

# Abschlussbericht

## Klinikum Itzehoe – Zentrum für Psychosoziale Medizin

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

**Berichtsnummer: 3**

**Datum: 29.06.2020**

**aktualisiert am 22.12.2020**

### Autoren:

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

<sup>1</sup> Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

<sup>2</sup> WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

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

<sup>5</sup> 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 Arnold<sup>1</sup>, Dr. rer. pol. Franziska Claus, M.Sc.<sup>2</sup>, Dipl.-Math. Nils Kossack<sup>2</sup>, Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise Küster, M.P.H.<sup>1</sup>, Dr. rer. medic. Thomas Petzold<sup>1</sup>, Dipl.-Volksw. Ines Weinhold<sup>2</sup>, Dr. med. Jessika Weiß<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

<sup>2</sup> WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

## Inhalt

1. Zusammenfassung.....	21
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 Itzehoe – Zentrum für Psychosoziale Medizin.....	39
8. Ergebnisse: Effektivität .....	40
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe .....	41
8.2 Ergebnisse Outcomes .....	47
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	49
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	49
U1 .....	53
U2 .....	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 .....	144
U3 .....	151
U4 .....	159
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	179
Beschreibung Ergebnisse (U2) .....	179

U2 .....	180
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping .....	187
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) .....	187
U1 .....	188
U2 .....	192
U3 .....	194
U4 .....	197
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit .....	200
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) .....	200
U1 .....	203
U2 .....	210
U3 .....	213
U4 .....	217
8.2.7 Wiederaufnahmeraten .....	223
Beschreibung Ergebnisse (U2) .....	223
U2 .....	224
8.2.8 Komorbidität .....	227
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) .....	227
U1 .....	229
U2 .....	232
U3 .....	233
U4 .....	235
8.2.9 Mortalität .....	237
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) .....	237
U1 .....	238
U2 .....	242
U3 .....	244
U4 .....	247
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung .....	250
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) .....	250
U1 .....	252
U2 .....	261
U3 .....	265

U4 .....	270
8.2.11 Leitlinienadhärenz .....	278
Beschreibung Ergebnisse (U2) .....	278
U2 .....	280
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung .....	290
9.1 Patientenmix .....	290
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	290
U1 .....	293
U2 .....	296
U3 .....	298
U4 .....	300
9.2 Leistungserbringung .....	303
Beschreibung Ergebnisse (U1) .....	303
U1 .....	303
10. Ergebnisse: Kosten .....	310
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	310
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	310
U1 .....	313
U2 .....	317
U3 .....	318
U4 .....	320
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	322
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	322
U1 .....	324
U2 .....	328
U3 .....	329
U4 .....	331
10.3 Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen .....	333
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	333
U1 .....	334
U2 .....	338
U3 .....	339
U4 .....	341

10.4	Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen .....	343
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	343
	U1 .....	345
	U2 .....	349
	U3 .....	350
	U4 .....	352
10.5	Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen .....	354
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	354
	U1 .....	356
	U2 .....	360
	U3 .....	361
	U4 .....	363
10.6	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 365	
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	365
	U1 .....	366
	U2 .....	370
	U3 .....	371
	U4 .....	373
10.7	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung .....	375
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	375
	U1 .....	377
	U2 .....	381
	U3 .....	382
	U4 .....	384
10.8	Kosten der Psychopharmakaversorgung .....	386
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	386
	U1 .....	388
	U2 .....	392
	U3 .....	393
	U4 .....	395
10.9	Kosten der Heilmittelversorgung .....	397
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	397

U1 .....	398
U2 .....	401
U3 .....	402
U4 .....	404
11. Ergebnisse: Effizienz .....	406
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4).....	406
U2 .....	408
U4 .....	409
12. Diskussion .....	411
12.1    Hauptergebnisse.....	411
12.2    Limitationen der Evaluation (inhaltlich) .....	427
12.3    Limitationen der Evaluation (datentechnisch) .....	431
13. Literatur .....	433
14. Anhang.....	436
14.1    Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4 .....	436
14.2    Unterteilung nach Alter und Diagnose .....	447
14.3    Ergebnisse Modellierung Effektivität .....	455
14.4    Ergebnisse Kosten .....	506
14.4.1    Somatische Versorgungskosten (U1).....	507
14.4.2    Somatische Versorgungskosten (U2).....	512
14.4.3    Somatische Versorgungskosten (U3).....	515
14.4.4    Somatische Versorgungskosten (U4).....	518
14.4.5    Zusatztabellen Patientenmix.....	523
14.4.6    Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten.....	524

## 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).....	137
Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U2) .....	148
Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U3) .....	155
Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, (U4) .....	173
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, (U2) .....	184
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	190
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2).....	193
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	195
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4).....	199
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U1) .....	205
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U2) .....	211
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U3) .....	214
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, (U4) .....	219
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, (U2) .....	225
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) .....	230
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) .....	232
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U3) .....	233
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) .....	236
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, (U1).....	239
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U2).....	243
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U3).....	245
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, (U4).....	248
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, (U1) .....	254
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, (U2) .....	262
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, (U3) .....	266
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, (U4) .....	272
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, (U2) .....	285
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten .....	294
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten .....	295
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten .....	297
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten .....	299
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten .....	301
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten .....	302
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten .....	313
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten .....	314
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten .....	317
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten .....	318

Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten .....	320
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten .....	321
Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	324
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	325
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	328
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	329
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	331
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten .....	332
Abbildung 54: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	334
Abbildung 55: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	335
Abbildung 56: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	338
Abbildung 57: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	339
Abbildung 58: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	341
Abbildung 59: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten .....	342
Abbildung 60: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	345
Abbildung 61: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	346
Abbildung 62: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	349
Abbildung 63: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	350
Abbildung 64: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	352
Abbildung 65: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten .....	353
Abbildung 66: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten .....	356
Abbildung 67: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	357
Abbildung 68: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten .....	360
Abbildung 69: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten .....	361
Abbildung 70: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten .....	363
Abbildung 71: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten.....	364
Abbildung 72: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten .....	366
Abbildung 73: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	367
Abbildung 74: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten .....	370
Abbildung 75: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten .....	371
Abbildung 76: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten .....	373
Abbildung 77: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten .....	374
Abbildung 78: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	377
Abbildung 79: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	378
Abbildung 80: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	381
Abbildung 81: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	382
Abbildung 82: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	384
Abbildung 83: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	385
Abbildung 84: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	388
Abbildung 85: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	389
Abbildung 86: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	392
Abbildung 87: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	393
Abbildung 88: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten.....	395
Abbildung 89: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	396
Abbildung 90: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	398
Abbildung 91: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	399
Abbildung 92: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	401
Abbildung 93: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	402

Abbildung 94: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten.....	404
Abbildung 95: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten .....	405
Abbildung 96: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4.....	410
Abbildung 97: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage.....	524

## 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.....	41
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1.....	43
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1).....	53
Tabelle 7: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U1).....	65
Tabelle 8: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, (U2).....	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).....	143
Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, (U2).....	144
Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung, (U3).....	151
Tabelle 22: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, (U3).....	158
Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, (U4).....	159
Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, (U2).....	180
Tabelle 25: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, (U2).....	186
Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	188
Tabelle 27: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U1).....	191
Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2).....	192
Tabelle 29: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	194
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U3).....	196
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U4).....	197
Tabelle 32: Arbeitsunfähigkeit, (U1).....	203
Tabelle 33: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U1).....	209
Tabelle 34: Arbeitsunfähigkeit, (U2).....	210
Tabelle 35: Arbeitsunfähigkeit, (U3).....	213
Tabelle 36: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, (U3).....	216
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, (U4).....	217
Tabelle 38: Wiederaufnahmeraten, (U2).....	224
Tabelle 39: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, (U2).....	226
Tabelle 40: Komorbidität, (U1).....	229
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U1).....	231
Tabelle 42: Komorbidität, (U2).....	232
Tabelle 43: Komorbidität, (U3).....	233
Tabelle 44: Inferenzstatistik, Komorbidität, (U3).....	234

Tabelle 45: Komorbidität, (U4) .....	235
Tabelle 46: Mortalität, (U1).....	238
Tabelle 47: Inferenzstatistik, Mortalität, (U1) .....	241
Tabelle 48: Mortalität, (U2).....	242
Tabelle 49: Mortalität, (U3).....	244
Tabelle 50: Inferenzstatistik, Mortalität, (U3) .....	246
Tabelle 51: Mortalität, (U4).....	247
Tabelle 52: Progression, (U1) .....	252
Tabelle 53: Inferenzstatistik, Progression, (U1) .....	260
Tabelle 54: Progression, (U2) .....	261
Tabelle 55: Progression, (U3) .....	265
Tabelle 56: Inferenzstatistik, Progression, (U3) .....	269
Tabelle 57: Progression, (U4) .....	270
Tabelle 58: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, (U2).....	280
Tabelle 59: Leitlinienadhärenz Demenz, (U2).....	281
Tabelle 60: Leitlinienadhärenz Depression, (U2) .....	282
Tabelle 61: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, (U2).....	284
Tabelle 62: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, (U2).....	289
Tabelle 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten .....	293
Tabelle 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten.....	294
Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten .....	296
Tabelle 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten .....	298
Tabelle 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten .....	300
Tabelle 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten.....	301
Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten .....	304
Tabelle 70: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	305
Tabelle 71: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten .....	306
Tabelle 72: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	306
Tabelle 73: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten .....	307
Tabelle 74: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten .....	308
Tabelle 75: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	309
Tabelle 76: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten .....	309
Tabelle 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	313
Tabelle 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten.....	314
Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	315
Tabelle 80: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten.....	316
Tabelle 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten.....	317
Tabelle 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	318
Tabelle 83: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	319
Tabelle 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten.....	320



Tabelle 85: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten .....	321
Tabelle 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	324
Tabelle 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	325
Tabelle 88: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	326
Tabelle 89: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	327
Tabelle 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	328
Tabelle 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	329
Tabelle 92: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	330
Tabelle 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	331
Tabelle 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	332
Tabelle 95: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	334
Tabelle 96: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	335
Tabelle 97: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	336
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	337
Tabelle 99: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	338
Tabelle 100: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	339
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	340
Tabelle 102: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	341
Tabelle 103: Kosten stationersetzender psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	342
Tabelle 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	345
Tabelle 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	346
Tabelle 106: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	347
Tabelle 107: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	348
Tabelle 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	349
Tabelle 109: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	350
Tabelle 110: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	351
Tabelle 111: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	352
Tabelle 112: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	353
Tabelle 113: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten .....	356
Tabelle 114: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	357
Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten .....	358
Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	359
Tabelle 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten .....	360
Tabelle 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten .....	361
Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten .....	362
Tabelle 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten .....	363
Tabelle 121: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten .....	364
Tabelle 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten .....	366
Tabelle 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	367
Tabelle 124: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten .....	368
Tabelle 125: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	369
Tabelle 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten .....	370

Tabelle 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten .....	371
Tabelle 128: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten.....	372
Tabelle 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten .....	373
Tabelle 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ...	374
Tabelle 131: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	377
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	378
Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	379
Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	380
Tabelle 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	381
Tabelle 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	382
Tabelle 137: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	383
Tabelle 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	384
Tabelle 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	385
Tabelle 140: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	388
Tabelle 141: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	389
Tabelle 142: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	390
Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	391
Tabelle 144: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	392
Tabelle 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	393
Tabelle 146: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	394
Tabelle 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten .....	395
Tabelle 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	396
Tabelle 149: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	398
Tabelle 150: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	399
Tabelle 151: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	400
Tabelle 152: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	400
Tabelle 153: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	401
Tabelle 154: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	402
Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	403
Tabelle 156: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten .....	404
Tabelle 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	405
Tabelle 158: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten .....	408
Tabelle 159: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten .....	408
Tabelle 160: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung.....	409
Tabelle 161: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung .....	409
Tabelle 162: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2 .....	436
Tabelle 163: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2 .....	436

Tabelle 164: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3 .....	439
Tabelle 165: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3 .....	439
Tabelle 166: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4 .....	442
Tabelle 167: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4 .....	443
Tabelle 168: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1).....	447
Tabelle 169: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) .....	451
Tabelle 170: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1) .....	456
Tabelle 171: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1) .....	458
Tabelle 172: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1) .....	460
Tabelle 173: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1).....	462
Tabelle 174: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1 .....	464
Tabelle 175: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2 .....	465
Tabelle 176: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3 .....	466
Tabelle 177: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4 .....	467
Tabelle 178: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1 .....	468
Tabelle 179: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2 .....	469
Tabelle 180: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3 .....	470
Tabelle 181: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4 .....	471
Tabelle 182: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1).....	472
Tabelle 183: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1).....	472
Tabelle 184: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1).....	473
Tabelle 185: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1).....	474
Tabelle 186: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1) .....	475
Tabelle 187: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1) .....	477
Tabelle 188: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1) .....	479
Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1) .....	479
Tabelle 190: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1).....	480
Tabelle 191: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1) .....	482
Tabelle 192: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1) .....	484
Tabelle 193: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1).....	485
Tabelle 194: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1) .....	486
Tabelle 195: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1) .....	487
Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1).....	488
Tabelle 197: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2).....	489
Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2).....	490
Tabelle 199: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2).....	491
Tabelle 200: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3) .....	492
Tabelle 201: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3) .....	494
Tabelle 202: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1 .....	496
Tabelle 203: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2 .....	497
Tabelle 204: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3).....	498
Tabelle 205: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3).....	499
Tabelle 206: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3).....	500
Tabelle 207: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3) .....	501
Tabelle 208: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3).....	502
Tabelle 209: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3) .....	503
Tabelle 210: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3) .....	504
Tabelle 211: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3).....	505

Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten .....	507
Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten .....	507
Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	507
Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	508
Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	508
Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	508
Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten .....	509
Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	509
Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	509
Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	510
Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	510
Tabelle 223: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	510
Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	511
Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	511
Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten .....	512
Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	512
Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	512
Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten .....	513
Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	513
Tabelle 231: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	513
Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	514
Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten .....	515
Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	515
Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	515
Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten .....	516
Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	516
Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	516
Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	517
Tabelle 240: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten .....	518
Tabelle 241: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten .....	518
Tabelle 242: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten .....	518
Tabelle 243: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	519
Tabelle 244: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten .....	519
Tabelle 245: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	519
Tabelle 246: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten .....	520
Tabelle 247: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten.....	520
Tabelle 248: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	520
Tabelle 249: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	521
Tabelle 250: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten .....	521
Tabelle 251: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	521
Tabelle 252: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten .....	522
Tabelle 253: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	522
Tabelle 254: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	523

## 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 des Klinikums Itzehoe. Das Klinikum startete zum 01.01.2014 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 des Klinikums Itzehoe 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  $\geq 18$  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, Patientenkiel 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 Krankenhausaufhalten 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 des Klinikums Itzehoe für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 1.760 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 49 ff.) war bei den linikneuen Patienten im Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG höher als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Bei den linikbekannten Patienten waren die Anteile zwischen IG und KG in allen untersuchten Kohorten (U1 und U4) vergleichbar mit stets leicht geringeren Anteilen in der IG im Vergleich zur KG. Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** war bei den linikneuen Patienten im Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG höher als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Bei den linikbekannten Patienten waren diese Unterschiede wesentlich geringer. So wiesen lediglich im ersten Jahr Patienten einen leicht höheren Anteil in der IG im Vergleich zur KG auf. Signifikante Unterschiede (U1) gab es dabei nicht.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer Patienten war in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall in der U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung) in allen Jahren geringer als in der KG. Statistische Signifikanz erreichten diese Unterschiede jedoch nicht. In U3 waren keine signifikanten Differenzen zwischen beiden Gruppen festzustellen. Auch im weiteren Verlauf des 2. und 3. Jahres (U2 und U3) war die kumulierte vollstationäre Behandlungsdauer in beiden Gruppen nahezu gleich hoch. Einen Modelleffekt im Sinne einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer linikneuer Patienten ist somit in der U1 tendenziell, ansonsten eher nicht, erkennbar. Bei den linikbekannten Patienten waren in der IG leicht geringere vollstationäre Behandlungstage im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall (U1) im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall verglichen mit der KG zu verzeichnen. Diese Effekte erreichten jedoch nicht Signifikanzniveau. Dieser Trend ist auch in U4 im dritten Jahr erkennbar. Weiterhin ist in beiden Gruppen mit zunehmendem Zeitverlauf ein Plateau bei etwa 10 Behandlungstagen auszumachen. Eine bestimmte Anzahl an stationären Behandlungstagen lässt sich demnach bei linikbekannten Patienten mit oft chronischen Krankheitsverläufen nicht vermeiden. Bei den linikbekannten Patienten waren im Gegensatz zu den linikneuen Patienten die vollstationären Tage im Jahr vor Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Dies könnte durch den Vorläufervertrag des Klinikums Itzehoes bewirkt worden sein, bei dem bereits bei linikbekannten Patienten vollstationäre Behandlungstage vor Modellstart vermieden wurden.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** linikneuer Patienten in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch

getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten sank die Anzahl teilstationärer Tage sowohl in der IG als auch in der KG in gleichem Maße. Hier waren sowohl in U1 als auch in U4 keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen zu verzeichnen.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** (Seite 90 ff.) sind bei der PIA Inanspruchnahme statistisch signifikant weniger Kontakte in der IG im Vergleich zur KG bei klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten und zweiten Modelljahr ersichtlich (U1 und U3). Es lässt sich zudem in allen Untersuchungen erkennen, dass die IG generell weniger ambulante PIA-Kontakte im Vergleich zur KG aufwies. Bei den klinikbekannten Patienten wiesen jedoch die Patienten der IG zu jedem Zeitpunkt (U1 und U4) mehr PIA-Kontakte im Vergleich zur KG auf. Da dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestand, waren diese Unterschiede jedoch statistisch nicht signifikant. Der Unterschied im Präzeitraum könnte mutmaßlich auf den bereits bestehenden Vorläufervertrag in der Modellklinik zurückzuführen sein.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer, schienen durch die Modellvorhaben nur gering beeinflusst zu sein. So war bei den klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall (unabhängig von der Kohorte) identische Zunahme der Inanspruchnahme von einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in beiden Gruppen ersichtlich. Bei den klinikbekannten Patienten lag die IG hinsichtlich der Inanspruchnahme bei einem „Psych-Vertragsarzt“ im gesamten Beobachtungszeitraum der jeweiligen Kohorten (U1 und U4) über dem Niveau der KG. In der U1 war diese Differenz gegenüber dem Präzeitraum statistisch signifikant. Obwohl die Gesetzgebung mit §64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle Sektorierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet (1, 2). Das verhandelte Budget nach §64b SGB V beschränkt sich beim Modellvorhaben in Itzehoe auf den 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 klinikneuen und klinikbekannten Patienten zwischen IG und KG meist vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede waren nicht ersichtlich. Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 179 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem waren sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs in der IG etwas höher als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede ergaben sich hier jedoch nicht.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 187 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 200 ff.) war in allen Untersuchungen zwischen IG und KG vergleichbar. Der Anstieg der kumulierten AU-Tage war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den klinikneuen Patienten in allen Untersuchungen in

der IG höher als in der KG. In U3 (Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr) war dieser Effekt statistisch signifikant. Ab dem dritten Jahr wies die IG jedoch einen größeren Rückgang an AU-Tagen im Vergleich zur KG auf (U1 und U4). Bei den klimbekannt Patienten war eine Verringerung der AU-Tage ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall in beiden Gruppen beobachtbar, die absolute Anzahl an AU-Tagen war dabei in beiden Gruppen in etwa gleich.

Sowohl der Anteil klimbneuer Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 223 ff.) als auch die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 227 ff.) waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar und verlief sowohl bei klimbneuen als auch bei klimbekannt Patienten fast ohne Veränderungen über die Zeit, ausgenommen der erwartete kleine Anstieg klimbneuer Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall. Auch bezüglich der **Mortalität** (Seite 237 ff.) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 250 ff.) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) sowohl bei klimbneuen als auch bei klimbekannt Patienten in der IG geringer als in der KG. Die Unterschiede erreichten jedoch nie Signifikanzniveau. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG sowohl bei den klimbneuen als auch bei den klimbekannt Patienten aller Kohorten (bis auf klimbekannte Patienten der U1) höher als in der KG. Dieser Unterschied war für klimbneue Patienten der U3 signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war sowohl bei klimbneuen als auch bei den klimbekannt Patienten in der IG etwas höher (ausgenommen klimbneue Patienten der U1), erreichte jedoch kein Signifikanzniveau.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 278 ff.) konnten signifikante Unterschiede zwischen IG und KG bei den untersuchten Parametern nicht nachgewiesen werden. Viele Untersuchungen zur Leitlinienadhärenz waren zwischen den Gruppen vergleichbar oder die Fallzahl war für valide Aussagen zu gering. Bei den klimbneuen Patienten der IG wurde die aufsuchende Behandlung (**Home Treatment**) (S. 290 ff.) beim Referenzfall und im ersten Jahr nach Referenzfall bei U2 und U3 statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der KG. Bei den weiteren Jahren gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Bei den klimbekannt Patienten (U1 und U4) wurde die aufsuchende Behandlung im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) in der IG stärker in Anspruch genommen als in der KG. Ab Modellstart wurde jedoch die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben weniger stark im Vergleich zur KG in Anspruch genommen. Eine eindeutige Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben ist somit nicht ersichtlich werden.

### *Kosten*

Da sich die **gesamten psychiatrischen Versorgungskosten** jeweils zu einem großen bzw. zum größten Teil aus den Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung ergaben, spiegelten sich die Kostenverläufe der vollstationären psychiatrischen Versorgung besonders in den Gesamtkosten wider. Für die klimbneuen Patienten von U1 bedeutete das, dass die Gesamtkosten in der IG relativ zur KG

zum ersten Nachbeobachtungsjahr stärker anstiegen und sich die IG ab dem zweiten Nachbeobachtungsjahr günstiger im Vergleich zur KG entwickelte. Im Vergleich von Prä- zu Postzeitraum entwickelte sich die IG nicht signifikant teurer als die KG. Bei den klinikbekannten Patienten von U1 sanken die Kosten in der IG relativ zur KG im ersten Nachbeobachtungsjahr weniger stark. Vom zweiten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr entwickelte sich die IG wiederum relativ günstiger als die KG. Auch hier kompensierte die teurere Entwicklung die darauffolgende günstigere Entwicklung in der IG, so dass vom Prä- zum Postzeitraum keine signifikant unterschiedliche Entwicklung der Kosten erfolgte. Auch bei den klinikneuen Patienten von U3 entwickelte sich die IG zum ersten Nachbeobachtungsjahr relativ teurer (im Vergleich zur KG), um sich im zweiten Jahr relativ günstiger zu entwickeln. Da für U3 der Nachbeobachtungszeitraum kürzer war als für U1, stand dem einen teuren ersten Jahr nur ein (statt drei) günstigeres Jahr gegenüber. Entsprechend entwickelte sich die IG im Vergleich zur KG vom Prä- zum Postzeitraum signifikant teurer. Für die IG war eine Verschiebung der Kosten (relativ zur KG) in den teilstationären psychiatrischen Bereich anstelle der Verschiebung in die Psychiatrische Institutsambulanz, wie in der KG, zu erkennen, was u.a. dazu beitrug, dass die Gesamtkosten in der IG höher ausfielen als in der KG.

#### *Kosten-Effektivität*

U2: Bei den klinikneuen Patienten von U2 entwickelte sich die IG (Variante „A“) bzgl. der direkten psychiatrischen Versorgungskosten signifikant teurer als die KG, wobei gleichzeitig der Anstieg der vollstationären Behandlungstage sich nicht signifikant zwischen IG und KG unterschied. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf nicht signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig hatte die IG relativ zur KG einen signifikant stärkeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich zur KG.

U4: Bei den klinikbekannten Patienten von U4 entwickelte sich die IG (Variante „A“) bzgl. der direkten psychiatrischen Versorgungskosten nicht signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig wies die IG relativ zur KG einen nicht signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage auf. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf nicht signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig hatte die IG relativ zur KG einen signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage.

#### *Methodische Stärken und Limitationen*

Insgesamt gingen Daten von einer Vielzahl verschiedener Krankenkassen in die Analysen dieses Abschlussberichts ein. Diese decken einen nennenswerten Anteil der in den Modell- und Kontrollkliniken untersuchten Patienten ab. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein zweistufiges Matching-Verfahren auf Klinik- und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation

sind das Vorhandensein einer vergleichbaren Kontrollgruppe sowie ein Design, das nicht nur den Vergleich zwischen den Gruppen, sondern auch über den Zeitverlauf erlaubt (Prä-Post-Vergleich). Weiterhin erlauben die Daten, einen Nachbeobachtungszeitraum von patientenindividuell vier Jahren nach Referenzfall und zwei Jahre vor Referenzfall zu betrachten. Neben den patientenindividuellen Jahren konnten bis zu fünf Modelljahre (Laufzeit des Modellvorhabens) untersucht werden. Zu beachten ist jedoch, dass sich, auch wenn dies ein langer Zeitraum ist, Modelleffekte, besonders bei Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge, ggf. erst nach ein paar Jahren einstellen.

Vor dem Hintergrund der derzeit großen Dynamik der psychiatrischen Versorgung kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten können diese nicht alle Dimensionen der Ergebnisqualität abbilden. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsausschuss des G-BA (Innovationsfonds) geförderte Projekt PsychCare (Beginn 1.7.2017) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten.

## **Fazit**

Im Zuge des Modellvorhabens nach §64b SGB V im Klinikum Itzehoe konnten vollstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen nicht verringert werden. Tendenzen zu einer Verringerung zeigten sich bei Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr. Andererseits zeigte sich hier ein klares Mehraufkommen im teilstationären Sektor, während die PIA weniger stark in Anspruch genommen wurde. Dies hatte mutmaßlich keine negativen Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität und den Kontaktabbruch zum psychiatrischen Sektor. Beides konnte jedoch im Modellvorhaben auch nicht verbessert werden. Hinsichtlich der Dauer von Arbeitsunfähigkeit zeigten sich keine Effekte im Sinne einer Verringerung. Im ersten Jahr nach Referenzfall waren diese in der Modellklinik im Vergleich zu den Kontrollkliniken eher erhöht. Bei der vollstationären Wiederaufnahmezeit sowie dem Risiko zur Krankheitsprogression gab es auch keine bzw. nur wenig Unterschiede zwischen Modell- und Regelversorgung. Das Risiko einer rezidivierenden depressiven Störung klinikneuer Patienten war hier punktuell im ersten Jahr in der Modellklinik erhöht. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Insgesamt konnten in dieser Modellklinik lediglich eine hypothesenkonforme Erhöhung teilstationärer Behandlungen nachgewiesen werden. Weitere hypothesenkonforme Entwicklungen waren nicht ersichtlich. Jedoch zeigten sich hinsichtlich der sekundären Outcomes meist auch keine negativen Effekte im Sinne einer verringerten Behandlungsqualität.

