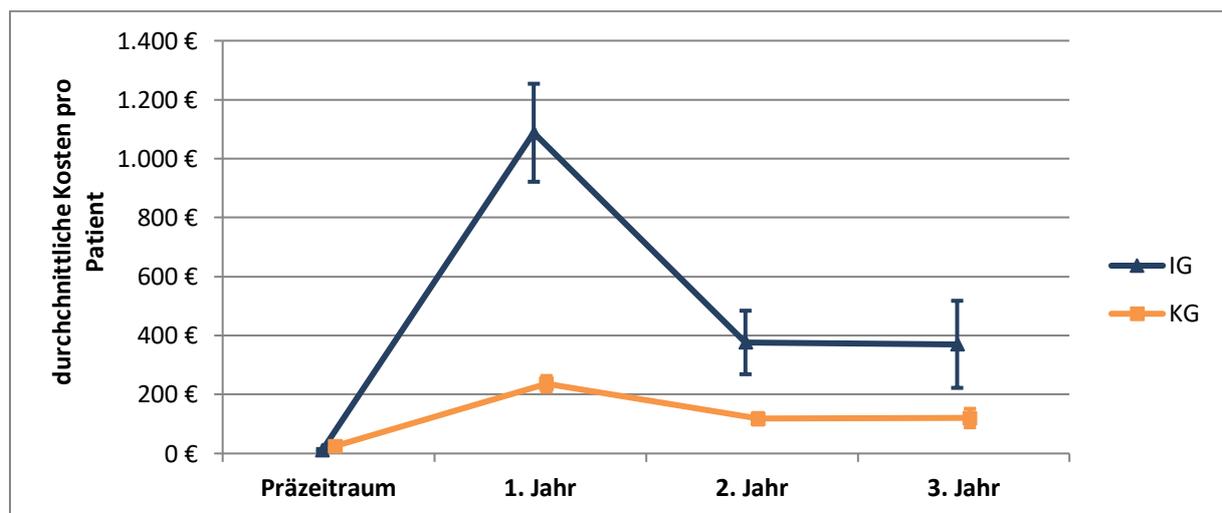
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	37	1.238	334	261	61	909	302	261
durchschnittliche Kosten	10,43 €	1.087,80 €	376,58 €	370,22 €	24,87 €	236,44 €	117,66 €	120,25 €
Standardabweichung	91,33 €	3.221,64 €	2.058,77 €	2.790,40 €	207,65 €	516,10 €	377,91 €	596,03 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	76,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	153,40 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	532,91 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	304,45 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.328,31 €	41.617,12 €	49.618,43 €	77.636,18 €	3.798,08 €	15.343,25 €	8.891,83 €	17.342,07 €

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

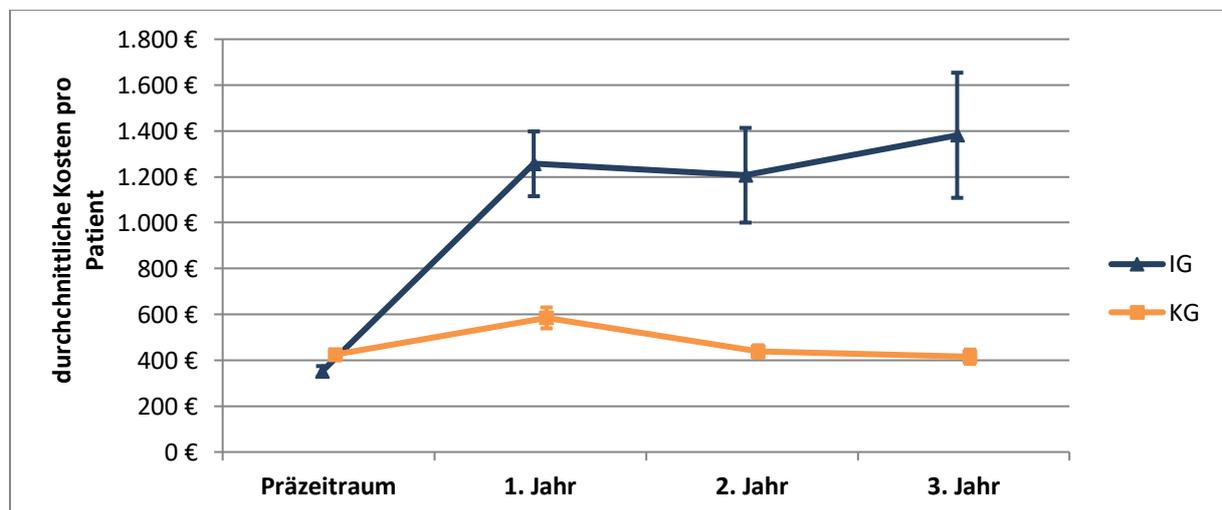


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
N mit Fall	891	1.196	918	842	923	1.050	769	686
durchschnittliche Kosten	351,78 €	1.256,61 €	1.206,79 €	1.381,06 €	423,79 €	584,85 €	438,20 €	415,70 €
Standardabweichung	413,49 €	2.550,59 €	3.697,27 €	4.854,16 €	419,58 €	823,28 €	489,50 €	549,84 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	258,46 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	146,98 €	0,00 €	0,00 €
Median	304,45 €	545,28 €	383,50 €	322,90 €	377,94 €	535,41 €	377,90 €	230,96 €
75%-Perzentil	579,59 €	1.096,86 €	906,20 €	771,79 €	692,88 €	923,84 €	828,80 €	839,86 €
Maximum	7.304,75 €	40.558,64 €	59.720,94 €	72.980,53 €	5.347,74 €	24.801,72 €	6.250,05 €	9.455,28 €

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



10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

Zu den sonstigen ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen zählen Leistungen der Sozialpädiatrischen Zentren sowie der Hochschulambulanzen. Die Zuordnungen der Leistungen in den Hochschulambulanzen erfolgt über die dokumentierten Gebührenordnungspositionen. Es handelt sich um die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Da **sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachte psychiatrische Leistungen** nur in relativ geringem Umfang in Anspruch genommen wurden, entfällt eine Beschreibung der Ergebnisse (vgl. Tabelle 113 bis Tabelle 121 und Abbildung 66 bis Abbildung 71).

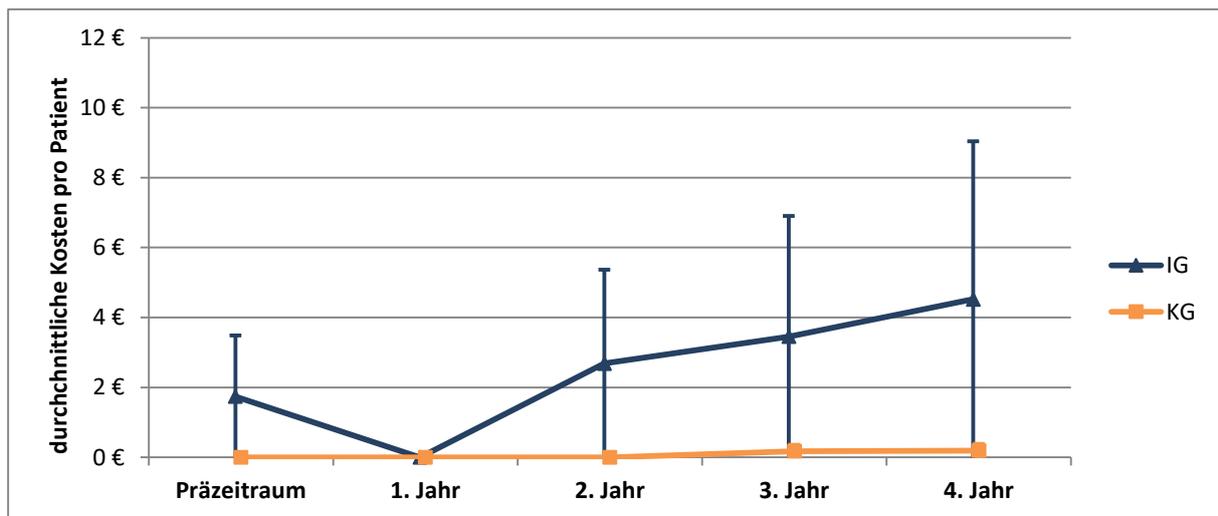
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	1,74 €	0,00 €	2,68 €	3,45 €	4,52 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,18 €	0,19 €
Standardabweichung	33,15 €	0,00 €	60,84 €	89,89 €	76,27 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4,61 €	5,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	800,00 €	0,00 €	1.577,02 €	2.340,64 €	1.476,55 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	120,36 €	128,86 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,10 €	0,00 €	5,70 €	4,96 €	0,58 €	0,40 €	0,03 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3,28 €	0,00 €	111,96 €	108,57 €	16,29 €	9,70 €	0,94 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	108,97 €	0,00 €	2.560,55 €	2.976,84 €	529,74 €	285,06 €	30,60 €

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

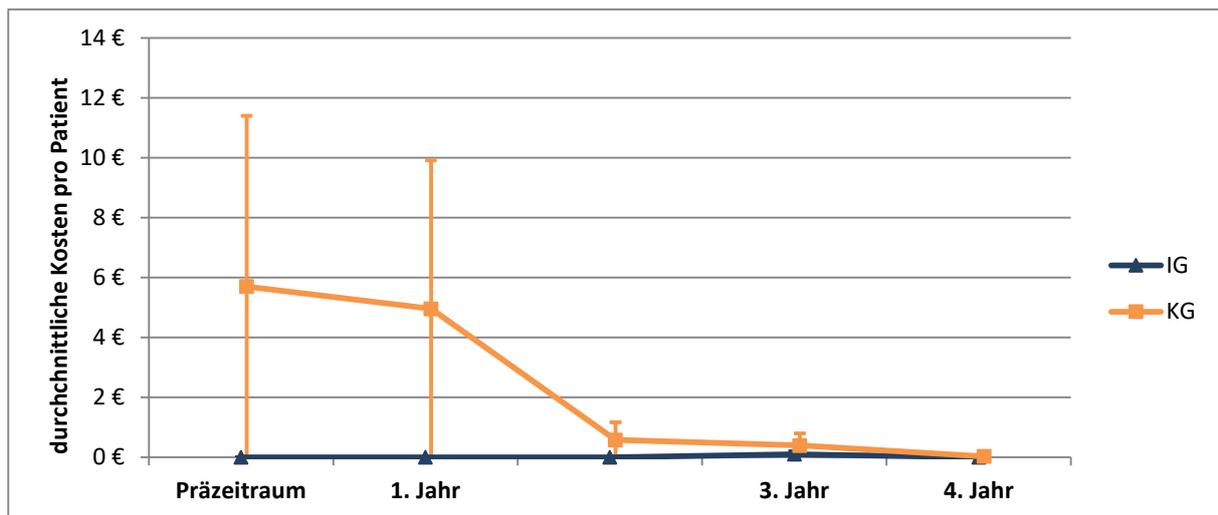


Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,00 €	1,000	0,00 €	1,000	3,86 €	0,178
IG (vs. KG)	1,74 €	0,161	1,74 €	0,161	1,88 €	0,160
Post (vs. Prä)	0,09 €	0,157				
IG x Post (DiD)	0,79 €	0,704				
1. Jahr (vs. Prä)			0,00 €	1,000	0,82 €	0,291
2. Jahr (vs. Prä)			0,00 €	1,000	0,79 €	0,307
3. Jahr (vs. Prä)			0,18 €	0,317	0,94 €	0,238
4. Jahr (vs. Prä)			0,19 €	0,317	0,93 €	0,246
IG x Jahr 1 (DiD)			-1,74 €	0,161	-1,91 €	0,169
IG x Jahr 2 (DiD)			0,94 €	0,720	0,76 €	0,778
IG x Jahr 3 (DiD)			1,53 €	0,676	1,35 €	0,716
IG x Jahr 4 (DiD)			2,59 €	0,421	2,42 €	0,459
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1,24 €	0,599
Alter (48-64 J. vs. U30)					-2,92 €	0,041
Alter (Ü64 vs. U30)					-3,38 €	0,045
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					0,71 €	0,563
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-2,56 €	0,141
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-0,12 €	0,899
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1,87 €	0,177
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-3,11 €	0,067
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-4,30 €	0,050
F 30-39 (Affektive Störungen)					-2,39 €	0,223
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-3,06 €	0,112
F 45 (Somatoforme Störungen)					-4,14 €	0,056
F 40-48 (ohne F43 und F45)					4,36 €	0,458
F 50 (Essstörungen)					25,34 €	0,342
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-4,92 €	0,048
F 70-79 (Intelligenzstörung)					3,28 €	0,617
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-6,71 €	0,310
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-2,89 €	0,358
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,32 €	0,274
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-7,73 €	0,373
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					14,40 €	0,312
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,54 €	0,377
R ²		0,001		0,001		0,008

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

Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	5,70 €	0,087	5,70 €	0,088	-4,49 €	0,278
IG (vs. KG)	-5,70 €	0,087	-5,70 €	0,088	-6,26 €	0,099
Post (vs. Prä)	-4,17 €	0,090				
IG x Post (DiD)	4,19 €	0,088				
1. Jahr (vs. Prä)			-0,74 €	0,434	3,95 €	0,112
2. Jahr (vs. Prä)			-5,12 €	0,102	-0,46 €	0,829
3. Jahr (vs. Prä)			-5,30 €	0,104	-0,66 €	0,720
4. Jahr (vs. Prä)			-5,67 €	0,089	-1,03 €	0,589
IG x Jahr 1 (DiD)			0,74 €	0,434	1,09 €	0,228
IG x Jahr 2 (DiD)			5,12 €	0,102	5,50 €	0,121
IG x Jahr 3 (DiD)			5,40 €	0,097	5,78 €	0,110
IG x Jahr 4 (DiD)			5,67 €	0,089	6,04 €	0,102
Alter (30-47 J. vs. U30)					1,92 €	0,235
Alter (48-64 J. vs. U30)					2,79 €	0,258
Alter (Ü64 vs. U30)					1,64 €	0,364
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-0,78 €	0,481
F 00 (Demenz)					1,75 €	0,570
F 01 (Vaskuläre Demenz)					2,97 €	0,312
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-0,52 €	0,123
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					0,14 €	0,925
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1,38 €	0,403
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-0,06 €	0,948
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3,80 €	0,182
F 30-39 (Affektive Störungen)					3,15 €	0,238
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-0,44 €	0,384
F 45 (Somatoforme Störungen)					8,52 €	0,184
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-0,62 €	0,213
F 50 (Essstörungen)					-2,79 €	0,272
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					7,54 €	0,336
F 70-79 (Intelligenzstörung)					0,22 €	0,887
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					2,99 €	0,241
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-0,29 €	0,825
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,14 €	0,733
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-4,33 €	0,080
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2,77 €	0,083
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,73 €	0,097
R ²		0,001		0,002		0,006

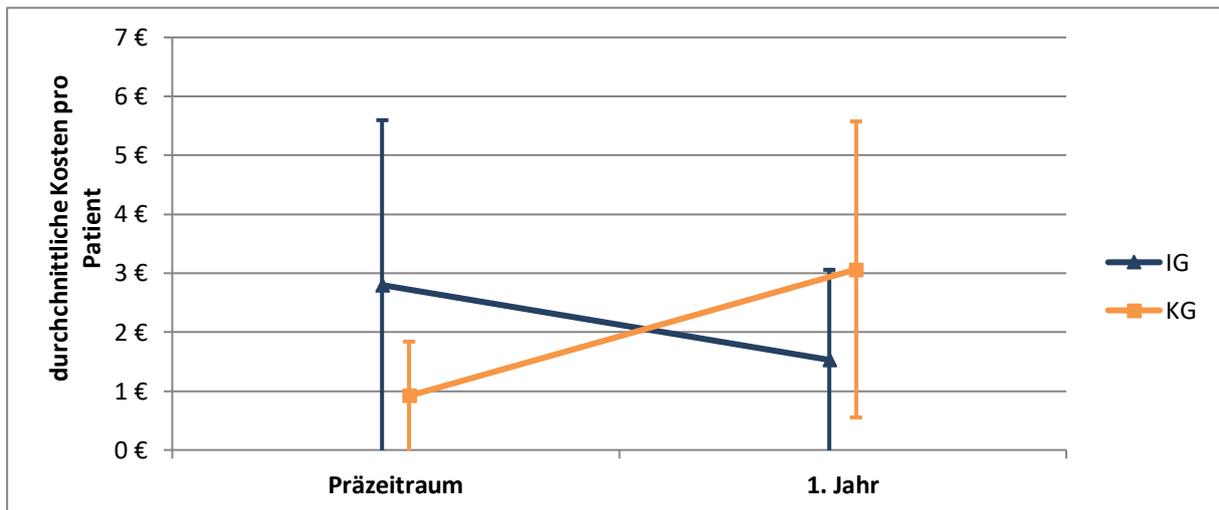
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	<10	<10	<10	12
durchschnittliche Kosten	2,80 €	1,53 €	0,92 €	3,06 €
Standardabweichung	100,76 €	47,70 €	49,35 €	68,75 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.235,89 €	1.673,00 €	2.648,51 €	2.558,91 €

Abbildung 68: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	1,31 €	1,35 €	0,96 €	0,00 €	2,17 €	1,44 €
Standardabweichung	29,20 €	44,79 €	35,14 €	0,00 €	65,10 €	35,96 €
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	841,02 €	1.673,00 €	1.577,02 €	0,00 €	2.558,91 €	1.329,03 €

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

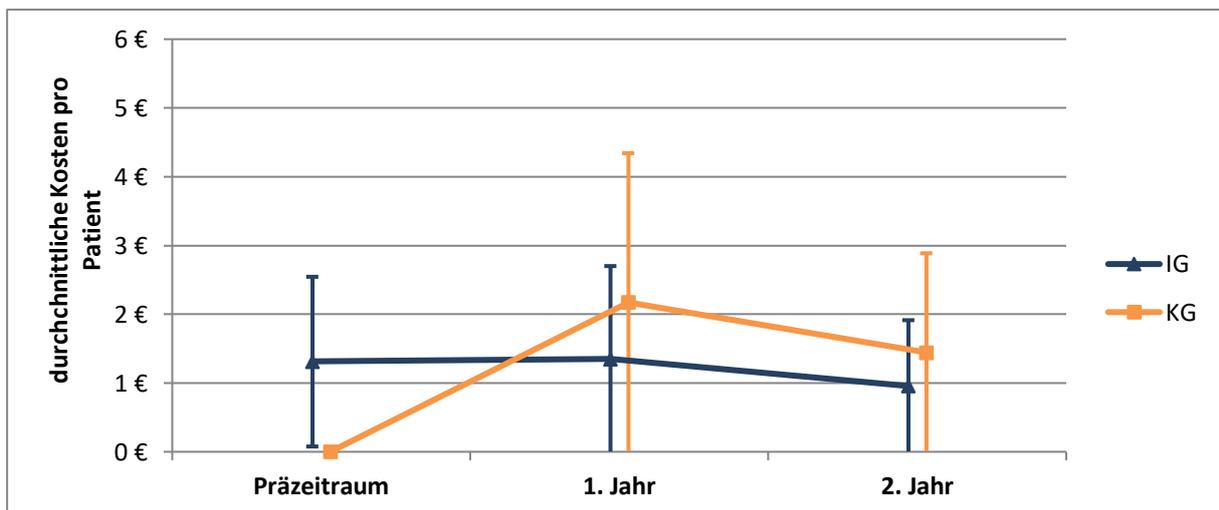


Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,00 €	1,000	0,00 €	1,000	2,12 €	0,280
IG (vs. KG)	1,31 €	0,037	1,31 €	0,037	1,39 €	0,031
Post (vs. Prä)	1,81 €	0,075				
IG x Post (DiD)	-1,97 €	0,147				
1. Jahr (vs. Prä)			2,17 €	0,122	2,78 €	0,057
2. Jahr (vs. Prä)			1,44 €	0,066	2,02 €	0,022
IG x Jahr 1 (DiD)			-2,13 €	0,241	-2,17 €	0,234
IG x Jahr 2 (DiD)			-1,80 €	0,156	-1,84 €	0,150
Alter (30-47 J. vs. U30)					-2,87 €	0,216
Alter (48-64 J. vs. U30)					-4,20 €	0,073
Alter (ü64 vs. U30)					-4,30 €	0,082
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					0,79 €	0,327
F 00 (Demenz)					-0,09 €	0,819
F 01 (Vaskuläre Demenz)					0,16 €	0,896
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-0,60 €	0,356
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-0,11 €	0,915
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-0,33 €	0,720
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-0,26 €	0,807
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-1,16 €	0,389
F 30-39 (Affektive Störungen)					0,35 €	0,813
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					0,99 €	0,573
F 45 (Somatoforme Störungen)					-1,30 €	0,328
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-1,61 €	0,025
F 50 (Essstörungen)					16,41 €	0,387
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-1,33 €	0,656
F 70-79 (Intelligenzstörung)					3,28 €	0,488
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-2,90 €	0,089
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kin./Jugend)					-2,56 €	0,042
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,20 €	0,203
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,92 €	0,252
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					7,52 €	0,252
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,55 €	0,102
R ²		0,000		0,000		0,004

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

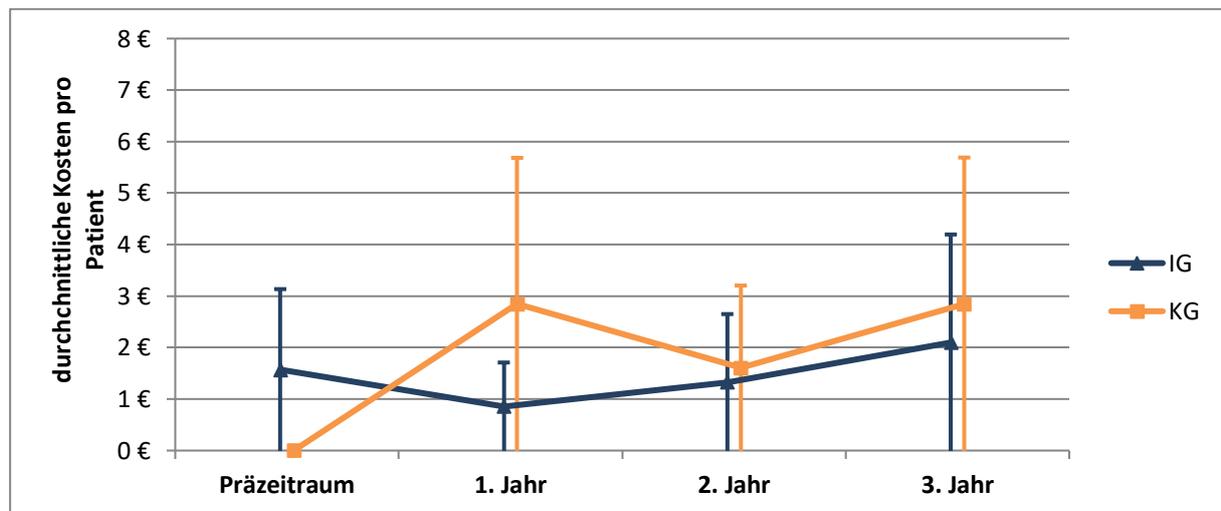
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	1,57 €	0,85 €	1,33 €	2,10 €	0,00 €	2,84 €	1,60 €	2,85 €
Standardabweichung	32,48 €	32,46 €	42,77 €	64,84 €	0,00 €	78,72 €	39,41 €	61,91 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	841,02 €	1.233,23 €	1.577,02 €	2.340,64 €	0,00 €	2.558,91 €	1.329,03 €	1.761,73 €

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

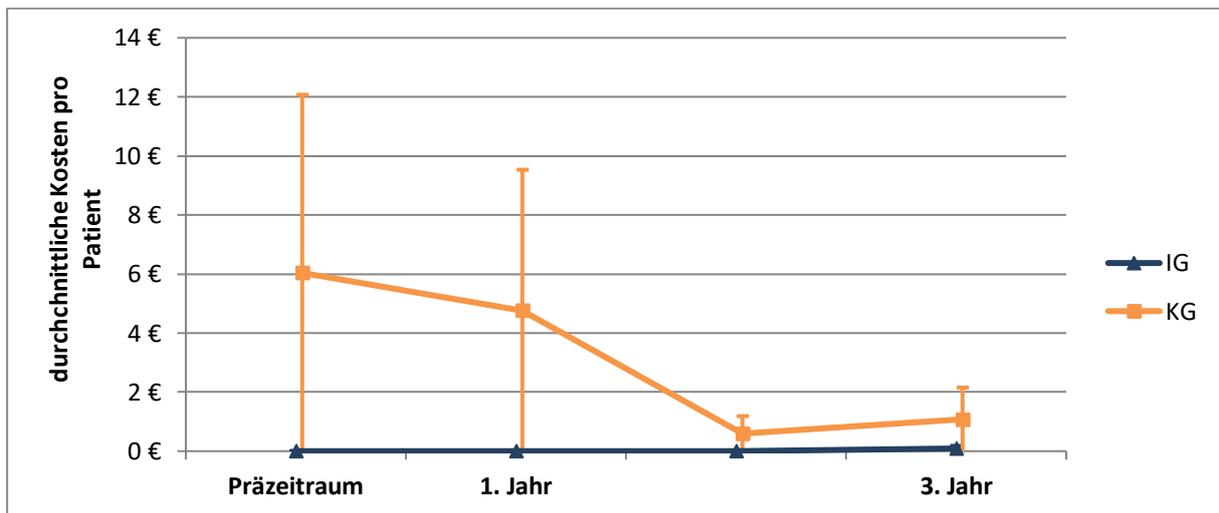


Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr		Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	
N gesamt	1.253	1.253	1.233	1.215		1.251	1.251	1.227	1.203	
N mit Fall	<10	<10	<10	<10		<10	<10	<10	<10	
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,09 €		6,04 €	4,77 €	0,59 €	1,08 €	
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3,13 €		110,91 €	103,59 €	15,65 €	26,62 €	
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	108,97 €		2.560,55 €	2.976,84 €	529,74 €	866,85 €	

Abbildung 71: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung



10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

Zu den für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung zählen Leistungen von Fachärzten (Psychiater, Psychotherapeuten etc.) sowie Hausärzten. Erfasst wurden Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Die Zuordnung der Leistungen zur psychiatrischen Versorgung erfolgte über die dokumentierten GOPs sowie bei Fallpauschalen über einen diagnosebezogenen Faktor.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung fielen die **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** der IG im Präzeitraum etwas höher aus als jene der KG (IG: 175,61 €; KG: 152,98 €; vgl. Tabelle 122, Tabelle 124 und Abbildung 72). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 352,99 € und in der KG auf 380,93 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 50,56 € nicht signifikant geringer aus als in der KG.

Im zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten leicht ab: in der IG auf 317,23 € und in der KG auf 363,56 €. Bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr fielen die Kosten in beiden Gruppen auf ein zum Präzeitraum vergleichbares Niveau ab, wobei die Kosten der IG etwas höher ausfielen als jene der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG im Vergleich zur KG um 36,62 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 124).

Bei den linikbekannten Patienten fielen die Kosten im Präzeitraum für die IG etwas höher aus als für die KG (IG: 193,16 €; KG: 172,03 €; vgl. Tabelle 123, Tabelle 125 und Abbildung 73). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG im Vergleich zur KG um 26,29 € nicht signifikant schwächer aus.

Bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr fielen die Kosten in beiden Gruppen. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG in Relation zur KG um 50,81 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 125).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied in der Höhe der Kosten je Patient (IG: 197,31 €, KG: 180,01 €). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen (IG: 386,67 €, KG (395,63 €), wobei die Kosten der IG um 26,27 € weniger stark anstiegen (vgl. Tabelle 126 und Abbildung 74).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein vergleichbares Muster zu U1. Im Prä-Zeitraum ergab sich kein Kostenunterschied (IG: 186,29 €, KG: 175,45 €; vgl. Tabelle 127, Tabelle 128 und Abbildung 75). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an (IG: 427,99 €, KG: 457,67 €) und fielen anschließend wieder ab (IG: 297,44 €, KG: 337,15 €). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 45,42 € signifikant weniger stark, wobei hier eher die Kostendifferenz des zweiten Nachbeobachtungsjahres maßgeblich war (vgl. Tabelle 128).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren Verlauf und Höhe der Kosten in den jeweiligen Beobachtungsperioden nahezu identisch zu U1 (vgl. Tabelle 129 und Abbildung 76).

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren Verlauf und Höhe der Kosten in den jeweiligen Beobachtungsperioden nahezu identisch zu U1 (vgl. Tabelle 130 und Abbildung 77).