Bzgl. der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten lässt sich festhalten, dass sich für die IG keine günstigere Entwicklung im Vergleich zur KG feststellen ließ. Für die klinikneuen Patienten von U2 ließ sich ebenfalls keine kosten-effektivere Verwendung der Mittel in der IG feststellen. Für die klinikbekannten Patienten von U4 ließ sich für Variante A (vollstationäre Krankenhaustage) ebenfalls keine kosten-effektivere Verwendung der Mittel feststellen, während in Variante B (AU-Tage) hypothesenkonformes Verhalten festgestellt werden konnte.

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 (3).

## 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 Niedersachsen
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- BKK Achenbach Buschhütten
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Mobil Oil
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein sowie der BKK Basell zum 01.01.2016)
- Continentale BKK
- DAK-Gesundheit (fusioniert mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016) (DAK)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- HKK Erste Gesundheit KKH
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- NOVITAS BKK
- Pronova BKK (Fusion mit der BKK Braun-Gillette zum 01.01.2017)
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016).

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

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK Plus
- BKK Bertelsmann AG
- BKK DürkoppAdler
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK Herford Minden Ravensberg (HMR)
- BKK Melitta Plus
- BKK VDN
- Die Bergische Krankenkasse
- Knappschaft
- SIEMAG BKK

- 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.

## 6.1 Patientenmatching

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

Von den 2.631 die Studieneinschlusskriterien erfüllenden, der Interventionsgruppe zugeordneten Patienten verblieben nach Selektion derjenigen Patienten, die über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum verfügten 1.777 Patienten, die in das Matching einfließen. Hierfür konnte für 1.760 (99 %) ein geeigneter Kontrollpatient gezogen werden (vgl. Tabelle 1).

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

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

Der Anteil der PIA-Referenzfälle war über alle Kohorten betrachtet bei den klinikneuen Patienten der IG signifikant niedriger als in der KG. Gleichzeitig war in jeder einzelnen Kohorte der Anteil der vollstationären Referenzfälle bei den klinikneuen Patienten der IG signifikant höher als in der KG. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

In Bezug auf das Behandlungsgeschehen vor patientenindividuellem Studieneinschluss ergab sich bzgl. des Anteils der Patienten mit PIA-Fall im Präzeitraum über alle Kohorten hinweg ein signifikant geringerer Anteil der klinikneuen Patienten der IG gegenüber der KG.

**Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching**

Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching		
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	
Gesamt	Gesamt	2.631	51.850	1.777 (68%)	38.553 (74%)	1.760 (67% ; 99%)	1.760 (3% ; 5%)
	Kohorte 1	959	20.335	710 (74%)	15.303 (75%)	705 (74% ; 99%)	705 (3% ; 5%)
	Kohorte 2	614	11.013	401 (65%)	8.103 (74%)	395 (64% ; 99%)	395 (4% ; 5%)
	Kohorte 3	559	10.216	350 (63%)	7.683 (75%)	347 (62% ; 99%)	347 (3% ; 5%)
	Kohorte 4	499	10.286	316 (63%)	7.464 (73%)	313 (63% ; 99%)	313 (3% ; 5%)
Klinikneu	Gesamt	2.106	38.535	1.370 (65%)	28.504 (74%)	1.359 (65% ; 99%)	1.359 (4% ; 5%)
	Kohorte 1	523	9.517	369 (71%)	6.874 (72%)	366 (70% ; 99%)	366 (4% ; 5%)
	Kohorte 2	554	9.584	359 (65%)	7.156 (75%)	357 (64% ; 99%)	357 (4% ; 5%)
	Kohorte 3	546	9.701	340 (62%)	7.336 (76%)	337 (62% ; 99%)	337 (3% ; 5%)
	Kohorte 4	483	9.733	302 (63%)	7.138 (73%)	299 (62% ; 99%)	299 (3% ; 4%)
Klinikbekannt	Gesamt	525	13.315	407 (78%)	10.049 (75%)	401 (76% ; 99%)	401 (3% ; 4%)
	Kohorte 1	436	10.818	341 (78%)	8.429 (78%)	339 (78% ; 99%)	339 (3% ; 4%)
	Kohorte 2	60	1.429	42 (70%)	947 (66%)	38 (63% ; 90%)	38 (3% ; 4%)
	Kohorte 3	13	515	10 (77%)	347 (67%)	10 (77% ; 100%)	10 (2% ; 3%)
	Kohorte 4	16	553	14 (88%)	326 (59%)	14 (88% ; 100%)	14 (3% ; 4%)

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	19,6	390
2	20,4	290
3	20,6	195
4	25,7	518
5	27,8	291
6	31,3	14
7	33,3	19
8	33,7	11
9	39,8	27
10	50,0	5

**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	1.760	1.760		705	705		395	395		347	347		313	313	
	linikneue	1.359	1.359		366	366		357	357		337	337		299	299	
	linikbekannt	401	401		339	339		38	38		10	10		14	14	
mittleres Alter	gesamt	49,1	48,7	1,000	51,0	49,6	0,985	47,5	46,3	1,000	48,0	48,7	1,000	48,4	49,9	1,000
	linikneue	48,6	48,7	1,000	50,1	49,4	1,000	47,7	46,2	1,000	48,2	48,9	1,000	48,6	50,5	0,950
	linikbekannt	50,9	48,9	0,567	52,0	49,9	0,438	45,5	46,4	1,000	42,0	41,7	1,000	44,3	38,4	1,000
Anteil Frauen	gesamt	49,7%	47,2%	1,000	47,4%	44,4%	1,000	53,4%	50,1%	1,000	49,3%	51,0%	1,000	50,8%	45,7%	1,000
	linikneue	51,1%	48,9%	1,000	51,9%	48,9%	1,000	53,2%	50,7%	1,000	49,0%	50,1%	1,000	49,8%	45,5%	0,978
	linikbekannt	45,1%	41,4%	1,000	42,5%	39,5%	1,000	55,3%	44,7%	1,000	60,0%	80,0%	1,000	71,4%	50,0%	1,000
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	22,8%	22,8%	1,000	48,1%	48,1%	1,000	9,6%	9,6%	1,000	2,9%	2,9%	1,000	4,5%	4,5%	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	40,2%	46,5%	0,002	47,4%	51,1%	1,000	32,2%	40,5%	0,161	36,3%	44,4%	0,330	38,7%	46,3%	0,504
	linikneue	33,9%	41,6%	0,000	30,3%	36,6%	0,594	31,7%	40,1%	0,189	35,9%	44,2%	0,252	38,8%	46,5%	0,413
	linikbekannt	61,6%	63,3%	1,000	65,8%	66,7%	1,000	36,8%	44,7%	1,000	50,0%	50,0%	1,000	35,7%	42,9%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	57,2%	48,8%	0,000	50,8%	45,5%	0,550	63,8%	53,9%	0,060	61,7%	51,3%	0,074	58,5%	47,0%	0,051
	linikneue	64,5%	53,1%	0,000	68,9%	57,1%	0,010	65,5%	54,9%	0,042	62,9%	51,6%	0,036	59,9%	47,8%	0,033
	linikbekannt	32,4%	34,2%	1,000	31,3%	33,0%	1,000	47,4%	44,7%	1,000	20,0%	40,0%	1,000	28,6%	28,6%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	2,6%	4,7%	0,009	1,8%	3,4%	0,861	4,1%	5,6%	1,000	2,0%	4,3%	1,000	2,9%	6,7%	0,356
	linikneue	1,5%	5,3%	0,000	0,8%	6,3%	0,001	2,8%	5,0%	1,000	1,2%	4,2%	0,252	1,3%	5,7%	0,054
	linikbekannt	6,0%	2,5%	0,204	2,9%	0,3%	0,135	15,8%	10,5%	1,000	30,0%	10,0%	1,000	35,7%	28,6%	1,000
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	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
	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	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
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	12,1%	12,7%	1,000	21,0%	22,8%	1,000	6,8%	4,3%	1,000	5,2%	7,5%	1,000	6,4%	6,1%	1,000
	linikneue	4,9%	5,4%	1,000	6,0%	6,0%	1,000	3,9%	3,9%	1,000	4,2%	6,5%	1,000	5,4%	5,0%	1,000
	linikbekannt	36,7%	37,4%	1,000	37,2%	41,0%	1,000	34,2%	7,9%	0,102	40,0%	40,0%	1,000	28,6%	28,6%	1,000
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,4%	2,0%	1,000	5,2%	4,1%	1,000	0,5%	0,8%	1,000	0,9%	0,9%	1,000	0,3%	0,0%	1,000
	linikneue	0,2%	0,6%	1,000	0,3%	0,8%	1,000	0,0%	0,8%	1,000	0,0%	0,6%	1,000	0,0%	0,0%	NA
	linikbekannt	10,0%	6,7%	0,754	10,6%	7,7%	1,000	5,3%	0,0%	1,000	10,0%	10,0%	1,000	7,1%	0,0%	1,000
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	15,6%	15,3%	1,000	33,9%	31,5%	1,000	3,3%	4,3%	1,000	2,6%	3,7%	1,000	4,2%	5,4%	1,000
	linikneue	1,3%	2,9%	0,045	1,9%	3,6%	1,000	1,1%	2,5%	1,000	0,9%	2,7%	0,872	1,3%	2,7%	0,978
	linikbekannt	63,8%	57,4%	0,567	68,4%	61,7%	0,535	23,7%	21,1%	1,000	60,0%	40,0%	1,000	64,3%	64,3%	1,000
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	49,4%	48,4%	1,000	47,4%	47,5%	1,000	48,6%	50,4%	1,000	48,1%	47,0%	1,000	56,2%	49,5%	0,765
	linikneue	49,2%	47,5%	1,000	46,4%	45,1%	1,000	48,5%	49,0%	1,000	47,5%	46,3%	1,000	55,5%	49,8%	0,950
	linikbekannt	49,9%	51,6%	1,000	48,4%	50,1%	1,000	50,0%	63,2%	1,000	70,0%	70,0%	1,000	71,4%	42,9%	1,000

P-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur.

## **7. Darstellung Modellvorhaben Klinikum Itzehoe – Zentrum für Psychosoziale Medizin**

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V am Klinikum Itzehoe - Zentrum für Psychosoziale Medizin begann zum 01.01.2014 mit einer Laufzeit von sieben Jahren.

Am Klinikum Itzehoe waren laut Basisdaten zur Modellvereinbarung im Jahr vor Beginn des Modells 73 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 28 in der Tagesklinik und 20 in der Psychosomatik vorgesehen.

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

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

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2015 und 2016 folgende Versorgungsmodule auf: HomeTreatment, Krisenmanagement/Notfallbehandlung, Case Management, sektorenübergreifende Sitzungen/Fallkonferenzen, ambulante Behandlung und Need Adapted Treatment für Patienten mit Schizophrenie. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik seit 2003 eine §64b-SGB-V-ähnliche Struktur, die durch ein Regionales Psychiatriebudget geregelt war.

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

Anders als bei der in Schleswig-Holstein üblichen PIA-Abrechnung nach Quartalspauschale in Verbindung mit einer Vergütung gemäß EBM (4) wurde im Klinikum Itzehoe nur über Quartalspauschalen abgerechnet. Dies galt sowohl für den Zeitraum vor 2014 (Regionales Psychiatriebudget nach § 24 BpflV) als auch für den Zeitraum nach Beginn des Modellvertrages nach § 64b SGB V.

Im stationären Bereich erfolgte bis einschließlich 2014 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BpflV. Beginnend im ersten Quartal 2015 wurde bis Ende des zweiten Quartals 2015 nach Modellpflegesätzen abgerechnet. Ab dem 01.07.2015 erfolgt die Abrechnung nach PEPP.

## 8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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



## 8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

Da in den Auswertungen nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten unterschieden wurde, wurde in diesem Kapitel die Population jeweils in 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 klinikbekannten Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 4). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten verschiedene Kombination von

- psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
- depressive Episoden (F32)
- rezidivierende depressive Störungen (F33)
- Andere Angststörungen (F41)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (Tabelle 4).

**Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1**

### Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	347	353

Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	81,8 %	84,4 %
• Zwei Diagnosen	16,4 %	14,4 %
• Drei Diagnosen	1,7 %	1,1 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F32 & F43 / KG: F10 & F43	6	7
2. IG: F10 & F43 / KG: F32 & F43	5	6
3. F33 & F43	4	5

<sup>1</sup> 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
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>325</b>	<b>322</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	87,1 %	84,5 %
• Zwei Diagnosen	12,0 %	14,0 %
• Drei Diagnosen	0,9 %	1,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	7	7
2. F10 & F32	4	4
3. F41 & F43	2	3

<sup>1</sup> stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

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

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
<b>Population</b>				
<b>Gruppe</b>				
<b>Gesamtzahl (n)</b>	284	298	347	353
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,1 %	2,3 %	2,9 %	2,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,6 %	4,7 %	4,3 %	4,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,7 %	0,7 %	0,9 %	0,8 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	32,0 %	31,5 %	32,0 %	32,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,4 %	8,4 %	9,8 %	9,9 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	27,8 %	26,5 %	31,4 %	31,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	17,6 %	16,8 %	21,3 %	21,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,4 %	1,7 %	2,9 %	2,8 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	4,2 %	5,4 %	6,3 %	6,8 %
• F 50 (Essstörungen)	0,4 %	0,3 %	0,9 %	0,6 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,1 %	1,0 %	2,3 %	1,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,7 %	0,7 %	1,4 %	2,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	51,1	50,6	50,7	50,0
• Median	51	50	50	50
• (Interquartilsabstand)	(39 - 61)	(37 - 61)	(39 - 61)	(37 - 60)
Geschlecht				
• Frauen	50,0 %	49,3 %	51,0 %	49,3 %
• Männer	50,0 %	50,7 %	49,0 %	50,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	68,0 %	63,1 %	70,0 %	64,0 %
• PIA	32,0 %	36,9 %	30,0 %	36,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	2,1 %	1,0 %	2,0 %	1,1 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,5 %	7,4 %	8,1 %	7,6 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	9,2 %	9,1 %	7,5 %	8,2 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abitur/Fachabitur</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	3,9 %	5,4 %	3,7 %	5,7 %
Höchster beruflicher Abschluss				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> <li>• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.</li> <li>• Bachelor</li> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> <li>• Promotion</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	4,2 %	5,0 %	3,7 %	5,4 %
	20,4 %	18,1 %	19,0 %	17,6 %
	0,4 %	0,7 %	0,3 %	0,6 %
	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %
	1,4 %	0,3 %	1,2 %	0,6 %
	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
	4,6 %	10,7 %	4,0 %	10,8 %
	68,7 %	64,4 %	71,5 %	64,6 %
Pflegestufe				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	10,2 %	10,4 %	10,4 %	11,0 %
	76,8 %	82,6 %	75,8 %	82,7 %
	13,0 %	7,0 %	13,8 %	6,2 %
Schwere psychische Störungen				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A: Nur Diagnostikkriterium<sup>2</sup></li> <li>• B: Diagnostikkriterium<sup>2</sup> und Dauerkriterium<sup>3</sup></li> <li>• Weder A noch B</li> </ul>	25,4 %	27,5 %	25,6 %	26,3 %
	15,8 %	13,4 %	17,6 %	16,1 %
	58,8 %	59,1 %	56,8 %	57,5 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglied</li> <li>• Familienversicherter</li> <li>• Rentner und deren Familienangehörige</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	53,2 %	58,1 %	53,3 %	57,5 %
	4,9 %	6,4 %	5,2 %	5,9 %
	38,4 %	32,2 %	38,6 %	32,0 %
	3,5 %	3,4 %	2,9 %	4,5 %

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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> ohne F43 und F45

**Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	283	272	325	322
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,1 %	1,1 %	1,2 %	0,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	1,1 %	1,1 %	0,9 %	1,2 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	30,7 %	31,3 %	32,6 %	32,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	33,9 %	35,7 %	32,0 %	33,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	12,4 %	13,2 %	16,9 %	16,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,6 %	4,4 %	8,0 %	9,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,4 %	0,9 %	0,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	1,4 %	1,8 %	5,2 %	5,3 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,9 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	4,2 %	4,4 %	4,9 %	5,9 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	10,6 %	6,6 %	9,5 %	9,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	52,9	50,5	52,2	50,1
• Median	54	50	53	50
• (Interquartilsabstand)	(46 - 60)	(41 - 59)	(45 - 60)	(41 - 59)
Geschlecht				
• Frauen	42,0 %	37,5 %	42,8 %	38,8 %
• Männer	58,0 %	62,5 %	57,2 %	61,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	29,0 %	33,8 %	33,5 %	33,5 %
• PIA	71,0 %	66,2 %	66,5 %	66,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	5,3 %	1,8 %	4,6 %	1,6 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	0,4 %	4,4 %	1,5 %	4,0 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	3,2 %	2,9 %	3,4 %	2,8 %
• Abitur/Fachabitur	2,5 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %
• Abschluss unbekannt	3,9 %	8,5 %	5,2 %	9,0 %
• Fehlende Angabe	84,8 %	80,1 %	83,1 %	80,4 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,3 %	3,3 %	4,9 %	3,1 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	3,9 %	8,1 %	5,5 %	8,1 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,6 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,1 %	1,1 %	1,8 %	0,9 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	3,5 %	7,0 %	4,3 %	6,8 %
• Fehlende Angabe	84,8 %	80,1 %	83,1 %	80,4 %
Pflegestufe				
• Ja	22,6 %	16,5 %	20,0 %	16,8 %
• Nein	66,8 %	78,3 %	70,2 %	78,0 %
• Fehlende Angabe	10,6 %	5,1 %	9,8 %	5,3 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	24,0 %	23,5 %	25,5 %	25,2 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	38,9 %	45,2 %	39,7 %	44,1 %
• Weder A noch B	37,1 %	31,3 %	34,8 %	30,7 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	45,2 %	48,5 %	45,2 %	48,4 %
• Familienversicherter	4,9 %	3,3 %	5,2 %	3,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	44,5 %	43,0 %	44,0 %	43,2 %
• Fehlende Angabe	5,3 %	5,1 %	5,5 %	4,7 %

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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> ohne F43 und F45

## 8.2 Ergebnisse Outcomes

Die Ergebnisse werden entsprechend der vier Analysen U1-U4 dargestellt (siehe auch Kapitel 7 auf Seite 39). Im Folgenden werden die einzelnen Outcomes mit den jeweils vier Analysen dargestellt.

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

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

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

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

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

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

Statistische Methoden zur Berechnung der Effektivität erläutert. Grafiken, für die nicht mindestens 50 Fälle pro Gruppe vorhanden waren, wurden nicht dargestellt, da eine Aussagefähigkeit nicht gegeben ist.

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



### 8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Verlauf und die Höhe des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den linikneuen Patienten in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant höher als in der KG (DiD = +2,2). Bei den linikbekannten Patienten waren die Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt in beiden Gruppen in allen vier Jahren vergleichbar hoch. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war im Verlauf und Niveau bei den linikneuen Patienten in der IG im gesamten Beobachtungszeitraum höher als in der KG (prä: -0,8; 1. Jahr: +14,1; 2. Jahr: +2,4; 3. Jahr: +1, 4. Jahr: +3,2 %-Punkte). Im ersten, zweiten und vierten Jahr nach Referenzfall waren diese Unterschiede in der IG statistisch signifikant, verglichen mit dem jeweiligen Jahr vor Referenzfall (DiD = +2,3; +3,8; bzw. +3,2). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in beiden Gruppen im gesamten Beobachtungszeitraum vergleichbar hoch.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 3,7; KG: 1,9 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 18; KG: 19,5 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 3,9; 3,1 und 4,7 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 4,1; 5,1 und 5,9 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Der Peak im Jahr nach Referenzfall war in der IG zwar numerisch geringer. Dieser Unterschied war aber statistisch nicht signifikant verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall. Auch in den restlichen Jahren wies die IG weniger vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall auf, statistisch signifikante Niveau-Unterschiede gab es jedoch nicht. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass im ersten Jahr nach Referenzfall bei den jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) in der IG ca. 5 vollstationäre Behandlungstage weniger anfielen als in der KG. Bei den älteren Patienten fielen in der IG ca. 2 vollstationäre Tage weniger als in der KG im ersten Jahr nach Referenzfall an. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F45 (Somatoforme Störungen), und F30-39 (affektive Störungen) auf (wobei die zweitgenannte nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), und F70-79 (Intelligenzstörung) aufwiesen (wobei die erst- und letztgenannte nur sehr wenige Patienten betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 168 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich im Beobachtungszeitraum in der IG und der KG sehr ähnliche Verläufe ohne große Niveauunterschiede. Signifikante Effekte zwischen beiden Gruppen gab es hier nicht.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass im ersten Jahr nach Referenzfall bei den jüngeren klinikbekannten Patienten (jünger als medianes Alter) in der IG ca. 5 vollstationäre Behandlungstage mehr anfielen als in der KG. Bei den älteren Patienten fielen in der IG ca. 4 vollstationäre Tage weniger als in der KG im ersten Jahr nach Referenzfall an. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) und F30-39 (Affektive Störungen) auf, während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol) F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) und F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline), 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 168 im Anhang).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** klinikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (DiD = +5,1 teilstationäre Tage). Die weiteren Jahre waren zwischen IG und KG vergleichbar. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch ebenfalls signifikant (DiD = +1,8 teilstationäre Tage). Bei den klinikbekannten Patienten

zeigten sich parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage nach dem ersten Jahr nach Referenzfall über die Zeit bei IG und KG, wobei die Anzahl teilstationärer Tage im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG etwas über der KG lag (+1,1 teilstationäre Tage). Die restlichen Jahre waren zwischen IG und KG vergleichbar.

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 stärker als in der KG (IG: +63,4 %-Punkte; KG: +52,0 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in der IG stärker als in der KG (IG: +30,5 %; KG: +14,4 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG und KG eine vergleichbare Steigerung der durchschnittlichen Anzahl der Tage in der IG und der KG (IG: +17; KG: +16,6 vollstationäre Tage). Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg dagegen in der IG stärker im Vergleich zur KG (IG: +12,5; KG: +5,6 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. Dabei war der Anteil im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG signifikant höher als in der KG (DiD = +2,0). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war in der IG in beiden Jahren nach Referenzfall statistisch signifikant größer als in der KG (DiD = +2,5 bzw. 2,0).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigten sich identische Verläufe in beiden Gruppen, signifikante Unterschiede waren hier nicht festzustellen. Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** verlief, entsprechend U1 und U2, mit einem Peak im Jahr nach Referenzfall, wobei hier die teilstationären Tage der IG höher ausfielen als in der KG. Der Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = +6,3 teilstationäre Tage).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, dass der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG bei den linikneuen Patienten stärker anstieg als in der KG. Bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG stets geringer als in der KG. Die Verläufe verliefen weitgehend parallel. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker und war ansonsten vergleichbar. Bei den linikbekanntnen Patienten war ein vergleichbarer

Verlauf mit leicht höheren Anteilen im zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG zu beobachten.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Dabei war der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in beiden Gruppen nahezu gleich hoch. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich vergleichbare Verläufe zwischen IG und KG, wobei die IG im ersten Jahr nach Referenzfall einen leichten Anstieg vollstationärer Tage verzeichnete, während diese in der KG konstant blieben. In den folgenden Jahren lagen die vollstationären Tage in der IG etwas unter denen der KG. Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war, analog zu U1, ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich vergleichbare Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage über die Modelljahre und vergleichbarem Niveau zwischen IG und KG. Auch hier stieg die Anzahl teilstationärer Tage in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach, während diese in die KG absank. Die folgenden Jahre waren erneut zwischen IG und KG vergleichbar.

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>347</b>	<b>347</b>	<b>335</b>	<b>324</b>	<b>313</b>	<b>353</b>	<b>353</b>	<b>340</b>	<b>327</b>	<b>321</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,5 %	76,4 %	11,6 %	10,8 %	11,2 %	8,8 %	64,6 %	14,1 %	11,9 %	12,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,0 %	28,8 %	3,3 %	2,5 %	4,8 %	0,8 %	14,7 %	0,9 %	1,5 %	1,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	7,5 %	89,3 %	13,4 %	12,0 %	13,1 %	9,1 %	72,5 %	14,7 %	11,9 %	13,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,6 %	3,5 %	2,1 %	1,2 %	1,6 %	1,7 %	4,0 %	1,5 %	1,5 %	0,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	17,6 %	17,6 %	11,6 %	14,8 %	12,5 %	14,2 %	15,0 %	11,5 %	7,6 %	10,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3</sup> (B1)	3,7	18,0	3,9	3,1	4,7	1,9	19,5	4,1	5,1	5,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	9,6	1,0	0,4	1,0	0,4	4,9	0,3	0,5	0,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	3,7	27,6	4,9	3,5	5,7	2,3	24,4	4,4	5,5	6,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	1,0	1,0	0,1	0,5	0,4	1,1	0,3	0,7	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,8	2,8	1,6	2,2	1,7	2,0	2,2	1,7	0,9	3,1

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>325</b>	<b>325</b>	<b>309</b>	<b>299</b>	<b>287</b>	<b>322</b>	<b>322</b>	<b>310</b>	<b>301</b>	<b>288</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	34,5 %	42,2 %	23,6 %	17,7 %	15,0 %	38,5 %	47,5 %	28,1 %	25,6 %	22,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	8,9 %	9,2 %	3,6 %	3,3 %	1,7 %	7,8 %	3,7 %	2,6 %	2,0 %	1,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	38,5 %	47,7 %	24,9 %	19,1 %	15,7 %	41,9 %	48,8 %	29,0 %	26,6 %	23,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	5,2 %	3,1 %	2,3 %	1,7 %	1,0 %	5,6 %	3,1 %	2,3 %	2,7 %	3,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	20,9 %	22,8 %	20,4 %	19,4 %	17,4 %	20,8 %	17,7 %	18,4 %	13,6 %	15,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3</sup> (B1)	14,2	15,3	10,4	8,1	8,5	16,2	15,2	11,0	10,8	11,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	2,6	2,1	0,7	0,7	0,9	2,6	1,0	0,7	0,7	0,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	16,8	17,4	11,2	8,8	9,3	18,9	16,2	11,6	11,5	12,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	1,6	0,7	0,7	0,7	1,0	1,1	0,5	0,4	0,4	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,1	2,7	3,5	3,1	3,3	2,0	1,8	2,0	1,8	1,7

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).



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

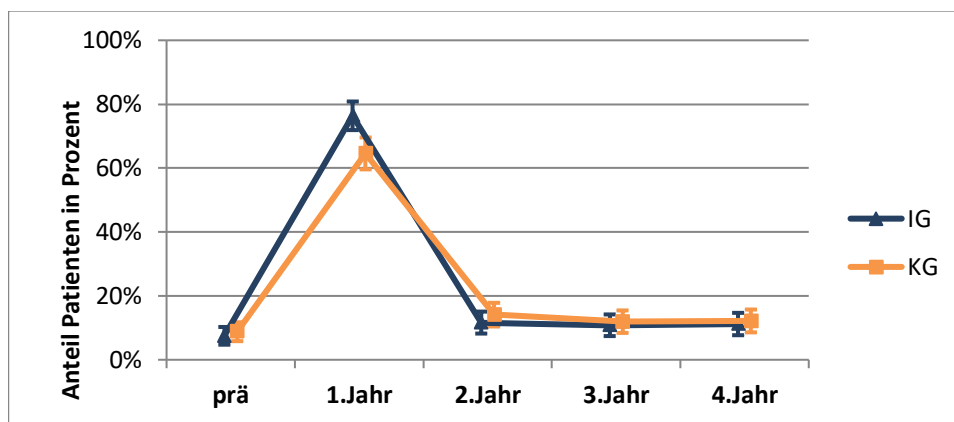
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

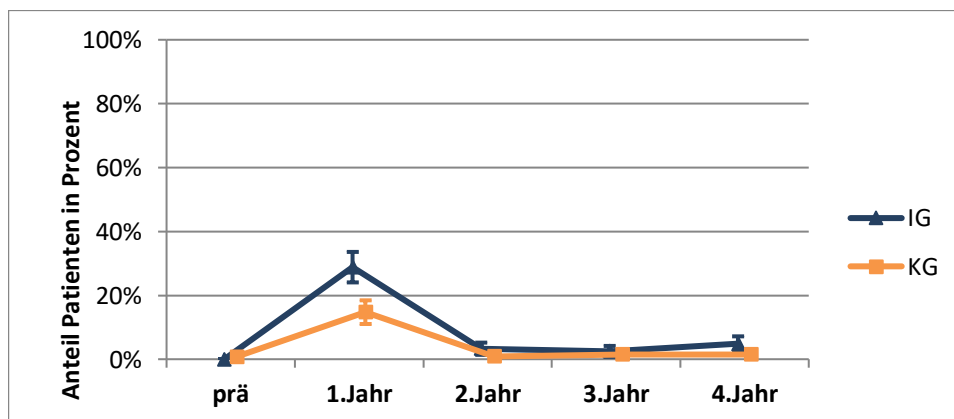
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

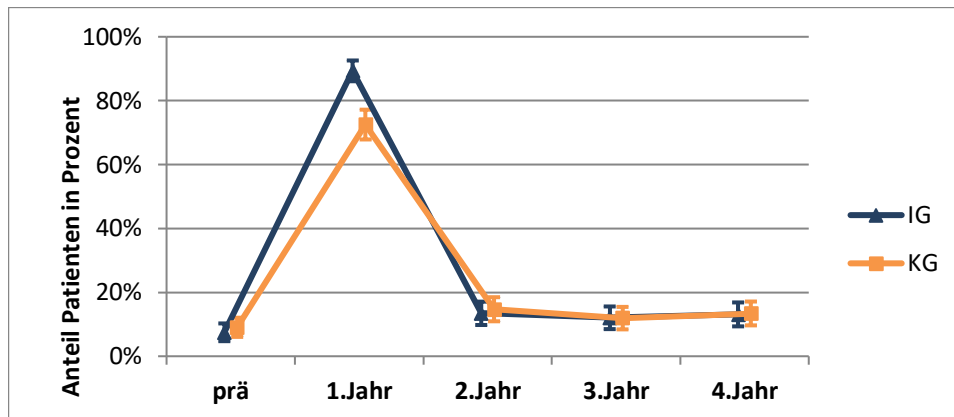
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



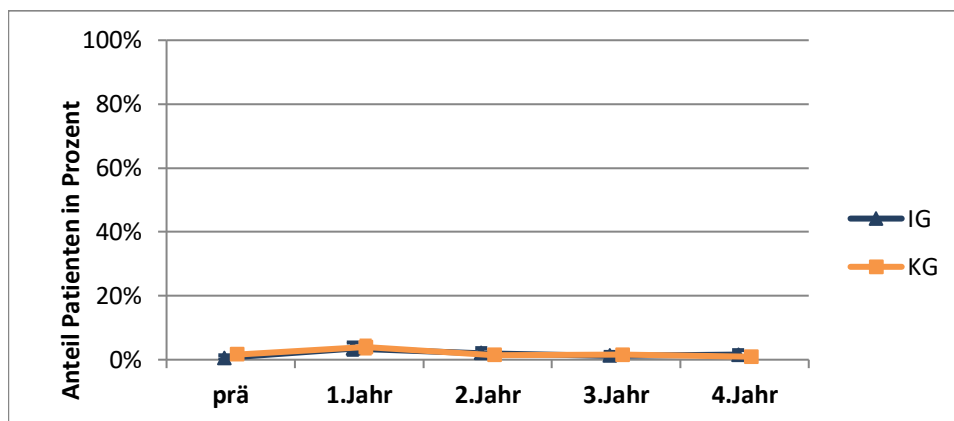
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



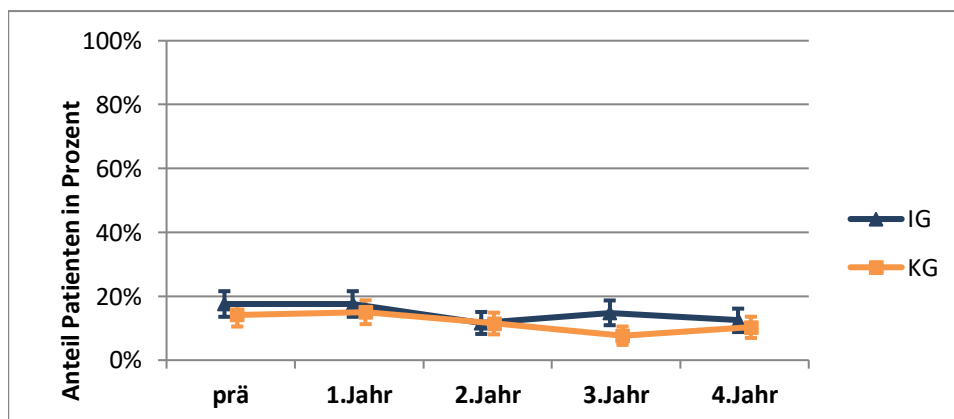
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

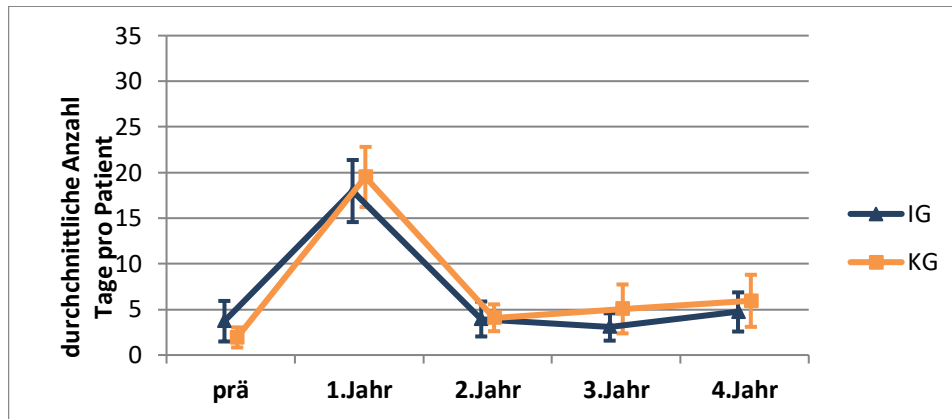


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

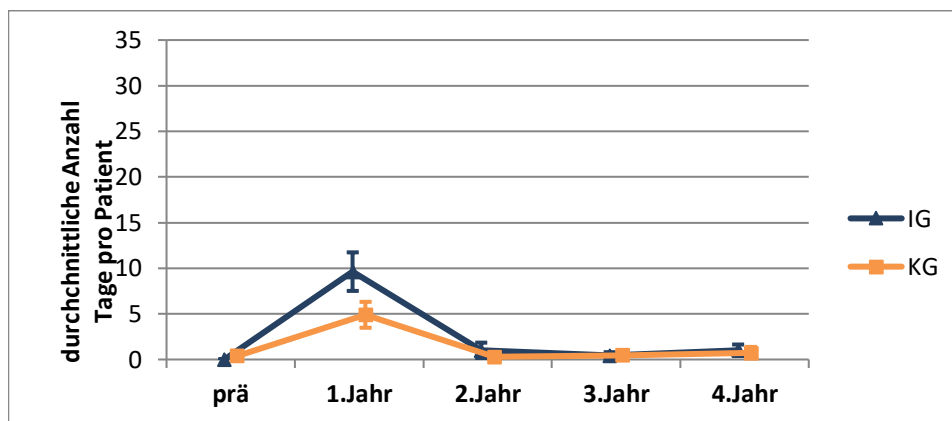


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

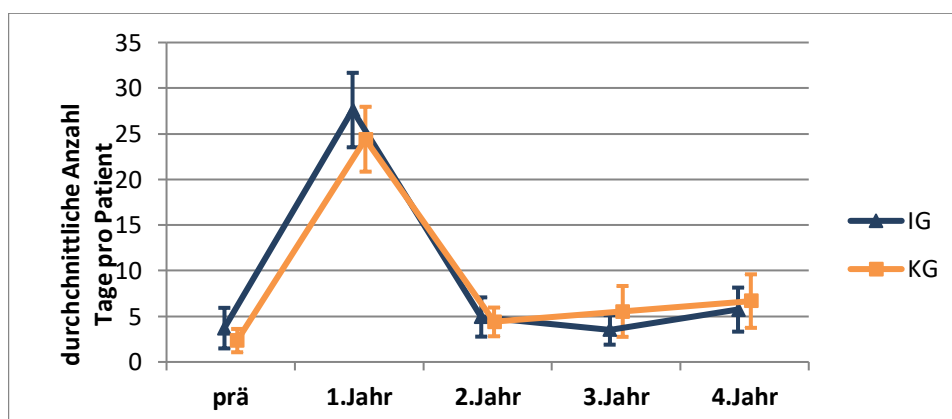
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



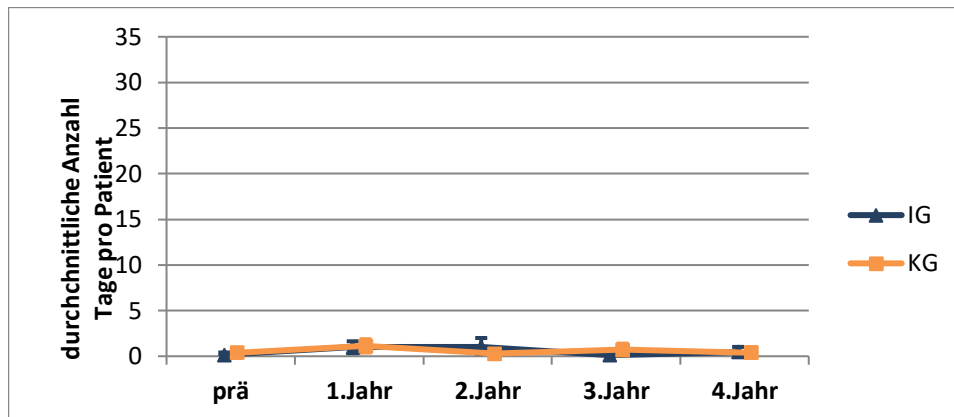
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



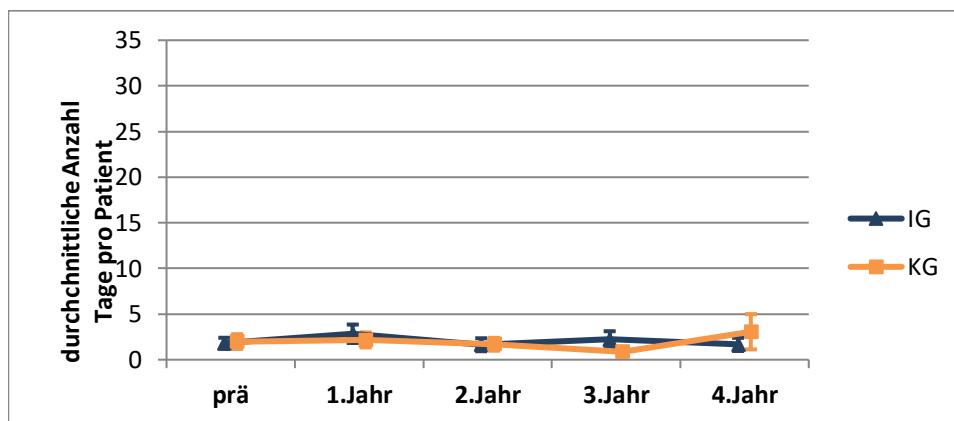
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



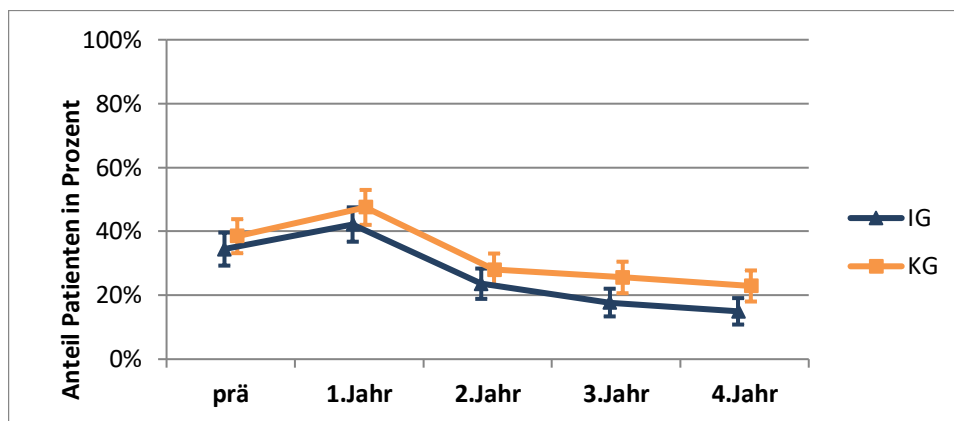
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

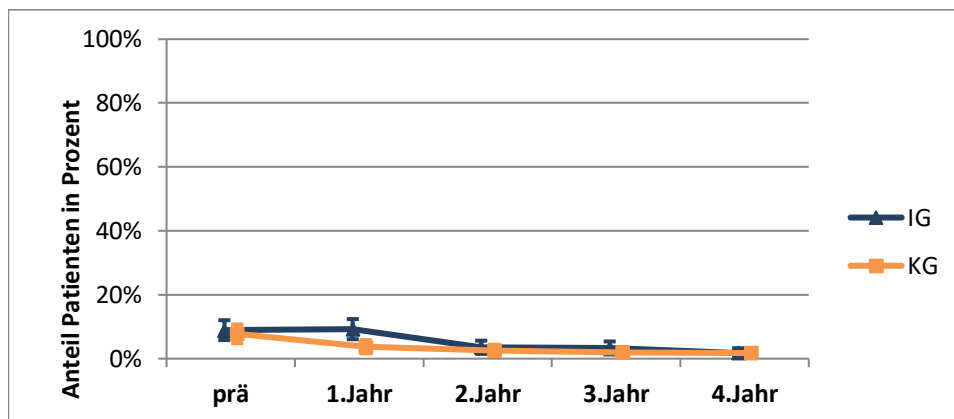
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

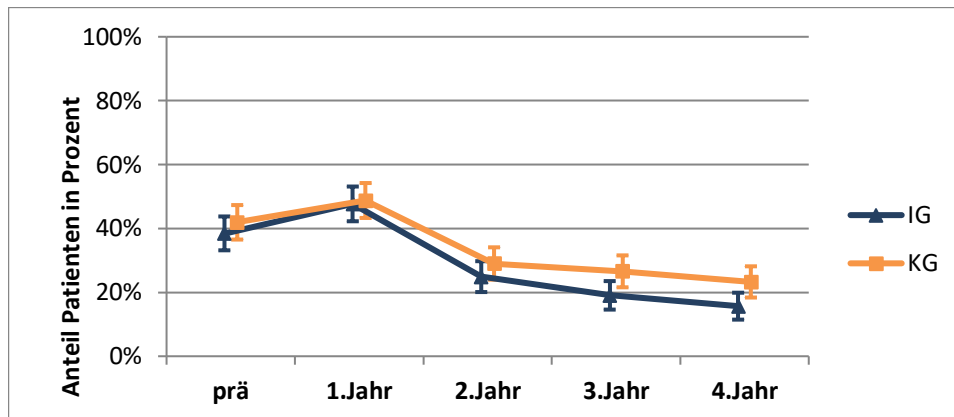
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



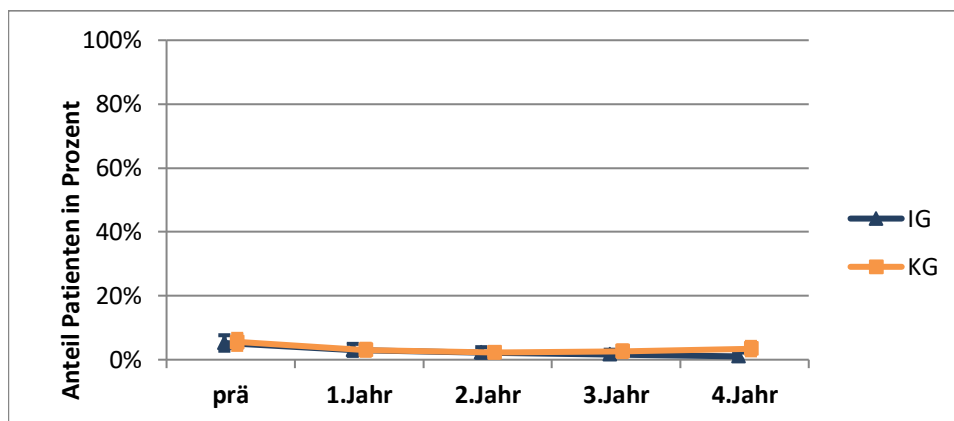
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



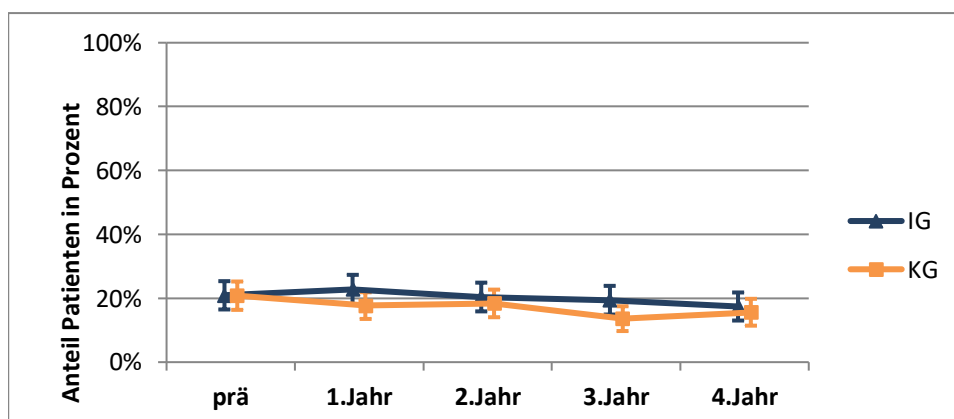
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

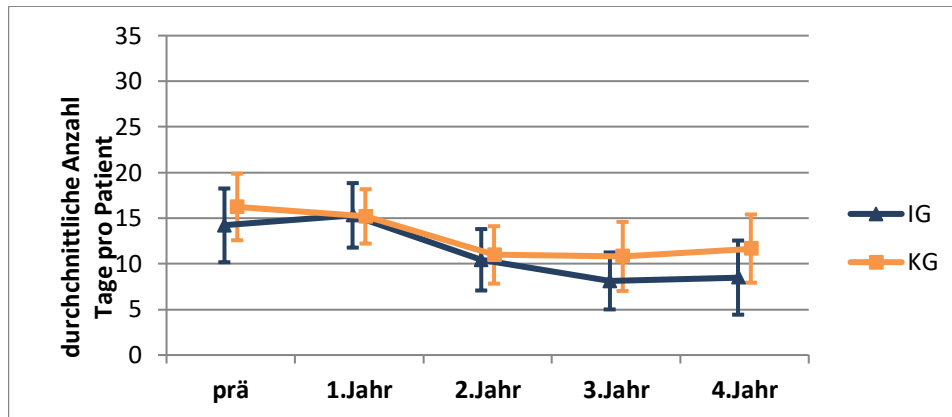


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

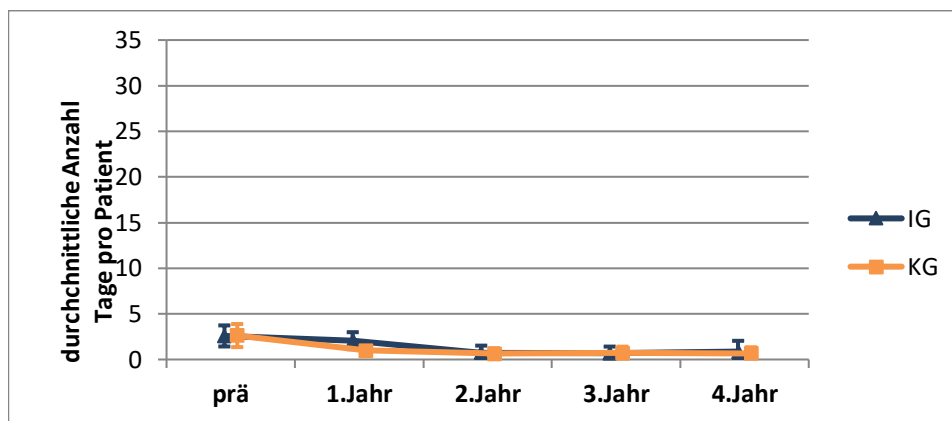


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

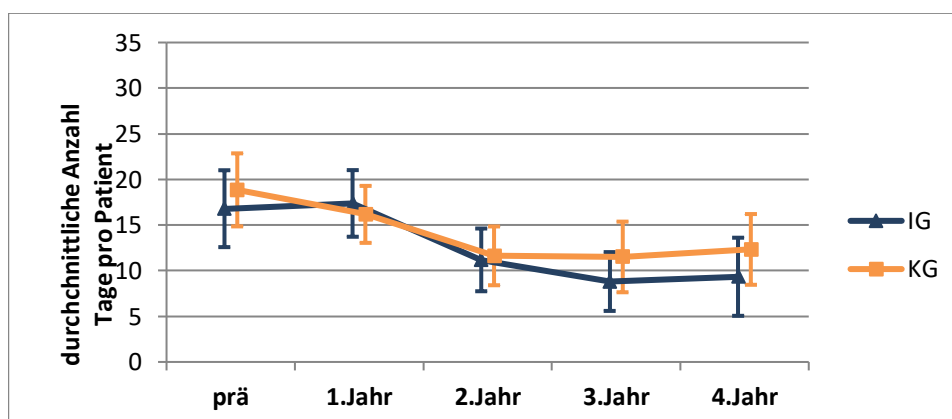
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



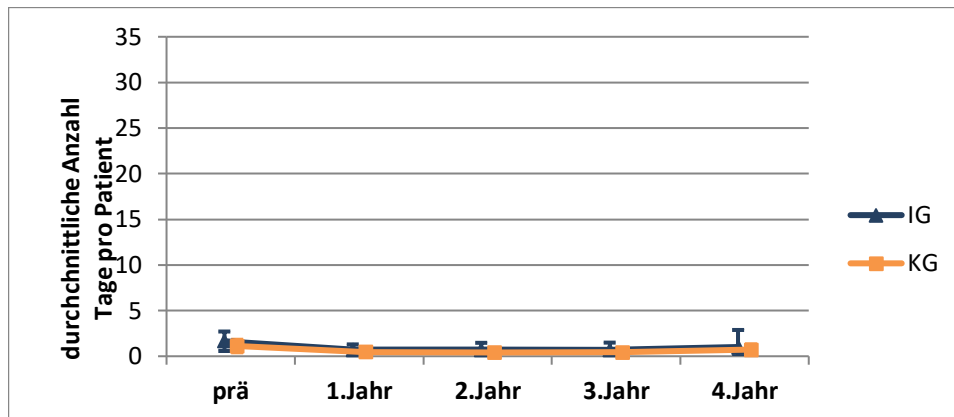
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



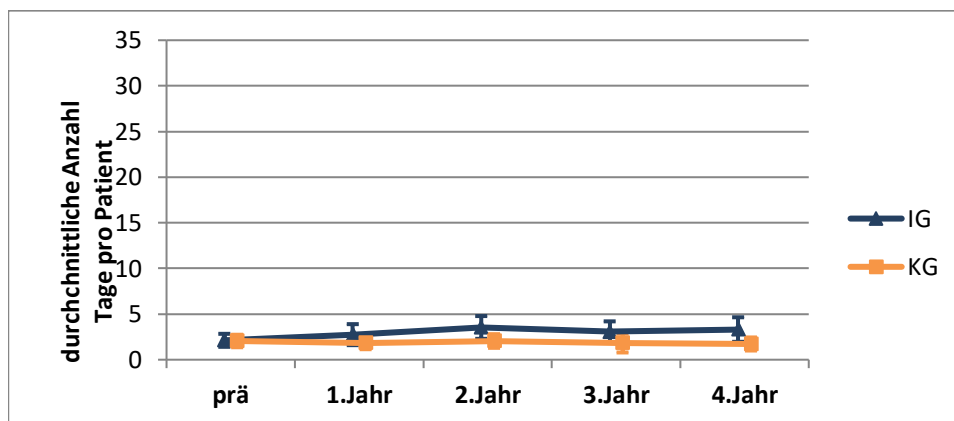
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



- 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	2,15* 1,09...4,24	2,34*** 1,61...3,41	-3,31 -7,79...1,18	5,14*** 3,32...6,96
DID Jahr 2	0,94 0,45...1,95	3,82* 1,06...13,81	-1,90 -6,38...2,59	1,06 -0,76...2,88
DID Jahr 3	1,07 0,51...2,27	1,64 0,53...5,07	-3,58 -8,07...0,90	0,37 -1,45...2,19
DID Jahr 4	1,07 0,51...2,27	3,15* 1,13...8,75	-2,92 -7,40...1,56	0,66 -1,16...2,48
DID Jahr 1-4	—	—	-2,93 -6,59...0,74	1,81* 0,30...3,31

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

**Klinikbekannte Patienten**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,94 0,56...1,56	2,41 0,95...6,11	2,13 -4,41...8,68	1,13 -0,57...2,83
DID Jahr 2	0,93 0,54...1,61	1,14 0,37...3,50	1,38 -5,16...7,93	0,12 -1,58...1,82
DID Jahr 3	0,71 0,40...1,25	1,40 0,42...4,64	-0,61 -7,16...5,93	0,03 -1,67...1,73
DID Jahr 4	0,68 0,38...1,23	0,81 0,20...3,26	-0,92 -7,47...5,62	0,20 -1,50...1,90
DID Jahr 1-4	—	—	0,50 -4,69...5,68	0,37 -0,98...1,71