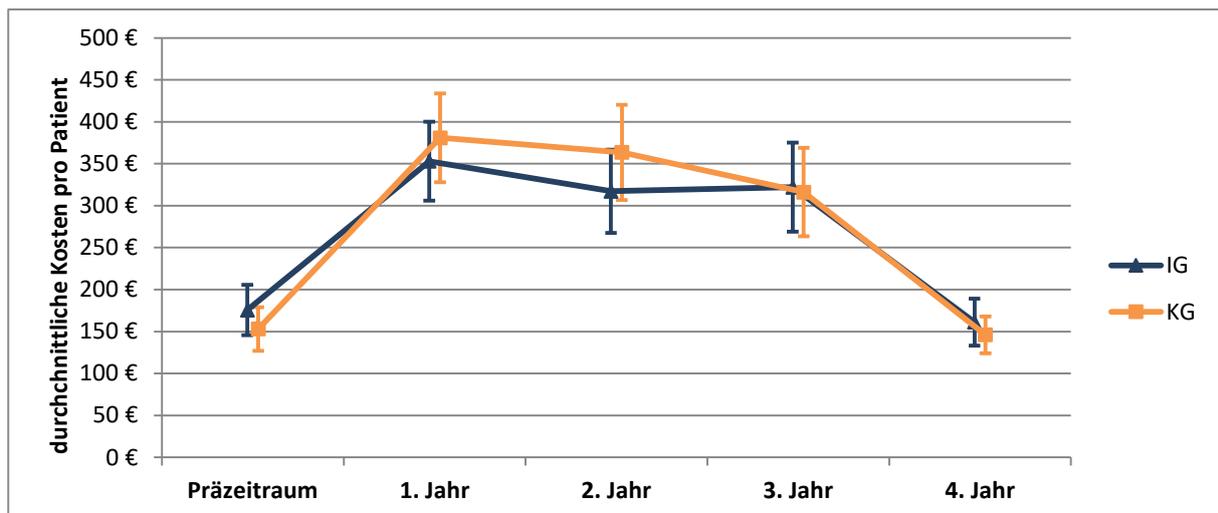
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	612	649	585	563	529	605	646	607	587	529
durchschnittliche Kosten	175,61 €	352,99 €	317,23 €	322,03 €	161,12 €	152,98 €	380,93 €	363,56 €	316,21 €	146,00 €
Standardabweichung	409,60 €	641,36 €	665,04 €	706,40 €	367,30 €	354,20 €	723,89 €	764,99 €	704,11 €	287,21 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	7,20 €	29,71 €	16,81 €	15,86 €	7,23 €	7,78 €	27,81 €	21,49 €	18,26 €	9,08 €
Median	41,54 €	93,73 €	61,63 €	57,77 €	36,96 €	45,50 €	93,35 €	75,50 €	61,74 €	43,72 €
75%-Perzentil	135,50 €	280,76 €	212,50 €	196,65 €	121,93 €	132,07 €	322,27 €	283,01 €	244,65 €	152,29 €
Maximum	3.257,66 €	3.705,31 €	4.321,35 €	7.363,65 €	2.924,51 €	3.328,46 €	5.149,08 €	8.127,90 €	8.196,72 €	2.294,88 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	1.067	1.050	1.005	977	963	1.034	1.029	996	969	946
durchschnittliche Kosten	193,16 €	238,44 €	213,82 €	204,11 €	152,84 €	172,03 €	243,60 €	238,12 €	251,55 €	195,37 €
Standardabweichung	492,75 €	531,65 €	511,99 €	538,20 €	383,02 €	412,90 €	535,25 €	504,26 €	570,10 €	402,53 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	3,04 €	30,94 €	28,47 €	26,63 €	22,43 €	2,65 €	28,46 €	28,35 €	26,10 €	24,83 €
Median	31,07 €	64,91 €	62,60 €	61,37 €	56,93 €	30,86 €	69,93 €	74,03 €	67,02 €	63,76 €
75%-Perzentil	107,47 €	148,97 €	143,11 €	129,40 €	115,11 €	117,65 €	184,12 €	182,00 €	185,12 €	164,18 €
Maximum	3.765,00 €	5.370,32 €	7.086,62 €	8.284,57 €	5.345,38 €	3.907,39 €	5.501,80 €	3.922,79 €	4.932,13 €	3.738,55 €

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

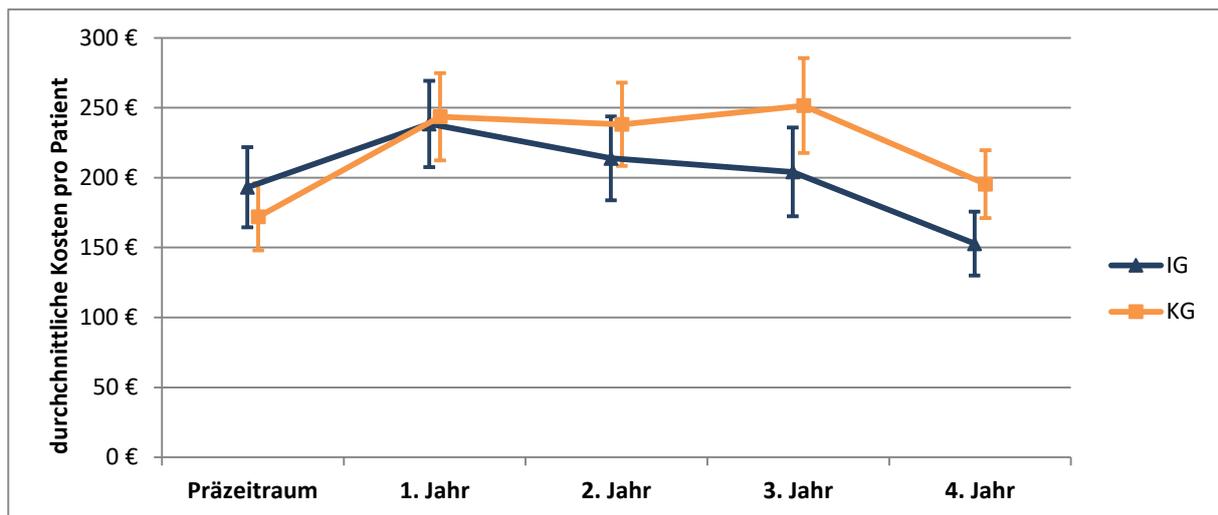


Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	152,98 €	0,000	152,98 €	0,000	0,98 €	0,982
IG (vs. KG)	22,63 €	0,264	22,63 €	0,264	23,41 €	0,245
Post (vs. Prä)	150,92 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-36,62 €	0,208				
1. Jahr (vs. Prä)			227,95 €	0,000	368,68 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			210,58 €	0,000	348,56 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			163,23 €	0,000	299,39 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-6,98 €	0,659	126,56 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-50,56 €	0,163	-52,43 €	0,151
IG x Jahr 2 (DiD)			-68,96 €	0,091	-70,47 €	0,085
IG x Jahr 3 (DiD)			-16,81 €	0,683	-18,96 €	0,646
IG x Jahr 4 (DiD)			-7,51 €	0,761	-7,77 €	0,753
Alter (30-47 J. vs. U30)					20,12 €	0,577
Alter (48-64 J. vs. U30)					-3,90 €	0,911
Alter (Ü64 vs. U30)					-134,96 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					69,32 €	0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-15,29 €	0,783
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-79,92 €	0,109
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-43,63 €	0,417
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-115,34 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-76,38 €	0,046
F 30-39 (Affektive Störungen)					24,90 €	0,462
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					94,02 €	0,019
F 45 (Somatoforme Störungen)					-23,35 €	0,565
F 40-48 (ohne F43 und F45)					81,33 €	0,227
F 50 (Essstörungen)					-62,16 €	0,416
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-29,60 €	0,660
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-201,40 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-56,58 €	0,119
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-110,83 €	0,042
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					79,01 €	0,034
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					110,26 €	0,492
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-28,71 €	0,416
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					155,89 €	0,000
R ²		0,008		0,024		0,054

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	172,03 €	0,000	172,03 €	0,000	-6,37 €	0,872
IG (vs. KG)	21,13 €	0,269	21,13 €	0,269	34,98 €	0,069
Post (vs. Prä)	60,48 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-50,81 €	0,010				
1. Jahr (vs. Prä)			71,57 €	0,000	267,00 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			66,09 €	0,000	260,25 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			79,52 €	0,000	272,20 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			23,34 €	0,134	214,62 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-26,29 €	0,194	-33,05 €	0,105
IG x Jahr 2 (DiD)			-45,43 €	0,056	-51,61 €	0,032
IG x Jahr 3 (DiD)			-68,57 €	0,010	-73,81 €	0,007
IG x Jahr 4 (DiD)			-63,66 €	0,005	-68,57 €	0,003
Alter (30-47 J. vs. U30)					14,72 €	0,647
Alter (48-64 J. vs. U30)					-61,32 €	0,053
Alter (Ü64 vs. U30)					-96,23 €	0,003
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					44,48 €	0,007
F 00 (Demenz)					-106,18 €	0,000
F 01 (Vaskuläre Demenz)					113,98 €	0,017
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-141,90 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					9,00 €	0,897
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					12,10 €	0,908
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-45,87 €	0,035
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-82,98 €	0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					11,40 €	0,634
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					59,30 €	0,083
F 45 (Somatoforme Störungen)					62,12 €	0,107
F 40-48 (ohne F43 und F45)					36,49 €	0,331
F 50 (Essstörungen)					193,19 €	0,071
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					117,68 €	0,006
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-101,44 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-183,44 €	0,002
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					218,48 €	0,206
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					69,54 €	0,002
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					25,45 €	0,533
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-5,42 €	0,815
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					185,86 €	0,000
R ²		0,002		0,004		0,046

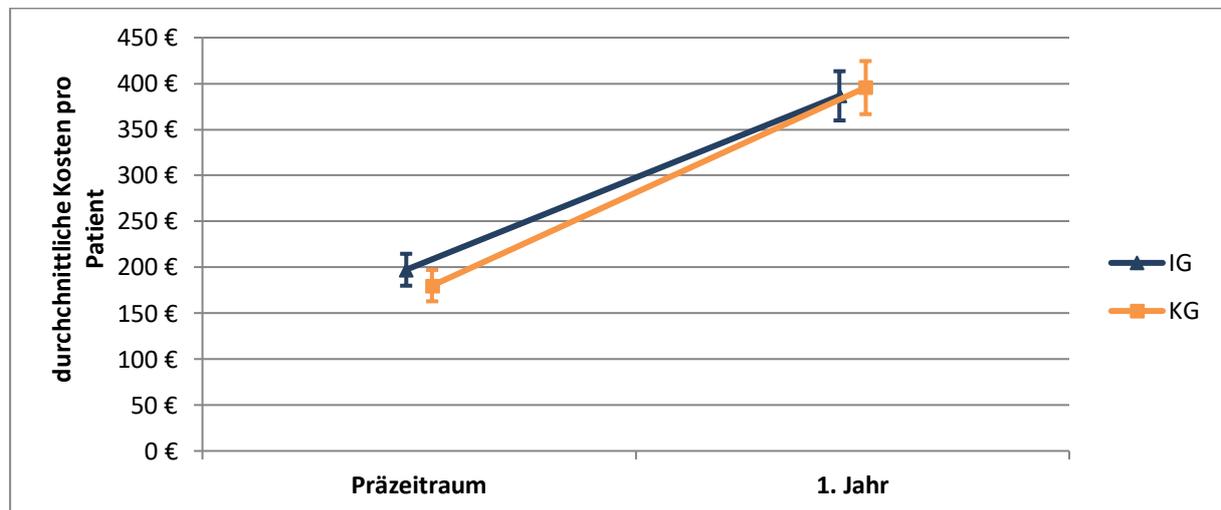
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	2.456	2.604	2.353	2.561
durchschnittliche Kosten	197,31 €	386,67 €	180,01 €	395,63 €
Standardabweichung	475,91 €	734,06 €	467,11 €	792,11 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	13,98 €	29,31 €	9,60 €	27,19 €
Median	49,74 €	91,25 €	47,74 €	97,28 €
75%-Perzentil	141,30 €	296,65 €	141,42 €	327,39 €
Maximum	6.795,77 €	6.064,77 €	8.682,28 €	8.857,02 €

Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	1.835	1.950	1.745	1.764	1.937	1.738
durchschnittliche Kosten	186,29 €	427,99 €	297,44 €	175,45 €	457,67 €	337,15 €
Standardabweichung	428,98 €	795,56 €	654,93 €	466,00 €	874,82 €	785,30 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	13,84 €	30,80 €	14,00 €	9,95 €	33,32 €	16,06 €
Median	50,56 €	96,95 €	54,01 €	47,46 €	114,30 €	66,76 €
75%-Perzentil	143,66 €	308,24 €	187,76 €	140,57 €	376,70 €	257,42 €
Maximum	4.121,48 €	6.064,77 €	6.474,57 €	8.682,28 €	8.857,02 €	11.323,03 €

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

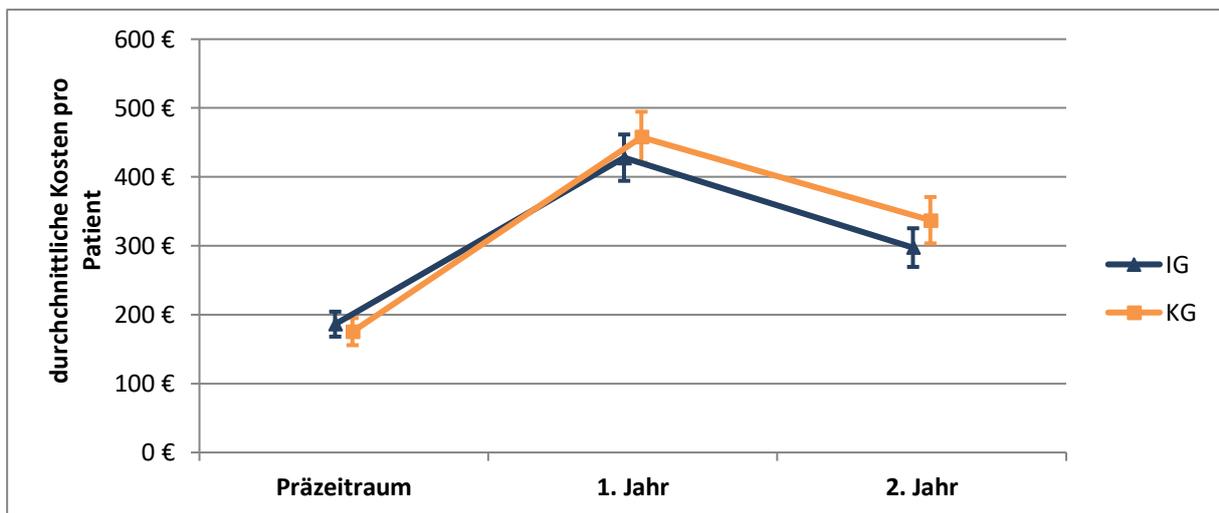


Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	175,45 €	0,000	175,45 €	0,000	-53,85 €	0,071
IG (vs. KG)	10,84 €	0,428	10,84 €	0,428	9,57 €	0,475
Post (vs. Prä)	222,72 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-45,42 €	0,032				
1. Jahr (vs. Prä)			282,22 €	0,000	428,58 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			161,69 €	0,000	304,57 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-40,52 €	0,094	-39,61 €	0,105
IG x Jahr 2 (DiD)			-50,54 €	0,033	-49,76 €	0,036
Alter (30-47 J. vs. U30)					11,02 €	0,687
Alter (48-64 J. vs. U30)					0,87 €	0,975
Alter (ü64 vs. U30)					-168,12 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					120,41 €	0,000
F 00 (Demenz)					-82,50 €	0,003
F 01 (Vaskuläre Demenz)					26,92 €	0,477
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-132,93 €	0,018
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-13,71 €	0,642
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-64,15 €	0,067
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-106,15 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-71,29 €	0,007
F 30-39 (Affektive Störungen)					101,93 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					125,26 €	0,000
F 45 (Somatoforme Störungen)					-8,83 €	0,744
F 40-48 (ohne F43 und F45)					122,04 €	0,034
F 50 (Essstörungen)					184,46 €	0,161
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-20,77 €	0,667
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-164,66 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					44,52 €	0,809
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kin./Jugend)					80,72 €	0,486
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					147,57 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					249,65 €	0,318
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-66,34 €	0,071
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					163,41 €	0,000
R ²		0,019		0,024		0,068

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

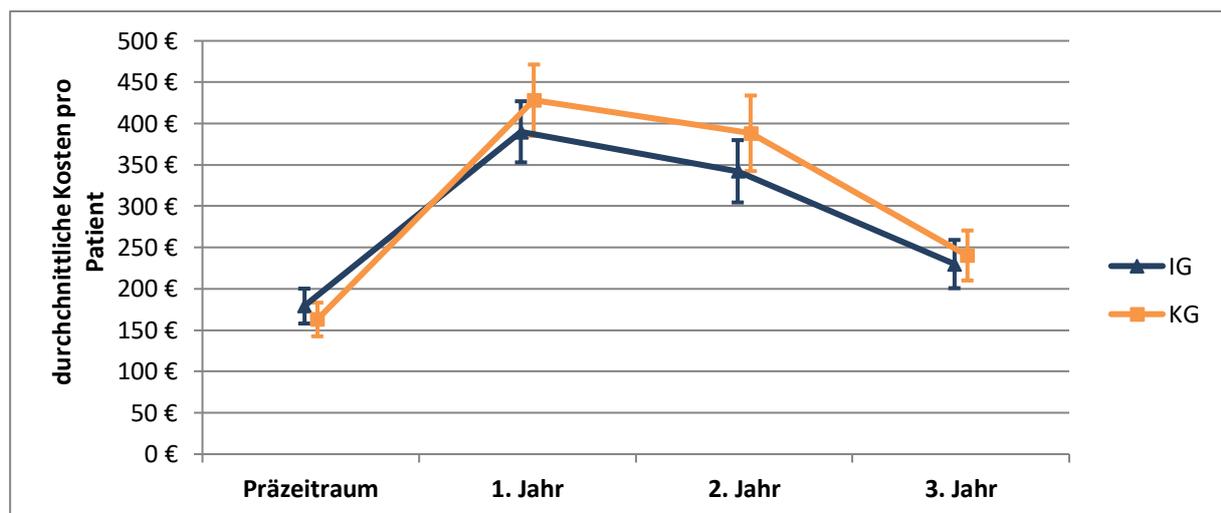
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	1.244	1.306	1.182	1.113	1.197	1.313	1.203	1.134
durchschnittliche Kosten	179,14 €	389,95 €	342,21 €	229,97 €	162,92 €	428,23 €	388,17 €	240,35 €
Standardabweichung	409,05 €	716,50 €	720,21 €	550,78 €	396,15 €	838,24 €	878,23 €	575,29 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	13,64 €	29,79 €	17,94 €	11,72 €	9,43 €	32,62 €	19,36 €	11,22 €
Median	50,52 €	96,76 €	61,02 €	45,70 €	46,77 €	112,82 €	74,96 €	51,29 €
75%-Perzentil	143,74 €	296,95 €	217,94 €	147,44 €	141,27 €	360,48 €	280,49 €	197,27 €
Maximum	3.638,80 €	4.866,43 €	6.474,57 €	7.363,65 €	6.658,03 €	8.857,02 €	11.323,03 €	8.196,72 €

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

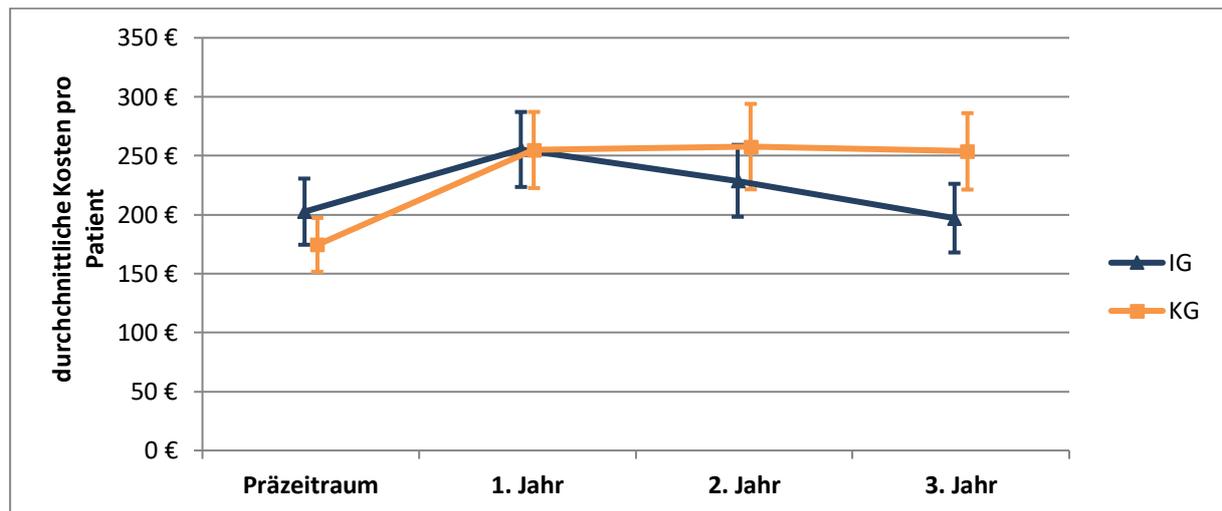


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
N mit Fall	1.172	1.158	1.103	1.068	1.145	1.140	1.105	1.070
durchschnittliche Kosten	202,56 €	255,32 €	228,71 €	197,06 €	174,40 €	254,89 €	257,74 €	253,70 €
Standardabweichung	506,91 €	574,56 €	546,07 €	517,83 €	411,77 €	582,82 €	647,95 €	573,91 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	3,90 €	30,92 €	27,99 €	23,75 €	3,09 €	28,37 €	27,41 €	25,14 €
Median	32,53 €	65,24 €	62,40 €	59,56 €	32,89 €	69,29 €	73,16 €	65,45 €
75%-Perzentil	114,32 €	155,61 €	145,25 €	129,31 €	126,50 €	189,70 €	191,39 €	188,41 €
Maximum	3.765,00 €	5.370,32 €	7.086,62 €	8.284,57 €	3.907,39 €	5.758,13 €	11.985,21 €	4.932,13 €

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



10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten der Psychopharmakaversorgung** der IG etwas, jedoch nicht signifikant höher als jene der KG (IG: 217,31 €; KG: 165,87 €; vgl. Tabelle 131, Tabelle 133 und Abbildung 78). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 325,77 € und in der KG auf 351,28 €. Der Kostenanstieg der KG fiel dabei um 76,95 € signifikant stärker als der der IG aus. Im Vergleich zum ersten Jahr fielen die Kosten der KG durchgehend bis zum vierten Jahr; in der IG fielen sie bis zum dritten Jahr und stiegen daraufhin im vierten Jahr wieder an. Im Mittel lag der Kostenanstieg der IG der einzelnen Nachbeobachtungsjahre um 79,14 € unter jenem der KG (vgl. Tabelle 133).

Bei den linikbekannten Patienten fielen die Kosten bereits im Präzeitraum für die IG niedriger aus als für die KG (IG: 931,64 €; KG: 1.096,62 €; vgl. Tabelle 132, Tabelle 134 und Abbildung 79). Im ersten Nachbeobachtungsjahr blieben die Kosten in der IG auf gleichem Niveau und stiegen in der KG an. Daran anschließend fielen die Kosten bis zum vierten Jahr auf ein Niveau, das unter dem des Prä-Zeitraums lag. Im Mittel lag der Kostenanstieg der IG der einzelnen Nachbeobachtungsjahre um 127,10 € unter jenem der KG bzw. fiel um den genannten Betrag stärker (vgl. Tabelle 134).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung lagen die Kosten der IG in etwa gleich hoch zu den Kosten der KG (IG: 144,47 €; KG: 135,26 €). Im Nachbeobachtungsjahr lagen die Kosten in der IG bei 259,84 € je Patient und in der KG bei 275,53 € je Patient (vgl. Tabelle 135 und Abbildung 80).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war ein vergleichbares Muster zu U1 feststellbar. So lagen die Kosten der IG im Prä-Zeitraum gleichauf mit jenen der KG (IG: 162,24 €; KG: 150,77 €). Im ersten Jahr stiegen die Kosten der IG auf 277,07 € und in der KG auf 299,98 € (vgl. Tabelle 136, Tabelle 137 und Abbildung 81). Daran anschließend fielen die Kosten in der IG auf 211,42 € und in der KG auf 261,35 €.

Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 47,70 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 137).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war ein nahezu identischer Verlauf zu U1 beobachtbar (vgl. Tabelle 138 und Abbildung 82).

Bei den linikbekannten Patienten war der Verlauf ebenfalls nahezu identisch zu U1 (vgl. Tabelle 139 und Abbildung 83).

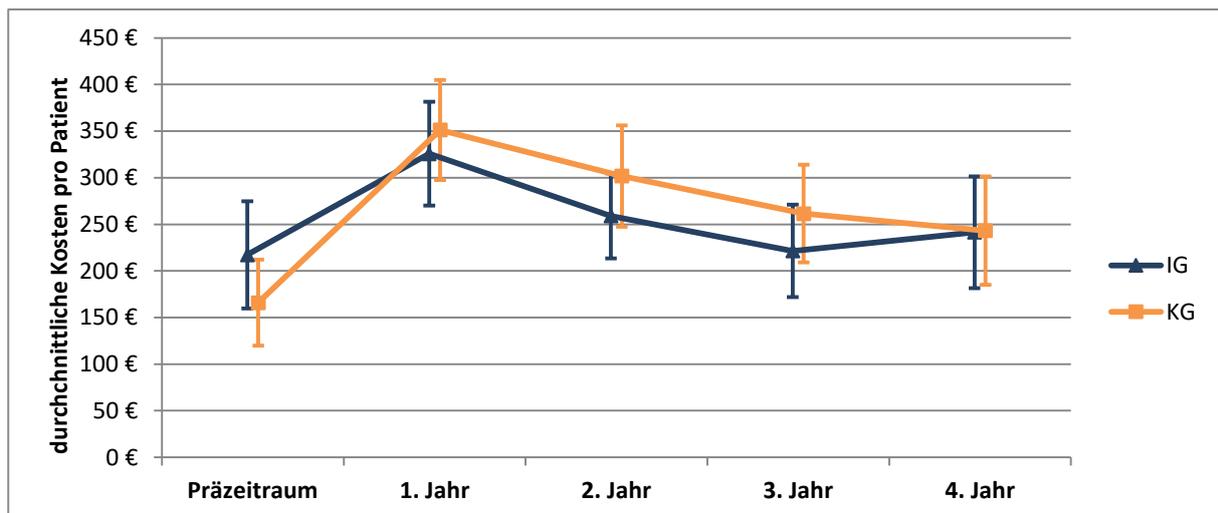
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	372	537	398	370	351	409	553	430	404	376
durchschnittliche Kosten	217,31 €	325,77 €	259,08 €	221,48 €	241,48 €	165,87 €	351,28 €	301,90 €	261,54 €	243,19 €
Standardabweichung	784,91 €	759,91 €	614,21 €	657,74 €	788,94 €	629,91 €	733,58 €	732,15 €	697,24 €	765,95 €
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 €	11,33 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	13,73 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	12,46 €	86,91 €	41,15 €	24,25 €	23,94 €	15,59 €	114,69 €	68,81 €	41,88 €	45,68 €
75%-Perzentil	105,59 €	278,97 €	230,28 €	197,10 €	190,03 €	94,27 €	343,13 €	282,58 €	245,88 €	228,74 €
Maximum	12.658,77 €	10.596,39 €	7.521,60 €	12.027,72 €	12.883,86 €	10.059,14 €	9.468,63 €	10.813,23 €	8.742,22 €	13.931,70 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	995	993	921	880	832	999	1.014	946	886	855
durchschnittliche Kosten	931,64 €	938,89 €	752,30 €	665,64 €	645,93 €	1.096,62 €	1.227,04 €	1.073,07 €	963,15 €	903,88 €
Standardabweichung	1.456,28 €	1.345,71 €	1.238,24 €	1.262,77 €	1.355,51 €	1.840,87 €	2.076,07 €	1.900,58 €	1.822,96 €	1.787,59 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	87,28 €	98,69 €	54,74 €	42,15 €	21,59 €	96,61 €	143,74 €	86,58 €	57,46 €	57,51 €
Median	324,36 €	385,86 €	287,22 €	260,79 €	219,98 €	399,31 €	498,20 €	391,84 €	346,75 €	295,46 €
75%-Perzentil	1.147,87 €	1.193,70 €	916,83 €	721,95 €	604,64 €	1.284,34 €	1.422,65 €	1.148,27 €	991,30 €	861,65 €
Maximum	11.683,74 €	8.486,69 €	8.515,36 €	12.175,27 €	12.201,29 €	16.313,89 €	26.397,40 €	16.397,81 €	13.319,27 €	14.545,47 €

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

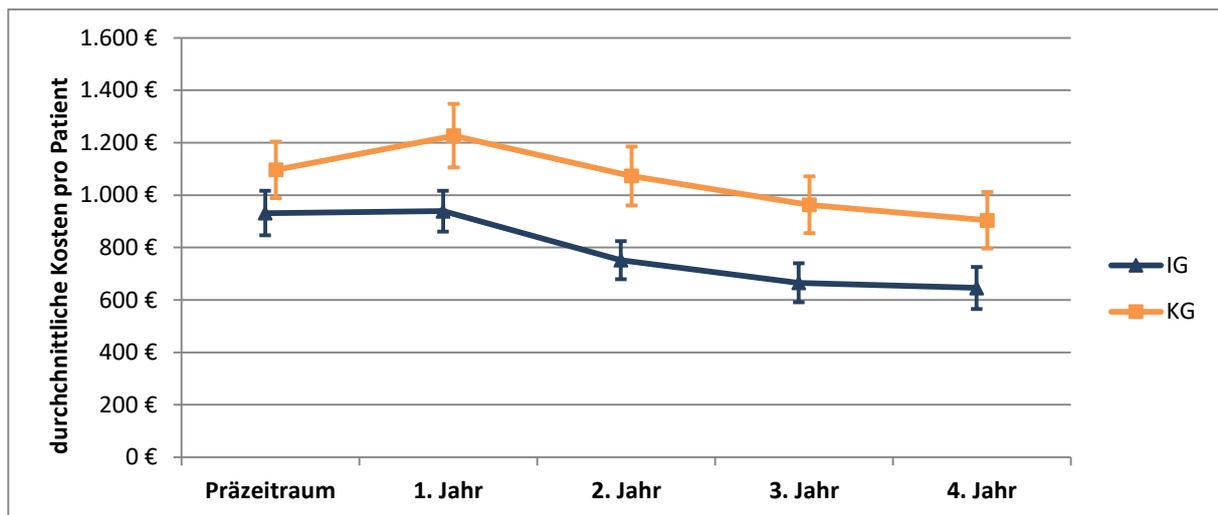


Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	165,87 €	0,000	165,87 €	0,000	-221,04 €	0,001
IG (vs. KG)	51,44 €	0,172	51,44 €	0,172	74,89 €	0,021
Post (vs. Prä)	124,69 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-79,14 €	0,006				
1. Jahr (vs. Prä)			185,41 €	0,000	341,78 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			136,03 €	0,000	292,67 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			95,67 €	0,001	253,84 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			77,32 €	0,020	238,57 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-76,95 €	0,016	-99,21 €	0,003
IG x Jahr 2 (DiD)			-94,26 €	0,003	-118,71 €	0,000
IG x Jahr 3 (DiD)			-91,50 €	0,008	-117,07 €	0,000
IG x Jahr 4 (DiD)			-53,15 €	0,209	-82,69 €	0,043
Alter (30-47 J. vs. U30)					33,92 €	0,521
Alter (48-64 J. vs. U30)					86,95 €	0,111
Alter (Ü64 vs. U30)					83,54 €	0,138
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-22,11 €	0,456
F 01 (Vaskuläre Demenz)					227,31 €	0,159
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-153,22 €	0,114
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					197,08 €	0,042
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					59,93 €	0,222
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					977,44 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					133,46 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					69,93 €	0,175
F 45 (Somatoforme Störungen)					5,83 €	0,874
F 40-48 (ohne F43 und F45)					94,15 €	0,043
F 50 (Essstörungen)					-49,69 €	0,259
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					146,53 €	0,043
F 70-79 (Intelligenzstörung)					134,31 €	0,065
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-187,98 €	0,018
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-42,90 €	0,628
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					95,78 €	0,187
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.679,59 €	0,117
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					208,87 €	0,100
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					137,76 €	0,000
R ²		0,003		0,005		0,158

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.096,62 €	0,000	1.096,62 €	0,000	324,36 €	0,075
IG (vs. KG)	-164,98 €	0,018	-164,98 €	0,018	-159,08 €	0,016
Post (vs. Prä)	-51,97 €	0,270				
IG x Post (DiD)	-127,10 €	0,025				
1. Jahr (vs. Prä)			130,42 €	0,002	468,33 €	0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-23,56 €	0,652	314,56 €	0,033
3. Jahr (vs. Prä)			-133,47 €	0,024	205,61 €	0,165
4. Jahr (vs. Prä)			-192,74 €	0,001	148,26 €	0,319
IG x Jahr 1 (DiD)			-123,17 €	0,013	-137,29 €	0,007
IG x Jahr 2 (DiD)			-155,79 €	0,012	-166,63 €	0,008
IG x Jahr 3 (DiD)			-132,53 €	0,061	-146,80 €	0,039
IG x Jahr 4 (DiD)			-92,97 €	0,216	-108,48 €	0,149
Alter (30-47 J. vs. U30)					12,89 €	0,917
Alter (48-64 J. vs. U30)					10,08 €	0,932
Alter (Ü64 vs. U30)					17,76 €	0,893
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-22,85 €	0,686
F 00 (Demenz)					19,43 €	0,955
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-310,33 €	0,008
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.828,98 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-361,39 €	0,133
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-146,11 €	0,390
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-178,03 €	0,016
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.121,35 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					3,77 €	0,957
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					32,95 €	0,750
F 45 (Somatoforme Störungen)					-105,00 €	0,098
F 40-48 (ohne F43 und F45)					313,07 €	0,018
F 50 (Essstörungen)					-84,16 €	0,575
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					236,75 €	0,071
F 70-79 (Intelligenzstörung)					147,18 €	0,375
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					20,51 €	0,944
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					330,77 €	0,329
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					115,66 €	0,139
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-83,85 €	0,402
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					161,37 €	0,036
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					193,52 €	0,141
R ²		0,008		0,012		0,128

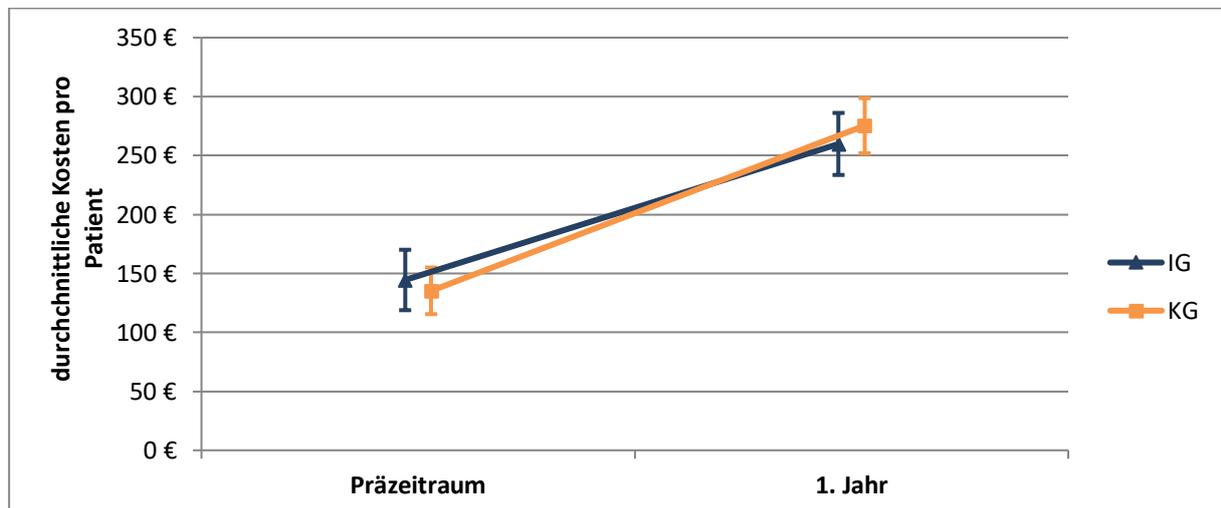
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	1.398	2.106	1.434	2.071
durchschnittliche Kosten	144,47 €	259,84 €	135,26 €	275,33 €
Standardabweichung	701,56 €	720,41 €	541,67 €	640,44 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	74,17 €	0,00 €	85,04 €
75%-Perzentil	83,63 €	240,51 €	79,02 €	279,20 €
Maximum	25.268,47 €	18.383,39 €	10.059,14 €	9.468,63 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	1.041	1.597	1.162	1.106	1.580	1.204
durchschnittliche Kosten	162,24 €	277,07 €	211,42 €	150,77 €	299,98 €	261,35 €
Standardabweichung	773,70 €	762,14 €	552,03 €	578,32 €	671,79 €	814,15 €
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 €	77,83 €	28,73 €	12,18 €	92,40 €	40,66 €
75%-Perzentil	86,85 €	254,89 €	192,81 €	86,72 €	296,07 €	229,12 €
Maximum	25.268,47 €	18.383,39 €	8.207,29 €	10.059,14 €	9.468,63 €	18.050,16 €

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

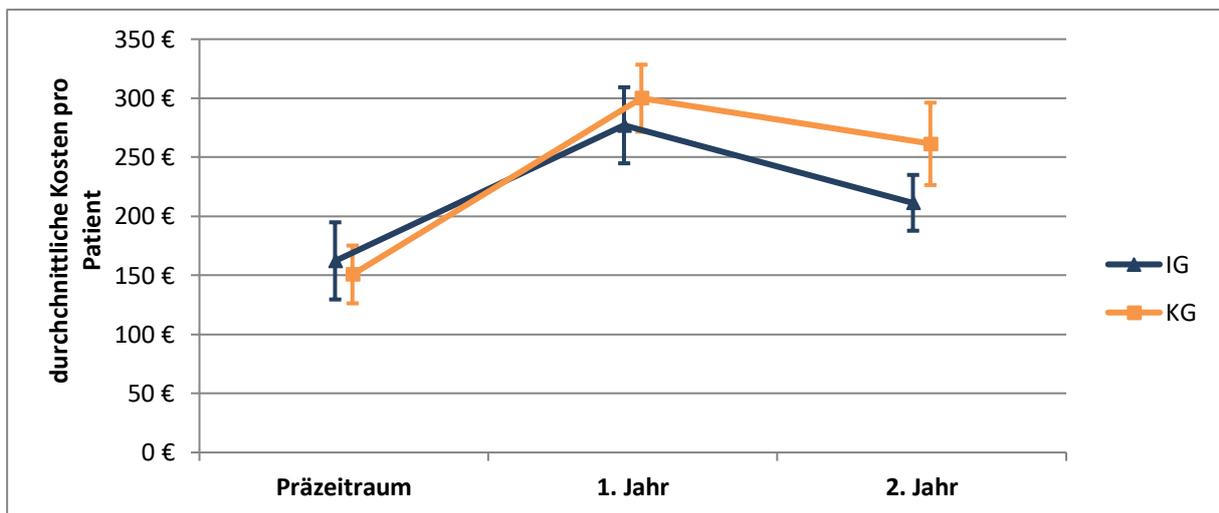


Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	150,77 €	0,000	150,77 €	0,000	-158,65 €	0,000
IG (vs. KG)	11,47 €	0,582	11,47 €	0,582	16,32 €	0,413
Post (vs. Prä)	130,15 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-47,70 €	0,007				
1. Jahr (vs. Prä)			149,22 €	0,000	284,16 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			110,59 €	0,000	246,41 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-34,39 €	0,039	-40,46 €	0,017
IG x Jahr 2 (DiD)			-61,41 €	0,006	-67,76 €	0,002
Alter (30-47 J. vs. U30)					104,77 €	0,000
Alter (48-64 J. vs. U30)					96,18 €	0,000
Alter (ü64 vs. U30)					107,22 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-9,83 €	0,589
F 00 (Demenz)					353,89 €	0,102
F 01 (Vaskuläre Demenz)					150,71 €	0,083
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					27,52 €	0,727
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					122,32 €	0,160
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					118,25 €	0,243
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-42,55 €	0,060
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					671,40 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					81,58 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					4,78 €	0,853
F 45 (Somatoforme Störungen)					-42,56 €	0,029
F 40-48 (ohne F43 und F45)					86,12 €	0,023
F 50 (Essstörungen)					12,67 €	0,902
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					117,17 €	0,009
F 70-79 (Intelligenzstörung)					206,51 €	0,027
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					41,87 €	0,722
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kin./Jugend)					195,83 €	0,077
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					121,29 €	0,010
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					900,50 €	0,145
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					266,88 €	0,003
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					133,02 €	0,000
R ²		0,006		0,007		0,098

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

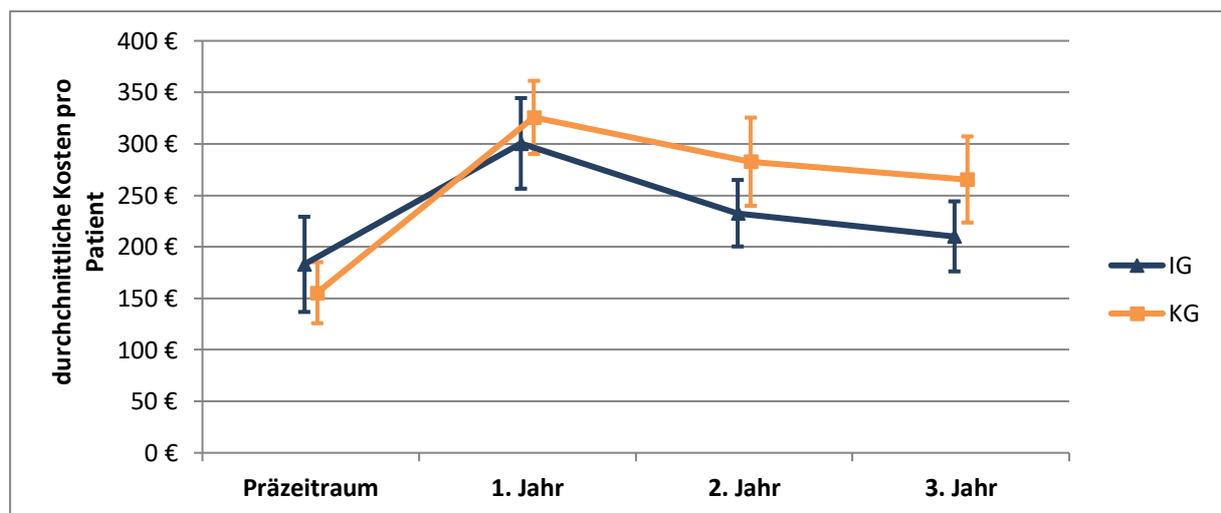
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	728	1.086	802	727	783	1.093	845	782
durchschnittliche Kosten	183,00 €	300,44 €	232,63 €	210,18 €	155,45 €	325,71 €	282,66 €	265,38 €
Standardabweichung	895,97 €	852,84 €	617,02 €	642,64 €	576,91 €	689,87 €	822,56 €	795,95 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	11,40 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	11,98 €	0,00 €	0,00 €
Median	11,42 €	83,36 €	34,44 €	18,31 €	13,42 €	105,72 €	51,83 €	28,52 €
75%-Perzentil	92,10 €	265,62 €	205,81 €	184,97 €	89,57 €	314,86 €	260,85 €	224,39 €
Maximum	25.268,47 €	18.383,39 €	8.207,29 €	12.027,72 €	10.059,14 €	9.468,63 €	18.050,16 €	9.988,46 €

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

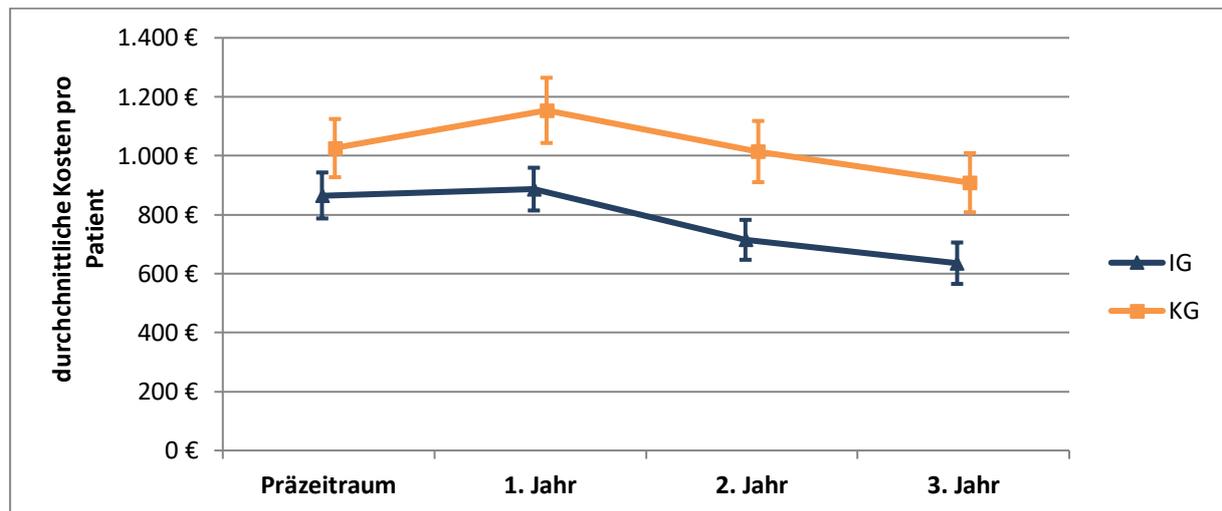


Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
N mit Fall	1.077	1.089	996	950	1.086	1.111	1.035	973
durchschnittliche Kosten	865,22 €	886,80 €	714,77 €	635,37 €	1.025,89 €	1.153,86 €	1.014,12 €	908,45 €
Standardabweichung	1.408,80 €	1.309,51 €	1.213,60 €	1.249,67 €	1.781,35 €	1.996,35 €	1.856,09 €	1.773,81 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	67,48 €	83,76 €	37,90 €	26,67 €	81,29 €	130,50 €	74,40 €	49,59 €
Median	282,52 €	344,38 €	254,06 €	236,74 €	340,86 €	452,76 €	351,92 €	297,67 €
75%-Perzentil	1.044,08 €	1.096,71 €	865,20 €	674,63 €	1.171,34 €	1.322,83 €	1.098,28 €	908,20 €
Maximum	11.683,74 €	8.486,69 €	8.515,36 €	12.175,27 €	16.313,89 €	26.397,40 €	16.397,81 €	13.319,27 €

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



10.9 Kosten der Heilmittelversorgung

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Aufgrund der relativ geringen Inanspruchnahme im Bereich der **Psychiatrischen Heilmittelversorgung** entfällt eine Interpretation der Ergebnisse (vgl. Tabelle 140 bis Tabelle 148 und Abbildung 84 bis Abbildung 89).

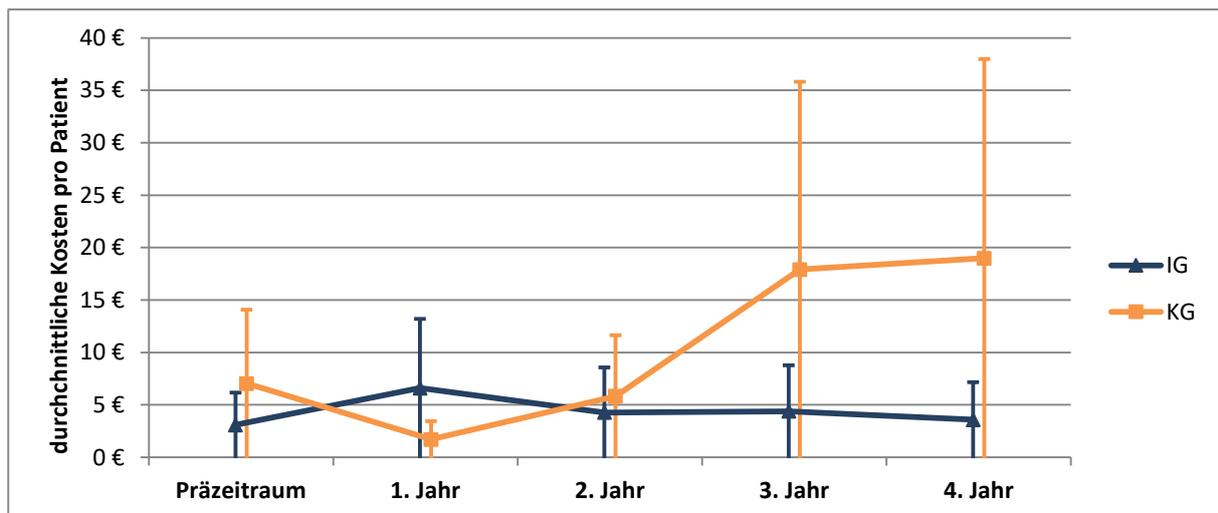
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	3,09 €	6,61 €	4,28 €	4,39 €	3,58 €	7,04 €	1,72 €	5,83 €	17,91 €	19,00 €
Standardabweichung	79,52 €	151,18 €	110,24 €	114,25 €	62,88 €	137,44 €	37,45 €	87,20 €	248,39 €	271,52 €
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	2.123,32 €	3.971,60 €	2.901,50 €	2.975,00 €	1.225,20 €	3.597,44 €	985,45 €	1.903,81 €	5.343,60 €	4.771,96 €

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



Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	12	10	10	10	13
durchschnittliche Kosten	0,16 €	0,27 €	0,58 €	0,97 €	2,08 €	17,02 €	12,65 €	9,57 €	8,58 €	29,11 €
Standardabweichung	5,29 €	6,80 €	16,83 €	29,32 €	59,63 €	268,81 €	190,31 €	120,10 €	121,70 €	345,30 €
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	178,08 €	210,90 €	554,83 €	968,81 €	1.949,20 €	7.608,72 €	5.536,39 €	2.627,39 €	3.176,67 €	7.129,00 €

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

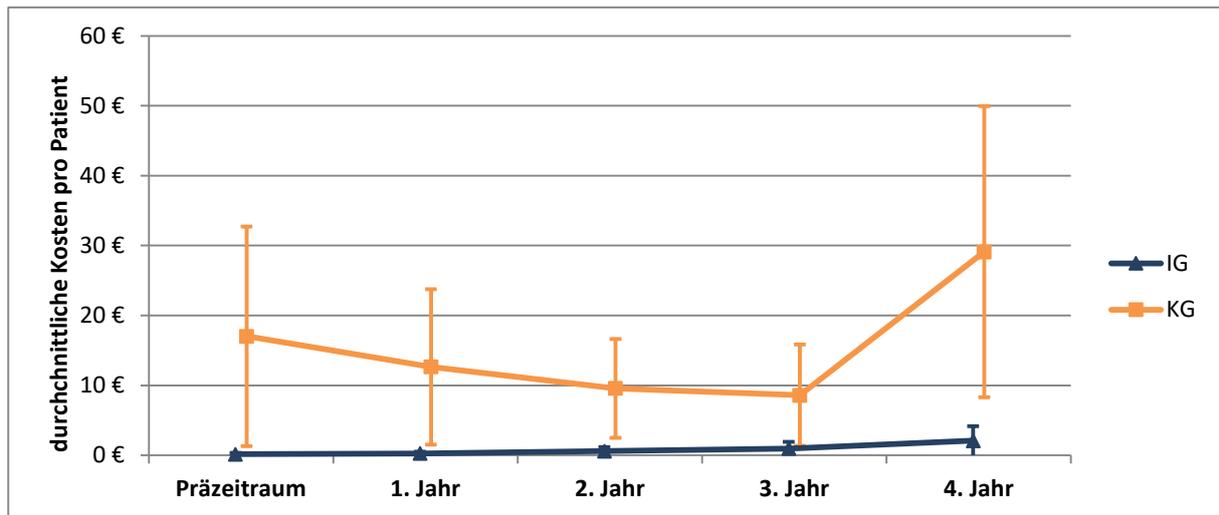


Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	7,04 €	0,171	7,04 €	0,171	17,13 €	0,111
IG (vs. KG)	-3,96 €	0,505	-3,96 €	0,505	-4,06 €	0,461
Post (vs. Prä)	3,88 €	0,316				
IG x Post (DiD)	-2,23 €	0,726				
1. Jahr (vs. Prä)			-5,33 €	0,299	2,23 €	0,495
2. Jahr (vs. Prä)			-1,22 €	0,836	6,88 €	0,114
3. Jahr (vs. Prä)			10,87 €	0,066	18,89 €	0,033
4. Jahr (vs. Prä)			11,95 €	0,164	20,24 €	0,048
IG x Jahr 1 (DiD)			8,85 €	0,281	8,21 €	0,289
IG x Jahr 2 (DiD)			2,41 €	0,758	1,44 €	0,846
IG x Jahr 3 (DiD)			-9,57 €	0,229	-9,87 €	0,229
IG x Jahr 4 (DiD)			-11,46 €	0,223	-11,76 €	0,214
Alter (30-47 J. vs. U30)					-14,41 €	0,218
Alter (48-64 J. vs. U30)					-11,66 €	0,327
Alter (Ü64 vs. U30)					-15,97 €	0,139
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-4,76 €	0,425
F 01 (Vaskuläre Demenz)					214,61 €	0,184
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-1,54 €	0,829
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-5,95 €	0,389
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					2,14 €	0,785
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-3,63 €	0,703
F 30-39 (Affektive Störungen)					-7,44 €	0,137
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-6,12 €	0,069
F 45 (Somatoforme Störungen)					-2,09 €	0,785
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-0,97 €	0,574
F 50 (Essstörungen)					-10,96 €	0,088
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-8,82 €	0,189
F 70-79 (Intelligenzstörung)					24,39 €	0,507
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-38,20 €	0,357
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-21,32 €	0,216
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-16,35 €	0,346
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-39,16 €	0,312
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					65,87 €	0,316
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7,22 €	0,110
R ²		0,000		0,001		0,020

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	17,02 €	0,034	17,02 €	0,034	4,29 €	0,565
IG (vs. KG)	-16,86 €	0,035	-16,86 €	0,035	-17,01 €	0,029
Post (vs. Prä)	-2,17 €	0,729				
IG x Post (DiD)	2,97 €	0,637				
1. Jahr (vs. Prä)			-4,37 €	0,580	5,97 €	0,340
2. Jahr (vs. Prä)			-7,45 €	0,387	2,82 €	0,642
3. Jahr (vs. Prä)			-8,43 €	0,295	1,83 €	0,750
4. Jahr (vs. Prä)			12,09 €	0,052	22,35 €	0,014
IG x Jahr 1 (DiD)			4,48 €	0,570	4,29 €	0,577
IG x Jahr 2 (DiD)			7,87 €	0,362	7,68 €	0,365
IG x Jahr 3 (DiD)			9,24 €	0,254	9,06 €	0,258
IG x Jahr 4 (DiD)			-10,17 €	0,116	-10,40 €	0,115
Alter (30-47 J. vs. U30)					15,14 €	0,089
Alter (48-64 J. vs. U30)					14,33 €	0,027
Alter (Ü64 vs. U30)					15,52 €	0,065
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					5,28 €	0,196
F 00 (Demenz)					-18,70 €	0,173
F 01 (Vaskuläre Demenz)					13,19 €	0,707
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-1,30 €	0,729
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-6,35 €	0,252
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-17,11 €	0,022
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-8,28 €	0,357
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-19,06 €	0,088
F 30-39 (Affektive Störungen)					-11,66 €	0,311
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2,12 €	0,841
F 45 (Somatoforme Störungen)					-2,69 €	0,814
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-11,14 €	0,010
F 50 (Essstörungen)					-18,19 €	0,121
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					15,47 €	0,463
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2,79 €	0,742
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-2,82 €	0,804
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-16,98 €	0,062
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,91 €	0,301
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					38,60 €	0,384
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					7,54 €	0,010
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5,61 €	0,161
R ²		0,002		0,003		0,008

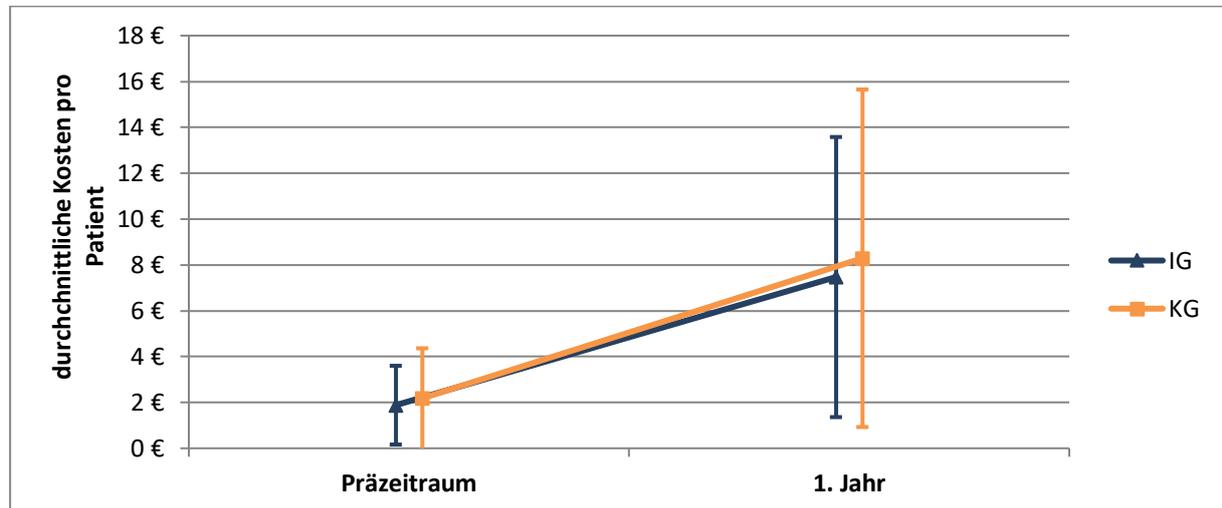
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	11	19	11	17
durchschnittliche Kosten	1,88 €	7,47 €	2,18 €	8,29 €
Standardabweichung	47,03 €	167,28 €	70,36 €	201,62 €
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	2.123,32 €	7.297,87 €	3.597,44 €	7.889,00 €

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



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

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	2,13 €	4,61 €	4,04 €	2,50 €	1,92 €	2,32 €
Standardabweichung	52,43 €	100,00 €	107,60 €	79,46 €	39,22 €	51,76 €
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	2.123,32 €	3.971,60 €	3.833,60 €	3.597,44 €	1.227,30 €	1.903,81 €