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;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
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.359</b>	<b>1.359</b>	<b>1.359</b>	<b>1.359</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	7,4 %	70,8 %	7,7 %	59,7 %
	0,2 %	30,8 %	0,5 %	14,9 %
	7,5 %	86,3 %	8,0 %	68,9 %
	0,9 %	2,3 %	2,1 %	3,6 %
	17,0 %	16,6 %	12,4 %	15,2 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3,4</sup> (B1)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	2,4	19,4	1,8	18,4
	0,1	12,6	0,2	5,8
	2,5	32,0	2,0	24,2
	0,1	0,9	0,4	1,0
	2,0	2,2	1,6	2,4

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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:

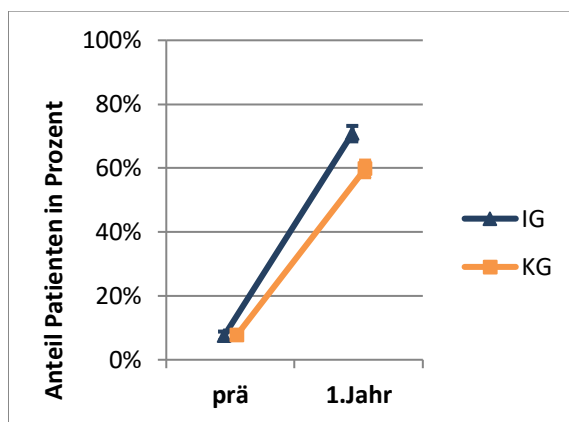
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

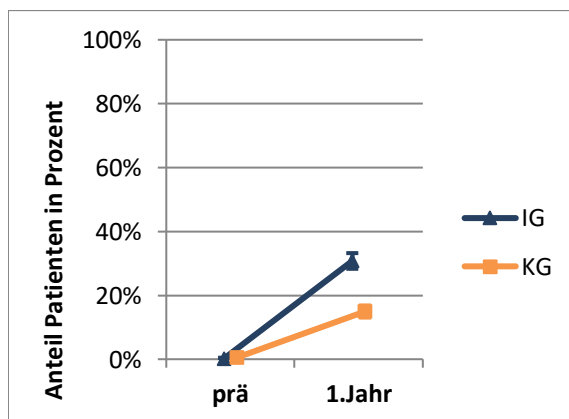
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

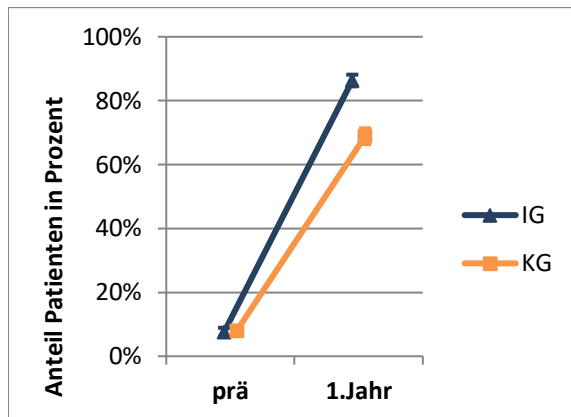
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



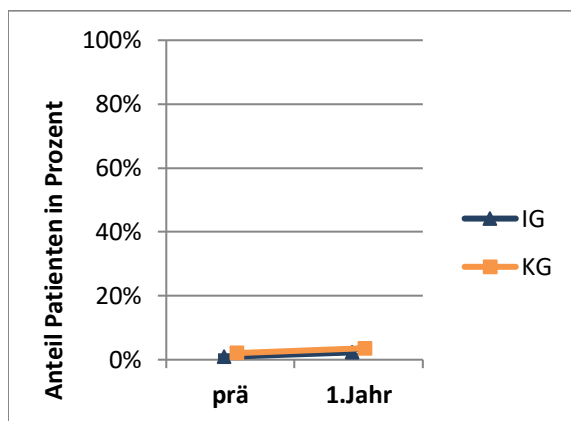
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



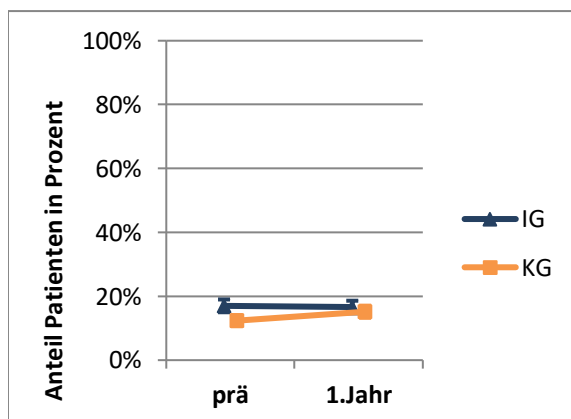
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

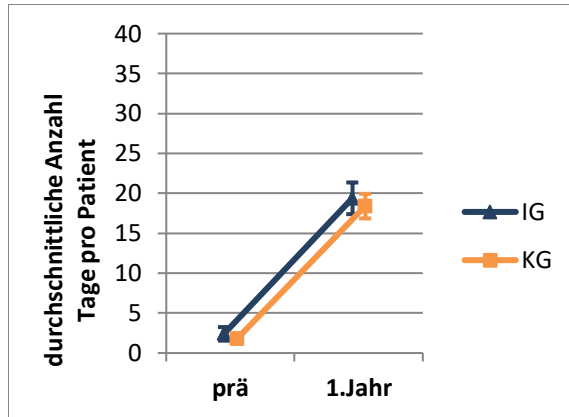


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

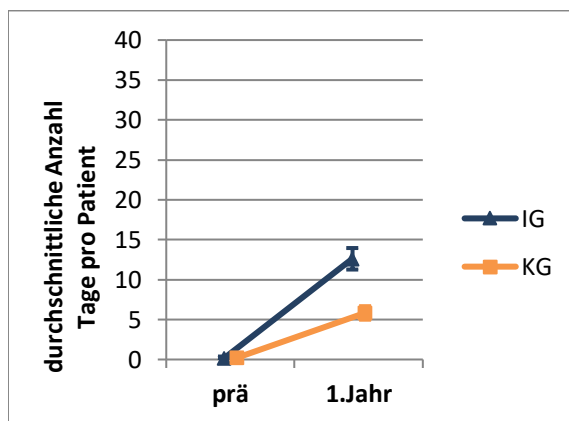


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

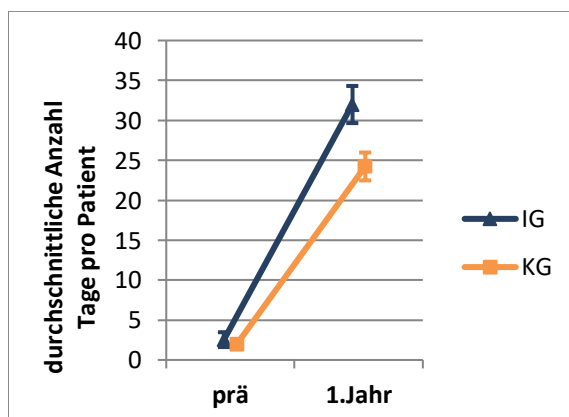
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



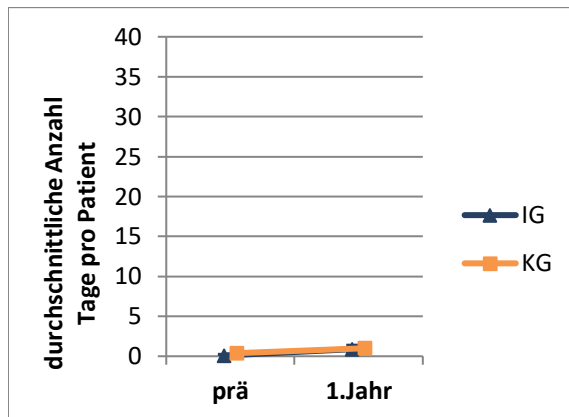
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



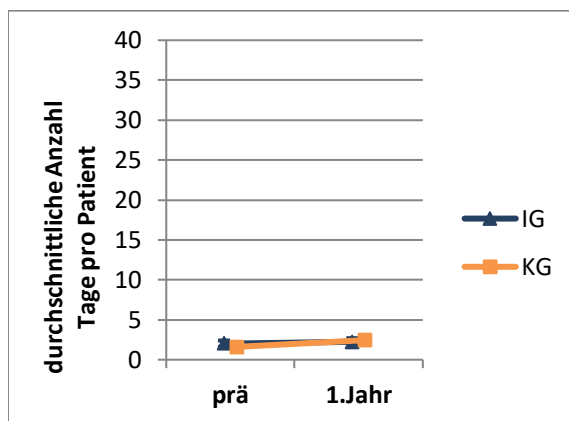
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



- 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
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.041</b>	<b>1.041</b>	<b>1.003</b>	<b>1.039</b>	<b>1.039</b>	<b>1.003</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,6 %	72,6 %	12,8 %	8,3 %	61,6 %	13,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,3 %	29,6 %	4,7 %	0,7 %	14,2 %	2,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	7,7 %	87,3 %	14,9 %	8,7 %	70,0 %	15,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,9 %	2,1 %	1,9 %	1,9 %	3,4 %	1,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	17,4 %	17,9 %	12,1 %	13,0 %	15,7 %	10,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3</sup> (B1)	2,3	19,8	4,5	1,8	18,2	4,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,2	11,7	1,6	0,3	5,5	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	2,5	31,4	6,1	2,0	23,7	5,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,7	0,5	0,3	1,1	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,0	2,3	1,8	1,6	2,6	1,6



<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

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

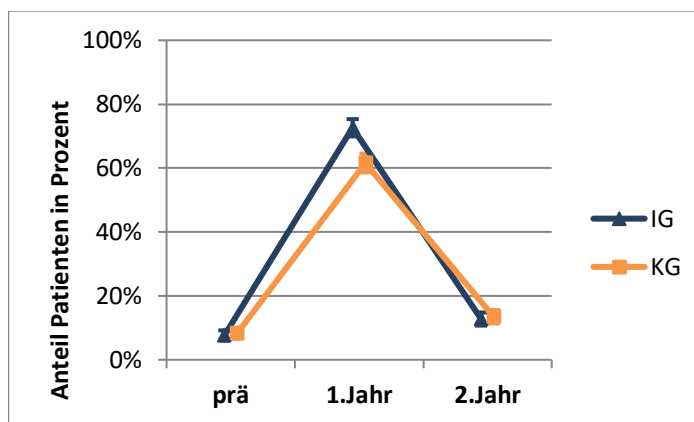
### Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

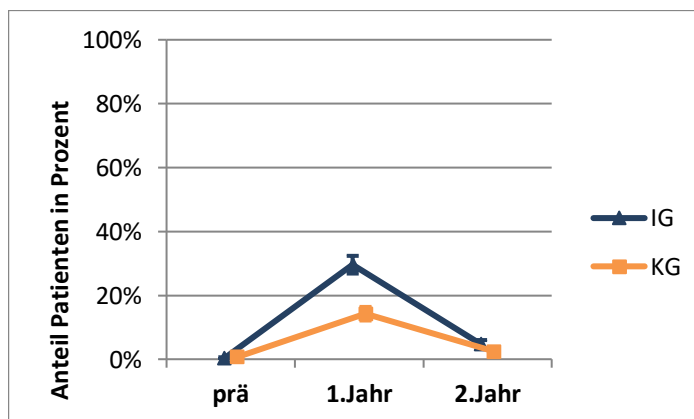
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

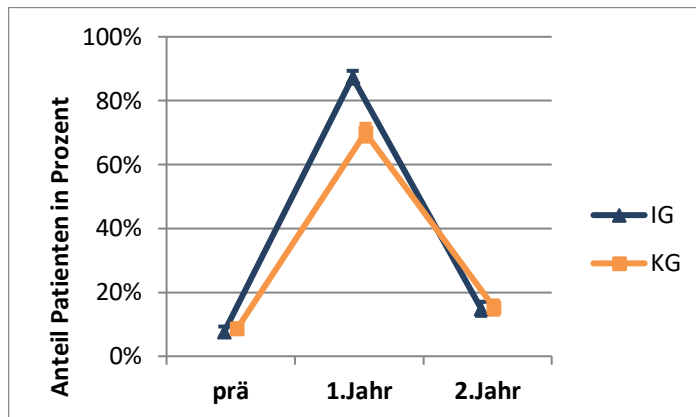
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



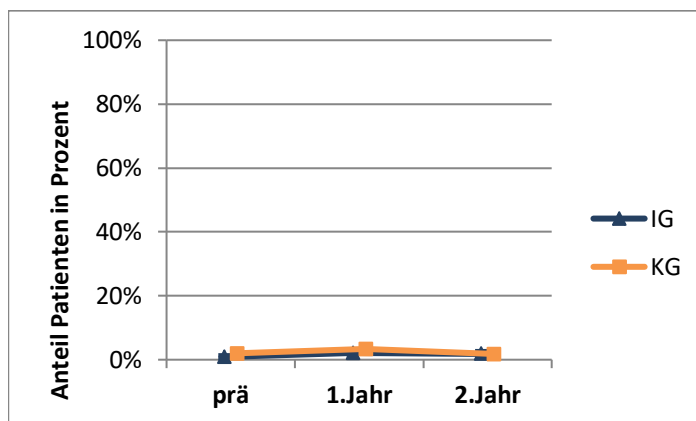
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



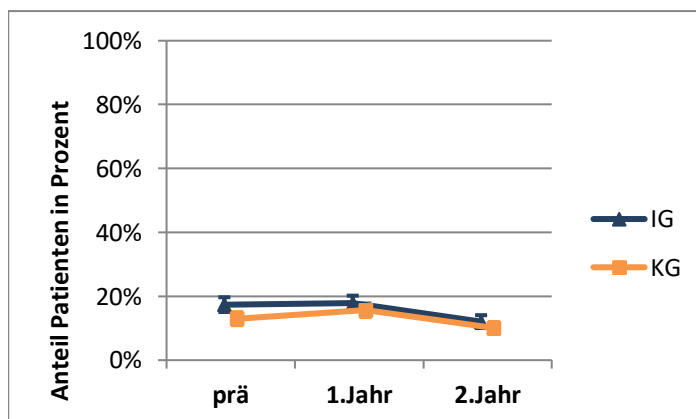
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

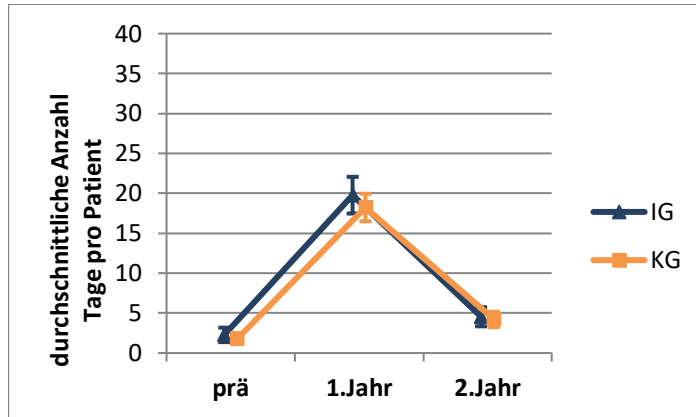


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

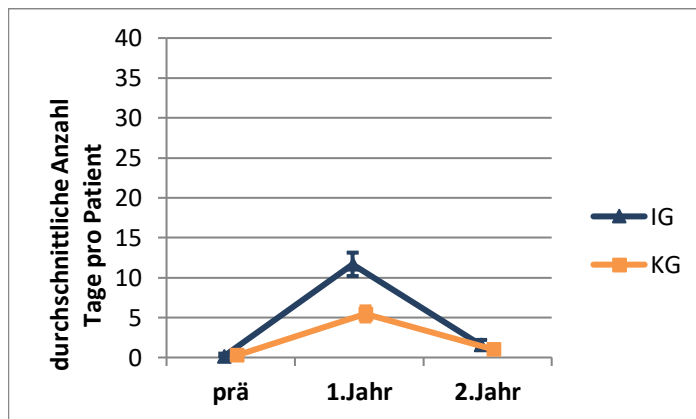


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

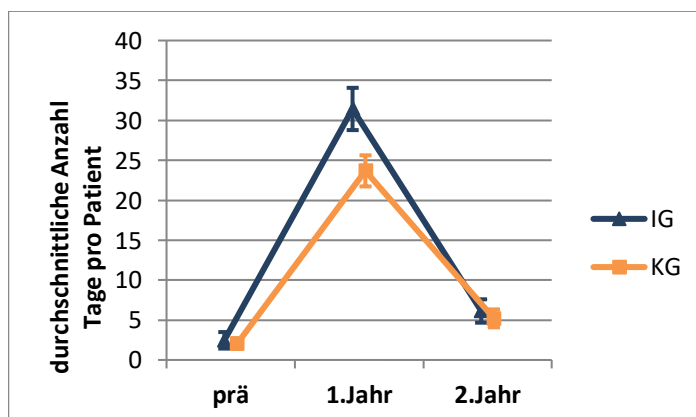
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



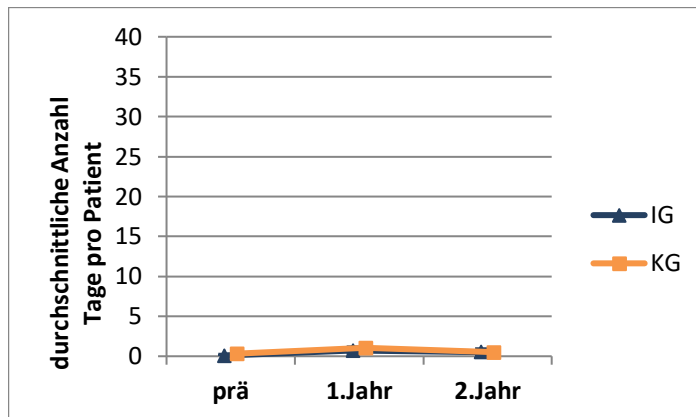
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



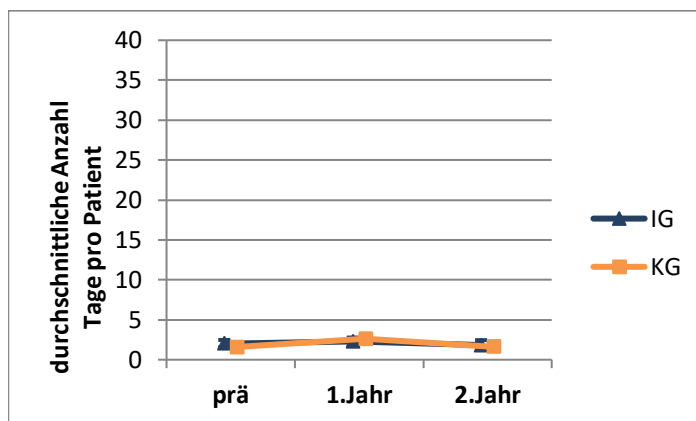
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



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

**Klinikneue Patienten**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,96** 1,30...2,94	2,53*** 2,03...3,15	1,03 -1,68...3,74	6,30*** 4,75...7,85
DID Jahr 2	1,02 0,66...1,56	2,00** 1,21...3,29	-0,19 -2,90...2,52	0,65 -0,90...2,19

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
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>694</b>	<b>694</b>	<b>675</b>	<b>656</b>	<b>698</b>	<b>698</b>	<b>677</b>	<b>654</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,5 %	75,1 %	13,3 %	11,3 %	7,9 %	63,3 %	14,2 %	11,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,1 %	29,7 %	4,0 %	2,3 %	0,9 %	14,3 %	1,8 %	2,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	7,6 %	88,9 %	15,3 %	12,5 %	8,3 %	70,6 %	15,5 %	12,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,0 %	2,6 %	1,3 %	1,2 %	1,7 %	3,2 %	1,5 %	1,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	17,9 %	17,7 %	12,7 %	13,3 %	12,9 %	16,5 %	10,9 %	8,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3</sup> (B1)	2,4	19,2	4,5	3,7	1,6	19,2	4,4	4,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	10,8	1,3	0,4	0,4	5,3	0,6	0,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	2,5	30,0	5,8	4,1	1,9	24,5	5,0	5,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,8	0,5	0,2	0,3	1,0	0,3	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,9	2,4	1,8	1,8	1,7	3,1	1,9	1,2

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>366</b>	<b>366</b>	<b>350</b>	<b>339</b>	<b>369</b>	<b>369</b>	<b>354</b>	<b>344</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	33,1 %	44,5 %	22,6 %	17,4 %	36,3 %	48,2 %	28,2 %	25,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	8,2 %	11,5 %	3,4 %	4,1 %	6,8 %	5,4 %	2,3 %	1,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	36,6 %	51,6 %	24,0 %	19,8 %	39,3 %	50,7 %	29,1 %	26,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	7,1 %	4,4 %	2,6 %	1,8 %	5,4 %	3,5 %	2,0 %	2,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	20,8 %	21,9 %	20,0 %	17,7 %	20,6 %	17,9 %	19,5 %	14,2 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3</sup> (B1)	13,2	15,9	10,1	8,1	15,0	15,0	11,1	10,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	2,3	3,4	0,7	1,2	2,3	1,7	0,6	0,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	15,5	19,3	10,8	9,3	17,3	16,7	11,7	11,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	2,2	1,2	0,8	1,0	1,0	0,5	0,4	0,4



<ul style="list-style-type: none"> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	2,1	2,7	3,2	2,8	2,1	1,9	2,6	1,9
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

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

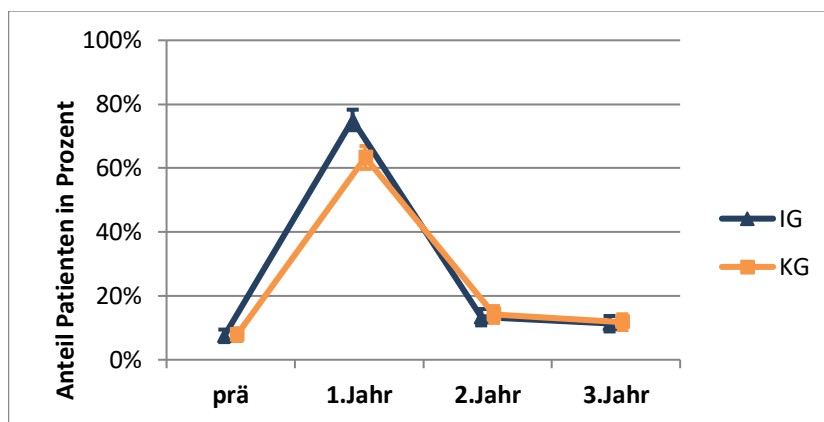
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

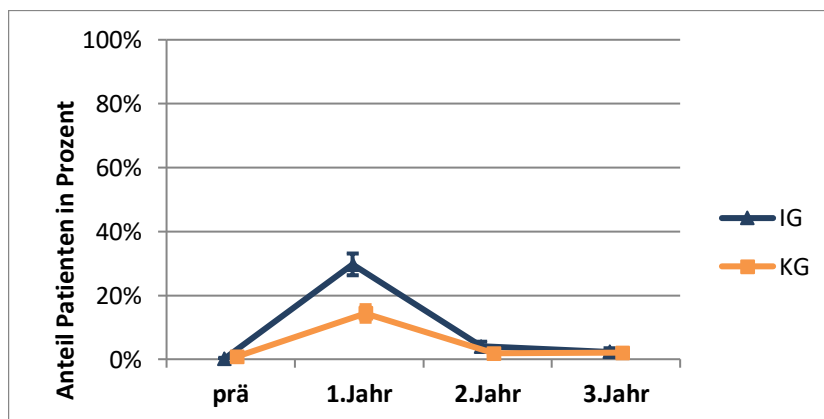
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

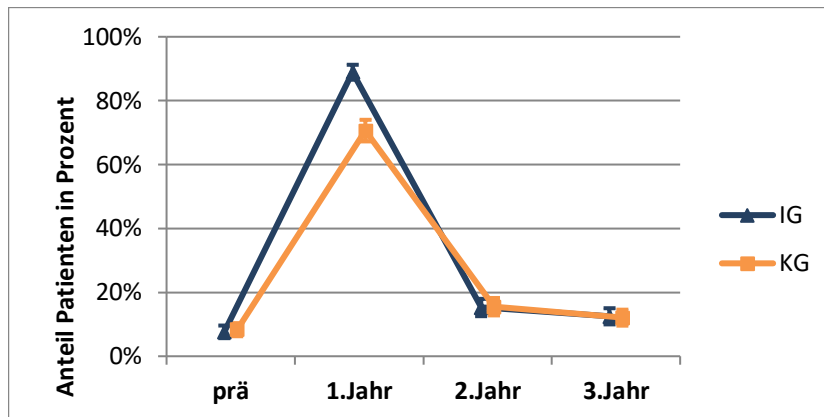
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



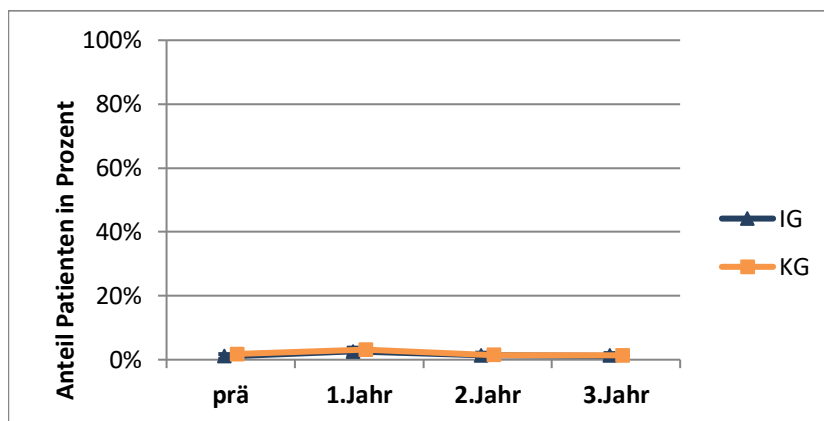
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