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

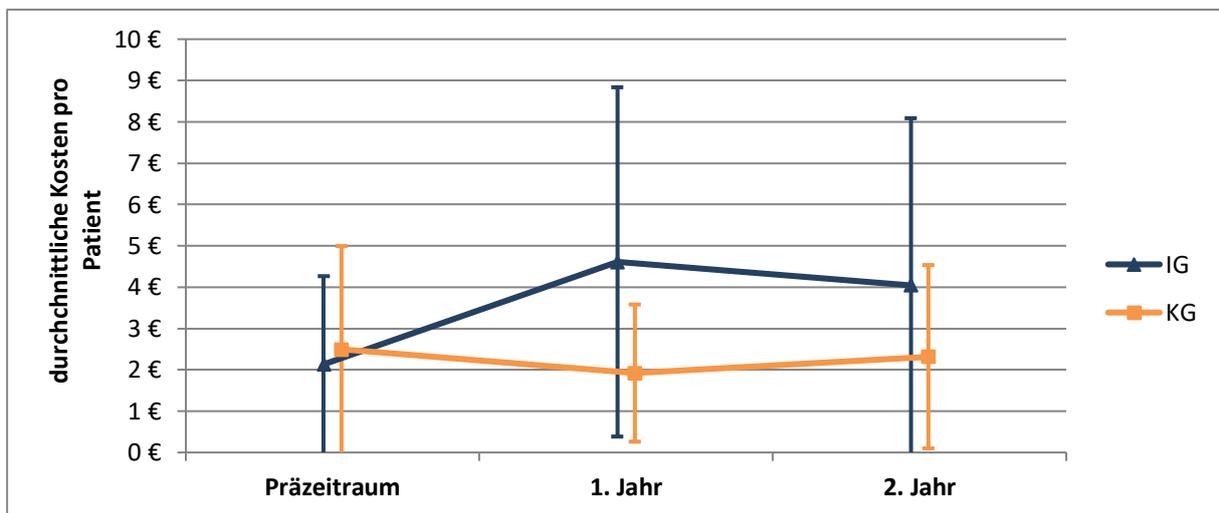


Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	2,50 €	0,146	2,50 €	0,146	6,68 €	0,051
IG (vs. KG)	-0,36 €	0,859	-0,36 €	0,859	-0,11 €	0,956
Post (vs. Prä)	-0,38 €	0,834				
IG x Post (DiD)	2,58 €	0,386				
1. Jahr (vs. Prä)			-0,57 €	0,756	2,59 €	0,035
2. Jahr (vs. Prä)			-0,18 €	0,928	3,07 €	0,042
IG x Jahr 1 (DiD)			3,05 €	0,319	2,89 €	0,326
IG x Jahr 2 (DiD)			2,09 €	0,523	1,89 €	0,546
Alter (30-47 J. vs. U30)					-2,37 €	0,513
Alter (48-64 J. vs. U30)					-2,18 €	0,521
Alter (ü64 vs. U30)					-5,15 €	0,121
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-2,80 €	0,094
F 00 (Demenz)					-14,71 €	0,520
F 01 (Vaskuläre Demenz)					36,44 €	0,247
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1,94 €	0,149
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-2,60 €	0,111
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					111,28 €	0,225
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-3,13 €	0,157
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-2,75 €	0,384
F 30-39 (Affektive Störungen)					-4,80 €	0,017
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-2,03 €	0,185
F 45 (Somatoforme Störungen)					-3,45 €	0,176
F 40-48 (ohne F43 und F45)					0,12 €	0,953
F 50 (Essstörungen)					-2,91 €	0,055
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-2,75 €	0,272
F 70-79 (Intelligenzstörung)					7,11 €	0,657
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					27,04 €	0,387
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kin./Jugend)					-10,82 €	0,035
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-4,03 €	0,429
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-14,42 €	0,314
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					29,67 €	0,311
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,02 €	0,016
R ²		0,000		0,000		0,014

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

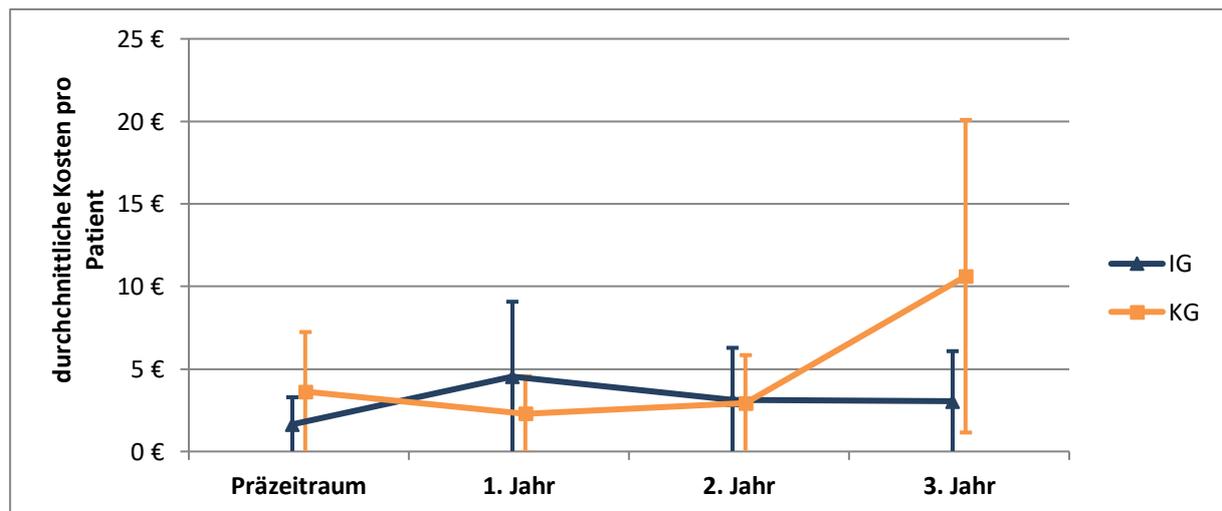
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	1,64 €	4,54 €	3,14 €	3,04 €	3,62 €	2,28 €	2,92 €	10,62 €
Standardabweichung	56,10 €	111,21 €	82,38 €	85,61 €	96,60 €	45,44 €	61,18 €	180,20 €
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	2.123,32 €	3.971,60 €	2.901,50 €	2.975,00 €	3.597,44 €	1.227,30 €	1.903,81 €	5.343,60 €

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

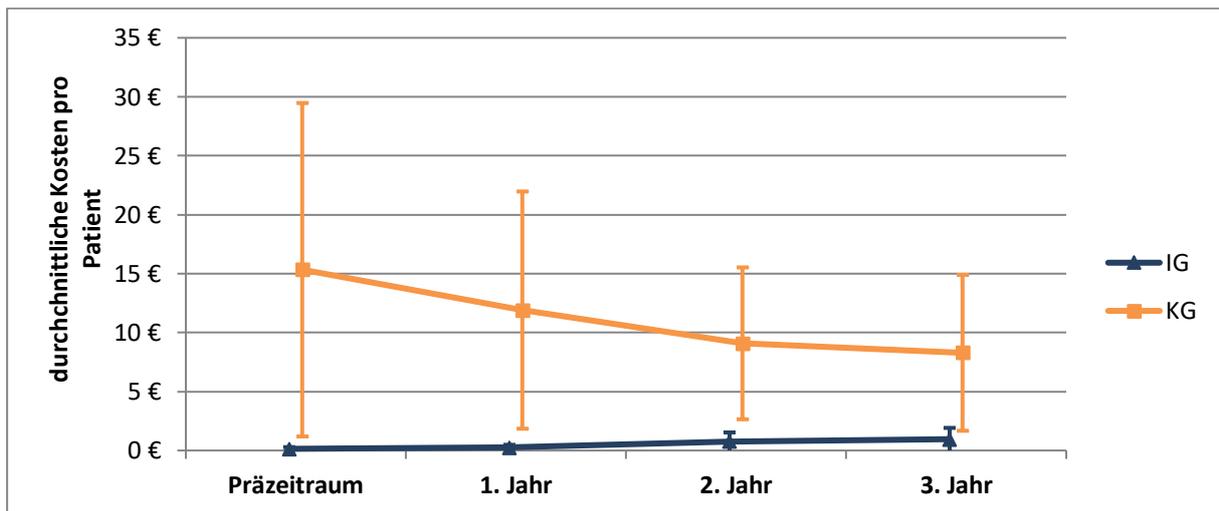


Klinikbekannte Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.251	1.227	1.203	1.203
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	12	11	11	11	11
durchschnittliche Kosten	0,14 €	0,24 €	0,77 €	0,96 €	0,96 €	15,33 €	11,91 €	9,09 €	8,28 €	8,28 €
Standardabweichung	5,03 €	6,47 €	18,11 €	28,07 €	28,07 €	255,18 €	181,55 €	115,11 €	117,03 €	117,03 €
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	178,08 €	210,90 €	554,83 €	968,81 €	968,81 €	7.608,72 €	5.536,39 €	2.627,39 €	3.176,67 €	3.176,67 €

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



11. Ergebnisse: Effizienz

Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4)

Für die Bewertung der Effizienz wird das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis mit den vollstationären bzw. AU-Tagen als Outcome-Parameter und den gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten als Verhältnis gebildet. Die Population wird für die Analyse der AU-Tage auf Versicherte mit Versichertenstatus „1“ („Mitglied“) eingeschränkt. Dargestellt ist die Effizienz für die klinikneuen Patienten von U2 und die klinikbekannten Patienten von U4.

U2: 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 1.051,24 € je Patient signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 149 und Abbildung 90). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 9,3 Tage signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von 112,67 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 112,67 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 956,20 € je Patient signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 150 und Abbildung 90). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 0,77 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 1.241,82 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag wurden 1.241,82 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben. Eine Betrachtung der Effizienz für Untersuchung 2, getrennt nach den einzelnen Kohorten, wird in Abbildung 91 (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 188,32 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 151 und Abbildung 90). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 3,7 Tage signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -50,49 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 50,49 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 89,45 € je Patient nicht signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 152 und Abbildung 90). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 8,7Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Entsprechend ergab sich

ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 10,32 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag wurden 10,32 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

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

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

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	893,51 €		2880	6.161,19 €		2880	5.267,67 €	
	KG	838,90 €		2880	7.157,81 €		2880	6.318,91 €	
	Diff (IG - KG)	54,61 €	0,583		-996,62 €	0,001		-1.051,24 €	0,001
KH-Tage	IG	1,97		2880	10,58		2880	8,61	
	KG	1,86		2880	19,80		2880	17,94	
	Diff (IG - KG)	0,11	0,747		-9,22	0,000		-9,33	0,000
ICER (€/d)		112,67							

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

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	719,51 €		1798	5.511,26 €		1798	4.791,75 €	
	KG	653,67 €		1735	6.401,62 €		1735	5.747,95 €	
	Diff (IG - KG)	65,84 €	0,502		-890,36 €	0,011		-956,20 €	0,009
AU-Tage	IG	20,15		1798	72,40		1798	52,24	
	KG	18,53		1735	71,54		1735	53,01	
	Diff (IG - KG)	1,63	0,370		0,86	0,811		-0,77	0,849
ICER (€/d)		1.241,82							

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

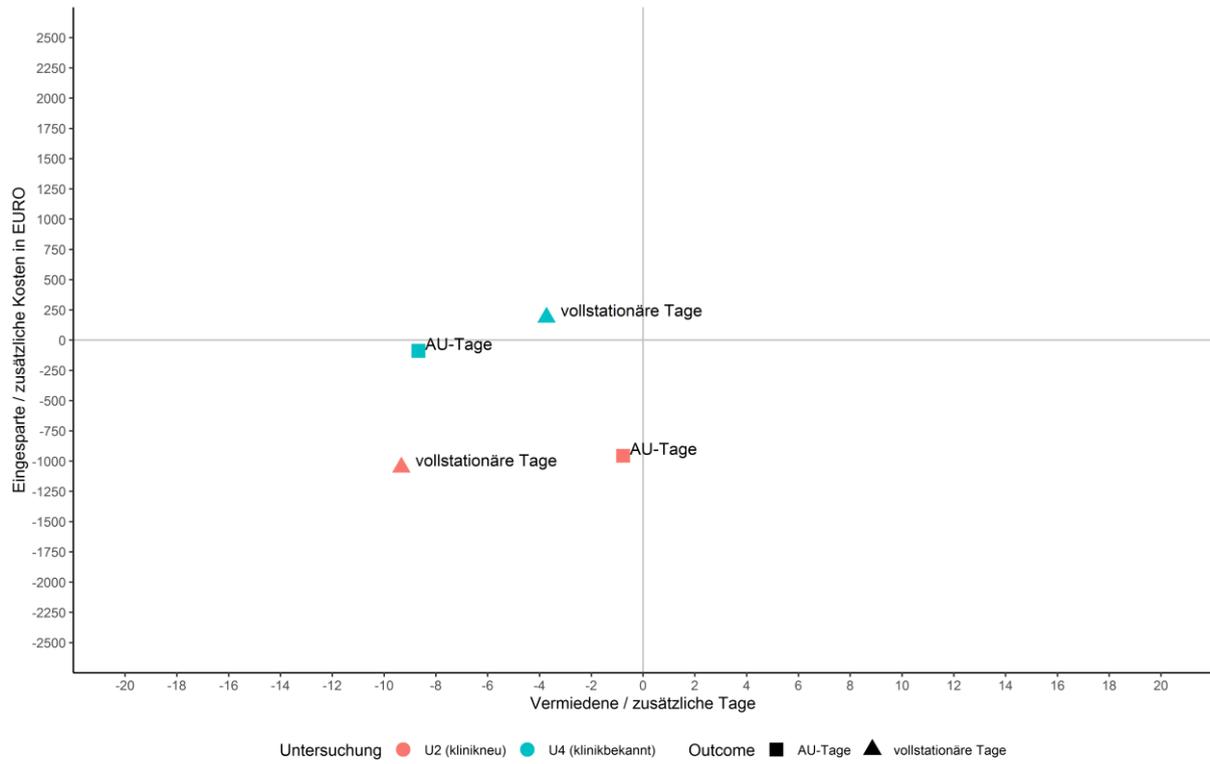
Tabelle 151: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	3.788,87 €		1274	5.607,18 €		1274	1.818,31 €	
	KG	7.177,70 €		1274	8.807,69 €		1274	1.629,99 €	
	Diff (IG - KG)	-3.388,83 €	0,000		-3.200,51 €	0,000		188,32 €	0,751
KH-Tage	IG	8,29		1274	8,36		1274	0,07	
	KG	19,70		1274	23,50		1274	3,80	
	Diff (IG - KG)	-11,41	0,000		-15,14	0,000		-3,73	0,071
ICER (€/d)					-50,49				

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

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	3.582,35 €		535	5.355,99 €		535	1.773,63 €	
	KG	6.712,05 €		617	8.575,14 €		617	1.863,09 €	
	Diff (IG - KG)	-3.129,70 €	0,000		-3.219,15 €	0,000		-89,45 €	0,917
AU-Tage	IG	28,87		535	31,55		535	2,67	
	KG	40,65		617	51,99		617	11,34	
	Diff (IG - KG)	-11,78	0,003		-20,44	0,000		-8,67	0,151
ICER (€/d)					10,32				

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



Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Hanau GmbH 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 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.

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.

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 bei den linikneuen Patienten im Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG geringer als in der KG. Bei U3 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung) war dieser Unterschied statistisch signifikant. Somit war bereits die Anzahl vollstationärer Aufenthalte klinikneuer Patienten in Modellvorhaben im ersten Jahr nach Referenzfall geringer als in der Regelversorgung. Bei den linikbekannten Patienten waren diese Anteile bereits im Präzeitraum in der IG wesentlich geringer als in der KG. Dies lässt darauf schließen, dass der Vorläufervertrag im Modellvorhaben Hanau bereits zu verringerten vollstationären Aufenthalten vor Start des Modellvorhabens nach § 64b SGB V führte. Durch den bereits erheblichen Unterschied im Präzeitraum war das Absinken der Anteile über die patientenindividuelle Zeit in U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung) im dritten und vierten Jahr in der IG statistisch signifikant geringer. Der Bodeneffekt (ein Minimum an vollstationären Aufenthalten lässt sich nicht verhindern) verringerte die Möglichkeit des Absinkens in der IG durch die bereits geringeren Werte vor Modellstart. Ein ausschließlicher Blick auf den Difference-in-Difference-Ansatz ist hier bei den klinikbekannten Patienten durch das unterschiedliche Ausgangsniveau nicht gerechtfertigt. In allen untersuchten Jahren und Kohorten (U1-U4) wies die IG stets geringere Anteile an klinikbekannten Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt im Vergleich zur KG auf.

Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** war bei den linikneuen Patienten stets ab Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Diese Unterschiede waren jedoch weder in U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung) noch in U3 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung) im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant. Eine Verlagerung der Behandlung von den vollstationären in den teilstationären Bereich ist somit nicht ersichtlich. Auch bei den linikbekannten Patienten wiesen Patienten der IG stets geringere Anteile mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt im Vergleich zur KG auf. Diese Unterschiede bestanden, analog zu den vollstationären Anteilen oben, bereits im Präzeitraum.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer Patienten stieg in der IG zum ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall stets wesentlich geringer an als in der KG (U1 – U4). In U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) und U3 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr) waren diese geringeren Anstiege statistisch signifikant. Auch in allen weiteren Jahren wiesen klinikneue Patienten der IG stets weniger vollstationäre Behandlungstage als Patienten der KG auf. Auch der Vergleich des Jahres vor Referenzfall mit den vier Jahren nach Referenzfall zeigte in der Modellklinik einen statistisch signifikant geringeren Anstieg vollstationärer Tage im Vergleich zur Regelversorgung. Der mutmaßliche Modelleffekt einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit erkennbar. 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 stationersetzende ambulante Akut-Teams abgelöst werden (6). Zudem sank die stationäre Zeit von Patienten im Modellvorhaben an der Psychiatrie der Charité am St. Hedwig Krankenhaus in Berlin im Vergleich zu zwei Jahren vor Modellstart (7). Bei den linikbekannten Patienten war bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum), d.h. vor Einführung des Modellvorhabens, eine wesentlich geringere Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Auch in den weiteren Jahren lag die Anzahl vollstationärer Behandlungstage der Modellklinik stets unter denen der Regelversorgung. Wie bereits erwähnt hatte das vorliegende Modellvorhaben Hanau bereits vor Einführung des Modellvorhabens einen Vorläufervertrag, welcher mutmaßlich bereits im Vorfeld zu einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage geführt hat. Daher sind die statistisch signifikanten Difference-in-Difference Berechnungen in der U1 hier erneut nicht ausschließlich zu betrachten. Die Abnahme vollstationärer Tage war im ersten Jahr noch stärker und dann im zweiten bis vierten Jahr weniger stark in der IG im Vergleich zur KG und im Jahr vor Referenzfall, da sich hier (analog zu den vollstationären Anteilen) die unterschiedlichen Ausgangswerte und die daher eingeschränkten Möglichkeiten der Modellklinik einer weiteren Senkung abzeichnen.

Analog zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** linikneuer Patienten in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall weniger stark als in der KG. In jeder Untersuchung (U1 – U4) waren die teilstationären Tage in den Jahren nach Referenzfall in der Modellklinik geringer als in der Regelversorgung. Die geringere Zunahme teilstationärer Tage in der Modellklinik war in U1 und U3 im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Auch war die geringere Zunahme teilstationärer Tage in den ersten vier Jahren zusammen (U1) in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung und dem Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant geringer. Die verringerten vollstationären Tage (siehe oben) schienen in diesem Modellvorhaben somit nicht durch vermehrte teilstationären Tage aufgefangen zu sein. Im Gegensatz wurden im oben beschriebenen RPB in Dithmarschen 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). Auch die linikbekannten Patienten der IG wiesen stets geringere teilstationäre Tage im Vergleich

zu Patienten der KG auf. Bereits vor Modellstart war dieser Unterschied ersichtlich. Daher sanken die teilstationären Tage in der IG erneut weniger stark als in der KG, obwohl die Tage stets numerisch geringer waren (Bodeneffekt, siehe oben).

Bei der Betrachtung der **ambulanten Leistungen** ist zu erkennen, dass die PIA bei den linikneuen Patienten in der Modellklinik stets wesentlich stärker in Anspruch genommen wurde als in der Regelversorgung. Diese stärkere Inanspruchnahme war in fast allen Untersuchungen, in denen inferenzstatistisch getestet wurde, statistisch signifikant. Hier ist ersichtlich, dass die verringerten vollstationären Tage mutmaßlich durch eine stärkere Einbindung und Inanspruchnahme der PIA aufgefangen wurden. Im Modellvorhaben wurden keine teilstationären Angeboten ausgebaut, sondern die Behandlung in der PIA konzentriert. Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich dieselbe Entwicklung mit einer stärkeren Inanspruchnahme in der PIA. Diese wurde im Präzeitraum noch nicht verstärkt in Anspruch genommen. Dies weist daraufhin, dass im Vorläufermodell die PIA noch weniger stark eingebunden wurde und im Modellvorhaben nach § 64b SGB V dann vermehrt. Auch hier waren die Unterschiede der PIA-Inanspruchnahme als Vergleich zwischen IG und KG und dem Jahr vor Referenzfall meist signifikant (U1: erstes bis dritten Jahr nach Referenzfall). Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer, schienen durch die Modellvorhaben nur gering beeinflusst zu sein. So waren bei den linikneuen Patienten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung ersichtlich. Bei den linikbekannten Patienten verzeichnete die IG in der U1 im vierten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant weniger Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten als Patienten der KG. Ansonsten waren die Inanspruchnahmen ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Obwohl die Gesetzgebung mit §64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankensektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle 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 dem Modellvorhaben in Hanau auf den Krankensektor. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt.

Einschränkend für die Diskussion mit anderen Untersuchungen bleibt zu erwähnen, dass andere Studien bezüglich der stationären Behandlungsdauer nur Patienten untersuchten, die in die Klinik aufgenommen wurden. In der vorliegenden Evaluation gab es hinsichtlich der kumulierten vollstationären Dauern jedoch keine Einschränkung auf Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt. Dies führt dazu, dass auch Patienten, die über die PIA oder teilstationäre Behandlung aufgenommen wurden, in den Nenner der Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl der Tage eingehen. Dieses Vorgehen ist für eine valide Beurteilung der Behandlung der Patienten in dieser Evaluation wichtig, da auch vermiedene stationäre Tage betrachtet werden müssen. Dies kann bereits ein Modelleffekt sein. Weiterhin fokussieren sich andere Studien zumeist auf bestimmte Erkrankungsgruppen (z.B. nur F10 oder nur F20-29). Beides schränkt jedoch einen direkten Vergleich mit anderen Studien und der Literatur stark ein, da in den (meisten) anderen Studien nur Patienten

gezählt wurden, die stationär behandelt wurden bzw. nur eine ausgewählte Diagnosegruppe untersucht wurde. Die Betrachtung aller Patienten führt dazu, dass die durchschnittlichen kumulierten Dauern in dieser Evaluation (meist) wesentlich geringer ausfallen im Vergleich mit anderen Studien.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass die Anzahl und Dauer vollstationärer sowie teilstationärer Aufenthalte im Zuge des Modellvorhabens verringert werden konnten. Damit konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten erreicht werden. Auf der anderen Seite wurde die PIA in der Modellklinik vermehrt in Anspruch genommen.

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 linikneuen Patienten in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Bei den linikbekannten Patienten waren die Ergebnisse differenzierter (teils statistisch signifikant höhere Behandlungskontinuität und teils niedrigere in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung). Zu beachten ist, dass die hier meist festgestellte größere Kontinuität zum psychiatrischen Sektor in der Modellklinik in Hanau durch die stärkere Einbindung der PIA in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung bewirkt wurde (siehe auch 8.2.2). Dagegen wurden Fachärzte für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Modellklinik weniger kontaktiert. Die stärkere Einbindung der PIA in der Modellklinik wurde bereits oben diskutiert. Diese stärkere Einbindung führte hier zu einer erhöhten Behandlungskontinuität. Ob die geringere Inanspruchnahme von Fachärzten für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Modellklinik durch die stärkere (und evtl. ausreichende) Versorgung in der PIA oder ggf. durch fehlendes Fachpersonal im niedergelassenen Bereich bewirkt wurde, kann hier nicht geklärt werden.

Beim Outcome **Abbrüche des Kontakts** schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wurde untersucht, wie häufig und wie lange linikneue Patienten mit schweren psychischen Störungen keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten. Da eine Betrachtung dieses Parametes über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs waren im Modellvorhaben im Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant geringer im Vergleich zur Regelversorgung. Dies ist ein wichtiges Merkmal einer kontinuierlichen psychiatrischen Versorgung und zeigt, analog zur Behandlungskontinuität, dass Patienten im Modellvorhaben kontinuierlicher betreut werden konnten. Auch in dieser Analyse wurden Fälle ohne Kontaktabbruch (analog zur stationären Behandlungsdauer) mitgezählt, um einen möglichen

Modelleffekt zu messen. Deshalb sind auch hier die absoluten Zahlen bei der Anzahl und der Dauer von Kontaktabbrüchen niedriger im Vergleich zu anderen Untersuchungen.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** wurde untersucht, ob Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor innerhalb eines Jahres mehr als zweimal wechselten. Im Allgemeinen kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein Unterschied zwischen Modellklinik und Regelversorgung war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten. Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Durch die regionale Pflichtversorgung in der Psychiatrie, eine enge Bindung an den Psychotherapeuten (bei durchgehender Therapie) und teilweise fehlendem Fachpersonal in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verbunden mit teils langen Wartezeiten (10), ist vermutlich die „Möglichkeit“ des Hoppings zwischen verschiedenen Krankenhäusern und Ärzten ohnehin und unabhängig von Modellversorgung sehr eingeschränkt.

Die Kontinuität der Behandlung gilt als wichtiges Qualitätskriterium einer patientenzentrierten Behandlung. Besonders im Bereich der psychisch Erkrankten ist eine kontinuierliche Versorgung des Patienten, bestenfalls mit gleichbleibenden Therapeuten, Pflegeern und Ärzten, eine wichtige Säule. An die Stelle von einzelnen Leistungserbringern rückt ein multi-professionelles Team von Leistungserbringern (11). Durch ein einheitliches Budget im Krankenhaus und der daraus resultierenden Umstrukturierung der Klinik mit u.a. der Bereitstellung sektorenübergreifender Behandlungsteams kann eine bessere kontinuierliche Betreuung der Patienten sichergestellt werden. Die kontinuierliche Betreuung innerhalb des Krankenhauses kann jedoch mit den hier verfügbaren GKV-Daten nicht abgebildet werden. Die Kontinuität der Behandlung wurde in dieser Evaluation daran gemessen, wie der Übergang vom stationären Fall zum ambulanten Setting gelang, ob stationäre oder ambulante Kontakte wahrgenommen wurden und ob Patienten das Krankenhaus bzw. den ambulanten Leistungserbringer häufig wechselten. Sowohl bei der Untersuchung der Behandlungskontinuität als auch bei dem Kontaktabbruch konnten Modelleffekte einer kontinuierlicheren Behandlung im Modellvorhaben nachgewiesen werden. Dies bedeutet, dass es das Modellvorhaben hier geschafft hatte, den Patienten früher wieder in die psychiatrische Versorgung zu bringen im Vergleich zur Regelversorgung. Dies traf insbesondere für die klinikneuen Patienten zu.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben gewährleistet werden konnte. Auch waren sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs im Modellvorhaben geringer als in der Regelversorgung.

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

*„[...] sorgen für eine **schnellere und nachhaltigere Gesundheitsverbesserung** von Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG und **verringern somit das Risiko für Arbeitsunfähigkeit, schnellere vollstationäre Wiederaufnahmen**, für die Entwicklung von **psychischen und somatischen Komorbiditäten**, für **Erkrankungsprogression** und für eine erhöhte **Mortalität**.“*

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** war bei den klinikneuen Patienten im Modellvorhaben stets geringer als in der KG. Im ersten Jahr nach Referenzfall war dieser Unterschied in U1 und U3 statistisch signifikant im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall und zur Regelversorgung. Bei den klinikbekanntten Patienten waren diese Anteile auch stets geringer in der Modellklinik als in der Regelversorgung. Da hier jedoch der Unterschied bereits im Präzeitraum bestand, waren diese Unterschiede statistisch nicht signifikant. Es sind in der Modellklinik demnach insgesamt geringere Anzahlen an AU-Episoden ersichtlich.

Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war bei den klinikneuen Patienten im Modellvorhaben meist geringer als in der Regelversorgung (ausgenommen in U2: Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung). Dieser geringere Anstieg war stets statistisch nicht signifikant. Dennoch wies die Modellklinik stets numerisch geringere AU-Tage im Vergleich zur Regelversorgung auf (ausgenommen in U2). Bei den klinikbekanntten Patienten waren bereits im Präzeitraum wesentlich geringere AU-Tage ersichtlich. Die AU-Tage blieben in allen Untersuchungen (U1 und U4) und über alle Jahre in der IG niedriger als in der KG. Da der Unterschied bereits im Präzeitraum bestand, waren meist keine statistisch signifikanten Werte im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Lediglich in U3 (Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung) sank im dritten Jahr nach Referenzfall die AU-Tage in der IG statistisch signifikant weniger stark als in der KG (im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall). Dies lässt sich mit dem oben beschriebenen Bodeneffekt erklären, da ein Minimum an AU-Tagen nicht zu vermeiden ist und die Modellklinik bereits sehr geringe AU-Tage vor Modellstart im Vergleich zur Regelversorgung aufwies.

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 waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar.

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. 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 sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar.

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser Score herangezogen (19, 20). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde verzichtet, da der Elixhauser Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet (21). Das Auftreten der jeweils 30 Elixhauser Kategorien wurden gezählt und als Summe bewertet. Je höher der Score war, desto höher wurde die Last aufgrund von Komorbiditäten gewertet. Kritisch zu bewerten ist, dass der Elixhauser Score ursprünglich zur Abbildung vom Mortalitätsrisiko erhoben wurde, jedoch auch mit Krankenhausverweildauer und -kosten assoziiert ist (22). In der Literatur wird

er bei der Erhebung von Komorbiditäten aufgrund von GKV-Sekundärdaten jedoch relativ häufig eingesetzt (23), da es bisher kaum valide Alternativen zur Abbildung von Komorbiditäten mit administrativen Daten gibt. Der Zusammenhang von psychischer und somatischer Ko-Erkrankung ist unbestreitbar. In einigen Fällen sind somatische Leiden mit psychischen Erkrankungen assoziiert, z.B. Krebserkrankung und Angststörung (24). In anderen Fällen begünstigen psychische Erkrankungen organische Leiden, z.B. Suchterkrankung und Leberschäden (25). Wiederum gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, z.B. Sucht mit Depression und Angststörungen (26). Komorbiditäten verringern zudem häufig die Compliance der Patienten für die Behandlung, erhöhen die Kosten und Komplexität der Behandlung (26).

Weiterhin wurde in dem vorliegenden Bericht untersucht, inwieweit sich das Risiko, innerhalb eines definierten Zeitraumes zu versterben, zwischen IG und KG unterscheidet (**Mortalität**). Hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Dies bedeutet, dass trotz Verlagerung vollstationärer Tage in den ambulanten Bereich keine erhöhte Mortalität beobachtet werden konnte.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sterben durchschnittlich 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 (wie hier) beobachtet werden, würde aber für Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge zu weit greifen, da solche Auswirkungen Jahre benötigen, bis diese sichtbar sind. Im vorliegenden Modellvorhaben konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG festgestellt werden.

Die **Erkrankungsprogression** wurde in der vorliegenden Evaluation anhand von drei Untersuchungen analysiert. Es wurde untersucht, ob (A) leichte oder mittelgradige depressive Episoden sich zu einer schweren depressiven Episode entwickeln, ob (B) jegliche depressive Episode sich zu einer rezidivierenden depressiven Störung entwickeln oder ob (C) eine Suchterkrankung entwickelt wurde. Das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) war bei den linikneuen Patienten im Modellvorhaben stets größer als in der Regelversorgung. In U1 und U3 waren diese Unterschiede statistisch signifikant. Bei den linikbekannten Patienten gab es hier keine eindeutige Tendenz. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG bei den linikneuen Patienten vergleichbar und bei den linikbekannten Patienten geringer (aber nicht statistisch signifikant in U1). Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG sowohl bei linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten vergleichbar. Bezüglich Erkrankungsprogression schien sich demnach das Modellvorhaben eher negativ hin zu einer Progression zu einer schweren depressiven Episode und eher positiv auf die Verhinderung einer rezidivierenden depressiven Störung bei klinikbekannten Patienten ausgewirkt zu haben.

Die ausgewählten Untersuchungen der Progression waren die einzigen, die mit den vorliegenden GKV-Daten, also mit einer ICD-10 Kodierung, abbildbar waren. Die Validität der Aussagen hängt an der Qualität der Kodierung im ambulanten und stationären Bereich. Die GKV-Daten werden zu Abrechnungszwecken generiert und folgen damit der Logik der Leistungsbegründung und der Honorierung (30). Hier sei jedoch genannt, dass alle erwähnten Einschränkungen sowohl auf die IG als auch auf die KG zutreffen und somit keinen Unterschied zwischen IG und KG bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass das Risiko für Arbeitsunfähigkeit verringert werden konnte. Im Modellvorhaben in Hanau wurden die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität im Modellvorhaben erhöhte sich nicht im Vergleich zur Regelversorgung. Das Risiko einer schweren depressiven Episode klinikneuer Patienten war im Modellvorhaben erhöht, während rezidivierende depressive Störungen klinikbekannter Patienten im Modellvorhaben verringert werden konnten.

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 Schizophrenie und antipsychotischer Medikation statistisch signifikant höher als in der KG. Auch der Anteil der Personen mit Schizophrenie und einer ersten Episode und antipsychotischer Medikation war in der IG statistisch signifikant größer. Beide Parameter weisen auf eine stärkere Einhaltung der Empfehlungen der Leitlinien, auf welchen die angewendeten Qualitätsindikatoren aufbauen, im Modellvorhaben hin. 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 abgefedert werden, dass Patienten der Modellklinik immer mit Patienten aus Kontrollkliniken verglichen wurden. Es ist davon auszugehen, dass Einzelfallabweichungen sowohl in der IG als auch in der KG gegeben werden und sich nicht erheblich unterscheiden sollten. Die Validität der Kodierungen konnten mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, sollten sich zwischen IG und KG jedoch nicht unterscheiden.

An einer Erarbeitung von sektoren- und diagnoseübergreifenden QIs wird derzeit im Projekt PsychCare gearbeitet (31). Ergebnisse dazu werden im Jahr 2021 erwartet. Eine Reihe weiterer Studien zu Modellvorhaben oder deren Vorläufer, wie dem RPB, fanden positive Auswirkungen auf eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (8, 32), eine Verbesserung der Art/Situation zur Zeit der Einweisung bzw. Entlassung (freiwillig bzw. auf ärztlichen Rat, ohne Zwang oder Flucht) (4), eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (7), eine positive Einschätzung von Patienten und einen Teil von Leistungserbringern (33), eine anhaltende Verbesserung von psychotischer Symptomatik, des klinischen Schweregrades, der Alltagsfunktion, der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit (34) in den Modellvorhaben nach §64b SGB V bzw. modellähnlichen Vorhaben. Auch wenn die benannten Studien nicht explizit auf eine leitlinien-nahe Versorgung abzielen, zeigen diese, dass Modellvorhaben nach §64b SGB V auch auf eine Reihe personenzentrierter Merkmale positive Auswirkungen haben. Auch das Datenlinkage in der oben genannten Studie PsychCare, welche Primärdaten (u.a. zu Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit) mit Sekundärdaten (analog der Evaluation EVA64) verlinkt, wird weiteren Aufschluss über personenzentrierte Aspekte liefern.

Da die Inanspruchnahme von aufsuchender Behandlung (**Home-Treatment**) über die dafür vorgesehenen OPS-Schlüssel in den vorliegenden Daten nicht valide abgebildet waren, wurde hier anhand der einheitlichen PIA-Schlüssel PIA-003 und PIA-004 (PIA-Leistung mit bzw. ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung) sowie ggf. unter den entsprechenden Schlüsseln der PIA-Dokumentationsvereinbarung vom 02.02.2018 (x6x und 86Z) die aufsuchende Behandlung als

Home-Treatment ab 2013 ausgewertet (35). Wie in Kapitel 9.2 Tabelle 71 und Tabelle 72 ersichtlich, wurde bei den linikneuen Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung stets beim Referenzfall und im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der Regelversorgung (U1 bis U4). Bei den linikbekannten Patienten hingegen wurde im Jahr vor Referenzfall, beim Referenzfall und im dritten Jahr nach Referenzfall die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben weniger stark in Anspruch genommen als in der Regelversorgung (U1 & U4). Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben kann somit beim Referenzfall bzw. im ersten Jahr nach Referenzfall für klinikneue Patienten bestätigt werden. Bei den klinikbekannten Patienten war demnach bereits im Jahr vor Referenzfall die aufsuchende Behandlung geringer im Modellvorhaben als in der Regelversorgung in Anspruch genommen. Hier ist auch keine wesentliche Veränderung über die Zeit 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 bei den Parametern zur Schizophrenie teilweise nachgewiesen werden konnte. Die aufsuchende Behandlung wurde für den Referenzfall und im ersten Jahr nach Referenzfall bei den klinikneuen Patienten vermehrt 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.“

In den durchgeführten Analysen zeigte sich einerseits ein signifikant höherer Anteil von Patienten, die im ambulanten Setting, konkret der PIA, behandelt wurden. Dadurch wird ebenfalls eine auf das

gesamte Patientenkollektiv bezogene Reduktion der vollstationären Behandlungstage erreicht. So konnte bezogen auf die 2880 klinikneuen Patienten, die in den ersten vier Modelljahren in die Studie eingeschlossen und ein Jahr nachbeobachtet wurden (U2), eine Reduktion von etwas mehr als 26 Tsd. vollstationären Behandlungstagen gegenüber der Regelversorgung erreicht werden. Die auf das gesamte Patientenkollektiv der klinikneuen Patienten (U2) bezogenen Kosten der vollstationären Versorgung liegen somit bei 64%⁴ der Kosten im Vergleich zur Regelversorgung. Auch bei den klinikbekannten Patienten (U1) ist dieser Effekt einer starken Reduktion der vollstationären Behandlungstage⁵, die mit geringeren Kosten⁶ der vollstationären Versorgung einhergehen, ersichtlich.

Zusammenfassend war eine deutliche Reduktion der vollstationären Versorgungskosten aufgrund der Reduktion der Behandlungstage ersichtlich. Hypothese e kann somit vorerst bestätigt werden.

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 gesamten psychiatrischen Versorgungskosten zeigten bei den klinikneuen Patienten im Patientenlängsschnitt in allen Untersuchungen (U1 bis U4) geringere Versorgungskosten der IG gegenüber der KG in allen Nachbeobachtungsperioden. Aufgrund der gleichen Ausgangsniveaus im Prä-Zeitraum ergaben sich somit auch durchgehend geringere Kostenanstiege in der IG vom Prä- zum Postzeitraum. Für die einzelnen Bereiche ist das Bild jedoch etwas differenzierter. Während die voll- und teilstationären Versorgungskosten über alle Untersuchungen und Nachbeobachtungszeiträume in der IG jeweils unter jenen der KG lagen, waren die Versorgungskosten im Bereich der PIA in der IG jeweils höher. Dies erklärt sich vor allem durch die verschiedenen hohen Patientenanteile in den einzelnen Bereichen. Während in der IG im stationären Bereich weniger Patienten bei gleichzeitig geringerer Verweildauer versorgt wurden, waren es in der PIA signifikant mehr Patienten, die hier auch deutlich intensiver (mehr Kontakte) versorgt wurden. Hinzu kommt, dass in der PIA die Abrechnung nicht nach Quartalspauschalen, die einen Anreiz setzen, Patienten möglichst selten im Quartal „zu sehen“, erfolgt, sondern eine nach behandelnder Berufsgruppe, Art der Behandlung und Dauer differenzierende Abrechnung durch Modellentgelte angewendet wird, wodurch intensive Behandlungen mit vielen Kontakten zu einer deutlich höheren Vergütung gegenüber der Quartalpauschalen abrechnenden Regelversorgung ermöglicht werden. Im vertragsärztlichen Bereich

⁴ Dies entspricht dem Verhältnis der Kosten je Patient des ersten Nachbeobachtungsjahres für U2: IG = 3.350,53 € zu KG = 5.254,87 € (vgl. Tabelle 90). Bezogen auf die vollstationär Behandelten ist die Differenz etwas geringer. Hier liegen die Kosten je im Nachbeobachtungsjahr vollstationär behandelter Person in der IG bei 3.350,53 € und in der KG bei 9.256,28 € (Werte entsprechen aber nicht den durchschnittlichen Fallkosten; Bezugspunkt ist hier der (mehrfach) behandelte Patient). Es ist aber demnach auch eine Reduktion der Verweildauern ersichtlich.

⁵ Für die klinikbekannten Patienten der IG fielen in den vier Nachbeobachtungsjahren insgesamt ca. 12-td. vollstationäre Behandlungstage an, in der KG waren es etwas mehr als 26-td.

⁶ Fielen in der IG vollstationäre Versorgungskosten von ca. 10,9 Mio. Euro in den vier Nachbeobachtungsjahren an, waren es in der KG ca. 16,7 Mio. Euro.

ließen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Kosten feststellen, die Kosten bzw. Kostenanstiege für Psychopharmaka lagen in der IG hingegen unter jenen der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich in den Nachbeobachtungsperioden vor allem im ersten und zweiten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr geringere psychiatrische Versorgungskosten. Aufgrund der bereits im Prä-Zeitraum vorliegende Differenz geringerer Kosten in der IG, ergaben sich aber nicht zwangsläufig „positive“ Ergebnisse in der Difference-in-Difference-Betrachtung. Wie bei den klinischen Patienten lagen die Kosten der stationären Versorgung in der IG unter jenen der KG, die Kosten je Patient in der PIA jedoch über jenen der KG. Die Kosten der vertragsärztlichen und Arzneimittelversorgung lagen in der IG unter den Kosten der KG.

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

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich auf patientenindividueller Ebene eine Kostenreduktion durch die Modellvorhaben zeigt. Hypothese e konnte somit vorerst bestätigt werden.

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 XXX konstatieren, dass nach einer Übergangsphase von 15 Monaten (Oktober 2013 bis einschl. Dezember 2014), in denen Modellpflegesätze verwendet wurden, seit 2015 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. Im Modell erfolgt die Abrechnung über spezielle, genannte Kriterien erfüllende Modellentgelte, sodass von Leistungstransparenz gesprochen werden kann.

Zusammenfassend kann für das Modellvorhaben 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 **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** verliefen sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klimbekannt Patienten der IG von U1 nahezu parallel mit der jeweiligen KG, wobei in beiden Studienpopulationen die Kosten der jeweiligen IG minimal unterhalb der jeweiligen KG lagen. Es war somit kein im Vergleich zur KG signifikant größerer Anstieg, der auf eine Verlagerung in den vertragsärztlichen Bereich schließen lässt, zu verzeichnen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es in keiner der beobachteten IGs, relativ zur jeweiligen KG, zu einer Verlagerung der Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich kam.

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

*„[...] führen zum einen zu einer **Veränderung der Arzneimitteltherapie** durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die **Kosten der Arzneimittelversorgung sinken**, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.“*

Bei den Kosten der **Psychopharmakaversorgung** war in allen Untersuchungsgruppen ein vergleichbarer Verlauf von IG und KG über die Zeit zu beobachten. Die Kosten für Psychopharmaka lagen dabei in der IG auch jeweils unter jenen der KG. Es lässt sich also schließen, dass in der IG in geringerem Umfang Psychopharmaka verordnet wurden. Da sich die Zahl der Personen mit Verordnung in beiden Gruppen nicht signifikant voneinander unterschied, ist davon auszugehen, dass

in der IG weniger Psychopharmaka (kleinere Packungseinheiten, geringer dosiert) oder qualitativ verschiedene (verschiedene, evtl. günstigere Wirkstoffe) Psychopharmaka verordnet wurden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Patienten der IG ein 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 ergab sich bzgl. Variante A ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von 112,67 €/d, d.h. für jeden vermiedenen vollstationären Behandlungstag konnten zusätzliche Kosten von 112,67 € eingespart werden. Bzgl. Variante B ergab sich ein ICER von 1.241,82 €/d, d.h. für jeden vermiedenen AU-Tag konnten Kosten von 1.241,82 € je Patient eingespart werden. Bei beiden Varianten lagen sowohl ein geringerer Anstieg der Tage als auch ein geringerer Anstieg der Kosten vor.

Bei den linikbekannten Patienten von U4 ergab sich bzgl. Variante A ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -50,49 €/d, d.h. für jeden vermiedenen vollstationären Behandlungstag in der IG entstanden zusätzlich höhere Kosten von 50,49 €. Jedoch war der stärkere Anstieg der Kosten nicht signifikant. Bzgl. Variante B ergab sich ein ICER von 10,32 €/d, d.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten in Höhe von 89,45 € eingespart. Hier waren weder der stärkere Anstieg der AU-Tage noch der stärkere Anstieg der Kosten signifikant. Allerdings ist auch zu beachten, dass das Ergebnis der klinikbekannten Patienten maßgeblich durch die bereits im Prä-Zeitraum bestehende Differenz von geringeren Kosten und Tagen in der IG beeinflusst wird.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der kosten-effektiveren Verwendung der Mittel vorerst beibehalten werden kann.

Fazit

Im Modellvorhaben am Klinikum Hanau GmbH konnte eine Reihe hypothesenkonformer Entwicklungen mit Einführung des Modellvorhabens beobachtet werden. Im Zuge des Modellvorhabens nach §64b SGB V in der Modellklinik Hanau GmbH wurden vollstationäre und teilstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen verringert. Dies ging einher mit einer Verlagerung von Behandlungsangeboten in die PIA. Die Verlagerung in den krankenhaus-internen ambulanten Sektor führte mutmaßlich zu einer Erhöhung der Behandlungskontinuität, besonders im psychiatrischen Sektor. Auch die durchschnittliche Anzahl an Kontaktabbrüchen sowie die geringere durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung lässt auf eine erhöhte Behandlungskontinuität schließen. Weiterhin

konnten AU-Episoden für klinikneue Patienten vermieden werden. Klinikneue erwachsene Patienten mit Schizophrenie (mit und ohne erster Episode) erhielten zu höheren Anteilen eine antipsychotische Medikation. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Die aufsuchende Behandlung wurde für den Referenzfall und im ersten Jahr nach Referenzfall bei den klinikneuen Patienten vermehrt in Anspruch genommen. Lediglich das höhere Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode aus einer leichten bzw. mittelgradigen depressiven Episode zeigte hypothesenkonträres Verhalten. Insgesamt zeigen sich eine Reihe positiver Effekte des Modellvorhabens im Sinne der oben definierten Hypothesen.

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

Wir hoffen, durch diese Evaluation der Modellklinik Hinweise auf bereits erzielte Effekte wie auch auf eine mögliche weitere Optimierung der Modellumsetzung zu geben. Inwieweit die hier beobachteten Ergebnisse 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 Modellklinik 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. Aufgrund der unterstellten Vollständigkeit der für die Analysen genutzten Daten, konnten einige Leistungsbereiche nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten, bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen, die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden und die Informationen zu Punktwerten oder Beträgen nicht in den Daten enthalten war. Das Gleiche gilt für Selektivverträge. Auch hier waren die Daten der einzelnen Kassen zueinander inkonsistent und es fehlten die Informationen zur Vergütung; die selektivvertragliche Behandlung konnte zwar somit in den Daten identifiziert, jedoch nicht einem Versorgungsbereich (psychiatrische Behandlung vs. nicht psychiatrische Behandlung) zugeordnet und ebenfalls nicht in der Vergütungshöhe bestimmt werden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten, die u. a. vom Anteil der jeweils vorhandenen Selektivverträge in der entsprechenden Region abhängig ist. Auch Krankengeldzahlungen konnten aufgrund der Datenlage nicht berücksichtigt werden.

Außerdem wirken sich im Krankensektor die Preiseffekte und die fehlende Berücksichtigung der Budgetausgleiche auf die Kostenschätzung aus.

Bei den Preiseffekten tritt der Wirkmechanismus der Kosten als Produkt von Menge und Preis zutage: Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch

unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. Budgetausgleiche aus dem Zeitraum vor Modellbeginn, die wie hier im ersten Modelljahr über die Zahlung von Pflegesätzen mit Ausgleichen erfolgen, verzerren dabei den Blick auf die durch die Modellbehandlung angefallenen Kosten. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

Bezogen auf die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) ergibt sich eine weitere Limitation durch den Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten. Hier sind Outcomes wie bspw. Lebensqualität, Symptomschwere oder Krankheitslast geeigneter Effektgrößen, die für diese Evaluation jedoch nicht zur Verfügung standen. Im Projekt PsychCare finden diese aber Berücksichtigung.

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die diesem Bericht zugrundeliegende Datenbasis von Abrechnungsdaten von rund 70 gesetzlichen Krankenkassen stellt nach dem Kenntnisstand der Autoren die bislang breiteste sekundärdatenbasierte Evaluationsgrundlage in Deutschland dar. Die damit verbundenen Herausforderungen sind detailliert in March et al. (2020) geschildert (39). Die Aufgabe Datenlieferungen verschiedener IT-Dienstleister zu standardisieren wurde dabei durch anhaltende Fusionierungsprozesse zwischen den teilnehmenden Kassen erschwert.

Die unter allen beteiligten Krankenkassen 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 2016 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit den nachfolgenden Datenlieferungen im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich. Diese partielle Untererfassung betrifft nur in einem geringen Ausmaß die BARMER und TK als die beiden das Hanauer Modell kontrahierenden Kassen.
- 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, Bempohl F, Montag C. Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? *Front Psychiatry*. 2018;9:168.
8. Roick C, Heinrich S, Deister A. Das Regionale Psychriatriebudget: 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; 82 (Suppl. 1): S4-S12; 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*. 2. voll. überarb. Aufl., Bern: Hans Huber Verlag; 2014.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4

Tabelle 153: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	2.880	2.880
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	80,6 %	82,1 %
• Zwei Diagnosen	17,1 %	15,9 %
• Drei Diagnosen	2,3 %	1,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F10 & F43 / KG: F32 & F41	45	47
2. IG: F32 & F41 / KG: F10 & F43	38	41
3. IG: F10 & F33 / KG: F10 & F32	38	40

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

Tabelle 154: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	2.321	2.364	2.880	2.880
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,7 %	0,8 %	0,9 %	0,9 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,6 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,8 %	13,7 %	17,0 %	16,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)	8,9 %	9,3 %	8,7 %	8,8 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 30-39 (Affektive Störungen) 	42,0 %	41,5 %	46,8 %	46,7 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.) 	22,7 %	22,8 %	24,1 %	23,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 45 (Somatoforme Störungen) 	0,8 %	0,8 %	3,2 %	3,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ 	6,3 %	6,5 %	11,8 %	11,6 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 50 (Essstörungen) 	0,2 %	0,1 %	0,7 %	0,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) 	1,4 %	1,4 %	2,8 %	2,9 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 70-79 (Intelligenzstörung) 	0,6 %	0,4 %	1,3 %	1,0 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) 	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,2 %	0,1 %	0,5 %	0,3 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert 	48,1	48,1	47,9	47,7
<ul style="list-style-type: none"> • Median 	48	47	47	47
<ul style="list-style-type: none"> • (Interquartilsabstand) 	(35 - 59)	(34 - 60)	(35 - 58)	(34 - 59)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen 	55,3 %	54,7 %	55,4 %	55,6 %
<ul style="list-style-type: none"> • Männer 	44,7 %	45,3 %	44,6 %	44,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär 	24,4 %	47,0 %	25,0 %	49,6 %
<ul style="list-style-type: none"> • PIA 	75,6 %	53,0 %	75,0 %	50,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss 	0,9 %	1,3 %	1,1 %	1,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • Haupt-/Volksschulabschluss 	9,6 %	8,1 %	9,8 %	8,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss 	11,5 %	10,8 %	11,5 %	10,6 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abitur/Fachabitur 	7,0 %	6,5 %	6,9 %	6,9 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt 	11,7 %	10,8 %	11,6 %	11,0 %
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angabe 	59,3 %	62,5 %	59,1 %	61,8 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss 	7,3 %	7,2 %	7,5 %	7,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung 	20,2 %	18,0 %	20,3 %	18,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. 	1,1 %	1,1 %	1,2 %	1,0 %
<ul style="list-style-type: none"> • Bachelor 	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen 	2,5 %	2,3 %	2,3 %	2,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • Promotion 	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt 	9,2 %	8,3 %	9,1 %	8,9 %
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angabe 	59,3 %	62,5 %	59,1 %	61,8 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja 	7,8 %	9,9 %	8,1 %	9,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • Nein 	77,8 %	76,1 %	77,3 %	76,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angabe 	14,4 %	14,0 %	14,7 %	14,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² 	25,2 %	27,2 %	26,7 %	28,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ 	17,6 %	14,4 %	19,2 %	16,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • Weder A noch B 	57,3 %	58,4 %	54,1 %	55,4 %

Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	62,5 %	60,2 %	62,4 %	60,2 %
• Familienversicherter	6,6 %	7,4 %	6,5 %	7,2 %
• Rentner und deren Familienangehörige	27,9 %	29,0 %	28,3 %	29,0 %
• Fehlende Angabe	3,0 %	3,4 %	2,7 %	3,5 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Tabelle 155: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	2.152	2.146
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	80,0 %	81,5 %
• Zwei Diagnosen	17,4 %	16,5 %
• Drei Diagnosen	2,6 %	1,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F10 & F43 / KG: F32 & F41	34	43
2. IG: F32 & F41 / KG: F33 & F41	34	31
3. F10 & F33	31	30

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

Tabelle 156: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.721	1.750	2.152	2.146
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,5 %	0,5 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,5 %	1,7 %	1,7 %	1,6 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,9 %	13,8 %	17,2 %	16,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	9,0 %	9,3 %	8,8 %	8,9 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	41,7 %	41,7 %	47,0 %	47,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	22,9 %	22,7 %	23,7 %	23,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,8 %	0,8 %	3,2 %	2,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	6,4 %	6,6 %	12,5 %	12,2 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,1 %	0,7 %	0,6 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,5 %	1,6 %	3,0 %	3,1 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,8 %	0,5 %	1,4 %	1,0 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	47,8 47 (35 - 58)	47,6 47 (34 - 58)	47,6 47 (35 - 58)	47,3 47 (34 - 58)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	54,6 % 45,4 %	53,9 % 46,1 %	54,8 % 45,2 %	55,0 % 45,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	25,4 % 74,6 %	46,6 % 53,4 %	25,3 % 74,7 %	49,4 % 50,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	1,0 % 10,0 % 11,7 % 6,6 % 11,2 % 59,4 %	1,3 % 8,2 % 10,6 % 6,6 % 11,5 % 61,9 %	1,3 % 10,0 % 11,6 % 6,4 % 11,3 % 59,5 %	1,4 % 8,2 % 10,8 % 6,9 % 11,4 % 61,2 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	7,0 % 20,7 % 1,2 % 0,2 % 2,6 % 0,1 % 8,8 % 59,4 %	7,1 % 18,3 % 1,1 % 0,2 % 2,5 % 0,1 % 8,9 % 61,9 %	7,2 % 20,4 % 1,3 % 0,1 % 2,2 % 0,1 % 9,0 % 59,5 %	7,2 % 18,4 % 1,0 % 0,3 % 2,5 % 0,1 % 9,4 % 61,2 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	7,3 % 78,1 % 14,6 %	8,7 % 76,7 % 14,6 %	7,5 % 77,7 % 14,8 %	8,4 % 76,6 % 15,0 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	26,1 % 16,6 % 57,3 %	27,0 % 14,8 % 58,2 %	27,5 % 18,5 % 54,0 %	28,1 % 17,1 % 54,8 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	61,5 % 6,3 % 28,9 % 3,3 %	61,3 % 6,9 % 28,9 % 3,0 %	61,6 % 6,1 % 29,5 % 2,8 %	61,4 % 6,8 % 28,7 % 3,2 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Tabelle 157: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.443	1.451
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	81,1 %	82,5 %
• Zwei Diagnosen	16,1 %	15,5 %
• Drei Diagnosen	2,8 %	1,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,1 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F41	26	32
2. F33 & F41	20	23
3. IG: F10 & F43 / KG: F10 & F33	19	17

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)	1.253	1.251
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	70,3 %	71,1 %
• Zwei Diagnosen	23,8 %	23,2 %
• Drei Diagnosen	5,3 %	5,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,6 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F45 / KG: F10 & F33	27	32
2. IG: F10 & F33 / KG: F10 & F20	27	25
3. IG: F10 & F20 / KG: F33 & F43	27	22

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

Tabelle 158: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.170	1.197	1.443	1.451
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,9 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,3 %	1,2 %	1,4 %	1,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,8 %	14,8 %	17,2 %	16,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	9,3 %	9,4 %	9,3 %	9,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	42,5 %	42,6 %	47,7 %	48,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	20,8 %	20,6 %	21,8 %	21,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,8 %	0,8 %	3,1 %	2,7 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	6,9 %	7,3 %	13,0 %	13,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,5 %	0,6 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,4 %	1,5 %	2,9 %	3,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,9 %	0,6 %	1,7 %	1,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,3 %	0,1 %	0,7 %	0,3 %
Alter ¹				
• Mittelwert	48,1	48,1	47,8	47,9
• Median	48	48	47	47
• (Interquartilsabstand)	(35 - 59)	(35 - 60)	(35 - 58)	(35 - 59)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,5 %	55,2 %	55,0 %	56,7 %
• Männer	45,5 %	44,8 %	45,0 %	43,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	25,4 %	47,1 %	25,2 %	49,6 %
• PIA	74,6 %	52,9 %	74,8 %	50,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,0 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,6 %	8,0 %	9,1 %	8,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	11,5 %	9,6 %	11,4 %	10,0 %
• Abitur/Fachabitur	6,3 %	6,8 %	6,2 %	7,2 %
• Abschluss unbekannt	11,0 %	10,7 %	10,7 %	10,3 %
• Fehlende Angabe	61,5 %	63,6 %	61,3 %	63,2 %

Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,0 %	7,2 %	6,3 %	7,1 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	20,0 %	17,0 %	19,8 %	17,2 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,9 %	1,3 %	1,1 %	1,2 %
• Bachelor	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,4 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,7 %	2,2 %	2,4 %	2,2 %
• Promotion	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	8,8 %	8,4 %	8,9 %	8,5 %
• Fehlende Angabe	61,5 %	63,6 %	61,3 %	63,2 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	7,7 %	9,6 %	7,6 %	9,4 %
• Nein	78,3 %	76,6 %	78,1 %	76,0 %
• Fehlende Angabe	14,0 %	13,8 %	14,3 %	14,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	27,2 %	26,8 %	28,5 %	28,0 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	17,8 %	15,6 %	19,2 %	17,6 %
• Weder A noch B	55,0 %	57,6 %	52,3 %	54,4 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	59,8 %	58,7 %	59,7 %	59,1 %
• Familienversicherter	5,8 %	6,5 %	6,0 %	6,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	31,0 %	31,3 %	31,5 %	31,2 %
• Fehlende Angabe	3,3 %	3,4 %	2,9 %	3,4 %

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	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	881	890	1.253	1.251
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %

• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,2 %	0,2 %	0,6 %	0,6 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	10,6 %	11,6 %	16,8 %	17,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	44,8 %	43,5 %	37,4 %	36,9 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	32,9 %	33,8 %	44,4 %	43,9 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,1 %	4,0 %	9,1 %	8,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,7 %	0,6 %	4,9 %	4,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	1,8 %	2,0 %	9,4 %	9,8 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,1 %	1,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	3,5 %	2,9 %	6,8 %	7,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,0 %	0,8 %	2,6 %	2,8 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,7 %
Alter¹				
• Mittelwert	50,0	48,3	49,3	47,8
• Median	50	48	49	48
• (Interquartilsabstand)	(40 - 59)	(38 - 58)	(39 - 58)	(37 - 57)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,5 %	53,7 %	56,3 %	55,6 %
• Männer	45,5 %	46,3 %	43,7 %	44,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	12,3 %	30,8 %	11,3 %	33,0 %
• PIA	87,7 %	69,2 %	88,7 %	67,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	2,0 %	2,4 %	2,0 %	2,5 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,2 %	4,6 %	5,4 %	5,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	3,5 %	6,2 %	3,5 %	6,3 %
• Abitur/Fachabitur	2,8 %	5,4 %	3,1 %	5,4 %
• Abschluss unbekannt	5,8 %	5,3 %	5,5 %	6,2 %
• Fehlende Angabe	80,6 %	76,2 %	80,4 %	74,6 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,5 %	6,2 %	6,4 %	6,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	7,9 %	10,1 %	8,1 %	11,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
• Bachelor	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,8 %	2,4 %	1,0 %	2,1 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	3,6 %	4,7 %	3,8 %	5,6 %
• Fehlende Angabe	80,6 %	76,2 %	80,4 %	74,6 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	15,2 %	14,3 %	14,5 %	13,4 %
• Nein	74,6 %	73,3 %	74,1 %	74,6 %
• Fehlende Angabe	10,2 %	12,5 %	11,3 %	12,0 %

Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	26,0 %	28,3 %	27,6 %	29,6 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	60,4 %	57,6 %	61,1 %	58,4 %
• Weder A noch B	13,6 %	14,0 %	11,3 %	12,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	41,7 %	48,3 %	42,4 %	48,8 %
• Familienversicherter	7,8 %	5,3 %	7,0 %	5,0 %
• Rentner und deren Familienangehörige	47,9 %	42,7 %	48,0 %	43,1 %
• Fehlende Angabe	2,6 %	3,7 %	2,6 %	3,1 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose

Tabelle 159: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	596	596	577	563	551	604	604	586	574	559
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	3,0	9,1	2,5	2,7	1,9	2,5	21,6	5,4	4,6	4,8
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 48 Jahre)	3,1 (n=293)	7,6 (n=293)	1,3 (n=290)	2,2 (n=290)	2,2 (n=290)	1,4 (n=292)	19,0 (n=292)	5,6 (n=289)	4,9 (n=287)	4,4 (n=287)
Älter (IG/KG: ≥ 48 Jahre)	2,9 (n=303)	10,6 (n=303)	3,7 (n=287)	3,2 (n=273)	1,6 (n=261)	3,5 (n=312)	24,1 (n=312)	5,2 (n=297)	4,3 (n=287)	5,3 (n=272)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	11,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	9,2 (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)	13,4 (n<10)	18,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,6 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	1,9 (n=93)	11,7 (n=93)	4,4 (n=91)	2,6 (n=84)	4,0 (n=81)	3,5 (n=92)	18,1 (n=92)	8,7 (n=88)	5,8 (n=85)	8,7 (n=81)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	17,8 (n=56)	17,4 (n=56)	7,2 (n=56)	7,6 (n=55)	5,9 (n=55)	6,3 (n=58)	54,9 (n=58)	18,4 (n=57)	13,2 (n=56)	9,6 (n=54)
F 30-39 (Affektive Störungen)	1,8 (n=258)	8,7 (n=258)	1,7 (n=250)	3,1 (n=247)	1,1 (n=242)	2,6 (n=265)	23,7 (n=265)	3,8 (n=259)	4,8 (n=254)	3,7 (n=250)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,5 (n=113)	3,3 (n=113)	0,6 (n=106)	1,0 (n=106)	0,5 (n=105)	0,0 (n=113)	7,6 (n=113)	1,0 (n=111)	1,1 (n=110)	1,7 (n=108)
F 45 (Somatoforme Störungen)	1,0 (n<10)	20,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	12,3 (n<10)	12,0 (n<10)	0,0 (n<10)	10,8 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,0 (n=42)	6,4 (n=42)	0,6 (n=42)	0,0 (n=42)	1,5 (n=41)	0,2 (n=41)	9,2 (n=41)	3,8 (n=41)	1,4 (n=39)	5,7 (n=39)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	47,5 (n<10)	1,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	48,0 (n<10)	21,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	8,5 (n=10)	11,4 (n=10)	2,5 (n=10)	0,0 (n=10)	2,6 (n=10)	10,5 (n=11)	29,3 (n=11)	0,0 (n=11)	0,9 (n=11)	4,0 (n=11)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	6,4 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,2 (n<10)	0,0 (n<10)	31,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	6,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	787	787	775	765	749	790	790	768	753	736
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	9,9	8,5	7,5	7,6	9,0	20,9	23,3	13,6	11,7	11,6
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 50 Jahre; KG: < 48 Jahre)	10,8 (n=370)	10,0 (n=370)	8,2 (n=366)	7,7 (n=363)	9,6 (n=361)	23,5 (n=372)	23,6 (n=372)	15,8 (n=366)	13,2 (n=364)	12,5 (n=362)
Älter (IG: ≥ 50 Jahre; KG: ≥ 48 Jahre)	9,1 (n=417)	7,1 (n=417)	6,9 (n=409)	7,4 (n=402)	8,4 (n=388)	18,5 (n=418)	23,0 (n=418)	11,6 (n=402)	10,2 (n=389)	10,7 (n=374)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	37,0 (n<10)	—	—	0,0 (n<10)	27,0 (n<10)	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	2,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	28,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	12,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	10,2 (n=71)	15,6 (n=71)	8,2 (n=70)	6,0 (n=67)	8,9 (n=66)	19,6 (n=79)	23,9 (n=79)	14,3 (n=73)	13,6 (n=72)	15,9 (n=69)

F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	12,0 (n=380)	11,0 (n=380)	10,0 (n=371)	12,4 (n=368)	15,1 (n=358)	26,5 (n=369)	32,0 (n=369)	20,3 (n=359)	16,5 (n=351)	17,2 (n=342)
F 30-39 (Affektive Störungen)	9,1 (n=250)	3,9 (n=250)	5,5 (n=248)	2,8 (n=247)	3,0 (n=243)	16,0 (n=258)	13,6 (n=258)	6,4 (n=254)	6,2 (n=249)	4,5 (n=247)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,2 (n=28)	6,1 (n=28)	3,4 (n=28)	2,0 (n=27)	0,1 (n=27)	7,9 (n=26)	8,0 (n=26)	0,0 (n=26)	0,6 (n=26)	2,8 (n=25)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	10,8 (n<10)	7,4 (n<10)	15,0 (n<10)	1,8 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,0 (n=13)	0,0 (n=13)	0,0 (n=13)	0,0 (n=13)	0,0 (n=13)	17,9 (n=16)	15,1 (n=16)	2,9 (n=16)	0,0 (n=15)	0,0 (n=15)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	8,3 (n=26)	8,4 (n=26)	1,2 (n=26)	3,2 (n=26)	1,3 (n=26)	18,4 (n=23)	15,7 (n=23)	17,3 (n=23)	12,3 (n=23)	8,4 (n=22)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,2 (n<10)	1,2 (n<10)	1,1 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,3 (n<10)	20,3 (n<10)	2,0 (n<10)	6,8 (n<10)	29,3 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	48,0 (n<10)	34,0 (n<10)	0,0 (n<10)	15,5 (n<10)	0,0 (n<10)

Tabelle 160: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	350	350	349	349	348	329	329	328	326	321
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	16,8	61,3	18,8	11,5	10,4	15,2	65,7	23,5	16,1	17,0
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 42 Jahre; KG: < 43 Jahre)	14,7 (n=169)	62,6 (n=169)	15,7 (n=168)	6,1 (n=168)	6,3 (n=168)	12,9 (n=156)	52,6 (n=156)	21,6 (n=156)	14,7 (n=156)	13,9 (n=156)
Älter (IG: ≥ 42 Jahre; KG: ≥ 43 Jahre)	18,8 (n=181)	60,2 (n=181)	21,7 (n=181)	16,5 (n=181)	14,2 (n=180)	17,2 (n=173)	77,4 (n=173)	25,2 (n=172)	17,3 (n=170)	19,9 (n=165)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
F 01 (Vaskuläre Demenz)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	10,3 (n=55)	36,1 (n=55)	9,1 (n=55)	7,3 (n=55)	8,8 (n=55)	11,0 (n=53)	44,4 (n=53)	24,4 (n=53)	11,9 (n=52)	19,3 (n=48)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	26,9 (n=24)	27,8 (n=24)	5,3 (n=24)	12,8 (n=24)	9,4 (n=24)	3,5 (n=28)	96,4 (n=28)	27,8 (n=28)	27,6 (n=28)	35,2 (n=28)
F 30-39 (Affektive Störungen)	24,1 (n=148)	95,7 (n=148)	28,9 (n=147)	14,7 (n=147)	11,5 (n=146)	23,9 (n=131)	74,7 (n=131)	19,2 (n=130)	12,8 (n=129)	14,1 (n=128)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	9,6 (n=78)	33,4 (n=78)	14,9 (n=78)	7,7 (n=78)	9,1 (n=78)	6,7 (n=77)	61,3 (n=77)	28,2 (n=77)	14,2 (n=77)	11,1 (n=77)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,7 (n<10)	29,3 (n<10)	13,3 (n<10)	5,7 (n<10)	3,7 (n<10)	4,7 (n<10)	48,0 (n<10)	9,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	3,4 (n=29)	58,3 (n=29)	13,2 (n=29)	15,9 (n=29)	16,2 (n=29)	18,3 (n=26)	60,9 (n=26)	29,7 (n=26)	28,1 (n=26)	30,3 (n=26)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	4,0 (n<10)	2,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	47,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	30,8 (n<10)	26,1 (n<10)	9,1 (n<10)	0,0 (n<10)	0,3 (n<10)	19,8 (n<10)	17,2 (n<10)	12,2 (n<10)	41,8 (n<10)	10,3 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,8 (n<10)	10,0 (n<10)	8,5 (n<10)	18,5 (n<10)	9,0 (n<10)	0,0 (n<10)	159,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

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)	316	316	315	314	314	372	372	370	369	365
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	27,0	27,7	12,7	12,5	16,3	40,1	46,5	22,6	16,6	24,2
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 43 Jahre; KG: < 42 Jahre)	24,1 (n=148)	28,6 (n=148)	15,3 (n=148)	14,4 (n=148)	20,6 (n=148)	45,2 (n=183)	46,7 (n=183)	24,2 (n=181)	17,0 (n=180)	23,2 (n=179)
Älter (IG: ≥ 43 Jahre; KG: ≥ 42 Jahre)	29,6 (n=168)	27,0 (n=168)	10,4 (n=167)	10,7 (n=166)	12,5 (n=166)	35,3 (n=189)	46,3 (n=189)	21,1 (n=189)	16,1 (n=189)	25,2 (n=186)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	12,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,9 (n=44)	20,8 (n=44)	9,5 (n=44)	7,0 (n=43)	8,5 (n=43)	22,4 (n=50)	33,2 (n=50)	18,8 (n=49)	22,7 (n=49)	24,0 (n=47)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)	27,0 (n=140)	30,5 (n=140)	17,5 (n=139)	21,4 (n=139)	23,4 (n=139)	34,7 (n=170)	48,2 (n=170)	27,6 (n=169)	17,0 (n=168)	21,9 (n=166)

F 30-39 (Affektive Störungen)	33,8 (n=85)	28,6 (n=85)	10,9 (n=85)	4,7 (n=85)	10,0 (n=85)	60,6 (n=104)	53,8 (n=104)	20,2 (n=104)	16,6 (n=104)	25,9 (n=104)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	20,7 (n=17)	28,3 (n=17)	7,2 (n=17)	3,8 (n=17)	2,4 (n=17)	31,2 (n=17)	64,5 (n=17)	22,2 (n=17)	8,8 (n=17)	42,1 (n=17)
F 45 (Somatoforme Störungen)	9,7 (n<10)	5,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	15,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	19,3 (n<10)	47,8 (n<10)	7,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	61,9 (n<10)	21,8 (n<10)	5,0 (n<10)	2,4 (n<10)	43,8 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	45,4 (n=16)	22,1 (n=16)	2,9 (n=16)	9,6 (n=16)	38,6 (n=16)	34,8 (n=14)	35,5 (n=14)	19,5 (n=14)	18,4 (n=14)	19,9 (n=14)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	2,3 (n<10)	3,0 (n<10)	7,0 (n<10)	0,3 (n<10)	3,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	26,0 (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.

14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität

Für die Analyse von möglichen Einflussfaktoren wurden nur Outcomes betrachtet, die eine ausreichende Anzahl von Fällen hinsichtlich des zu betrachtenden Ereignisses bereitstellen. Bei Outcomes mit extrem wenigen Fällen, in denen das Ereignis überhaupt aufgetreten ist, können die Modelle zu fehlerhaften Schätzungen führen und nicht mehr sinnvoll interpretiert werden. Die kritische Anzahl von Fällen pro Gruppe wurde auf mindestens 40 gesetzt.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der Präzeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (U1) oder im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statt.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Tabelle 161: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,66 0,42...1,04	3,54 0,42...29,61	-12,58*** -15,39...-9,76	-3,76*** -4,90...-2,62
DID Jahr 2	1,01 0,60...1,71	4,11 0,45...37,56	-2,29 -5,10...0,53	-0,60 -1,73...0,54
DID Jahr 3	0,81 0,47...1,41	0,72 0,06...9,28	-1,68 -4,49...1,14	-0,47 -1,61...0,67
DID Jahr 4	0,78 0,45...1,36	2,03 0,20...20,83	-2,34 -5,16...0,47	-0,58 -1,72...0,56
DID Jahr 1-4	—	—	-4,72*** -7,03...-2,41	-1,35** -2,27...-0,43
Gruppe	1,04 0,70...1,54	0,15 0,02...1,21	1,00 -1,01...3,01	-0,06 -0,87...0,75
Jahr 1	19,16*** 14,03...26,16	23,68*** 10,92...51,36	19,23*** 17,24...21,22	6,12*** 5,31...6,92
Jahr 2	1,39 0,99...1,96	3,25** 1,38...7,70	2,15* 0,16...4,14	1,05* 0,25...1,86
Jahr 3	1,17 0,83...1,66	2,79* 1,16...6,71	1,51 -0,49...3,50	0,46 -0,34...1,27
Jahr 4	1,19 0,84...1,69	2,49* 1,02...6,05	1,51 -0,48...3,50	0,73 -0,08...1,53
Indexgruppe 6 (F10)	2,23*** 1,83...2,73	0,63 0,38...1,04	-0,76 -2,16...0,64	-0,46 -1,02...0,11
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,83* 0,70...0,98	2,14*** 1,56...2,93	-1,95*** -3,04...-0,87	0,90*** 0,47...1,34
Indexgruppe 9 (F43)	0,63*** 0,50...0,79	0,85 0,57...1,28	-4,31*** -5,62...-2,99	-0,01 -0,54...0,53
Psy A ¹	1,30** 1,08...1,55	1,31 0,97...1,78	1,65** 0,58...2,72	0,22 -0,22...0,65
Psy B ²	1,61*** 1,31...1,98	1,62** 1,15...2,28	3,79*** 2,45...5,13	0,62* 0,08...1,16
Alter	0,91 0,77...1,06	0,50*** 0,38...0,66	-0,52 -1,49...0,46	-0,81*** -1,20...-0,41
Geschlecht (m vs. w)	0,93 0,80...1,08	1,08 0,83...1,42	0,34 -0,60...1,27	0,24 -0,14...0,62
Komorbidität ³	1,02 0,98...1,05	0,93* 0,87...1,00	-0,02 -0,23...0,20	-0,10* -0,19...-0,02

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17 0,92...1,48	0,72 0,42...1,23	1,73* 0,12...3,35	-0,41 -1,06...0,25
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,26** 1,09...1,47	1,72*** 1,32...2,25	1,55** 0,63...2,47	0,69*** 0,32...1,06
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,19*** 0,16...0,23	0,70** 0,53...0,91	-5,26*** -6,23...-4,29	-0,53** -0,92...-0,14

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 162: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,80 0,60...1,07	0,76 0,47...1,21	-3,63* -7,23...-0,03	-0,86 -1,81...0,10
DID Jahr 2	1,35 0,99...1,84	0,67 0,33...1,38	6,18** 2,58...9,78	1,51** 0,55...2,46
DID Jahr 3	1,70** 1,24...2,33	1,01 0,45...2,27	8,34*** 4,74...11,94	1,57** 0,62...2,53
DID Jahr 4	1,79*** 1,30...2,45	0,71 0,32...1,59	9,57*** 5,97...13,17	1,35** 0,40...2,31
DID Jahr 1-4	—	—	5,12*** 2,25...7,98	0,89* 0,13...1,65
Gruppe	0,78* 0,63...0,96	0,81 0,57...1,13	-6,90*** -9,47...-4,33	-1,54*** -2,22...-0,85
Jahr 1	1,23* 1,01...1,49	1,21 0,91...1,60	2,71* 0,16...5,26	0,54 -0,14...1,21
Jahr 2	0,47*** 0,38...0,58	0,29*** 0,20...0,43	-8,55*** -11,10...-6,01	-2,62*** -3,30...-1,94
Jahr 3	0,34*** 0,27...0,42	0,16*** 0,10...0,26	-10,57*** -13,12...-8,02	-2,75*** -3,42...-2,07
Jahr 4	0,33*** 0,27...0,41	0,21*** 0,14...0,32	-10,88*** -13,43...-8,33	-2,54*** -3,22...-1,86
Indexgruppe 6 (F10)	2,15*** 1,86...2,47	0,46*** 0,33...0,64	1,28 -0,48...3,04	-1,16*** -1,62...-0,69
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,66*** 1,43...1,93	0,75 0,55...1,02	7,77*** 5,98...9,56	-0,16 -0,64...0,32
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,69*** 0,59...0,79	1,80*** 1,36...2,37	-1,47 -3,15...0,21	0,98*** 0,54...1,43
Psy A ¹	1,17 0,96...1,43	2,67*** 1,67...4,26	3,57** 1,31...5,83	1,00** 0,40...1,61
Psy B ²	1,28*** 1,14...1,45	0,78* 0,63...0,96	3,44*** 2,05...4,83	-0,48* -0,85...-0,11
Alter	0,79*** 0,71...0,88	0,62*** 0,50...0,77	-0,75 -1,99...0,50	-0,41* -0,74...-0,09
Geschlecht (m vs. w)	1,15** 1,04...1,28	1,14 0,93...1,40	1,83** 0,64...3,02	0,24 -0,08...0,56
Komorbidität ³	1,00 0,98...1,02	0,96 0,92...1,01	-0,37** -0,63...-0,10	-0,09* -0,16...-0,02

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,39*** 1,21...1,60	0,49*** 0,33...0,73	4,73*** 3,04...6,42	-0,64** -1,09...-0,19
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	3,22*** 2,88...3,60	3,12*** 2,44...4,00	11,87*** 10,64...13,09	1,33*** 1,00...1,65
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,25*** 0,22...0,28	0,37*** 0,30...0,46	-16,44*** -18,00...-14,89	-1,53*** -1,95...-1,12

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 163: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	5,26*** 4,01...6,51	-0,63 -1,73...0,48	-0,19 -2,15...1,76
DID Jahr 2	2,25*** 1,00...3,50	-1,09 -2,20...0,02	-0,77 -2,73...1,18
DID Jahr 3	1,18 -0,07...2,43	-0,46 -1,57...0,64	-1,67 -3,62...0,28
DID Jahr 4	1,38* 0,13...2,63	-0,27 -1,37...0,84	-1,61 -3,56...0,34
Gruppe	-0,25 -1,15...0,64	0,24 -0,55...1,03	0,57 -0,82...1,96
Jahr 1	3,11*** 2,22...3,99	2,39*** 1,61...3,17	3,14*** 1,76...4,52
Jahr 2	1,52** 0,64...2,41	2,28*** 1,50...3,06	2,12** 0,74...3,50
Jahr 3	1,35** 0,46...2,23	1,48*** 0,70...2,26	2,22** 0,84...3,60
Jahr 4	1,05* 0,16...1,93	0,77 -0,02...1,55	1,92** 0,54...3,30
Indexgruppe 6 (F10)	-0,36 -0,98...0,26	-0,81** -1,36...-0,26	1,46** 0,49...2,43
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,50* -0,98...-0,02	0,71** 0,28...1,13	1,79*** 1,04...2,54
Indexgruppe 9 (F43)	-1,69*** -2,27...-1,11	-0,08 -0,60...0,43	0,82 -0,10...1,73
Psy A ¹	0,82** 0,34...1,29	0,97*** 0,55...1,39	1,37*** 0,63...2,11
Psy B ²	2,46*** 1,87...3,06	2,07*** 1,54...2,59	1,85*** 0,92...2,78
Alter	-0,60** -1,03...-0,17	-0,79*** -1,17...-0,41	1,48*** 0,81...2,16
Geschlecht (m vs. w)	-0,14 -0,56...0,27	0,67*** 0,30...1,03	0,54 -0,11...1,18
Komorbidität ³	-0,18*** -0,28...-0,09	-0,12** -0,21...-0,04	1,33*** 1,19...1,48
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,30*** 0,58...2,01	-1,14*** -1,77...-0,51	5,40*** 4,28...6,52

Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	-0,28 -0,69...0,13	1,09*** 0,73...1,45	1,15*** 0,51...1,78
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,60** 0,17...1,02	0,02 -0,36...0,40	1,18** 0,51...1,85

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 164: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	4,56*** 2,88...6,24	-0,31 -1,08...0,45	1,15 -0,47...2,78
DID Jahr 2	5,15*** 3,47...6,83	-0,43 -1,19...0,34	0,13 -1,50...1,75
DID Jahr 3	2,34** 0,66...4,02	-0,70 -1,46...0,07	-0,32 -1,94...1,31
DID Jahr 4	1,60 -0,08...3,28	-0,83* -1,59...-0,07	-0,18 -1,80...1,45
Gruppe	-0,32 -1,52...0,88	0,20 -0,35...0,75	1,26* 0,10...2,42
Jahr 1	9,63*** 8,44...10,82	0,39 -0,15...0,94	0,41 -0,74...1,56
Jahr 2	7,96*** 6,77...9,15	0,23 -0,31...0,77	0,75 -0,40...1,90
Jahr 3	7,43*** 6,24...8,62	0,26 -0,28...0,80	1,22* 0,07...2,37
Jahr 4	6,79*** 5,59...7,97	0,11 -0,44...0,65	1,01 -0,14...2,16
Indexgruppe 6 (F10)	0,17 -0,65...0,99	-1,21*** -1,59...-0,84	-0,28 -1,07...0,51
Indexgruppe 7 (F20-F29)	4,29*** 3,45...5,12	-1,66*** -2,04...-1,28	-2,77*** -3,58...-1,96
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-1,28** -2,07...-0,50	-0,10 -0,46...0,26	-1,26** -2,01...-0,50
Psy A ¹	0,84 -0,22...1,89	0,91*** 0,43...1,39	-0,27 -1,29...0,75
Psy B ²	2,12*** 1,47...2,77	0,55*** 0,25...0,84	2,74*** 2,12...3,37
Alter	-0,84** -1,42...-0,26	-0,80*** -1,07...-0,54	0,81** 0,25...1,37
Geschlecht (m vs. w)	0,39 -0,16...0,95	0,50*** 0,24...0,75	1,80*** 1,26...2,33
Komorbidität ³	-0,17** -0,29...-0,05	-0,12*** -0,17...-0,06	1,74*** 1,62...1,86
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,66*** 0,87...2,45	-0,81*** -1,17...-0,45	4,72*** 3,95...5,48

Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,66*** 1,09...2,24	1,02*** 0,76...1,28	1,34*** 0,79...1,90
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,08*** 1,35...2,80	-1,06*** -1,39...-0,73	0,26 -0,44...0,97

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 165: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,42* 1,05...1,92	1,19 0,89...1,58	0,84 0,61...1,14
Indexgruppe 6 (F10)	0,38*** 0,24...0,58	0,32*** 0,22...0,48	0,36*** 0,24...0,54
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,68** 1,20...2,35	1,67** 1,21...2,30	1,61** 1,14...2,29
Indexgruppe 9 (F43)	0,61* 0,38...0,98	0,76 0,50...1,15	0,56* 0,36...0,87
Psy A ¹	1,22 0,86...1,74	1,30 0,93...1,83	1,71** 1,20...2,43
Psy B ²	1,57* 1,05...2,34	1,98** 1,32...2,95	2,39*** 1,50...3,83
Alter	0,72* 0,53...0,99	0,89 0,65...1,20	0,87 0,63...1,21
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,74...1,35	1,07 0,80...1,43	1,27 0,93...1,73
Komorbidität ³	0,96 0,90...1,03	0,96 0,90...1,02	0,97 0,91...1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,79 0,48...1,29	0,63 0,40...1,00	0,62 0,38...1,00
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,76 0,56...1,03	0,93 0,69...1,25	0,94 0,68...1,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,34 0,97...1,84	1,98*** 1,45...2,71	1,72** 1,21...2,44

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 166: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,46 0,77...2,78	1,43 0,76...2,67	2,09* 1,05...4,18
Indexgruppe 6 (F10)	0,34* 0,14...0,79	0,39* 0,18...0,85	0,48 0,22...1,09
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,19 0,62...2,28	0,97 0,50...1,88	1,18 0,56...2,46
Indexgruppe 9 (F43)	1,43 0,46...4,48	1,45 0,48...4,37	1,48 0,47...4,62
Psy A ¹	1,39 0,58...3,33	1,82 0,82...4,04	2,32 0,98...5,48
Psy B ²	3,29** 1,53...7,06	3,21** 1,49...6,91	3,15* 1,32...7,54
Alter	0,97 0,50...1,87	0,65 0,34...1,24	1,04 0,51...2,09
Geschlecht (m vs. w)	1,20 0,62...2,32	1,00 0,53...1,91	0,85 0,42...1,71
Komorbidität ³	0,87 0,74...1,02	0,85* 0,72...0,99	0,84* 0,72...0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,01 0,39...2,64	1,18 0,44...3,17	0,72 0,26...2,00
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,94 0,49...1,77	0,83 0,44...1,56	0,65 0,33...1,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,86 0,45...1,65	1,00 0,53...1,89	0,72 0,36...1,46

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 167: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,35 0,58...3,10	1,36 0,62...2,98	1,01 0,42...2,47
Indexgruppe 6 (F10)	0,60 0,21...1,71	0,39 0,15...1,00	0,27* 0,09...0,83
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,80 0,80...4,08	1,17 0,53...2,55	1,07 0,45...2,56
Indexgruppe 9 (F43)	0,46 0,11...1,92	0,22* 0,05...0,86	0,27 0,06...1,12
Psy A ¹	1,54 0,59...4,00	1,24 0,51...3,01	1,12 0,41...3,12
Psy B ²	1,72 0,70...4,24	2,89* 1,14...7,37	3,43* 1,11...10,62
Alter	0,47 0,21...1,04	0,89 0,42...1,93	1,26 0,52...3,06
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,46...2,35	1,12 0,51...2,45	0,95 0,41...2,22
Komorbidität ³	0,87 0,73...1,04	0,82* 0,69...0,99	0,83 0,67...1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,35 0,44...4,09	1,32 0,44...3,96	0,60 0,15...2,42
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,61 0,72...3,61	2,98** 1,31...6,77	1,87 0,76...4,59
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,10 0,50...2,42	1,42 0,67...3,01	2,08 0,90...4,81