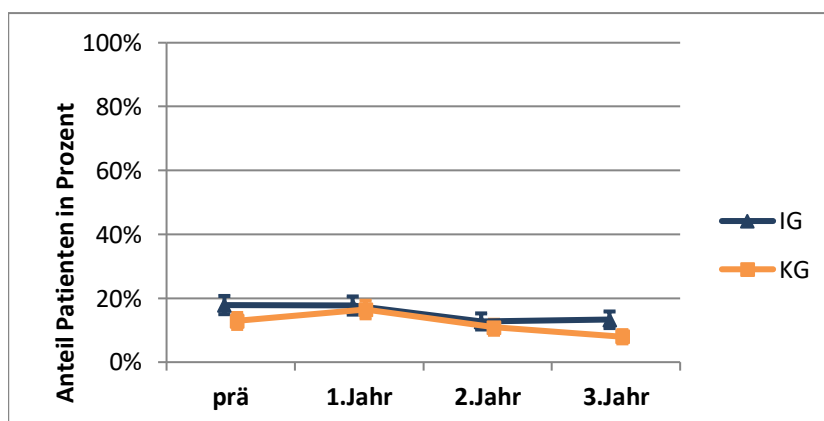
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

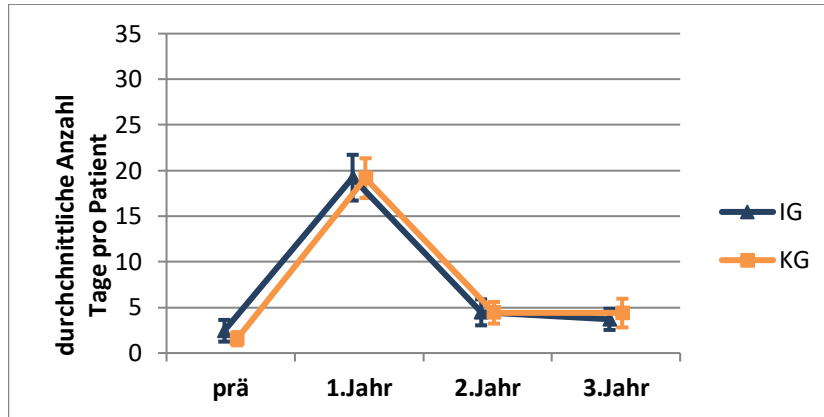


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

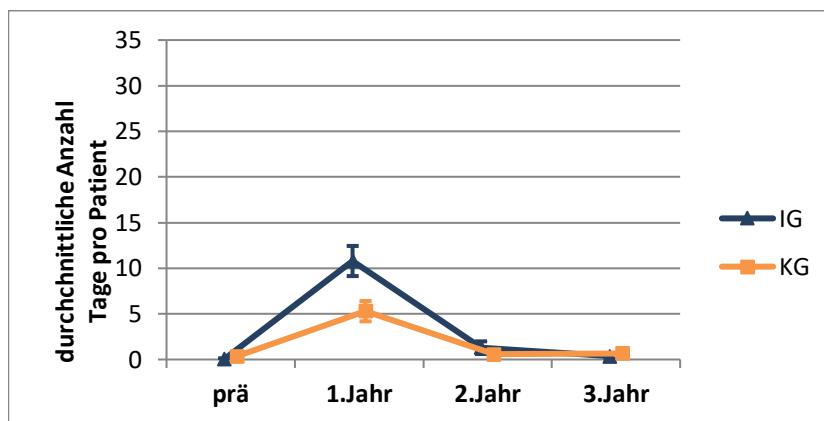


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

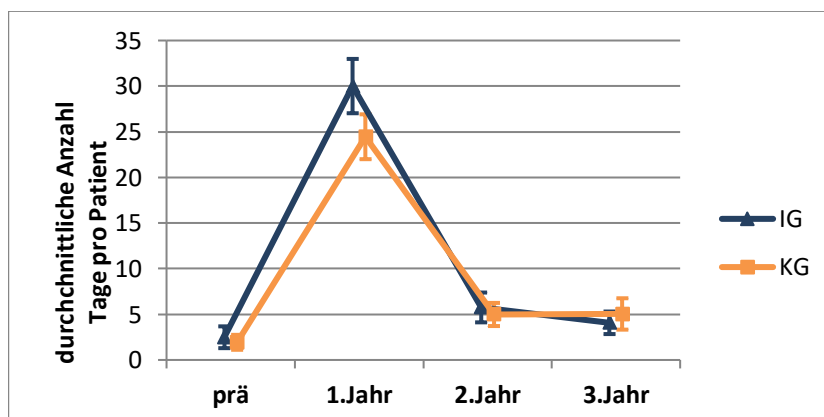
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



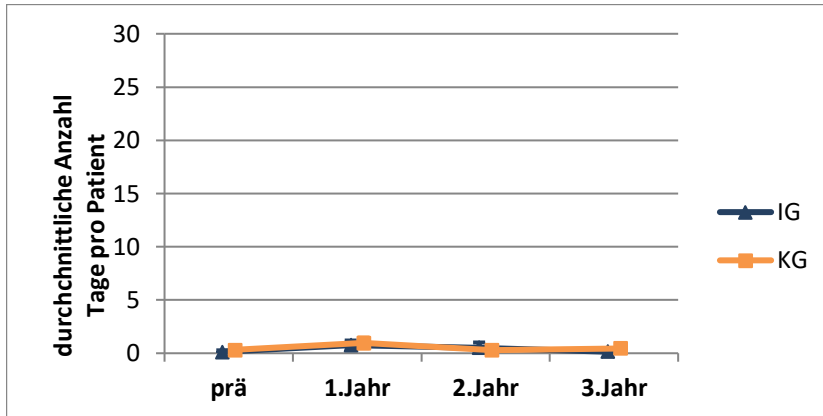
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



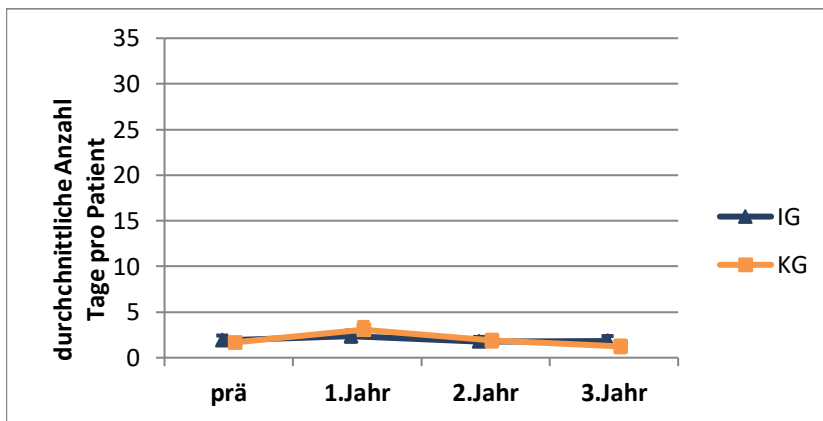
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



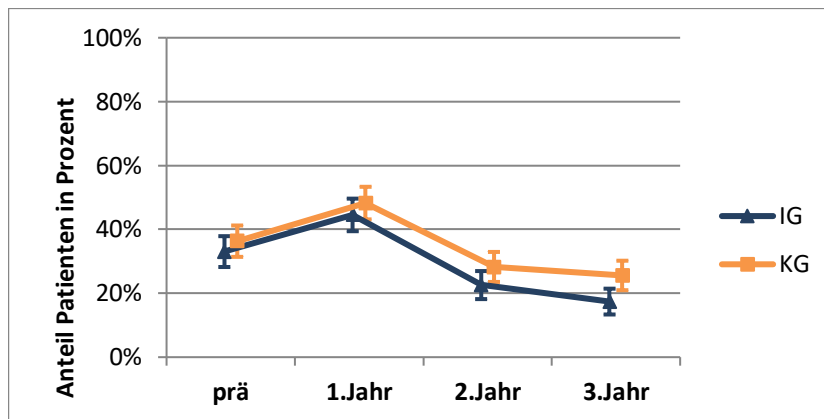
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

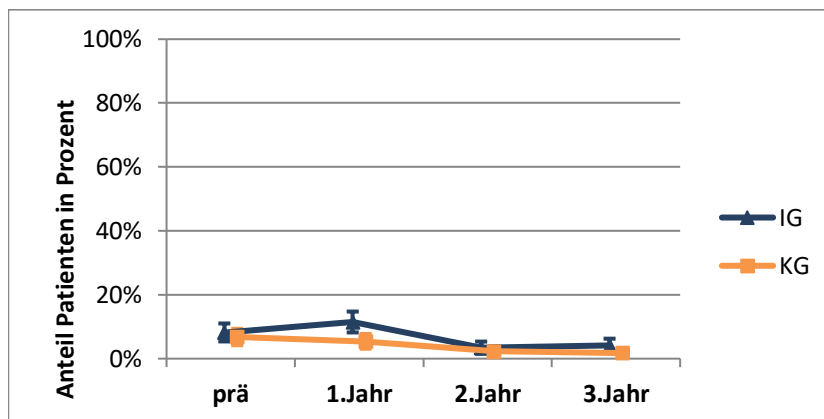
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

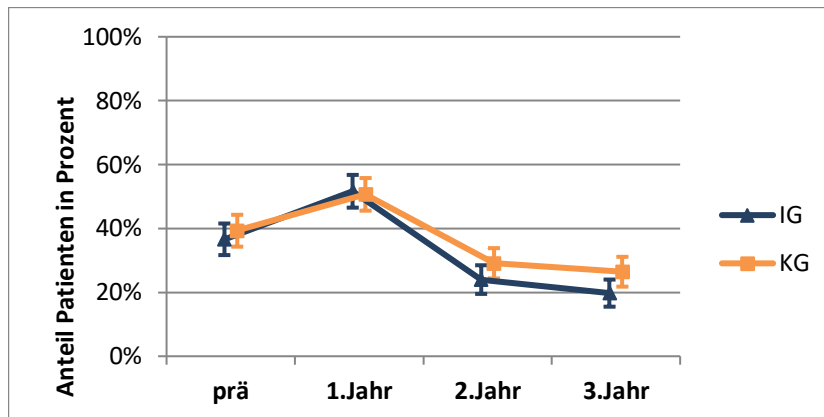
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



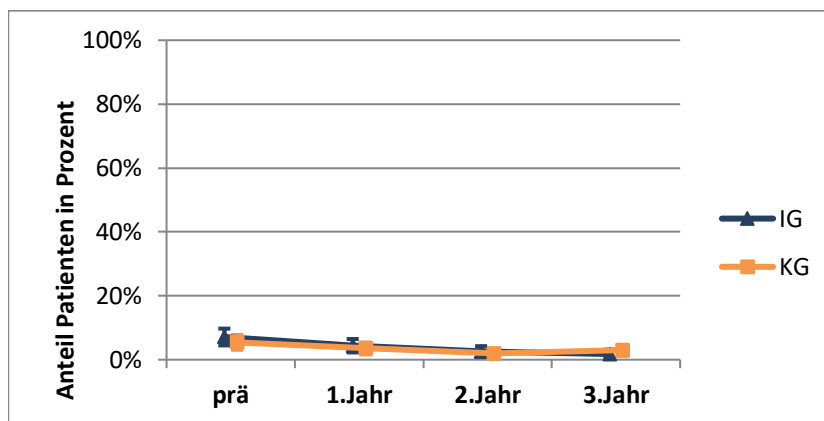
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



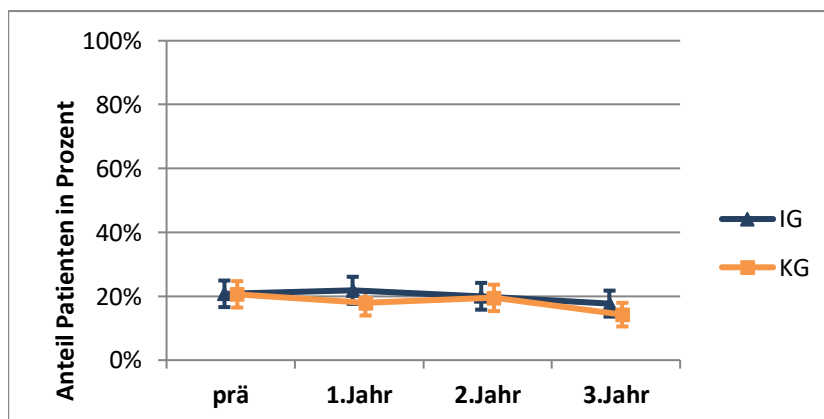
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

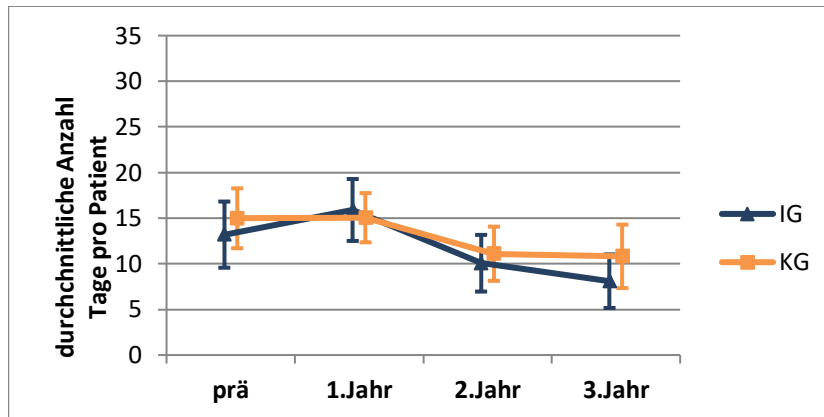


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

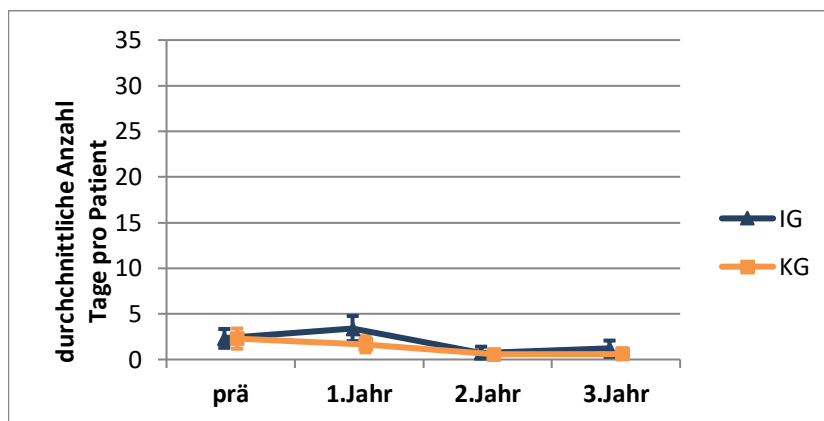


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

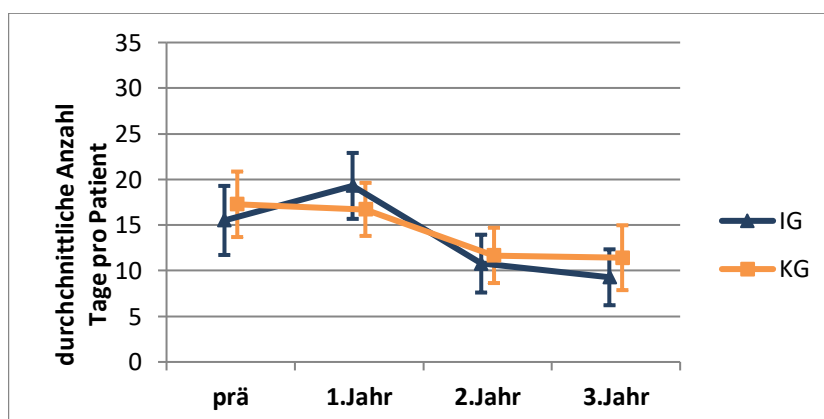
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär

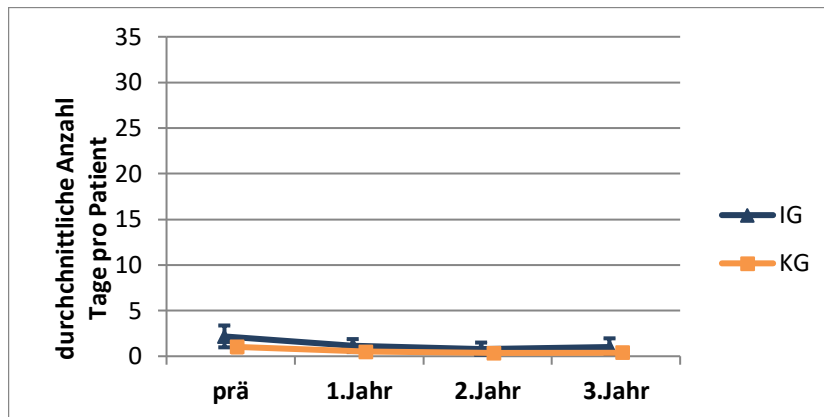


- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär

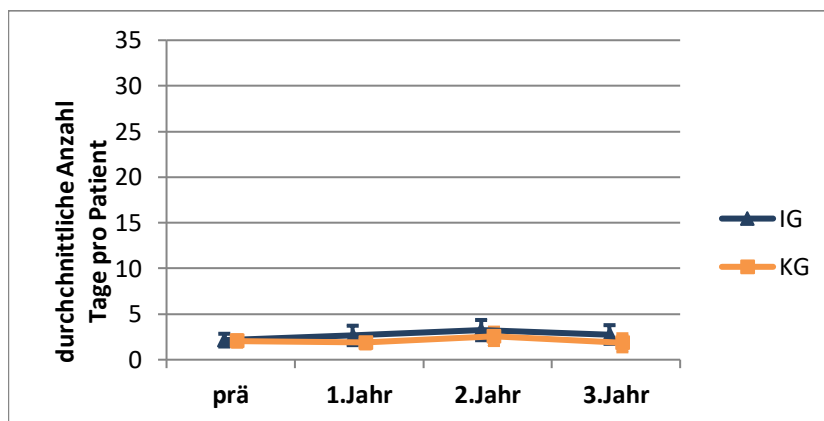




- andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



## 8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den linikneuen Patienten über die Beobachtungszeit stets geringere durchschnittliche **PIA**-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG (1. Jahr: -1,7; 2. Jahr: -1,5; 3. Jahr: -1,3; 4. Jahr: -1,1 PIA-Kontakte). Dabei war dieser Unterschied im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (Gruppenschätzer = -1,6 bzw. -1,4 PIA-Kontakte). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich für Patienten der IG und KG vergleichbare Verläufe. Dabei wiesen Patienten der IG stets mehr PIA-Kontakte als Patienten der KG auf. Da dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestanden, waren keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG ersichtlich.

Auch das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten mit kleinem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und danach kontinuierlichem Absinken der Inanspruchnahme war zwischen IG und KG vergleichbar. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier ein vergleichbarer Verlauf mit stets höherer Anzahl an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: -0,1; 1. Jahr: +1,6; 2. Jahr: +1,6; 3. Jahr: +1,1; 4. Jahr: +0,6 Kontakte). Der Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall war hier signifikant (DiD = +1,7).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein weniger starker Anstieg der Kontakte in der **PIA** in der IG als in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +1,9 Kontakte; KG: +3,6 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 etwas stärker an (IG: +1,4 Kontakte; KG: +0,9 Kontakte).

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

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U2, sowohl in der IG als auch in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall an, sank danach wieder leicht und war in der IG stets geringfügig größer als in der KG (prä: +0,1; 1. Jahr: +0,2; 2. Jahr: +0,4 ambulante Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es 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 linikneuer Patienten stiegen sowohl in der IG als auch in der KG im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser Anstieg in der IG weniger stark als in der KG war. Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder und blieb in der IG etwas geringer als in der KG. Bei den linikbekanntem Patienten zeigten sich zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe, wobei die IG stets eine höhere PIA-Inanspruchnahme aufwies.

Auch die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war, analog zu U1, in beiden Gruppen vergleichbar. Verläufe waren auch hier relativ parallel. Bei den linikbekanntem Patienten zeigte sich hier auch ein vergleichbarer Verlauf mit stets höherer Anzahl an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: +0,2; 1. Jahr: +1,5; 2. Jahr: +1,4; 3. Jahr: +1,2 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
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>347</b>	<b>347</b>	<b>335</b>	<b>324</b>	<b>313</b>	<b>353</b>	<b>353</b>	<b>340</b>	<b>327</b>	<b>321</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>344</b>	<b>344</b>	<b>335</b>	<b>324</b>	<b>313</b>	<b>350</b>	<b>350</b>	<b>340</b>	<b>327</b>	<b>321</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>336</b>	<b>337</b>	<b>316</b>	<b>311</b>	<b>293</b>	<b>343</b>	<b>346</b>	<b>328</b>	<b>309</b>	<b>306</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	2,1	1,1	0,8	0,8	0,2	3,8	2,6	2,1	1,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,4	3,1	2,9	2,4	1,6	1,5	2,8	2,3	1,8	1,8
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	10,6	14,4	13,2	12,9	13,5	10,5	13,5	11,8	11,8	10,6
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	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,6	0,4	0,5	0,6	0,4	0,8	0,8	0,7	0,5	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										

• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,5	0,6	0,6	0,3	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	4,8	5,6	5,8	8,6	10,8	8,3	9,8	10,0	8,7	8,5

<sup>1</sup> 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.

<sup>3</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

<sup>5</sup> Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

<sup>7</sup> APN: alle

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>325</b>	<b>325</b>	<b>309</b>	<b>299</b>	<b>287</b>	<b>322</b>	<b>322</b>	<b>310</b>	<b>301</b>	<b>288</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>325</b>	<b>325</b>	<b>309</b>	<b>299</b>	<b>287</b>	<b>322</b>	<b>322</b>	<b>310</b>	<b>301</b>	<b>288</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>317</b>	<b>317</b>	<b>294</b>	<b>289</b>	<b>272</b>	<b>312</b>	<b>310</b>	<b>295</b>	<b>295</b>	<b>278</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	9,7	11,1	9,4	8,5	8,0	6,8	9,1	7,7	7,3	6,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,7	2,6	2,7	2,5	2,0	1,8	1,0	1,1	1,4	1,4

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

<sup>1</sup> 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.

<sup>3</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

<sup>5</sup> Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

<sup>7</sup> APN: alle

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

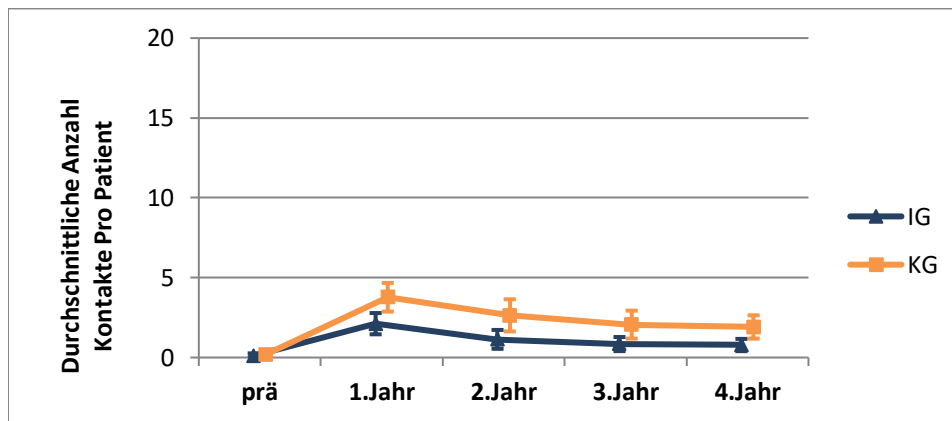
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

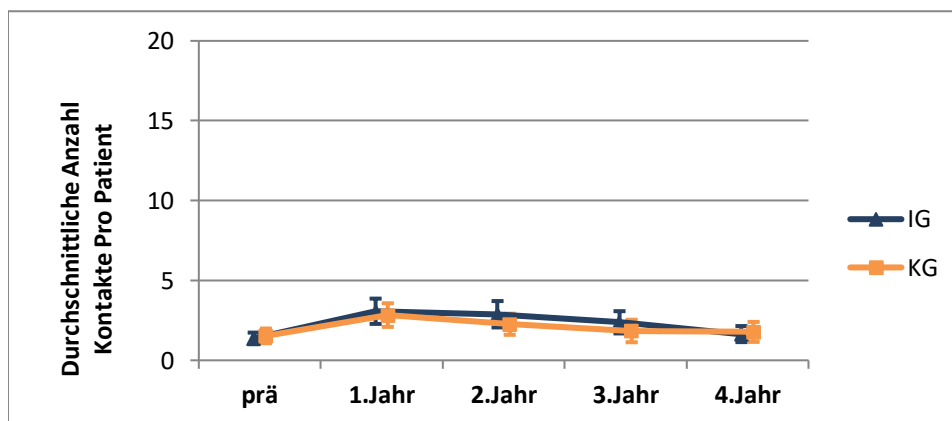
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient**

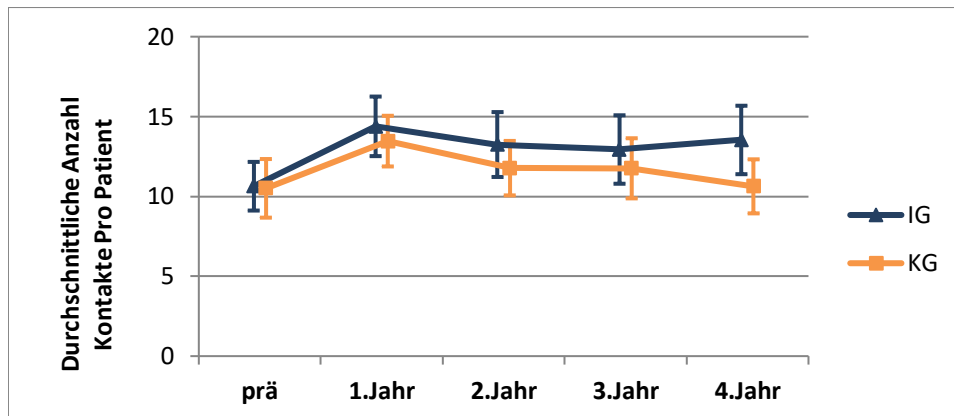
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