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 168: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,98 0,45...2,16	1,28 0,64...2,56	1,49 0,65...3,40
Indexgruppe 6 (F10)	0,66 0,26...1,71	0,42* 0,18...0,97	0,62 0,23...1,65
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,63 0,27...1,44	0,58 0,27...1,24	0,81 0,35...1,89
Indexgruppe 9 (F43)	0,98 0,30...3,22	1,21 0,42...3,44	1,54 0,40...5,96
Psy A ¹	0,47 0,18...1,25	0,94 0,42...2,10	2,60 0,94...7,16
Psy B ²	3,29* 1,01...10,74	1,36 0,50...3,69	0,80 0,24...2,65
Alter	0,97 0,45...2,10	1,03 0,52...2,04	0,98 0,44...2,21
Geschlecht (m vs. w)	1,57 0,70...3,52	1,02 0,49...2,10	1,02 0,44...2,39
Komorbidität ³	0,85 0,69...1,04	0,98 0,84...1,15	0,87 0,73...1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,06 0,29...3,85	1,53 0,52...4,48	1,62 0,47...5,59
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,57 0,24...1,34	0,69 0,34...1,41	0,86 0,39...1,94
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,47 0,68...3,20	1,10 0,55...2,22	1,18 0,53...2,65

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 169: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,84 0,64...1,09	0,70* 0,52...0,95	0,83 0,56...1,23
Indexgruppe 6 (F10)	0,33*** 0,23...0,46	0,36*** 0,26...0,50	0,30*** 0,20...0,44
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,62** 1,15...2,27	2,14*** 1,47...3,10	2,68*** 1,66...4,35
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,39 0,99...1,94	1,28 0,90...1,81	1,66* 1,08...2,54
Psy A ¹	1,36 0,84...2,21	2,05** 1,29...3,27	1,85* 1,10...3,10
Psy B ²	1,15 0,88...1,52	1,71*** 1,27...2,30	2,67*** 1,81...3,94
Alter	0,60*** 0,47...0,77	0,64** 0,49...0,85	0,92 0,64...1,34
Geschlecht (m vs. w)	1,30* 1,02...1,66	1,05 0,80...1,38	0,73 0,51...1,05
Komorbidität ³	0,95 0,90...1,01	1,01 0,95...1,06	0,99 0,92...1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,94 0,68...1,30	0,71 0,49...1,03	0,80 0,48...1,31
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28 0,99...1,67	1,32 0,99...1,75	1,73** 1,19...2,51
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,37* 1,06...1,77	1,96*** 1,45...2,64	2,47*** 1,65...3,68

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 170: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,59** 1,13...2,23	0,85 0,56...1,28	0,86 0,47...1,56
Indexgruppe 6 (F10)	0,67 0,44...1,04	0,52** 0,33...0,84	0,38** 0,21...0,71
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,78*** 1,66...4,67	2,50** 1,43...4,37	2,83** 1,30...6,14
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,72* 1,04...2,86	1,22 0,72...2,07	1,57 0,78...3,16
Psy A ¹	1,47 0,69...3,15	1,14 0,57...2,28	1,40 0,60...3,28
Psy B ²	1,21 0,82...1,78	1,56* 1,01...2,41	1,96* 1,08...3,55
Alter	0,64** 0,46...0,89	1,05 0,72...1,56	1,04 0,60...1,80
Geschlecht (m vs. w)	1,21 0,88...1,66	1,53* 1,05...2,23	1,66 0,97...2,82
Komorbidität ³	0,98 0,91...1,06	0,93 0,85...1,01	0,93 0,83...1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17 0,77...1,76	0,93 0,57...1,54	0,89 0,42...1,87
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,01 0,72...1,43	1,41 0,93...2,12	1,44 0,80...2,58
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,08*** 1,45...2,98	2,36*** 1,55...3,58	3,35*** 1,87...6,00

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 171: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,35 0,92...1,99	0,85 0,54...1,33	0,74 0,40...1,37
Indexgruppe 6 (F10)	0,59* 0,35...0,99	0,70 0,41...1,21	0,50 0,24...1,02
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,12** 1,26...3,57	2,73** 1,53...4,84	4,26** 1,83...9,95
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,30 0,77...2,19	1,07 0,62...1,84	1,96 0,91...4,22
Psy A ¹	1,20 0,52...2,73	1,41 0,67...2,97	0,52 0,20...1,38
Psy B ²	1,50 0,96...2,34	1,88** 1,17...3,02	2,21* 1,15...4,26
Alter	0,81 0,57...1,17	1,01 0,67...1,52	1,28 0,72...2,28
Geschlecht (m vs. w)	1,23 0,87...1,75	1,41 0,94...2,12	1,57 0,88...2,83
Komorbidität ³	0,92 0,85...1,00	0,91* 0,84...1,00	0,91 0,80...1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,13 0,73...1,75	1,58 0,90...2,79	1,52 0,64...3,60
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,27 0,87...1,85	1,48 0,96...2,30	1,59 0,86...2,93
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,36 0,89...2,08	1,56 0,96...2,52	1,43 0,73...2,79

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 172: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,20 0,81...1,77	0,90 0,56...1,44	0,66 0,35...1,24
Indexgruppe 6 (F10)	0,42** 0,25...0,72	0,35*** 0,20...0,60	0,18*** 0,09...0,36
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,97* 1,10...3,53	1,75 0,95...3,23	1,17 0,51...2,70
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,52 0,86...2,69	0,90 0,50...1,61	0,80 0,35...1,80
Psy A ¹	2,72* 1,06...6,97	3,76** 1,62...8,74	2,92* 1,15...7,37
Psy B ²	1,11 0,71...1,73	1,33 0,83...2,14	1,16 0,61...2,20
Alter	0,72 0,51...1,04	1,07 0,71...1,61	1,23 0,71...2,13
Geschlecht (m vs. w)	1,08 0,75...1,54	0,98 0,65...1,48	1,25 0,72...2,17
Komorbidität ³	1,04 0,95...1,13	1,00 0,90...1,10	1,10 0,95...1,27
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,48 0,93...2,35	1,75 0,95...3,23	1,17 0,50...2,73
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,79 0,54...1,17	0,99 0,64...1,55	0,72 0,40...1,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,03 0,68...1,58	1,31 0,79...2,18	1,67 0,87...3,20

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 Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 174: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 175: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1)

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

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 176: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1)

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

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 177: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,23* -0,41...-0,05	-3,45 -15,32...8,42
DID Jahr 2	-0,17 -0,35...0,02	-4,13 -15,99...7,75
DID Jahr 3	-0,11 -0,29...0,08	-1,96 -13,82...9,91
DID Jahr 4	-0,09 -0,27...0,09	-2,84 -14,71...9,03
DID Jahr 1-4	—	-3,09 -12,90...6,72
Gruppe	0,05 -0,08...0,18	-1,94 -10,43...6,56
Jahr 1	0,64*** 0,51...0,77	48,51*** 40,01...57,01
Jahr 2	-0,05 -0,18...0,08	5,92 -2,59...14,42
Jahr 3	-0,18** -0,31...-0,05	-2,88 -11,38...5,63
Jahr 4	-0,20** -0,33...-0,07	-0,97 -9,47...7,53
Indexgruppe 6 (F10)	0,22*** 0,12...0,31	-3,27 -9,30...2,76
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,09* -0,16...-0,02	6,26** 1,56...10,97
Indexgruppe 9 (F43)	-0,07 -0,15...0,01	-0,52 -5,87...4,82
Psy A ¹	0,16*** 0,09...0,23	8,17*** 3,68...12,66
Psy B ²	0,07 -0,03...0,16	1,23 -4,83...7,29
Alter	0,01 -0,05...0,07	5,85** 1,91...9,80
Geschlecht (m vs. w)	-0,09** -0,15...-0,03	-1,79 -5,71...2,13
Komorbidität ³	0,01 0,00...0,03	-0,57 -1,64...0,49

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,30** -0,47...-0,13	-14,41* -25,53...-3,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,12*** -0,18...-0,05	-3,12 -7,37...1,13

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 178: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,09 -0,37...0,20	-8,09 -17,97...1,79
DID Jahr 2	0,14 -0,14...0,43	2,42 -7,46...12,30
DID Jahr 3	0,10 -0,19...0,38	11,87* 1,99...21,75
DID Jahr 4	0,18 -0,10...0,46	6,05 -3,83...15,93
DID Jahr 1-4	—	3,06 -4,84...10,96
Gruppe	0,12 -0,08...0,32	-3,40 -10,47...3,67
Jahr 1	0,14 -0,06...0,33	8,23* 1,51...14,95
Jahr 2	-0,33** -0,52...-0,14	-16,54*** -23,26...-9,83
Jahr 3	-0,42*** -0,62...-0,23	-24,22*** -30,93...-17,50
Jahr 4	-0,49*** -0,68...-0,30	-16,67*** -23,38...-9,95
Indexgruppe 6 (F10)	0,42*** 0,29...0,55	0,05 -4,53...4,62
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,16* 0,03...0,30	6,63** 1,95...11,29
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,20** -0,32...-0,08	5,51* 1,22...9,80
Psy A ¹	0,15 -0,01...0,31	13,39*** 7,84...18,94
Psy B ²	0,26*** 0,16...0,37	-0,89 -4,61...2,83
Alter	-0,12* -0,21...-0,03	1,18 -2,10...4,46
Geschlecht (m vs. w)	0,06 -0,03...0,15	2,84 -0,42...6,10
Komorbidität ³	0,01 -0,02...0,03	-1,55*** -2,41...-0,69

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,06 -0,10...0,22	3,32 -2,35...8,99
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,76*** -0,88...-0,65	-15,75*** -19,85...-11,65

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 179: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 180: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 181: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,00 -0,34...0,34
DID Jahr 2	-0,10 -0,44...0,24
DID Jahr 3	-0,20 -0,54...0,14
DID Jahr 4	-0,17 -0,51...0,17
Gruppe	-0,01 -0,25...0,23
Jahr 1	0,75*** 0,51...0,99
Jahr 2	0,37** 0,13...0,61
Jahr 3	0,41** 0,17...0,65
Jahr 4	0,26* 0,02...0,50
Indexgruppe 6 (F10)	0,47*** 0,30...0,64
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,27*** 0,14...0,40
Indexgruppe 9 (F43)	-0,29*** -0,45...-0,13
Psy A ¹	0,20** 0,07...0,33
Psy B ²	0,64*** 0,48...0,80
Alter	1,18*** 1,07...1,29
Geschlecht (m vs. w)	0,33*** 0,22...0,44
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,66*** 1,47...1,86
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,29*** 0,18...0,40

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,01 -0,12...0,11
------------------------------	-----------------------

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,04 -0,31...0,24
DID Jahr 2	0,10 -0,18...0,37
DID Jahr 3	0,18 -0,09...0,46
DID Jahr 4	0,21 -0,06...0,49
Gruppe	-0,02 -0,22...0,17
Jahr 1	0,30** 0,10...0,49
Jahr 2	0,12 -0,08...0,31
Jahr 3	0,09 -0,11...0,28
Jahr 4	0,08 -0,11...0,28
Indexgruppe 6 (F10)	0,87*** 0,74...1,00
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,02 -0,15...0,12
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,20** 0,07...0,33
Psy A ¹	0,23* 0,06...0,40
Psy B ²	0,59*** 0,48...0,69
Alter	1,08*** 0,99...1,18
Geschlecht (m vs. w)	0,25*** 0,16...0,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,25*** 1,12...1,38
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,42*** 0,33...0,51

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,13* -0,25...-0,01
------------------------------	-------------------------

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,11 0,77...1,60
Psy A ¹	0,60* 0,39...0,94
Psy B ²	0,58 0,31...1,11
Alter	6,58*** 3,47...12,46
Geschlecht (m vs. w)	0,65* 0,45...0,93
Komorbidität ³	1,27*** 1,19...1,36
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,02 0,64...1,62
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,84 0,58...1,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,57** 0,39...0,83

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 184: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,95 0,68...1,32
Psy A ¹	0,73 0,44...1,22
Psy B ²	0,89 0,62...1,29
Alter	3,02*** 2,02...4,52
Geschlecht (m vs. w)	0,59** 0,43...0,82
Komorbidität ³	1,21*** 1,14...1,27
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,85 0,57...1,28
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,20 0,85...1,70
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,50*** 0,35...0,71

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 185: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,44* 1,01...2,06	0,97 0,63...1,50	1,01 0,81...1,26
Psy A ¹	1,10 0,76...1,60	1,48 0,93...2,35	0,74* 0,56...0,97
Psy B ²	0,91 0,54...1,52	0,81 0,44...1,52	1,60** 1,13...2,25
Alter	0,77 0,53...1,11	1,68* 1,06...2,66	1,08 0,85...1,38
Geschlecht (m vs. w)	0,81 0,58...1,13	1,42 0,91...2,24	0,71** 0,57...0,89
Komorbidität ³	1,06 0,98...1,14	1,01 0,92...1,12	0,94* 0,88...0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,00 0,52...1,92	0,45 0,16...1,25	0,95 0,63...1,44
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,51* 1,06...2,14	1,39 0,89...2,15	1,07 0,85...1,34
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,94 0,63...1,41	0,99 0,62...1,58	0,56*** 0,45...0,71

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 186: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,40 0,84...2,34	0,83 0,53...1,29	1,23 0,96...1,56
Psy A ¹	0,88 0,46...1,69	1,22 0,60...2,48	1,38 0,78...2,43
Psy B ²	0,74 0,42...1,30	0,83 0,53...1,31	1,08 0,83...1,41
Alter	0,85 0,49...1,46	0,84 0,54...1,33	0,98 0,77...1,26
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,57...1,65	2,55** 1,49...4,37	0,85 0,67...1,08
Komorbidität ³	1,00 0,89...1,12	1,00 0,91...1,10	0,97 0,92...1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,35 0,60...3,07	0,59 0,21...1,64	1,00 0,72...1,38
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,96 0,57...1,62	1,09 0,69...1,73	1,09 0,86...1,40
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,54* 0,29...0,99	0,58* 0,35...0,96	0,54*** 0,40...0,73

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 187: 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 188: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2)

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	-0,11*** -0,15...-0,06	-30,09*** -42,75...-17,43	-0,08*** -0,12...-0,04	-26,84*** -39,08...-14,59
Psy B ²	-0,04 -0,09...0,00	-15,95* -29,24...-2,67	-0,05* -0,09...-0,01	-16,37* -29,22...-3,51
Alter	0,01 -0,04...0,05	4,81 -8,79...18,40	0,01 -0,03...0,05	6,41 -6,74...19,56
Geschlecht (m vs. w)	-0,10*** -0,14...-0,06	-26,23*** -39,45...-13,02	-0,07** -0,10...-0,03	-22,12** -34,91...-9,34
Komorbidität ³	0,02** 0,01...0,03	4,03** 1,07...7,00	0,01* 0,00...0,02	3,27* 0,41...6,14
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,06 -0,03...0,14	23,84 -1,04...48,71	0,07* 0,00...0,14	26,28* 2,21...50,34

Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,17 0,99...1,40	0,64 -14,51...15,80
Psy A ¹	1,18 0,96...1,46	-8,56 -26,83...9,71
Psy B ²	1,51** 1,18...1,93	13,95 -7,04...34,93
Alter	0,68*** 0,56...0,82	-1,48 -17,53...14,56
Geschlecht (m vs. w)	0,86 0,72...1,02	-0,47 -15,55...14,61
Komorbidität ³	1,06** 1,02...1,10	1,18 -2,35...4,70
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,15 0,87...1,52	-12,57 -36,36...11,22
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,05 0,88...1,26	-19,71* -35,18...-4,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,04 0,86...1,25	3,03 -13,31...19,37

Tabelle 190: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2)

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,78 0,39...1,59	0,85 0,72...1,01	0,97 0,76...1,25	1,69* 1,06...2,70	2,90** 1,37...6,15	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	0,00 0,00...INF	1,39*** 1,17...1,65	0,80 0,62...1,03	1,12 0,69...1,82	0,97 0,47...2,03	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	0,80 0,38...1,66	1,27** 1,07...1,50	1,82*** 1,42...2,33	0,94 0,59...1,49	0,94 0,48...1,85	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	0,98 0,86...1,11	1,07*** 1,03...1,12	0,93* 0,87...0,99	1,06 0,95...1,19	1,33** 1,08...1,63	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	0,46* 0,21...0,99	1,18 0,81...1,73	0,08*** 0,02...0,33	2,65* 1,14...6,15	3,07 0,84...11,28	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	2,49* 1,17...5,30	1,16 0,99...1,36	1,83*** 1,44...2,33	1,06 0,62...1,79	1,38 0,59...3,22	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	1,23 0,60...2,53	1,06 0,89...1,28	1,19 0,90...1,56	1,06 0,66...1,72	1,45 0,59...3,52	kf

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

Tabelle 191: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,57*** 0,43...0,76	1,38 0,43...4,41	-9,45*** -11,23...-7,66	-3,40*** -4,23...-2,58
DID Jahr 2	0,91 0,66...1,27	1,54 0,46...5,23	-2,04* -3,82...-0,25	-0,54 -1,37...0,28
Gruppe	1,26 0,98...1,61	0,40 0,13...1,25	1,88** 0,60...3,15	0,05 -0,54...0,65
Jahr 1	32,38*** 26,39...39,72	45,20*** 24,66...82,83	18,29*** 17,03...19,56	6,53*** 5,95...7,11
Jahr 2	1,65*** 1,33...2,05	5,98*** 3,13...11,39	2,81*** 1,54...4,07	1,04*** 0,46...1,63
Indexgruppe 6 (F10)	1,19 0,99...1,44	1,71** 1,20...2,43	8,31*** 6,86...9,76	0,41 -0,26...1,08
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,60*** 0,53...0,68	3,09*** 2,45...3,89	1,24** 0,33...2,15	1,71*** 1,29...2,13
Indexgruppe 9 (F43)	0,52*** 0,44...0,60	0,98 0,75...1,29	-2,22*** -3,26...-1,19	-0,06 -0,54...0,42
Psy A ¹	1,05 0,92...1,20	1,46*** 1,20...1,77	1,49** 0,61...2,37	0,72*** 0,32...1,13
Psy B ²	1,42*** 1,21...1,66	1,22 0,97...1,53	3,11*** 1,99...4,24	0,11 -0,41...0,63
Alter	1,11 0,99...1,25	0,56*** 0,47...0,67	-0,02 -0,82...0,78	-0,80*** -1,17...-0,43
Geschlecht (m vs. w)	0,85** 0,76...0,95	1,12 0,94...1,33	0,45 -0,30...1,21	0,31 -0,03...0,66
Komorbidität ³	1,02 0,99...1,04	0,95* 0,91...0,99	0,01 -0,17...0,18	-0,12** -0,20...-0,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,10 0,91...1,34	0,34*** 0,21...0,57	2,00** 0,58...3,42	-1,05** -1,71...-0,39
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,44*** 1,29...1,61	1,86*** 1,56...2,21	2,31*** 1,56...3,06	1,20*** 0,85...1,54
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,09*** 0,08...0,10	0,66*** 0,56...0,79	-7,51*** -8,30...-6,72	-0,73*** -1,10...-0,37

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)
Hier werden die Klassen gezählt.; kf=kleine Fallzahl

Tabelle 192: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	5,63*** 4,88...6,38	-0,60 -1,30...0,10	0,35 -0,62...1,33
DID Jahr 2	1,59*** 0,84...2,34	-0,63 -1,33...0,07	-0,72 -1,70...0,26
Gruppe	-0,16 -0,69...0,38	0,01 -0,49...0,51	0,63 -0,07...1,33
Jahr 1	2,69*** 2,16...3,22	3,10*** 2,61...3,59	2,69*** 2,00...3,38
Jahr 2	1,19*** 0,66...1,72	2,33*** 1,83...2,82	1,59*** 0,90...2,28
Indexgruppe 6 (F10)	5,01*** 4,40...5,62	-0,79** -1,35...-0,22	-1,41** -2,20...-0,61
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,30*** 0,92...1,68	1,51*** 1,16...1,87	0,12 -0,38...0,61
Indexgruppe 9 (F43)	-0,51* -0,94...-0,07	0,09 -0,31...0,50	-1,07*** -1,64...-0,51
Psy A ¹	0,39* 0,02...0,76	1,76*** 1,42...2,10	1,81*** 1,33...2,29
Psy B ²	0,65** 0,17...1,12	1,76*** 1,32...2,20	2,21*** 1,60...2,83
Alter	-0,87*** -1,21...-0,53	-0,49** -0,80...-0,17	1,57*** 1,13...2,00
Geschlecht (m vs. w)	0,32 0,00...0,63	1,41*** 1,12...1,71	0,85*** 0,44...1,27
Komorbidität ³	-0,08* -0,16...-0,01	-0,24*** -0,31...-0,17	1,45*** 1,36...1,55
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,70* 0,10...1,29	-1,38*** -1,93...-0,82	5,80*** 5,03...6,58
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,53** 0,21...0,85	1,51*** 1,22...1,81	1,05*** 0,64...1,47
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,32 -0,01...0,66	0,02 -0,29...0,33	0,39 -0,04...0,83

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 193: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,69*** 1,43...2,00	1,25** 1,07...1,48	0,96 0,80...1,15
Indexgruppe 6 (F10)	3,48*** 2,65...4,57	3,66*** 2,79...4,81	4,26*** 3,14...5,78
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,75*** 2,24...3,39	2,73*** 2,25...3,32	2,93*** 2,38...3,60
Indexgruppe 9 (F43)	1,08 0,83...1,41	1,30* 1,03...1,65	1,29* 1,01...1,65
Psy A ¹	1,35** 1,11...1,65	1,52*** 1,26...1,84	1,88*** 1,53...2,31
Psy B ²	1,18 0,94...1,48	1,40** 1,11...1,76	1,50** 1,14...1,96
Alter	0,85 0,71...1,01	0,92 0,78...1,09	0,81* 0,67...0,97
Geschlecht (m vs. w)	1,37*** 1,16...1,62	1,42*** 1,20...1,67	1,49*** 1,25...1,77
Komorbidität ³	0,98 0,94...1,01	0,96* 0,92...0,99	0,98 0,94...1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,75 0,55...1,02	0,62** 0,46...0,84	0,72* 0,53...0,99
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16 0,98...1,38	1,39*** 1,17...1,64	1,31** 1,09...1,58
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,27** 1,06...1,51	1,77*** 1,48...2,10	1,77*** 1,46...2,15

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 194: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,59* 1,12...2,27	1,55* 1,08...2,22	1,73* 1,14...2,63
Indexgruppe 6 (F10)	3,59*** 2,21...5,81	5,28*** 3,08...9,03	3,89*** 2,11...7,18
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,30*** 1,50...3,52	3,03*** 1,98...4,65	3,38*** 2,10...5,46
Indexgruppe 9 (F43)	1,66 0,95...2,90	2,51** 1,44...4,36	2,43** 1,29...4,56
Psy A ¹	1,36 0,86...2,14	1,29 0,83...2,00	1,75* 1,05...2,89
Psy B ²	1,92** 1,21...3,04	1,97** 1,22...3,20	2,10* 1,17...3,77
Alter	0,97 0,67...1,40	0,79 0,54...1,15	0,91 0,60...1,39
Geschlecht (m vs. w)	1,16 0,80...1,69	1,07 0,73...1,55	0,92 0,60...1,40
Komorbidität ³	0,94 0,86...1,02	0,93 0,85...1,01	0,88* 0,80...0,97
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,11 0,59...2,09	0,83 0,42...1,65	0,67 0,32...1,38
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,30 0,90...1,87	1,44 1,00...2,08	1,12 0,74...1,69
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,31 0,91...1,89	1,67** 1,15...2,41	1,29 0,85...1,97

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 195: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 196: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3)

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

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 197: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,21*** -0,31...-0,11	-2,82 -10,65...5,02
DID Jahr 2	-0,07 -0,17...0,03	-2,65 -10,48...5,18
Gruppe	0,10** 0,03...0,17	1,78 -3,84...7,41
Jahr 1	0,62*** 0,55...0,69	55,09*** 49,54...60,63
Jahr 2	-0,07 -0,14...0,01	5,65* 0,11...11,20
Indexgruppe 6 (F10)	0,03 -0,05...0,12	9,04** 2,22...15,85
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,10*** -0,15...-0,05	16,02*** 11,99...20,05
Indexgruppe 9 (F43)	-0,13*** -0,19...-0,08	-0,47 -4,85...3,91
Psy A ¹	0,07** 0,02...0,12	9,66*** 5,83...13,49
Psy B ²	0,14*** 0,07...0,21	4,10 -1,24...9,44
Alter	0,01 -0,04...0,05	6,99*** 3,64...10,34
Geschlecht (m vs. w)	-0,06** -0,10...-0,02	0,59 -2,68...3,86
Komorbidität ³	0,01 0,00...0,02	-0,42 -1,35...0,50
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,24** -0,38...-0,10	-18,20** -29,11...-7,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,26*** -0,30...-0,21	-5,97** -9,56...-2,38

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 198: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 199: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3)

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,05 -0,23...0,14
DID Jahr 2	-0,04 -0,23...0,15
Gruppe	0,11 -0,03...0,24
Jahr 1	0,76*** 0,63...0,89
Jahr 2	0,33*** 0,19...0,46
Indexgruppe 6 (F10)	-0,27** -0,42...-0,12
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,00 -0,10...0,09
Indexgruppe 9 (F43)	-0,36*** -0,47...-0,25
Psy A ¹	0,31*** 0,22...0,40
Psy B ²	0,66*** 0,54...0,78
Alter	1,45*** 1,37...1,53
Geschlecht (m vs. w)	0,16*** 0,08...0,24
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,71*** 1,57...1,86
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,51*** 0,43...0,59
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,13** -0,22...-0,05

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 200: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,18 0,88...1,57
Psy A ¹	0,67* 0,47...0,95
Psy B ²	0,59* 0,37...0,96
Alter	6,41*** 3,93...10,47
Geschlecht (m vs. w)	0,83 0,62...1,10
Komorbidität ³	1,25*** 1,20...1,32
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,65* 0,43...0,99
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,85 0,63...1,13
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,43*** 0,32...0,57

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 201: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,49** 1,19...1,86	0,93 0,70...1,25	1,03 0,89...1,20
Psy A ¹	1,18 0,94...1,48	1,20 0,88...1,64	0,92 0,77...1,10
Psy B ²	0,72 0,52...1,00	0,80 0,51...1,23	0,96 0,76...1,21
Alter	0,99 0,79...1,24	1,19 0,88...1,61	1,14 0,98...1,34
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,86...1,32	1,10 0,82...1,46	0,82** 0,71...0,95
Komorbidität ³	1,03 0,98...1,08	1,02 0,96...1,09	0,90*** 0,86...0,94
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,87 0,55...1,39	0,48 0,22...1,05	1,20 0,88...1,63
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,60*** 1,28...2,00	1,34 1,00...1,79	0,95 0,82...1,11
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,65*** 0,51...0,82	0,85 0,63...1,16	0,77*** 0,66...0,89

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 202: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3)

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

14.4 Ergebnisse Kosten

14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 203: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	701	701	681	665	645	695	698	682	668	646
durchschnittliche Kosten	2.753,76 €	2.880,09 €	2.621,46 €	2.964,77 €	2.255,48 €	2.831,61 €	3.656,14 €	2.693,95 €	2.904,03 €	2.295,65 €
Standardabweichung	5.172,73 €	6.374,61 €	7.182,65 €	10.391,59 €	6.391,96 €	5.547,56 €	11.367,56 €	6.521,87 €	6.372,74 €	4.347,35 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	334,96 €	312,15 €	286,93 €	294,23 €	214,43 €	337,65 €	269,17 €	302,29 €	321,31 €	225,40 €
Median	792,03 €	707,11 €	713,35 €	686,53 €	560,18 €	962,91 €	813,55 €	763,39 €	864,65 €	680,18 €
75%-Perzentil	2.730,89 €	2.586,68 €	2.058,64 €	2.017,09 €	1.764,70 €	2.767,74 €	2.746,38 €	2.144,01 €	2.788,51 €	2.375,73 €
Maximum	52.880,72 €	70.299,84 €	87.196,89 €	207.832,51 €	92.548,12 €	50.524,96 €	145.306,76 €	68.113,18 €	60.944,03 €	42.096,89 €

Tabelle 204: 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	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	1.121	1.112	1.087	1.072	1.050	1.101	1.092	1.071	1.041	1.021
durchschnittliche Kosten	2.059,28 €	2.283,05 €	2.404,97 €	3.042,84 €	2.759,35 €	2.128,75 €	2.443,38 €	2.355,30 €	2.599,98 €	2.415,39 €
Standardabweichung	4.397,27 €	4.523,94 €	5.513,39 €	7.707,95 €	6.238,75 €	4.287,14 €	5.981,58 €	5.039,04 €	5.995,80 €	5.277,76 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	329,01 €	309,23 €	296,24 €	309,30 €	285,04 €	284,37 €	250,03 €	276,63 €	284,47 €	278,36 €
Median	711,16 €	751,86 €	701,77 €	780,03 €	817,46 €	713,03 €	636,98 €	666,47 €	720,94 €	697,85 €
75%-Perzentil	1.926,71 €	2.188,28 €	2.009,44 €	2.430,76 €	2.495,59 €	2.366,02 €	2.230,18 €	2.313,83 €	2.364,95 €	2.163,58 €
Maximum	64.394,06 €	51.440,20 €	96.825,22 €	94.657,94 €	82.095,50 €	53.422,45 €	86.417,35 €	62.554,55 €	76.037,62 €	65.902,85 €