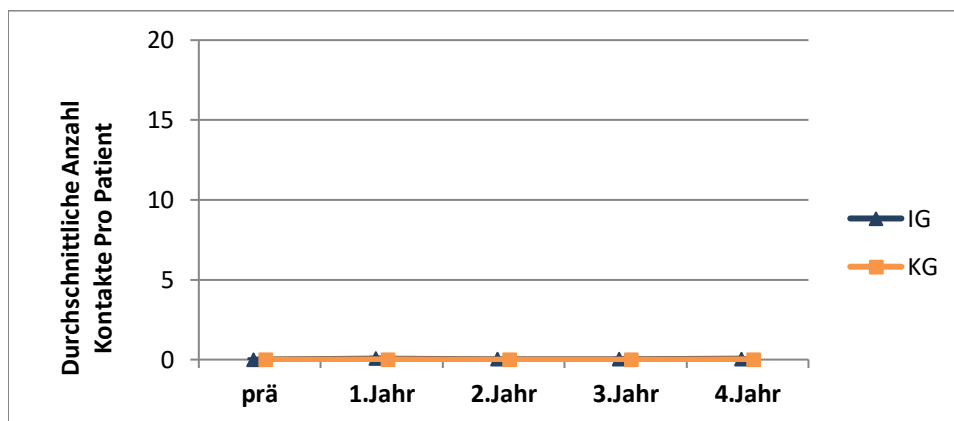


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

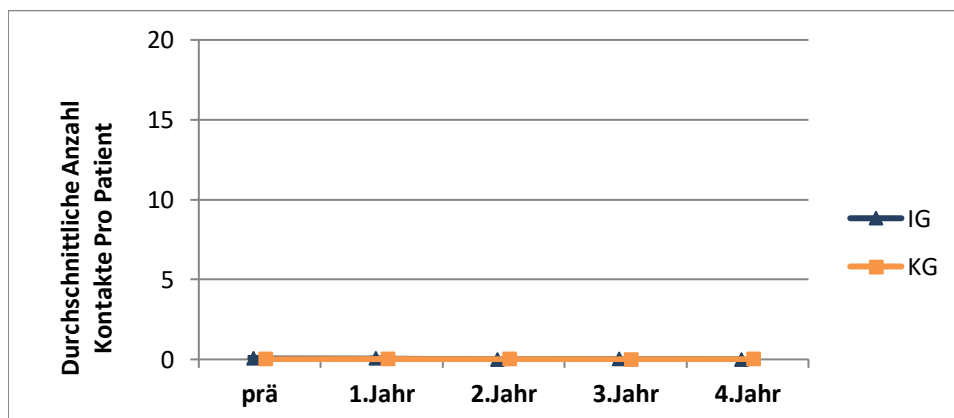


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

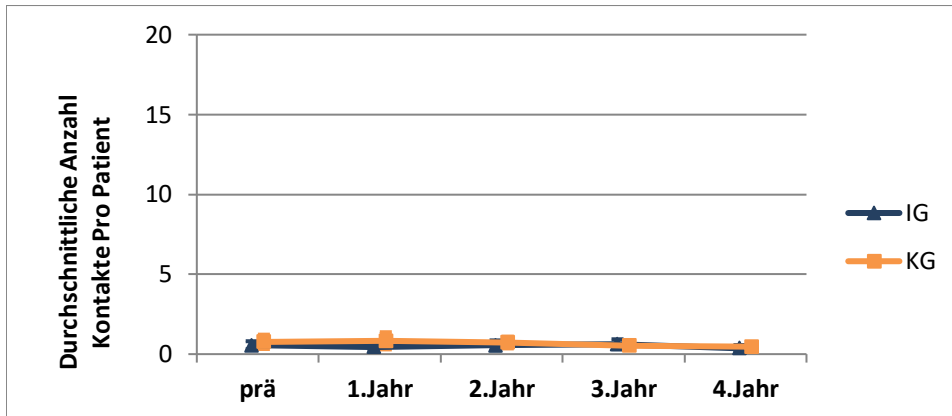


- **bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)**



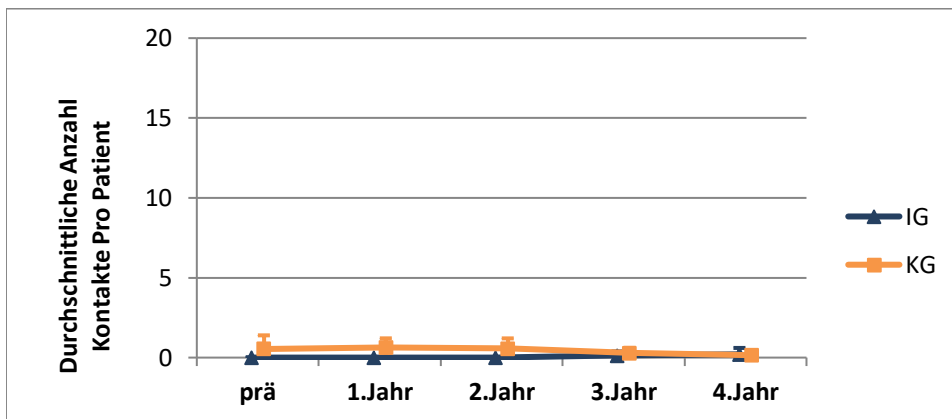


- bei anderen Vertragsärzten (F)

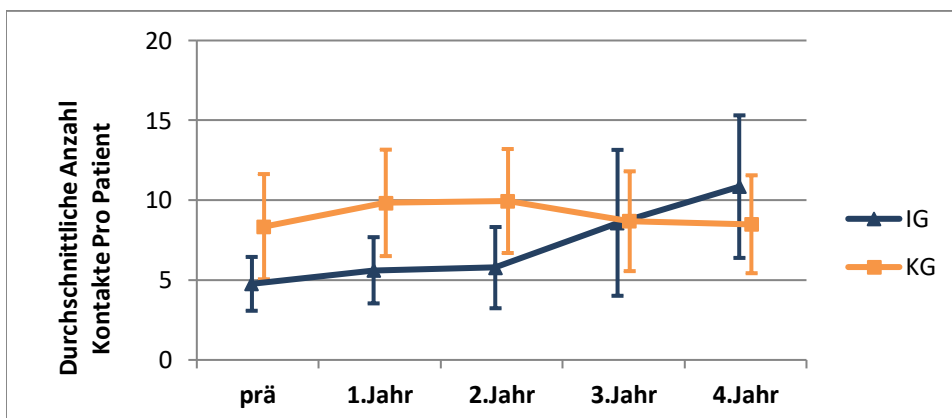


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



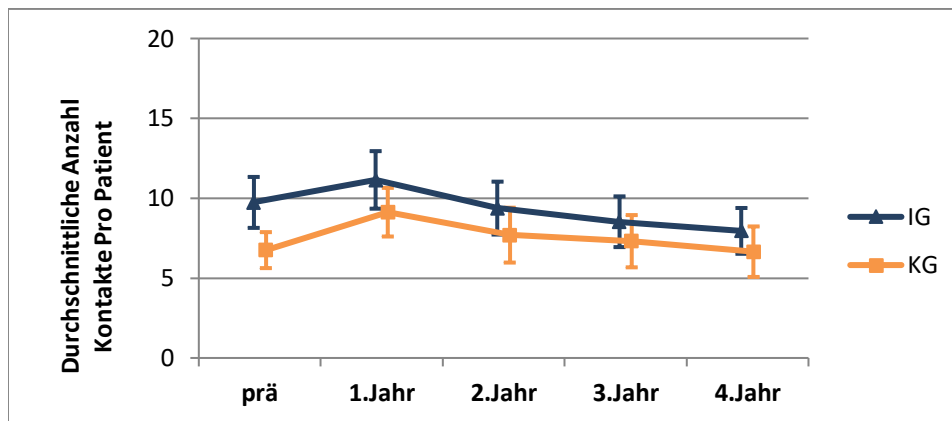
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

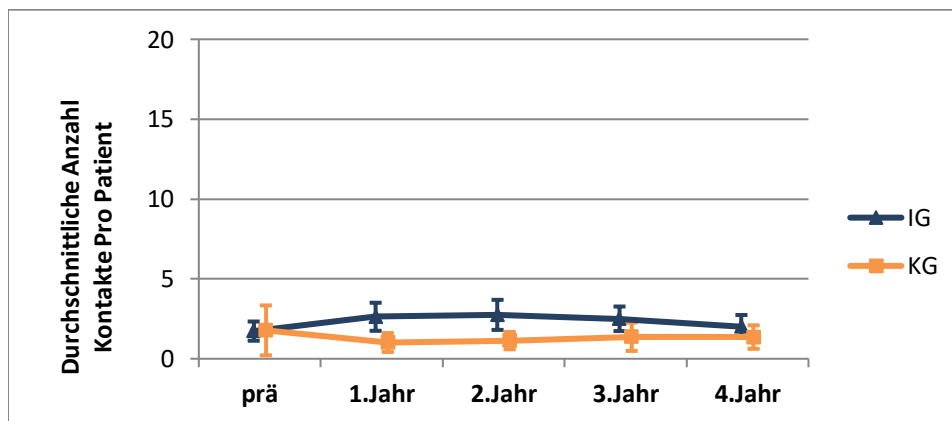
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

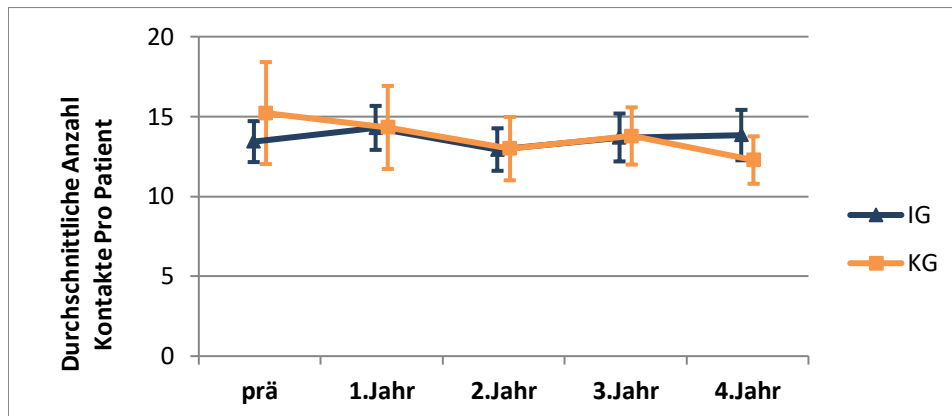
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

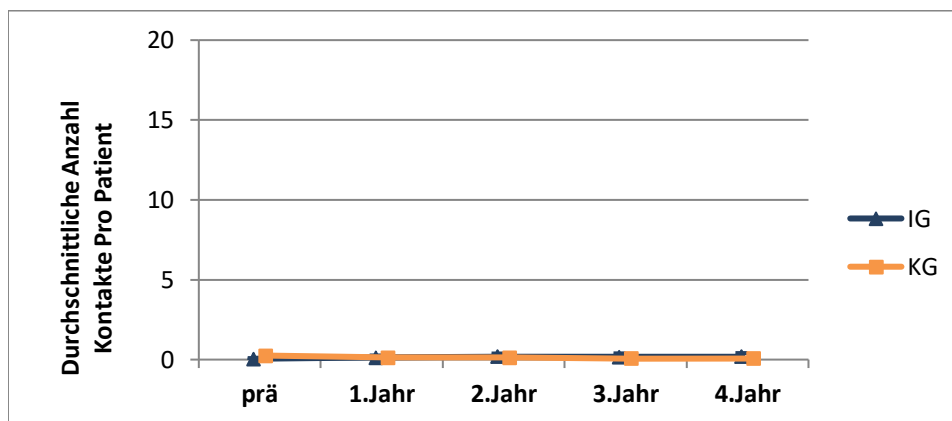


- bei anderen Vertragsärzten (E)

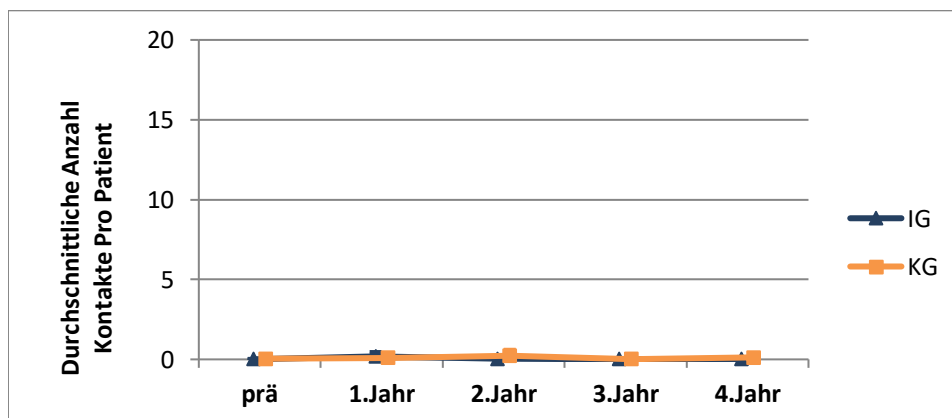


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

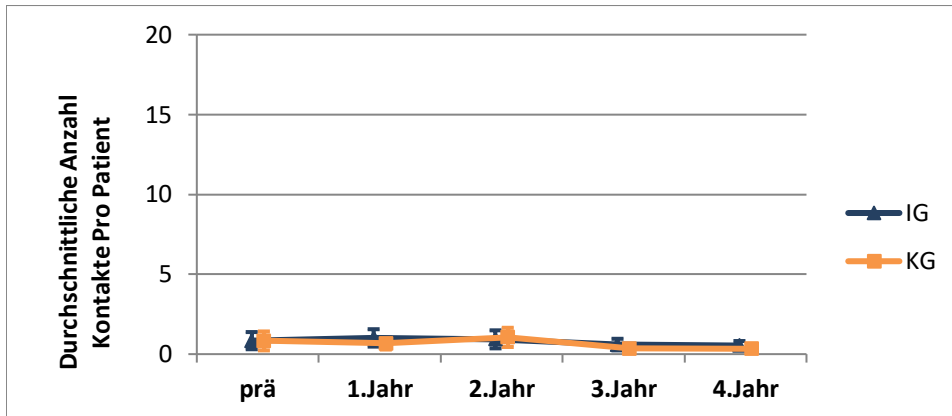
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

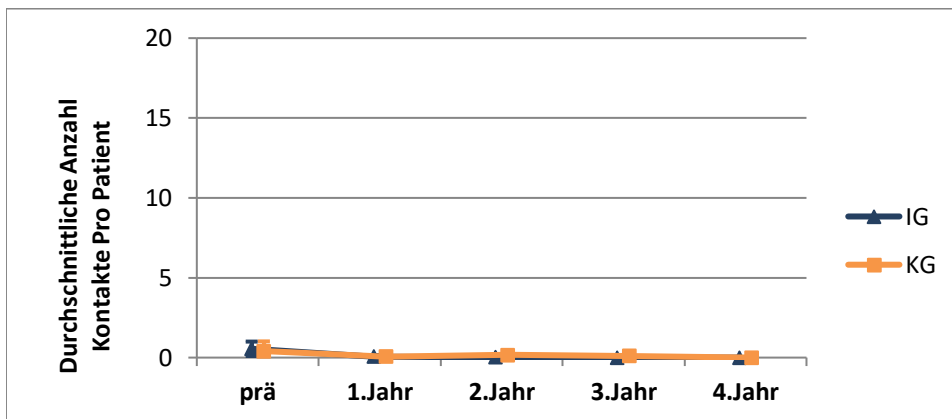


- bei anderen Vertragsärzten (F)

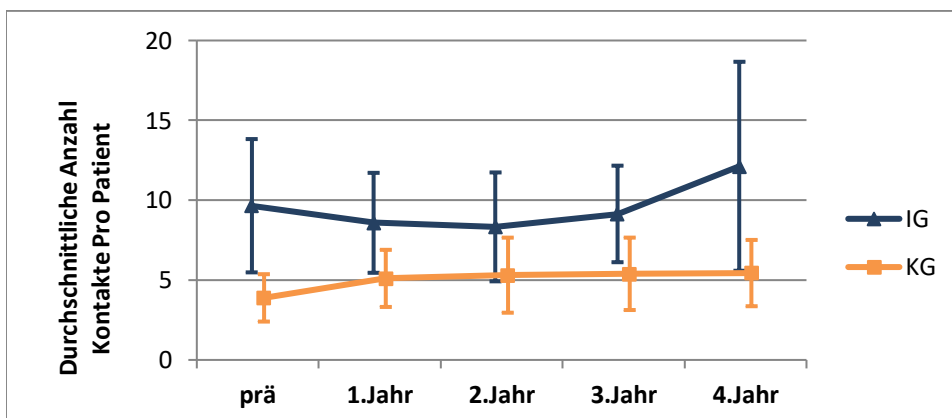


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



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

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,55* -2,79...-0,32	0,39 -0,81...1,60	0,79 -2,35...3,93
DID Jahr 2	-1,36* -2,60...-0,12	0,76 -0,45...1,97	1,32 -1,82...4,46
DID Jahr 3	-1,04 -2,27...0,20	0,68 -0,53...1,89	1,05 -2,09...4,20
DID Jahr 4	-0,95 -2,18...0,29	0,02 -1,19...1,23	2,41 -0,73...5,55

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

**Klinikbekannte Patienten**

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,97 -3,74...1,80	1,66* 0,01...3,31	1,76 -1,83...5,35
DID Jahr 2	-1,47 -4,24...1,30	1,57 -0,08...3,21	1,58 -2,01...5,16
DID Jahr 3	-1,98 -4,75...0,79	1,06 -0,59...2,71	1,49 -2,10...5,07
DID Jahr 4	-1,91 -4,68...0,86	0,62 -1,03...2,27	3,03 -0,56...6,62

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;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
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.359</b>	<b>1.359</b>	<b>1.359</b>	<b>1.359</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>1.356</b>	<b>1.356</b>	<b>1.356</b>	<b>1.356</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>1.318</b>	<b>1.325</b>	<b>1.314</b>	<b>1.326</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	2,0	0,1	3,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,7	3,1	1,8	2,7
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	10,5	13,4	10,2	13,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,7	0,4	0,8	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,1	0,2	0,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	5,7	6,8	9,1	8,9

<sup>1</sup> 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.

<sup>3</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

<sup>5</sup> Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

<sup>7</sup> APN: alle

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

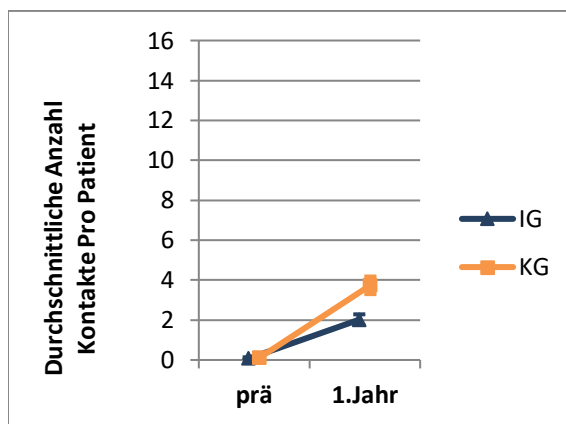
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

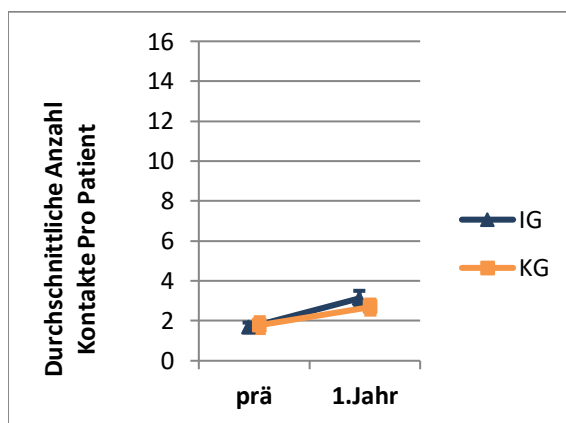
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient**

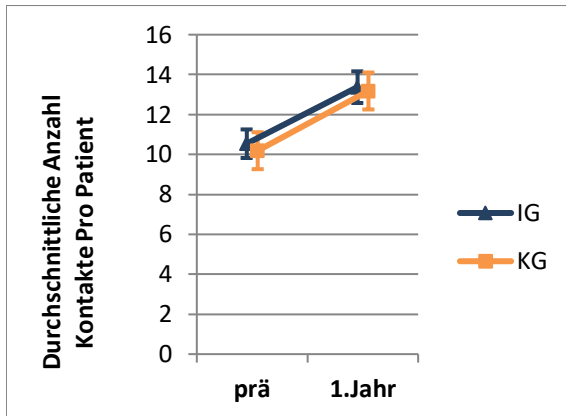
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

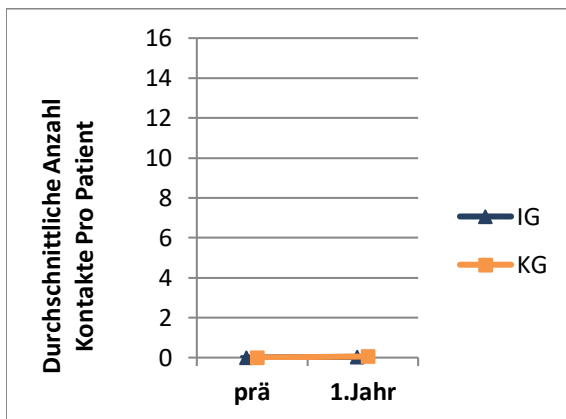


- bei anderen Vertragsärzten (E)

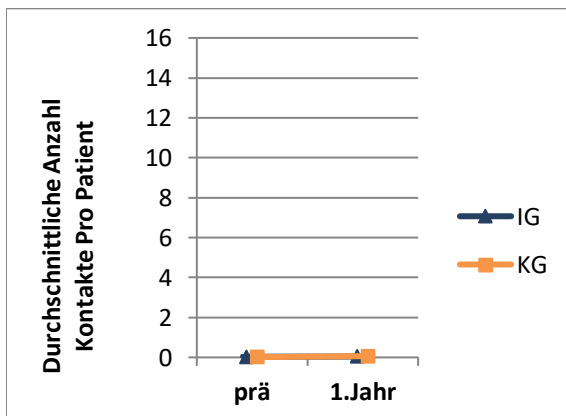


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)

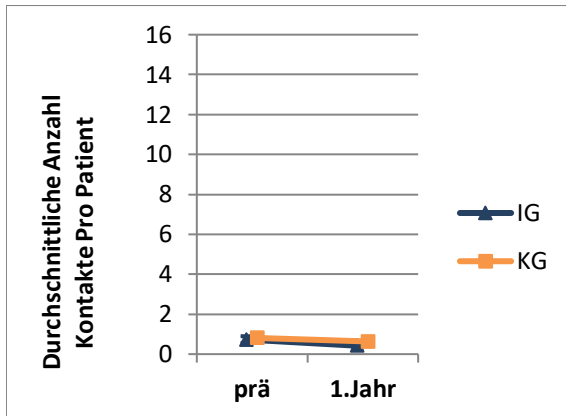


- bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)



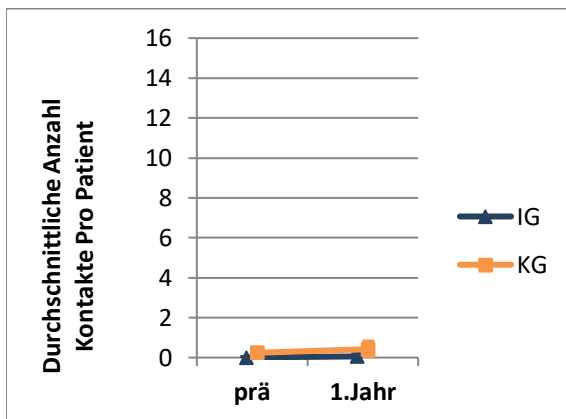


- bei anderen Vertragsärzten (F)

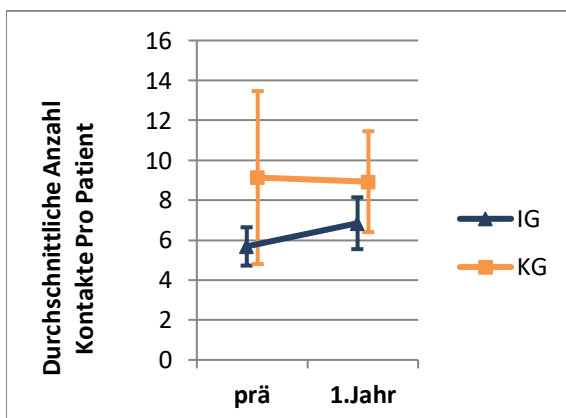


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- 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
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.041</b>	<b>1.041</b>	<b>1.003</b>	<b>1.039</b>	<b>1.039</b>	<b>1.003</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>1.038</b>	<b>1.038</b>	<b>1.003</b>	<b>1.036</b>	<b>1.036</b>	<b>1.003</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>1.010</b>	<b>1.018</b>	<b>952</b>	<b>1.002</b>	<b>1.013</b>	<b>961</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	2,1	1,0	0,1	3,7	2,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,7	2,9	2,9	1,6	2,7	2,5
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	10,7	13,7	11,9	10,1	13,2	11,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,7	0,5	0,4	0,7	0,6	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	6,0	7,5	8,1	10,1	9,3	9,9
---	-----	-----	-----	------	-----	-----

<sup>1</sup> 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.

<sup>3</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

<sup>5</sup> Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

<sup>7</sup> APN: alle

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

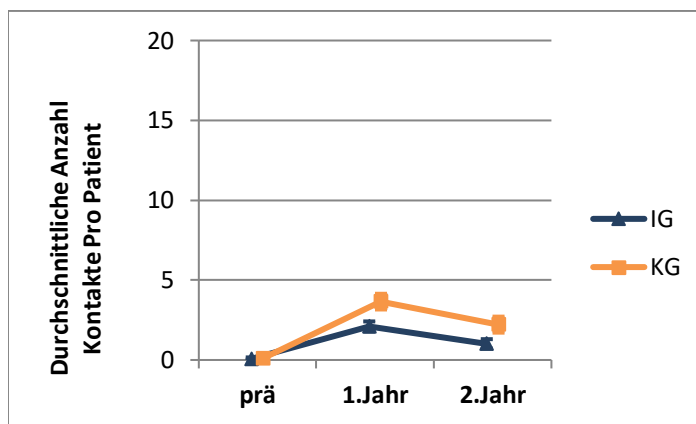
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

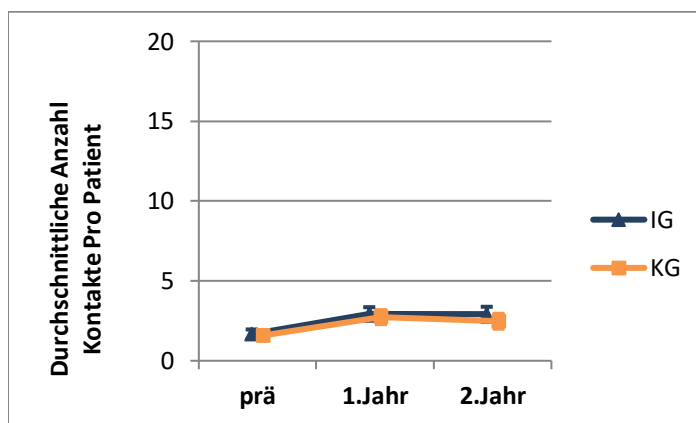
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient**

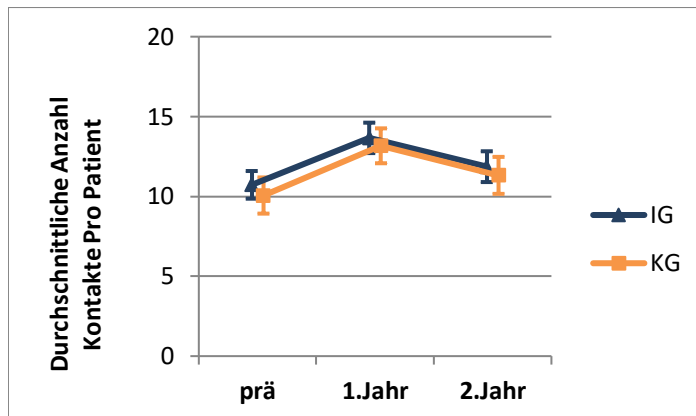
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

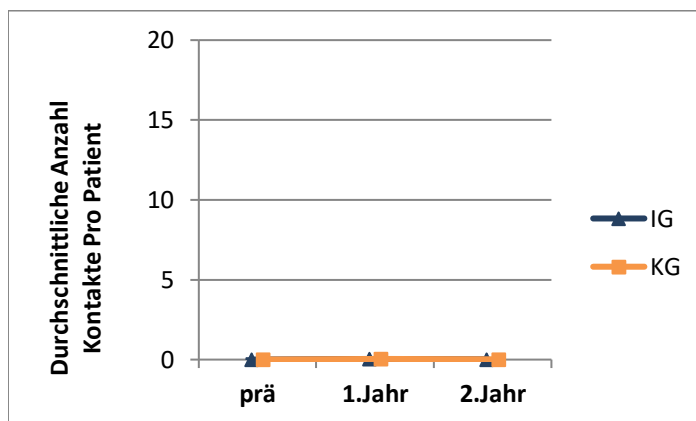


- bei anderen Vertragsärzten (E)

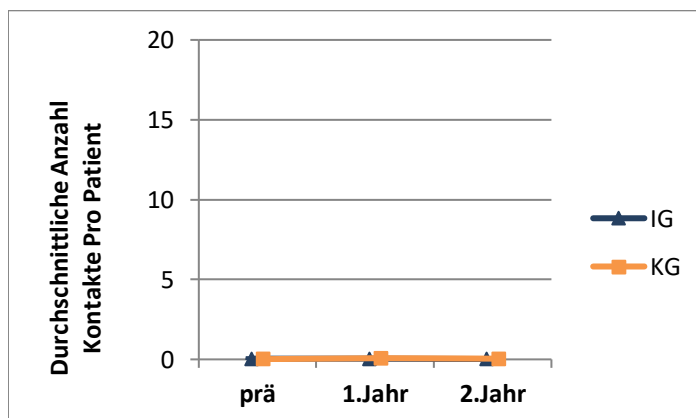


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

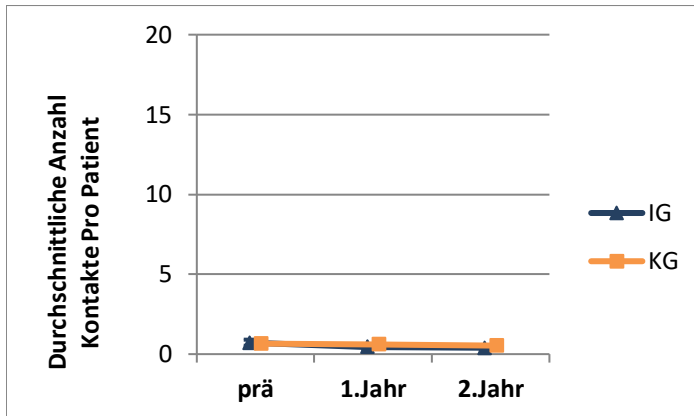
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

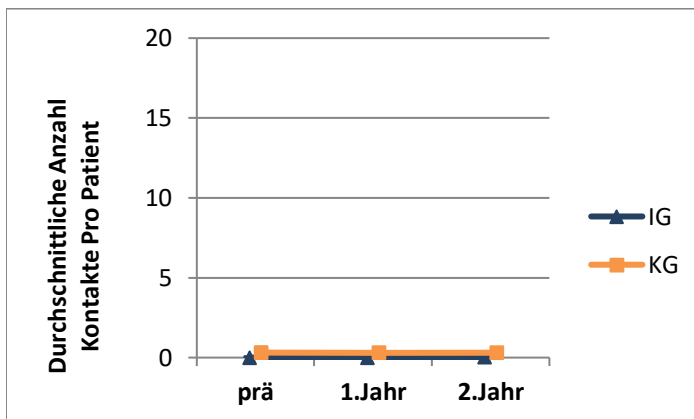


- bei anderen Vertragsärzten (F)

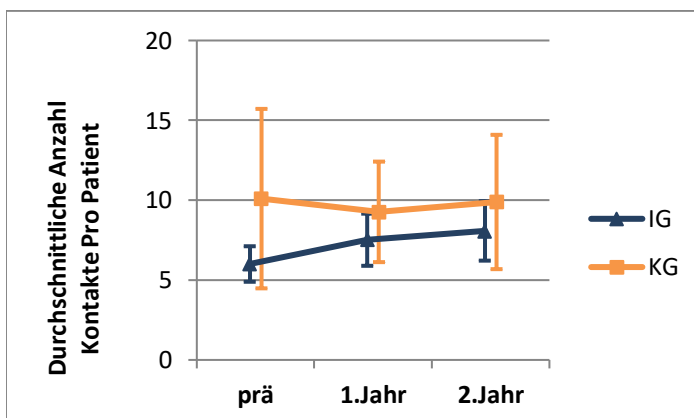


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



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

**Klinikneue Patienten**

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,51*** -2,17...-0,86	0,12 -0,66...0,90	-0,17 -2,03...1,68
DID Jahr 2	-1,12** -1,78...-0,47	0,33 -0,44...1,11	-0,17 -2,02...1,69

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

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

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

Tabelle 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
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>694</b>	<b>694</b>	<b>675</b>	<b>656</b>	<b>698</b>	<b>698</b>	<b>677</b>	<b>654</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>691</b>	<b>691</b>	<b>675</b>	<b>656</b>	<b>695</b>	<b>695</b>	<b>677</b>	<b>654</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>669</b>	<b>675</b>	<b>638</b>	<b>625</b>	<b>672</b>	<b>681</b>	<b>648</b>	<b>618</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	2,0	0,9	0,8	0,1	3,7	2,4	1,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,6	3,0	2,7	2,4	1,6	2,9	2,5	2,2
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	10,5	13,7	12,2	11,9	10,2	12,9	11,5	11,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,6	0,4	0,4	0,5	0,7	0,7	0,6	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								



• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,0	0,0	0,1	0,4	0,4	0,3	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	5,4	6,4	7,3	8,5	7,6	8,4	9,1	8,4

<sup>1</sup> 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.

<sup>3</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

<sup>5</sup> Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

<sup>7</sup> APN: alle

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>366</b>	<b>366</b>	<b>350</b>	<b>339</b>	<b>369</b>	<b>369</b>	<b>354</b>	<b>344</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>366</b>	<b>366</b>	<b>350</b>	<b>339</b>	<b>369</b>	<b>369</b>	<b>354</b>	<b>344</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>358</b>	<b>358</b>	<b>334</b>	<b>328</b>	<b>358</b>	<b>357</b>	<b>339</b>	<b>336</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	8,7	10,1	8,4	7,9	6,0	8,6	7,2	6,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,9	2,6	2,7	2,5	1,7	1,1	1,3	1,3
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	13,5	14,3	13,1	13,7	14,7	14,2	13,2	13,9

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

<sup>1</sup> 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.

<sup>3</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

<sup>5</sup> Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

<sup>7</sup> APN: alle

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

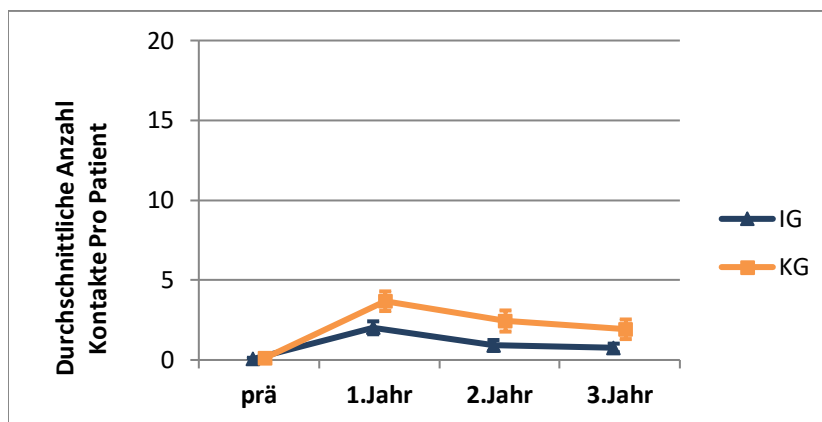
### Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

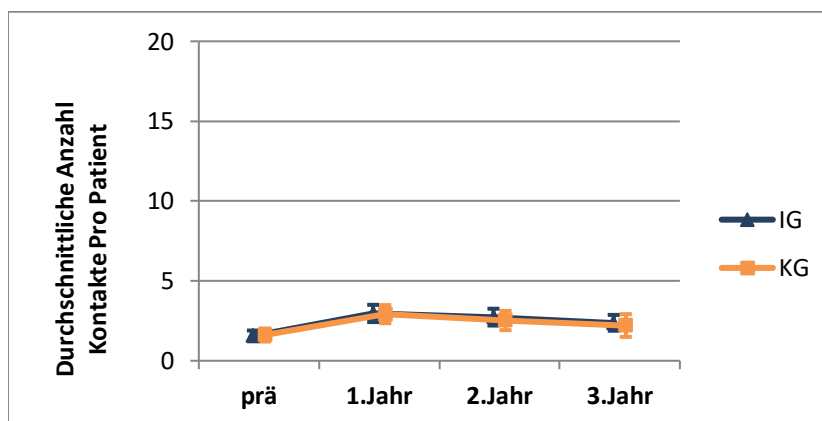
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient**

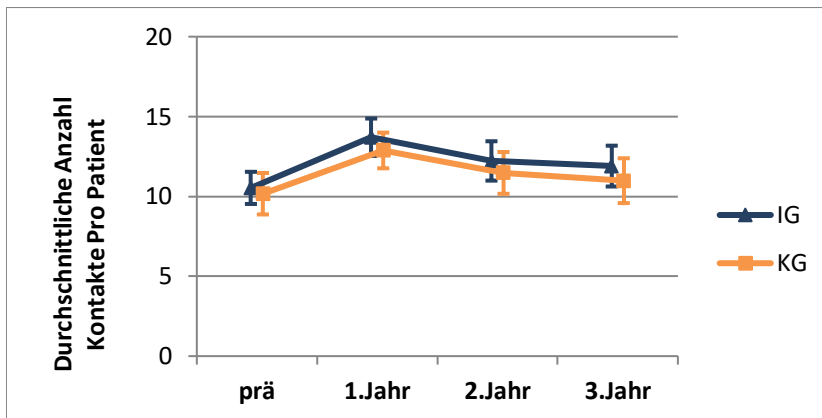
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

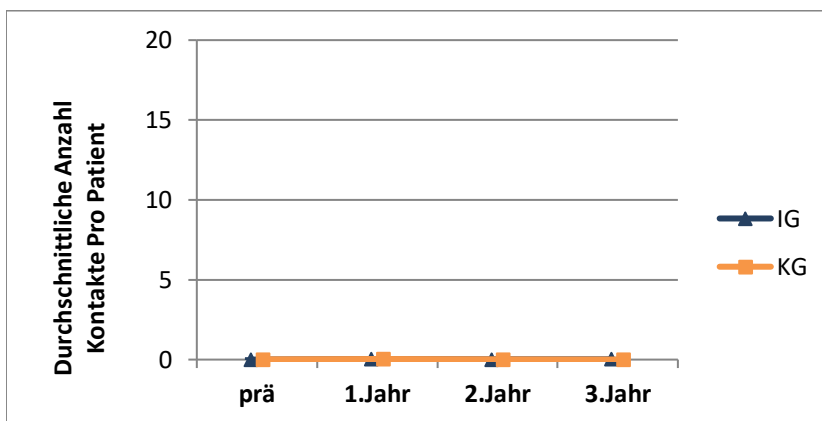


- bei anderen Vertragsärzten (E)

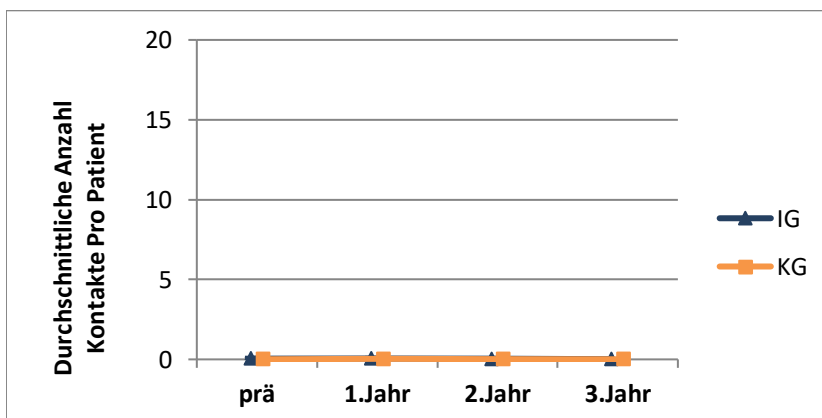


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

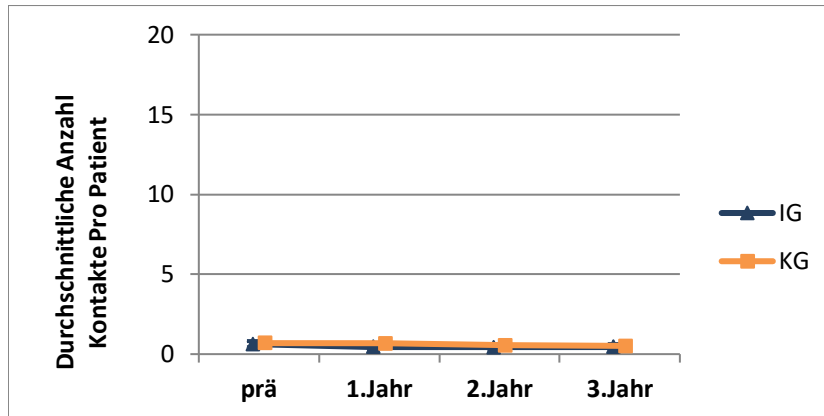
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

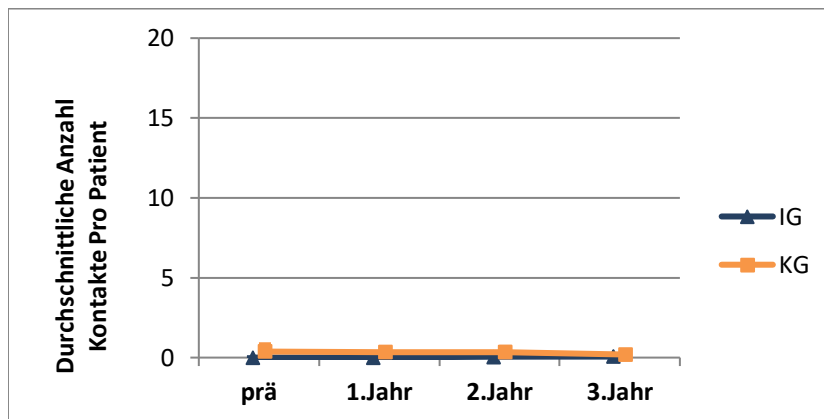


- bei anderen Vertragsärzten (F)

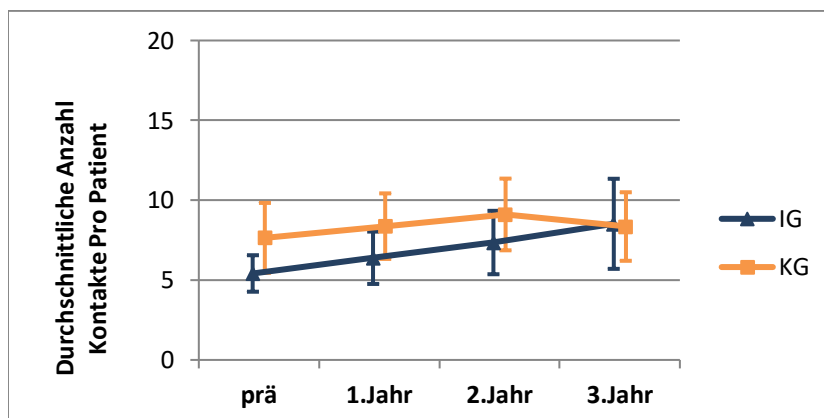


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



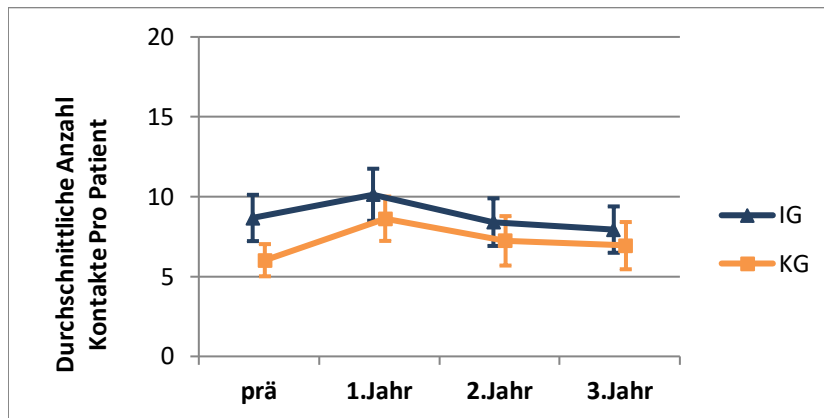
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

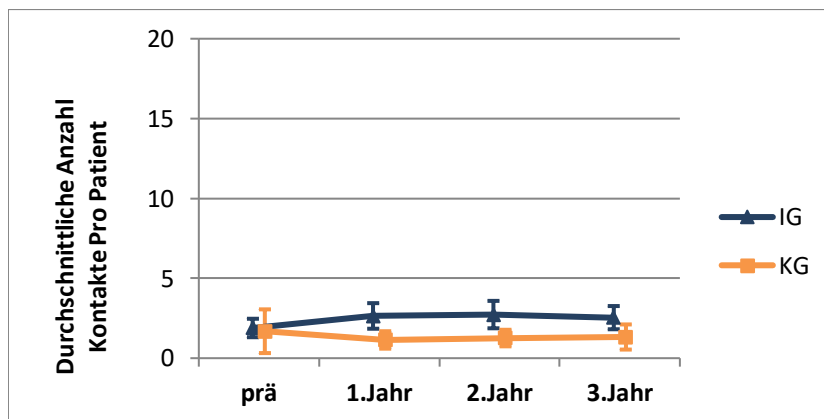
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### **Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient**

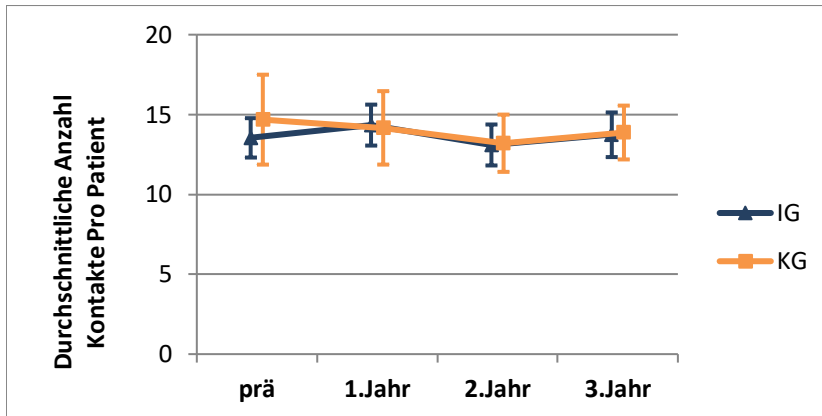
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

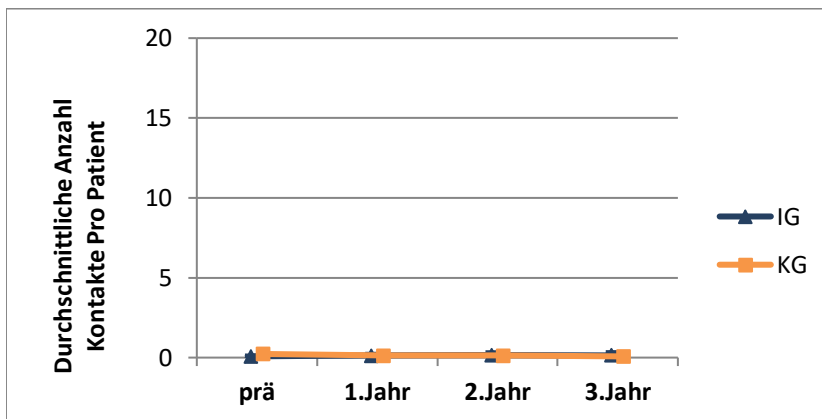


- bei anderen Vertragsärzten (E)

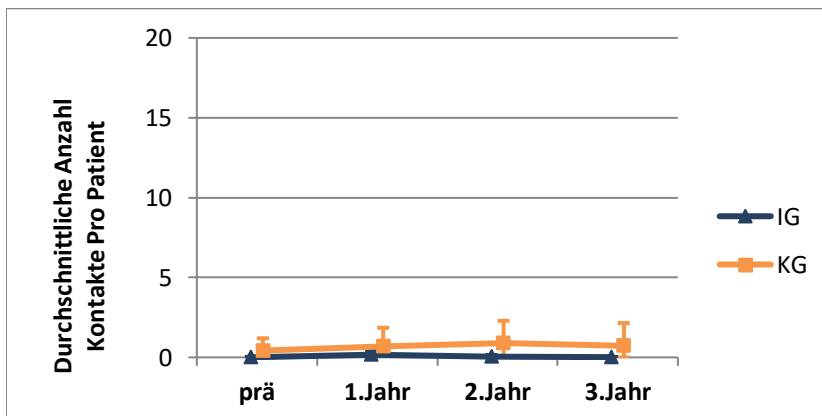


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

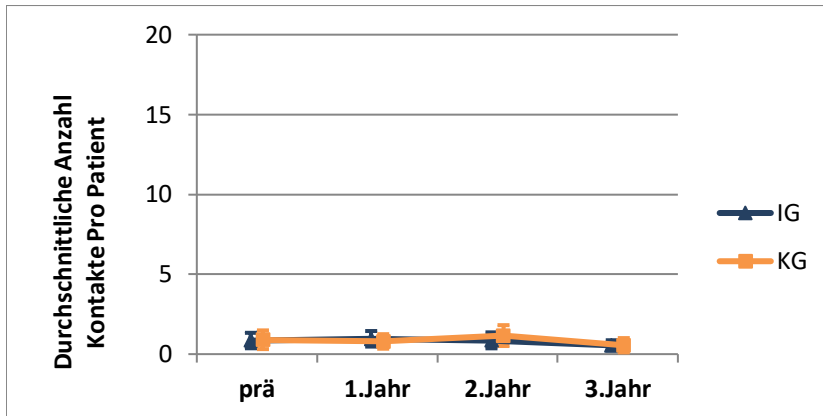
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

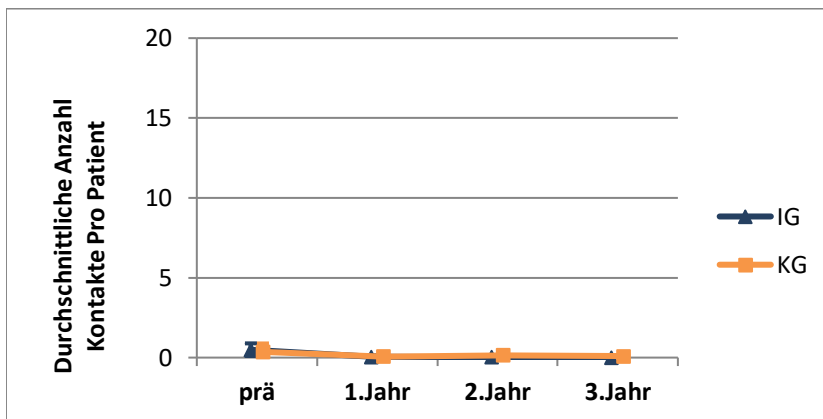


- bei anderen Vertragsärzten (F)

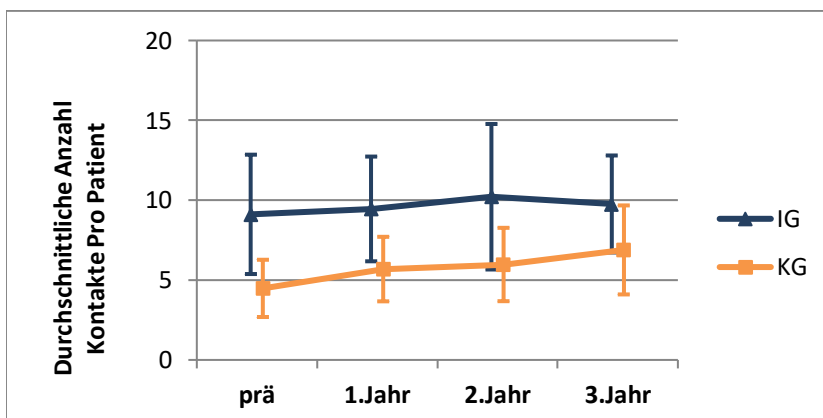


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)





### 8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für linikneue Patienten bei der Betrachtung von 7, 30 und 90 Tagen bei den Patienten der IG im ersten Jahr nach Referenzfall eine vergleichbare, im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall eine höhere und im vierten Jahr nach Referenzfall eine geringere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** verglichen mit der KG. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen waren jedoch nicht ersichtlich. Zu beachten sind hier auch die geringen Fallzahlen ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall. Bei den linikbekannten Patienten war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall größer und im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall geringer als in der KG (alle drei Nachbeobachtungszeiträume). Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch auch hier nicht ersichtlich.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen ein etwas erhöhter Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: +1,8 %-Punkte; 30 Tage: +5,8 %-Punkte; 90 Tage: +6,4 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor im ersten Jahr nach Referenzfall bei 7, 30 und 90 Tagen Nachbeobachtung in der IG höher als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Anteile der Patienten mit Kontakt innerhalb von 7, 30 oder 90 Tagen zum psychiatrischen Sektor für linikneue Patienten in der IG stets höher als in der KG. Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall stets höhere Anteile auf. Im dritten Jahr glichen sich beide Gruppen hier jedoch wieder an und sanken (7 und 90 Tage) in der IG unter den Werten der KG.