Tabelle 205: 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	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	204	177	149	152	127	234	204	148	178	155
durchschnittliche Kosten	1.533,20 €	1.521,32 €	1.173,02 €	1.715,67 €	1.153,03 €	1.581,57 €	2.378,30 €	1.333,32 €	1.459,69 €	1.046,42 €
Standardabweichung	3.742,48 €	4.475,42 €	4.283,19 €	8.407,15 €	4.969,21 €	4.173,82 €	10.617,86 €	4.657,79 €	4.694,67 €	2.970,98 €
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	1.427,97 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.495,99 €	1.148,64 €	0,00 €	761,55 €	0,00 €
Maximum	27.980,53 €	41.031,32 €	54.561,29 €	179.217,34 €	74.097,41 €	44.645,62 €	144.256,18 €	57.353,00 €	52.597,91 €	33.113,89 €

Tabelle 206: Kosten vollstationär 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	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	226	234	222	250	242	288	273	252	239	215
durchschnittliche Kosten	969,77 €	1.095,46 €	1.177,29 €	1.677,74 €	1.462,67 €	1.031,38 €	1.420,80 €	1.176,27 €	1.333,93 €	1.129,33 €
Standardabweichung	3.663,14 €	3.519,26 €	4.442,32 €	6.386,56 €	5.296,94 €	3.080,67 €	5.178,37 €	4.099,72 €	4.908,39 €	3.698,31 €
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 €	647,31 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	61.368,82 €	47.079,78 €	96.284,77 €	94.264,12 €	80.832,49 €	46.993,43 €	79.133,08 €	60.802,52 €	73.252,70 €	43.969,14 €

Tabelle 207: 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	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	6,81 €	15,01 €	10,87 €	1,66 €	0,00 €	12,44 €	3,10 €	6,69 €	3,60 €	3,54 €
Standardabweichung	147,54 €	287,61 €	192,55 €	43,31 €	0,00 €	189,92 €	82,94 €	108,76 €	66,55 €	83,07 €
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	3.797,39 €	7.140,32 €	3.632,08 €	1.127,78 €	0,00 €	4.317,96 €	2.217,67 €	2.125,08 €	1.300,44 €	2.130,61 €

Tabelle 208: 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	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	1,20 €	0,95 €	0,04 €	5,70 €	5,99 €	4,20 €	1,61 €	4,41 €	0,00 €	2,36 €
Standardabweichung	32,77 €	32,07 €	1,38 €	133,80 €	133,58 €	86,51 €	54,00 €	95,05 €	0,00 €	66,49 €
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	1.064,45 €	1.080,46 €	46,28 €	3.280,48 €	3.962,06 €	2.372,03 €	1.812,71 €	2.714,00 €	0,00 €	2.131,57 €

Tabelle 209: 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	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	52	67	63	47	48	54	55	53	64	47
durchschnittliche Kosten	50,20 €	64,34 €	94,06 €	44,56 €	38,25 €	29,53 €	25,25 €	35,68 €	43,09 €	22,20 €
Standardabweichung	345,19 €	465,83 €	1.154,52 €	297,51 €	236,69 €	198,15 €	134,77 €	234,75 €	362,78 €	100,36 €
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	5.490,06 €	7.528,40 €	29.395,90 €	4.672,08 €	4.303,80 €	4.263,66 €	1.799,63 €	3.803,25 €	7.765,56 €	949,63 €

Tabelle 210: 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	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	73	88	79	91	58	75	76	68	76	63
durchschnittliche Kosten	33,50 €	45,37 €	30,54 €	35,64 €	29,71 €	22,75 €	28,94 €	30,99 €	27,51 €	31,66 €
Standardabweichung	355,86 €	372,54 €	268,33 €	218,30 €	260,97 €	156,34 €	195,51 €	244,99 €	168,38 €	244,95 €
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	11.173,28 €	8.947,80 €	7.862,74 €	4.893,09 €	6.218,85 €	3.459,10 €	2.978,74 €	5.565,32 €	2.909,05 €	5.380,95 €

Tabelle 211: 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	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	698	698	680	663	635	688	691	675	664	640
durchschnittliche Kosten	592,06 €	566,95 €	540,13 €	508,92 €	410,44 €	622,52 €	563,52 €	553,54 €	581,85 €	455,47 €
Standardabweichung	831,23 €	584,10 €	548,16 €	497,17 €	463,22 €	1.264,42 €	1.240,99 €	1.220,98 €	1.218,19 €	1.247,64 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	208,70 €	198,29 €	192,10 €	185,30 €	116,49 €	225,84 €	167,32 €	191,16 €	194,39 €	114,88 €
Median	404,80 €	390,62 €	384,21 €	375,17 €	270,46 €	410,96 €	357,97 €	379,55 €	368,31 €	280,97 €
75%-Perzentil	726,48 €	708,69 €	696,12 €	667,29 €	530,58 €	707,33 €	666,56 €	680,47 €	720,32 €	523,22 €
Maximum	13.826,14 €	5.223,57 €	4.645,04 €	3.994,99 €	5.735,43 €	22.015,61 €	29.849,27 €	29.652,35 €	28.926,83 €	30.365,86 €

Tabelle 212: 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	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	1.119	1.106	1.079	1.066	1.043	1.099	1.085	1.058	1.035	1.015
durchschnittliche Kosten	525,02 €	521,77 €	503,26 €	526,98 €	526,17 €	521,49 €	435,62 €	462,81 €	467,40 €	460,22 €
Standardabweichung	493,05 €	525,32 €	481,51 €	531,59 €	567,01 €	1.118,28 €	430,44 €	480,89 €	477,74 €	444,09 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	225,07 €	189,14 €	185,19 €	175,19 €	173,46 €	187,94 €	152,02 €	167,28 €	170,15 €	156,93 €
Median	381,49 €	369,66 €	369,78 €	384,39 €	349,20 €	360,77 €	324,34 €	332,75 €	330,58 €	326,52 €
75%-Perzentil	647,27 €	679,72 €	656,20 €	693,34 €	687,03 €	612,99 €	579,34 €	607,22 €	615,45 €	622,94 €
Maximum	5.272,25 €	5.628,31 €	3.275,56 €	5.783,05 €	5.443,00 €	25.507,53 €	4.677,90 €	6.208,37 €	7.191,60 €	3.177,32 €

Tabelle 213: 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	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	612	616	593	579	564	589	600	595	577	570
durchschnittliche Kosten	511,31 €	634,88 €	736,44 €	624,85 €	564,72 €	514,78 €	609,57 €	673,81 €	722,49 €	650,75 €
Standardabweichung	2.155,26 €	2.931,88 €	4.532,95 €	3.867,32 €	2.287,90 €	1.911,55 €	2.434,32 €	3.061,38 €	2.953,15 €	2.021,97 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	28,98 €	28,61 €	28,30 €	30,47 €	27,61 €	24,14 €	26,28 €	26,02 €	28,70 €	30,01 €
Median	111,34 €	103,94 €	104,27 €	112,05 €	111,52 €	102,75 €	105,79 €	116,37 €	131,25 €	121,98 €
75%-Perzentil	342,90 €	365,79 €	342,17 €	355,69 €	383,67 €	335,90 €	366,04 €	388,70 €	402,98 €	398,15 €
Maximum	46.422,41 €	44.636,01 €	72.272,74 €	88.715,54 €	39.911,36 €	32.147,55 €	43.870,02 €	62.377,42 €	60.223,06 €	21.508,79 €

Tabelle 214: 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	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	987	973	967	950	938	933	945	935	901	886
durchschnittliche Kosten	490,76 €	569,62 €	637,59 €	738,39 €	666,33 €	490,60 €	492,36 €	611,40 €	703,27 €	705,64 €
Standardabweichung	1.449,63 €	1.724,20 €	2.314,78 €	3.331,46 €	2.263,11 €	1.973,79 €	1.550,46 €	2.142,11 €	2.652,05 €	2.885,80 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	39,29 €	30,51 €	40,42 €	40,68 €	43,64 €	24,47 €	27,37 €	31,91 €	29,90 €	30,98 €
Median	141,57 €	156,88 €	144,19 €	160,28 €	162,60 €	108,34 €	114,28 €	129,18 €	137,55 €	143,80 €
75%-Perzentil	425,44 €	467,88 €	453,75 €	475,63 €	525,31 €	340,36 €	370,39 €	392,79 €	471,09 €	488,81 €
Maximum	22.761,65 €	28.551,01 €	44.741,04 €	60.201,56 €	37.669,24 €	41.782,72 €	26.884,11 €	37.182,67 €	41.408,59 €	59.187,97 €

Tabelle 215: 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	714	714	693	678	666	715	715	696	682	665
N mit Fall	152	135	126	117	122	162	157	163	166	150
durchschnittliche Kosten	60,17 €	77,59 €	66,93 €	69,11 €	89,04 €	70,77 €	76,39 €	90,91 €	93,32 €	117,26 €
Standardabweichung	271,58 €	350,43 €	344,12 €	348,23 €	487,87 €	257,94 €	304,18 €	337,05 €	334,84 €	477,52 €
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	5.384,34 €	6.016,54 €	6.216,44 €	5.129,69 €	7.937,24 €	4.440,47 €	5.130,24 €	4.595,71 €	4.295,43 €	5.673,05 €

Tabelle 216: 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	1.135	1.135	1.117	1.102	1.082	1.127	1.127	1.103	1.081	1.057
N mit Fall	169	186	199	186	173	203	214	198	209	211
durchschnittliche Kosten	39,04 €	49,88 €	56,25 €	58,39 €	68,48 €	58,33 €	64,06 €	69,41 €	67,87 €	86,17 €
Standardabweichung	195,19 €	202,85 €	230,14 €	261,15 €	361,99 €	250,00 €	225,83 €	288,92 €	260,57 €	380,44 €
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	3.411,84 €	2.689,92 €	4.021,56 €	5.109,41 €	6.744,01 €	4.893,28 €	3.198,08 €	3.886,80 €	4.106,68 €	7.470,69 €

14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 217: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	2.811	2.824	2.795	2.797
durchschnittliche Kosten	2.649,17 €	2.656,08 €	2.727,35 €	3.203,00 €
Standardabweichung	5.867,67 €	5.923,23 €	6.017,40 €	10.921,25 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	304,52 €	288,96 €	269,15 €	228,93 €
Median	776,21 €	722,14 €	769,06 €	653,17 €
75%-Perzentil	2.509,35 €	2.401,85 €	2.497,35 €	2.287,95 €
Maximum	90.904,36 €	70.299,84 €	73.389,13 €	306.823,33 €

Tabelle 218: 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	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	772	698	855	727
durchschnittliche Kosten	1.428,99 €	1.401,63 €	1.571,19 €	1.978,11 €
Standardabweichung	4.579,93 €	4.452,48 €	4.746,13 €	9.897,94 €
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	802,66 €	0,00 €	1.197,49 €	625,21 €
Maximum	86.042,81 €	67.995,12 €	62.510,03 €	303.710,34 €

Tabelle 219: 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	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	<10	<10	11	11
durchschnittliche Kosten	2,26 €	6,79 €	6,91 €	14,69 €
Standardabweichung	77,99 €	175,06 €	130,39 €	491,52 €
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	3.797,39 €	7.140,32 €	4.317,96 €	25.713,02 €

Tabelle 220: 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	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	205	259	204	244
durchschnittliche Kosten	51,23 €	54,04 €	27,70 €	41,23 €
Standardabweichung	432,05 €	485,37 €	186,16 €	235,49 €
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	14.276,65 €	19.986,04 €	4.842,85 €	5.052,82 €

Tabelle 221: 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	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	2.794	2.806	2.773	2.761
durchschnittliche Kosten	565,25 €	518,14 €	559,23 €	493,10 €
Standardabweichung	614,19 €	519,05 €	963,59 €	1.036,95 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	202,96 €	178,49 €	174,38 €	145,71 €
Median	406,57 €	364,79 €	375,88 €	316,38 €
75%-Perzentil	752,59 €	685,98 €	709,78 €	610,90 €
Maximum	13.826,14 €	5.295,76 €	28.805,13 €	35.994,45 €

Tabelle 222: 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	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	2.437	2.424	2.350	2.327
durchschnittliche Kosten	529,21 €	601,12 €	498,69 €	603,98 €
Standardabweichung	2.350,35 €	2.863,06 €	2.014,42 €	2.811,01 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	26,14 €	26,25 €	16,19 €	15,91 €
Median	108,36 €	106,44 €	83,79 €	84,57 €
75%-Perzentil	333,84 €	355,41 €	289,36 €	306,34 €
Maximum	53.445,60 €	60.410,88 €	53.310,10 €	68.606,10 €

Tabelle 223: 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	2.880	2.880	2.880	2.880
N mit Fall	569	523	586	556
durchschnittliche Kosten	72,22 €	74,37 €	63,63 €	71,88 €
Standardabweichung	332,13 €	329,78 €	244,56 €	337,30 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.384,34 €	6.016,54 €	5.096,42 €	10.266,96 €

14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 224: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	2.101	2.110	2.032	2.082	2.088	2.003
durchschnittliche Kosten	2.627,91 €	2.631,67 €	2.543,74 €	2.568,77 €	3.224,09 €	2.416,48 €
Standardabweichung	5.531,16 €	5.758,90 €	6.545,22 €	5.728,83 €	11.617,29 €	5.946,49 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	309,67 €	313,96 €	255,90 €	265,10 €	250,02 €	216,47 €
Median	778,82 €	739,39 €	686,87 €	744,66 €	679,09 €	612,84 €
75%-Perzentil	2.581,25 €	2.401,44 €	2.188,40 €	2.385,10 €	2.284,44 €	1.966,56 €
Maximum	85.528,95 €	70.299,84 €	87.196,89 €	73.389,13 €	306.823,33 €	83.794,35 €

Tabelle 225: 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	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	599	517	438	629	540	430
durchschnittliche Kosten	1.443,35 €	1.378,25 €	1.267,22 €	1.455,92 €	2.021,53 €	1.238,95 €
Standardabweichung	4.339,73 €	4.439,98 €	4.854,03 €	4.394,84 €	10.857,43 €	4.443,56 €
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	925,54 €	0,00 €	0,00 €	1.147,19 €	555,54 €	0,00 €
Maximum	85.274,20 €	67.995,12 €	83.047,17 €	58.888,05 €	303.710,34 €	81.994,60 €

Tabelle 226: 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	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	2,26 €	8,98 €	4,12 €	6,74 €	4,62 €	5,42 €
Standardabweichung	85,00 €	202,43 €	113,33 €	133,87 €	102,46 €	108,64 €
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	3.797,39 €	7.140,32 €	3.632,08 €	4.317,96 €	2.987,59 €	3.284,61 €

Tabelle 227: 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	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	156	193	172	145	181	182
durchschnittliche Kosten	51,87 €	53,93 €	56,71 €	28,48 €	35,77 €	43,91 €
Standardabweichung	444,74 €	532,88 €	697,13 €	203,23 €	193,69 €	258,55 €
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	14.276,65 €	19.986,04 €	29.395,90 €	4.842,85 €	2.844,72 €	4.169,20 €

Tabelle 228: 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	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	2.090	2.099	2.016	2.069	2.071	1.983
durchschnittliche Kosten	563,18 €	547,95 €	495,33 €	541,55 €	503,11 €	465,98 €
Standardabweichung	637,66 €	536,63 €	518,67 €	859,02 €	832,42 €	826,99 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	202,96 €	198,72 €	152,24 €	171,27 €	159,09 €	136,15 €
Median	402,25 €	391,81 €	333,58 €	369,61 €	338,57 €	309,73 €
75%-Perzentil	738,66 €	717,42 €	659,04 €	694,60 €	640,11 €	590,53 €
Maximum	13.826,14 €	5.295,76 €	4.802,66 €	22.015,61 €	29.849,27 €	29.652,35 €

Tabelle 229: 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	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	1.818	1.829	1.772	1.744	1.740	1.718
durchschnittliche Kosten	502,56 €	574,62 €	642,55 €	475,35 €	593,82 €	590,32 €
Standardabweichung	2.119,93 €	2.501,63 €	3.331,76 €	2.033,45 €	2.836,31 €	2.635,59 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	25,91 €	26,90 €	26,62 €	15,68 €	16,49 €	16,49 €
Median	109,62 €	106,42 €	104,50 €	85,00 €	86,83 €	90,11 €
75%-Perzentil	340,57 €	351,48 €	352,40 €	281,27 €	304,91 €	328,58 €
Maximum	46.422,41 €	44.636,01 €	72.272,74 €	53.310,10 €	68.606,10 €	67.234,22 €

Tabelle 230: 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	2.152	2.152	2.095	2.146	2.146	2.092
N mit Fall	433	395	411	434	414	389
durchschnittliche Kosten	64,68 €	67,94 €	77,81 €	60,71 €	65,23 €	71,91 €
Standardabweichung	287,33 €	294,08 €	371,52 €	240,87 €	277,16 €	315,68 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.384,34 €	6.016,54 €	6.486,54 €	5.096,42 €	5.130,24 €	6.579,28 €

14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 231: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	1.412	1.414	1.373	1.331	1.405	1.421	1.376	1.340
durchschnittliche Kosten	2.689,50 €	2.717,69 €	2.629,67 €	3.012,90 €	2.587,21 €	3.354,13 €	2.517,32 €	2.555,58 €
Standardabweichung	5.466,34 €	5.843,59 €	6.987,49 €	9.555,25 €	5.526,73 €	12.581,33 €	6.137,27 €	5.759,60 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	315,27 €	323,42 €	288,47 €	259,01 €	270,78 €	254,62 €	266,45 €	222,63 €
Median	772,40 €	756,91 €	730,78 €	656,13 €	799,35 €	725,08 €	684,53 €	655,27 €
75%-Perzentil	2.633,54 €	2.464,28 €	2.191,96 €	2.057,19 €	2.481,35 €	2.314,86 €	2.061,21 €	2.355,44 €
Maximum	52.880,72 €	70.299,84 €	87.196,89 €	207.832,51 €	65.216,68 €	306.823,33 €	78.137,60 €	60.944,03 €

Tabelle 232: 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	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
N mit Fall	1.234	1.229	1.198	1.180	1.221	1.210	1.185	1.151
durchschnittliche Kosten	2.084,71 €	2.277,28 €	2.443,42 €	3.054,71 €	2.204,77 €	2.574,98 €	2.356,03 €	2.528,62 €
Standardabweichung	4.501,98 €	4.524,84 €	5.508,93 €	7.728,12 €	4.563,07 €	6.521,19 €	4.962,19 €	5.805,31 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	327,95 €	302,82 €	287,66 €	298,74 €	267,66 €	242,30 €	269,93 €	264,02 €
Median	708,98 €	746,01 €	706,07 €	759,65 €	701,94 €	636,98 €	669,65 €	711,56 €
75%-Perzentil	1.880,23 €	2.169,44 €	2.052,52 €	2.491,31 €	2.401,47 €	2.228,92 €	2.324,29 €	2.322,36 €
Maximum	64.394,06 €	51.440,20 €	96.825,22 €	94.657,94 €	53.422,45 €	90.229,95 €	62.554,55 €	76.037,62 €

Tabelle 233: 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	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	397	359	298	302	437	369	303	325
durchschnittliche Kosten	1.438,36 €	1.422,28 €	1.257,27 €	1.692,60 €	1.439,38 €	2.114,34 €	1.248,14 €	1.295,97 €
Standardabweichung	3.933,84 €	4.347,06 €	4.959,31 €	7.705,73 €	4.154,91 €	11.911,46 €	4.265,88 €	4.193,08 €
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	893,98 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.197,50 €	628,41 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	48.230,57 €	67.995,12 €	83.047,17 €	179.217,34 €	53.863,88 €	303.710,34 €	62.673,83 €	52.597,91 €

Tabelle 234: 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	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
N mit Fall	252	260	250	279	318	305	283	262
durchschnittliche Kosten	1.015,06 €	1.114,69 €	1.237,29 €	1.646,54 €	1.077,84 €	1.533,29 €	1.158,01 €	1.286,79 €
Standardabweichung	3.787,14 €	3.580,74 €	4.486,85 €	6.160,74 €	3.309,66 €	5.750,12 €	3.964,98 €	4.721,59 €
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 €	602,72 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	61.368,82 €	47.079,78 €	96.284,77 €	94.264,12 €	46.993,43 €	87.900,81 €	60.802,52 €	73.252,70 €

Tabelle 235: 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	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	3,37 €	8,21 €	6,15 €	0,82 €	8,09 €	4,77 €	3,87 €	3,06 €
Standardabweichung	103,80 €	204,43 €	138,46 €	30,46 €	151,19 €	96,87 €	79,32 €	58,31 €
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	3.797,39 €	7.140,32 €	3.632,08 €	1.127,78 €	4.317,96 €	2.563,13 €	2.125,08 €	1.300,44 €

Tabelle 236: 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	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	1,98 €	0,86 €	0,04 €	5,17 €	3,79 €	1,45 €	3,97 €	0,00 €
Standardabweichung	44,36 €	30,52 €	1,32 €	127,43 €	82,11 €	51,25 €	90,12 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.117,52 €	1.080,46 €	46,28 €	3.280,48 €	2.372,03 €	1.812,71 €	2.714,00 €	0,00 €

Tabelle 237: 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	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	106	130	117	107	98	127	119	123
durchschnittliche Kosten	56,82 €	51,35 €	67,98 €	65,02 €	28,72 €	38,44 €	39,64 €	42,54 €
Standardabweichung	497,51 €	359,57 €	840,11 €	480,28 €	209,11 €	206,28 €	228,60 €	329,11 €
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	14.276,65 €	7.528,40 €	29.395,90 €	10.492,06 €	4.842,85 €	2.844,72 €	3.803,25 €	7.765,56 €

Tabelle 238: 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	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
N mit Fall	84	95	91	97	87	88	86	84
durchschnittliche Kosten	32,61 €	44,52 €	30,82 €	39,78 €	25,76 €	28,54 €	35,15 €	26,88 €
Standardabweichung	339,93 €	359,95 €	258,16 €	284,93 €	160,58 €	187,88 €	246,15 €	162,66 €
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	11.173,28 €	8.947,80 €	7.862,74 €	6.730,58 €	3.459,10 €	2.978,74 €	5.565,32 €	2.909,05 €

Tabelle 239: 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	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	1.404	1.406	1.369	1.315	1.393	1.410	1.362	1.323
durchschnittliche Kosten	571,73 €	554,77 €	536,22 €	462,92 €	562,58 €	526,45 €	514,08 €	483,59 €
Standardabweichung	688,57 €	545,76 €	522,55 €	480,92 €	983,66 €	953,18 €	958,89 €	922,42 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	205,05 €	205,43 €	186,60 €	153,47 €	177,02 €	165,57 €	165,40 €	139,86 €
Median	406,25 €	399,89 €	384,48 €	327,98 €	377,26 €	345,25 €	342,11 €	310,90 €
75%-Perzentil	739,64 €	709,44 €	704,62 €	603,39 €	704,44 €	647,90 €	643,87 €	612,25 €
Maximum	13.826,14 €	5.223,57 €	4.645,04 €	5.513,86 €	22.015,61 €	29.849,27 €	29.652,35 €	28.926,83 €

Tabelle 240: 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	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
N mit Fall	1.232	1.223	1.189	1.174	1.219	1.202	1.172	1.145
durchschnittliche Kosten	518,51 €	518,34 €	502,70 €	516,20 €	517,49 €	432,45 €	465,10 €	459,17 €
Standardabweichung	487,93 €	522,14 €	485,25 €	530,38 €	1.081,72 €	427,39 €	481,60 €	473,97 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	220,75 €	189,36 €	183,09 €	170,86 €	183,46 €	149,55 €	161,86 €	163,54 €
Median	376,80 €	366,01 €	366,61 €	373,36 €	350,16 €	320,02 €	332,75 €	323,49 €
75%-Perzentil	638,99 €	673,79 €	656,20 €	674,30 €	614,30 €	577,63 €	618,96 €	600,61 €
Maximum	5.272,25 €	5.628,31 €	3.275,56 €	5.783,05 €	25.507,53 €	4.677,90 €	6.208,37 €	7.191,60 €

Tabelle 241: 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	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	1.227	1.238	1.205	1.171	1.184	1.194	1.177	1.140
durchschnittliche Kosten	548,03 €	605,44 €	684,01 €	699,76 €	484,55 €	599,74 €	637,76 €	644,09 €
Standardabweichung	2.425,59 €	2.768,37 €	3.806,63 €	3.696,80 €	2.116,57 €	2.716,54 €	3.025,88 €	2.772,53 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	27,65 €	28,39 €	28,33 €	30,41 €	17,06 €	22,59 €	19,28 €	22,70 €
Median	114,15 €	111,63 €	106,21 €	117,14 €	88,42 €	98,08 €	98,61 €	109,13 €
75%-Perzentil	347,76 €	358,18 €	360,45 €	364,23 €	308,54 €	340,66 €	370,50 €	365,89 €
Maximum	46.422,41 €	44.636,01 €	72.272,74 €	88.715,54 €	53.310,10 €	68.606,10 €	67.234,22 €	60.223,06 €

Tabelle 242: 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	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
N mit Fall	1.077	1.070	1.058	1.044	1.032	1.042	1.027	990
durchschnittliche Kosten	475,19 €	547,00 €	616,25 €	789,48 €	523,61 €	515,82 €	625,80 €	688,91 €
Standardabweichung	1.390,43 €	1.652,37 €	2.215,25 €	3.674,00 €	2.197,44 €	1.713,39 €	2.226,23 €	2.557,60 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	34,89 €	28,11 €	36,35 €	38,53 €	23,51 €	24,89 €	28,51 €	27,49 €
Median	138,71 €	147,53 €	140,79 €	157,46 €	104,25 €	111,03 €	126,91 €	134,37 €
75%-Perzentil	424,31 €	466,96 €	452,21 €	470,32 €	342,13 €	370,87 €	392,79 €	471,65 €
Maximum	22.761,65 €	28.551,01 €	44.741,04 €	60.201,56 €	41.782,72 €	26.884,11 €	37.182,67 €	41.408,59 €

Tabelle 243: 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	1.443	1.443	1.403	1.371	1.451	1.451	1.418	1.391
N mit Fall	310	274	274	269	286	285	277	288
durchschnittliche Kosten	71,19 €	75,63 €	78,05 €	91,78 €	63,88 €	70,39 €	73,83 €	86,33 €
Standardabweichung	325,19 €	333,81 €	374,54 €	442,81 €	262,67 €	301,86 €	321,45 €	396,39 €
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	5.384,34 €	6.016,54 €	6.486,54 €	8.363,98 €	5.096,42 €	5.130,24 €	6.579,28 €	9.527,97 €

Tabelle 244: 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	1.253	1.253	1.233	1.215	1.251	1.251	1.227	1.203
N mit Fall	185	208	217	201	216	230	219	232
durchschnittliche Kosten	41,35 €	51,86 €	56,32 €	57,55 €	56,29 €	63,43 €	68,00 €	66,87 €
Standardabweichung	208,56 €	208,87 €	226,93 €	254,19 €	241,40 €	227,53 €	284,02 €	254,02 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	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	3.411,84 €	2.689,92 €	4.021,56 €	5.109,41 €	4.893,28 €	3.198,08 €	3.886,80 €	4.106,68 €

14.4.5 Zusatztabelle Patientenmix

Tabelle 245: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

Behandlungs- setting	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert												
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	36	308	0,119	36	407	0,001	36	385	0,010	31	377	0,005	25	366	0,001	37	346	0,081
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	4	219	0,000	9	318	0,000	8	332	0,000	7	323	0,000	8	299	0,000	4	301	0,000
vs+PIA	295	1.627	0,249	402	2.021	0,000	431	2.174	0,000	457	2.404	0,000	468	2.421	0,000	423	2.193	0,000
vs+HT																		
TK+PIA	71	327	0,123	104	489	0,007	89	443	0,021	92	452	0,005	95	511	0,023	79	390	0,017
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	128	2.589	0,000	264	4.680	0,000	211	4.750	0,000	225	4.791	0,000	234	4.968	0,000	207	4.416	0,000
TK	2	218	0,000	5	528	0,000	19	514	0,000	11	613	0,000	18	608	0,000	10	658	0,000
PIA	1.453	6.473	0,000	2.009	9.400	0,000	2.024	9.797	0,000	1.957	10.352	0,000	2.059	11.032	0,000	2.111	#####	0,000
HT																		
Gesamt- ergebnis	1.989	11.761	0,000	2.829	17.843	0,000	2.818	18.395	0,000	2.780	19.312	0,000	2.907	20.205	0,000	2.871	#####	0,000

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

14.4.6 Zusatztabelleffizienz – U2 Betrachtung der Kohorten

Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (Klinikneue Patienten)