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

### Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>404</b>	<b>57</b>	<b>52</b>	<b>60</b>	<b>364</b>	<b>76</b>	<b>71</b>	<b>63</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,1 %	7,0 %	19,2 %	18,3 %	6,3 %	11,8 %	12,7 %	14,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	2,7 %	5,3 %	1,9 %	3,3 %	8,2 %	3,9 %	4,2 %	11,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	42,1 %	40,4 %	44,2 %	43,3 %	47,0 %	46,1 %	43,7 %	39,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	13,9 %	21,1 %	3,8 %	18,3 %	10,2 %	7,9 %	5,6 %	3,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	2,2 %	3,5 %	1,9 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,7 %	0,0 %	7,7 %	6,7 %	2,7 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	15,6 %	15,8 %	23,1 %	21,7 %	15,9 %	14,5 %	16,9 %	25,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,3 %	40,4 %	36,5 %	31,7 %	40,4 %	42,1 %	45,1 %	39,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>189</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>40</b>	<b>166</b>	<b>41</b>	<b>37</b>	<b>39</b>

<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	13,8 %	7,5 %	27,8 %	20,0 %	9,6 %	14,6 %	24,3 %	23,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	3,2 %	7,5 %	2,8 %	0,0 %	12,7 %	7,3 %	8,1 %	12,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	41,3 %	42,5 %	47,2 %	40,0 %	43,4 %	51,2 %	43,2 %	46,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	19,0 %	25,0 %	5,6 %	17,5 %	10,2 %	9,8 %	5,4 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,2 %	2,5 %	2,8 %	0,0 %	3,6 %	0,0 %	0,0 %	2,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	0,0 %	5,6 %	10,0 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,1 %	17,5 %	33,3 %	20,0 %	24,7 %	19,5 %	32,4 %	35,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,9 %	30,0 %	30,6 %	35,0 %	38,0 %	34,1 %	40,5 %	28,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>79</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>76</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>18</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	13,9 %	8,3 %	47,4 %	30,0 %	11,8 %	12,0 %	19,0 %	22,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	3,8 %	8,3 %	5,3 %	0,0 %	14,5 %	12,0 %	9,5 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	43,0 %	41,7 %	57,9 %	50,0 %	36,8 %	44,0 %	47,6 %	44,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	16,5 %	29,2 %	10,5 %	25,0 %	10,5 %	12,0 %	9,5 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,9 %	0,0 %	0,0 %	5,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,6 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,3 %	16,7 %	52,6 %	30,0 %	31,6 %	20,0 %	28,6 %	38,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,9 %	25,0 %	15,8 %	20,0 %	39,5 %	36,0 %	33,3 %	27,8 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

**B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>368</b>	<b>56</b>	<b>47</b>	<b>54</b>	<b>316</b>	<b>66</b>	<b>59</b>	<b>57</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	21,7 %	23,2 %	25,5 %	29,6 %	9,2 %	21,2 %	15,3 %	29,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,1 %	8,9 %	6,4 %	13,0 %	15,8 %	10,6 %	10,2 %	15,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	68,2 %	58,9 %	61,7 %	66,7 %	71,2 %	62,1 %	57,6 %	71,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	27,7 %	35,7 %	27,7 %	40,7 %	25,9 %	21,2 %	13,6 %	19,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	6,5 %	3,6 %	6,4 %	1,9 %	6,3 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,5 %	7,1 %	10,6 %	7,4 %	5,1 %	9,1 %	6,8 %	3,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,9 %	33,9 %	34,0 %	38,9 %	28,2 %	28,8 %	25,4 %	43,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	19,3 %	23,2 %	14,9 %	9,3 %	16,5 %	15,2 %	27,1 %	12,3 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>170</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>35</b>	<b>141</b>	<b>33</b>	<b>28</b>	<b>37</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	28,8 %	23,1 %	32,3 %	28,6 %	16,3 %	33,3 %	28,6 %	45,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	8,2 %	10,3 %	9,7 %	8,6 %	22,7 %	18,2 %	17,9 %	18,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	71,8 %	66,7 %	64,5 %	60,0 %	68,8 %	63,6 %	57,1 %	81,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	32,4 %	38,5 %	32,3 %	37,1 %	29,8 %	24,2 %	21,4 %	16,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,2 %	2,6 %	3,2 %	2,9 %	11,3 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,5 %	7,7 %	9,7 %	11,4 %	3,5 %	3,0 %	7,1 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,4 %	35,9 %	41,9 %	37,1 %	45,4 %	45,5 %	46,4 %	62,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,8 %	12,8 %	6,5 %	14,3 %	13,5 %	9,1 %	17,9 %	8,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>67</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>60</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>17</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,4 %	26,1 %	50,0 %	36,8 %	16,7 %	29,4 %	26,7 %	41,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	16,4 %	13,0 %	12,5 %	15,8 %	28,3 %	35,3 %	26,7 %	29,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	73,1 %	73,9 %	81,3 %	68,4 %	65,0 %	64,7 %	60,0 %	82,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	28,4 %	39,1 %	43,8 %	52,6 %	30,0 %	35,3 %	26,7 %	23,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	6,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %	0,0 %	0,0 %	5,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,5 %	4,3 %	0,0 %	10,5 %	3,3 %	5,9 %	13,3 %	5,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,8 %	39,1 %	56,3 %	47,4 %	55,0 %	52,9 %	53,3 %	70,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,4 %	4,3 %	0,0 %	10,5 %	11,7 %	0,0 %	6,7 %	5,9 %

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

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

**C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>332</b>	<b>48</b>	<b>37</b>	<b>42</b>	<b>281</b>	<b>49</b>	<b>46</b>	<b>43</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,1 %	31,3 %	24,3 %	33,3 %	13,5 %	24,5 %	19,6 %	37,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	12,0 %	16,7 %	16,2 %	23,8 %	26,3 %	14,3 %	17,4 %	16,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	83,7 %	70,8 %	83,8 %	81,0 %	85,1 %	77,6 %	80,4 %	86,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	47,6 %	56,3 %	45,9 %	59,5 %	48,4 %	32,7 %	34,8 %	27,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	12,0 %	10,4 %	10,8 %	7,1 %	7,1 %	0,0 %	0,0 %	2,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,6 %	20,8 %	8,1 %	11,9 %	9,3 %	10,2 %	8,7 %	9,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,8 %	50,0 %	40,5 %	50,0 %	38,4 %	34,7 %	34,8 %	51,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,4 %	16,7 %	10,8 %	4,8 %	6,8 %	12,2 %	8,7 %	7,0 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>149</b>	<b>32</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>121</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>28</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	38,9 %	28,1 %	34,8 %	32,0 %	23,1 %	37,5 %	36,4 %	53,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,8 %	21,9 %	21,7 %	24,0 %	38,0 %	20,8 %	31,8 %	21,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	87,9 %	78,1 %	91,3 %	76,0 %	81,8 %	75,0 %	81,8 %	92,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	56,4 %	65,6 %	52,2 %	60,0 %	53,7 %	37,5 %	54,5 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	21,5 %	12,5 %	8,7 %	12,0 %	13,2 %	0,0 %	0,0 %	3,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,4 %	25,0 %	4,3 %	16,0 %	5,8 %	0,0 %	4,5 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,4 %	53,1 %	56,5 %	52,0 %	58,7 %	54,2 %	63,6 %	71,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,0 %	3,1 %	0,0 %	8,0 %	5,0 %	4,2 %	4,5 %	3,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>57</b>	<b>19</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>47</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>13</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	38,6 %	31,6 %	45,5 %	38,5 %	19,1 %	20,0 %	30,8 %	46,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	24,6 %	21,1 %	27,3 %	46,2 %	48,9 %	40,0 %	38,5 %	30,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	91,2 %	84,2 %	90,9 %	92,3 %	80,9 %	80,0 %	76,9 %	100,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	57,9 %	63,2 %	63,6 %	69,2 %	59,6 %	50,0 %	53,8 %	30,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,8 %	15,8 %	0,0 %	7,7 %	19,1 %	0,0 %	0,0 %	7,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,0 %	26,3 %	0,0 %	23,1 %	2,1 %	0,0 %	7,7 %	15,4 %



- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,6 %	57,9 %	63,6 %	69,2 %	70,2 %	50,0 %	69,2 %	76,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,1 %	0,0 %	7,7 %	0,0 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>312</b>	<b>162</b>	<b>121</b>	<b>89</b>	<b>296</b>	<b>179</b>	<b>160</b>	<b>145</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,0 %	21,6 %	16,5 %	19,1 %	14,5 %	13,4 %	20,6 %	22,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	5,8 %	7,4 %	6,6 %	3,4 %	4,4 %	5,0 %	8,8 %	2,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	40,4 %	43,8 %	41,3 %	33,7 %	34,8 %	35,2 %	36,9 %	42,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	10,3 %	8,6 %	8,3 %	12,4 %	8,1 %	6,7 %	5,6 %	9,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	2,2 %	1,2 %	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	3,1 %	9,9 %	6,7 %	1,4 %	3,9 %	2,5 %	1,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	23,4 %	29,6 %	24,0 %	22,5 %	18,9 %	18,4 %	28,8 %	25,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	43,3 %	35,8 %	35,5 %	44,9 %	49,0 %	50,3 %	40,6 %	37,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>226</b>	<b>130</b>	<b>92</b>	<b>67</b>	<b>183</b>	<b>115</b>	<b>116</b>	<b>115</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	17,3 %	26,2 %	20,7 %	22,4 %	20,8 %	19,1 %	25,9 %	27,0 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,5 %	9,2 %	7,6 %	3,0 %	5,5 %	7,8 %	10,3 %	2,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	39,8 %	43,1 %	42,4 %	32,8 %	35,0 %	37,4 %	38,8 %	42,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	13,3 %	9,2 %	8,7 %	13,4 %	8,7 %	8,7 %	5,2 %	7,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	2,7 %	1,5 %	2,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,5 %	3,1 %	13,0 %	9,0 %	1,1 %	3,5 %	1,7 %	1,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,5 %	36,2 %	29,3 %	25,4 %	26,2 %	27,0 %	35,3 %	29,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,8 %	33,8 %	31,5 %	41,8 %	43,7 %	43,5 %	35,3 %	34,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>141</b>	<b>87</b>	<b>55</b>	<b>55</b>	<b>111</b>	<b>67</b>	<b>68</b>	<b>67</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,7 %	34,5 %	23,6 %	25,5 %	27,0 %	22,4 %	30,9 %	31,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	9,9 %	5,7 %	7,3 %	3,6 %	7,2 %	9,0 %	11,8 %	3,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	36,9 %	44,8 %	47,3 %	32,7 %	34,2 %	41,8 %	35,3 %	46,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	14,2 %	8,0 %	5,5 %	14,5 %	7,2 %	10,4 %	4,4 %	10,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	1,4 %	1,1 %	3,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	3,4 %	12,7 %	5,5 %	0,9 %	3,0 %	2,9 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	41,4 %	32,7 %	29,1 %	34,2 %	31,3 %	41,2 %	34,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,4 %	31,0 %	27,3 %	41,8 %	40,5 %	38,8 %	35,3 %	29,9 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

**B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>241</b>	<b>130</b>	<b>99</b>	<b>76</b>	<b>250</b>	<b>140</b>	<b>125</b>	<b>107</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,3 %	28,5 %	29,3 %	31,6 %	22,4 %	25,0 %	34,4 %	34,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,9 %	15,4 %	16,2 %	11,8 %	9,2 %	8,6 %	15,2 %	9,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	68,5 %	70,8 %	71,7 %	68,4 %	58,4 %	64,3 %	74,4 %	62,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	27,8 %	30,0 %	28,3 %	32,9 %	23,6 %	22,9 %	24,8 %	17,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,4 %	2,3 %	2,0 %	2,6 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,8 %	9,2 %	11,1 %	9,2 %	3,2 %	5,7 %	6,4 %	5,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,5 %	43,8 %	44,4 %	43,4 %	30,8 %	33,6 %	45,6 %	43,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,3 %	13,8 %	12,1 %	15,8 %	23,6 %	18,6 %	9,6 %	21,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>168</b>	<b>102</b>	<b>74</b>	<b>55</b>	<b>149</b>	<b>92</b>	<b>92</b>	<b>84</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	28,0 %	34,3 %	36,5 %	40,0 %	34,2 %	33,7 %	41,3 %	40,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	20,8 %	19,6 %	20,3 %	12,7 %	11,4 %	12,0 %	17,4 %	10,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	69,6 %	71,6 %	71,6 %	74,5 %	60,4 %	65,2 %	78,3 %	63,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	31,5 %	32,4 %	27,0 %	32,7 %	22,1 %	26,1 %	22,8 %	19,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	7,1 %	2,9 %	2,7 %	3,6 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,1 %	8,8 %	12,2 %	10,9 %	2,0 %	3,3 %	6,5 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,6 %	53,9 %	55,4 %	52,7 %	44,3 %	45,7 %	54,3 %	51,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,1 %	10,8 %	9,5 %	12,7 %	16,8 %	14,1 %	5,4 %	19,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>93</b>	<b>64</b>	<b>42</b>	<b>46</b>	<b>95</b>	<b>55</b>	<b>58</b>	<b>52</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	35,5 %	45,3 %	40,5 %	45,7 %	41,1 %	41,8 %	43,1 %	50,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	29,0 %	18,8 %	21,4 %	15,2 %	12,6 %	14,5 %	20,7 %	13,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	68,8 %	76,6 %	76,2 %	73,9 %	56,8 %	63,6 %	75,9 %	65,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	26,9 %	26,6 %	28,6 %	30,4 %	23,2 %	23,6 %	22,4 %	21,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,2 %	3,1 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,6 %	10,9 %	11,9 %	4,3 %	2,1 %	1,8 %	5,2 %	7,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,4 %	64,1 %	59,5 %	58,7 %	52,6 %	56,4 %	58,6 %	63,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	15,1 %	6,3 %	7,1 %	13,0 %	13,7 %	16,4 %	5,2 %	11,5 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

**C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>185</b>	<b>85</b>	<b>61</b>	<b>52</b>	<b>193</b>	<b>93</b>	<b>71</b>	<b>70</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	31,9 %	35,3 %	36,1 %	42,3 %	31,1 %	40,9 %	46,5 %	41,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,9 %	22,4 %	27,9 %	17,3 %	12,4 %	8,6 %	21,1 %	17,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	85,4 %	85,9 %	90,2 %	84,6 %	71,0 %	82,8 %	88,7 %	77,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	51,9 %	49,4 %	54,1 %	50,0 %	44,6 %	38,7 %	43,7 %	45,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,2 %	5,9 %	6,6 %	1,9 %	0,5 %	2,2 %	0,0 %	1,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,3 %	11,8 %	9,8 %	13,5 %	10,4 %	5,4 %	9,9 %	12,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	49,7 %	55,3 %	57,4 %	55,8 %	41,5 %	50,5 %	64,8 %	57,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,6 %	4,7 %	0,0 %	1,9 %	11,4 %	6,5 %	4,2 %	8,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>131</b>	<b>70</b>	<b>46</b>	<b>36</b>	<b>118</b>	<b>65</b>	<b>53</b>	<b>52</b>

<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	36,6 %	40,0 %	43,5 %	52,8 %	44,9 %	53,8 %	52,8 %	48,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	25,2 %	25,7 %	34,8 %	22,2 %	16,1 %	12,3 %	20,8 %	21,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	87,8 %	87,1 %	89,1 %	83,3 %	72,9 %	86,2 %	92,5 %	76,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	53,4 %	50,0 %	52,2 %	47,2 %	47,5 %	41,5 %	50,9 %	46,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	12,2 %	7,1 %	8,7 %	2,8 %	0,8 %	1,5 %	0,0 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,0 %	11,4 %	10,9 %	16,7 %	5,9 %	4,6 %	9,4 %	13,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,3 %	62,9 %	69,6 %	69,4 %	58,5 %	66,2 %	73,6 %	67,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,6 %	2,9 %	0,0 %	2,8 %	6,8 %	1,5 %	0,0 %	7,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>71</b>	<b>43</b>	<b>26</b>	<b>31</b>	<b>79</b>	<b>41</b>	<b>34</b>	<b>34</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	45,1 %	60,5 %	50,0 %	58,1 %	53,2 %	63,4 %	58,8 %	55,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	32,4 %	20,9 %	34,6 %	22,6 %	19,0 %	12,2 %	23,5 %	20,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	87,3 %	86,0 %	96,2 %	83,9 %	72,2 %	85,4 %	94,1 %	79,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	50,7 %	48,8 %	53,8 %	48,4 %	51,9 %	41,5 %	50,0 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,5 %	7,0 %	7,7 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %	2,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,5 %	7,0 %	11,5 %	12,9 %	6,3 %	2,4 %	8,8 %	11,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,8 %	76,7 %	73,1 %	77,4 %	68,4 %	75,6 %	82,4 %	73,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,3 %	2,4 %	0,0 %	8,8 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69



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

**Klinikneue Patienten**

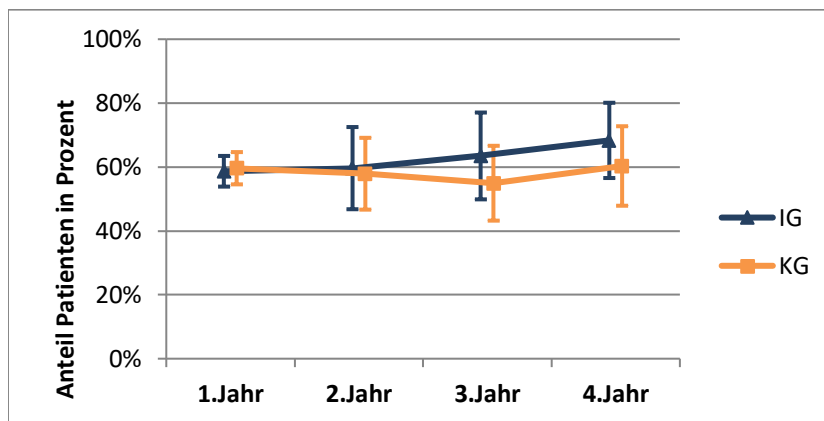
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

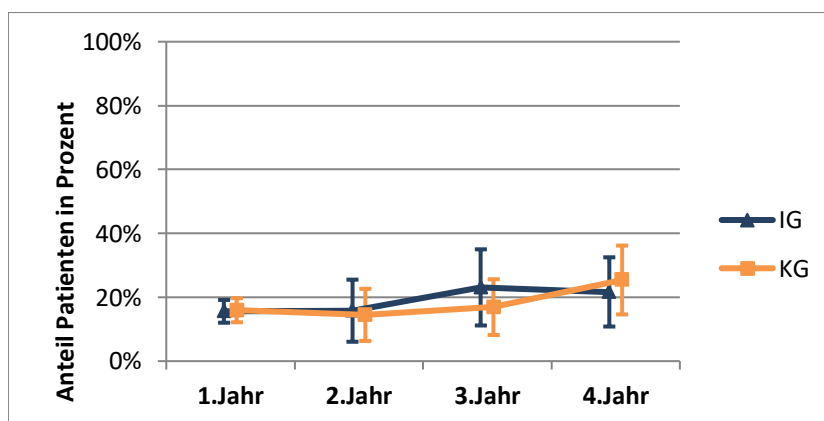
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



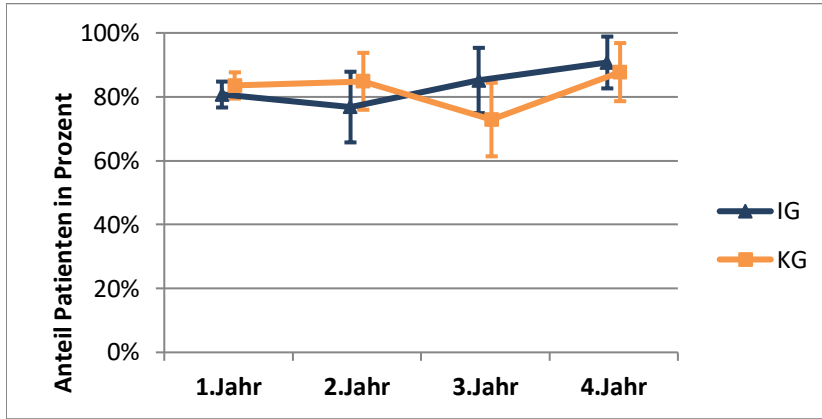
- Alle (psychiatrischer Sektor)



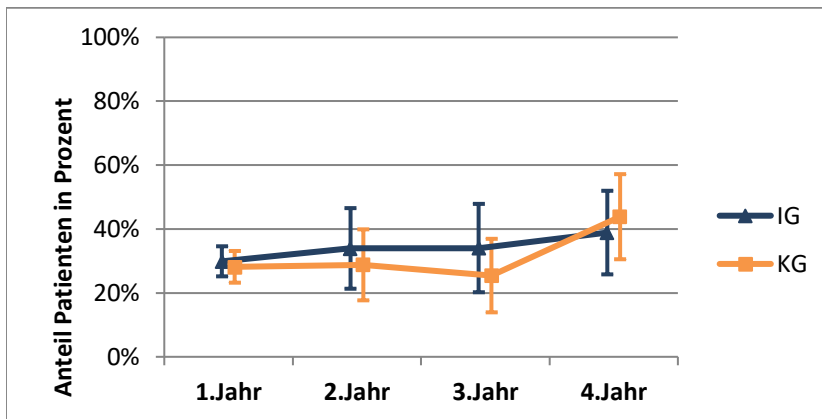
**Klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**



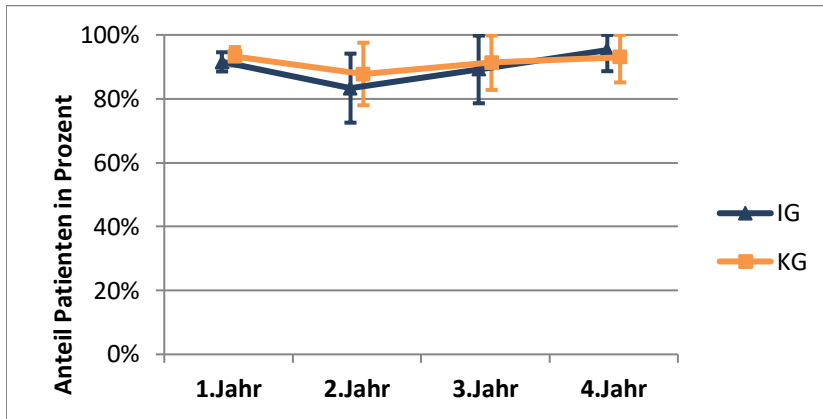
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



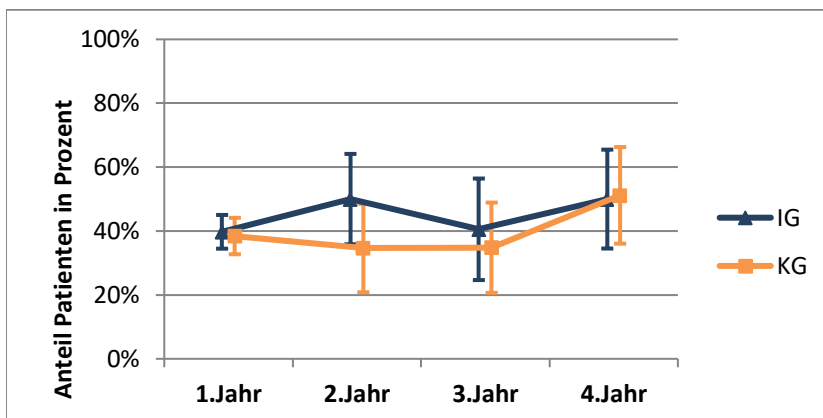
**Klinikneue Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



### Klinikbekannte Patienten

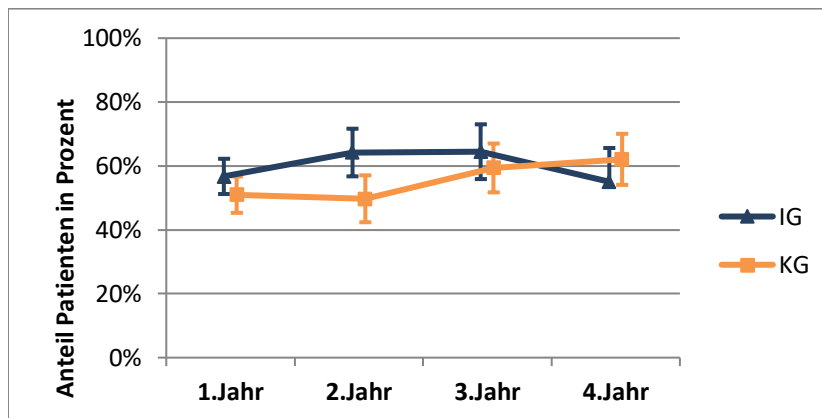
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

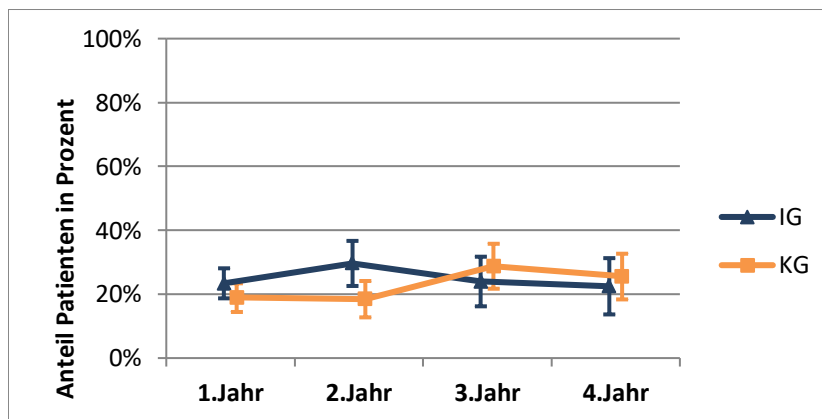
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### **Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



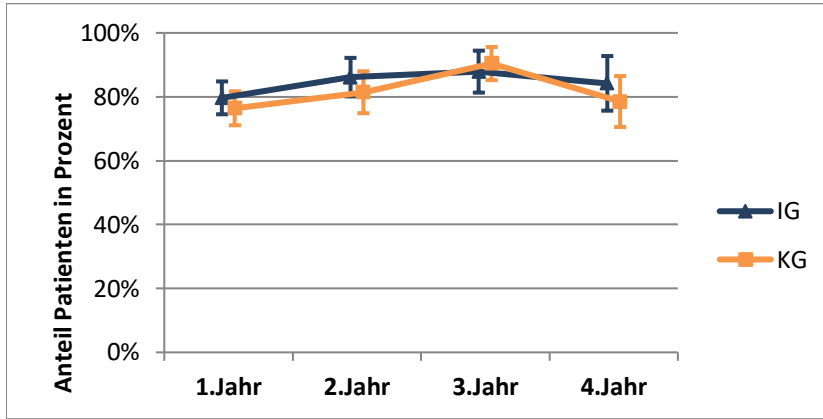
- Alle (psychiatrischer Sektor)



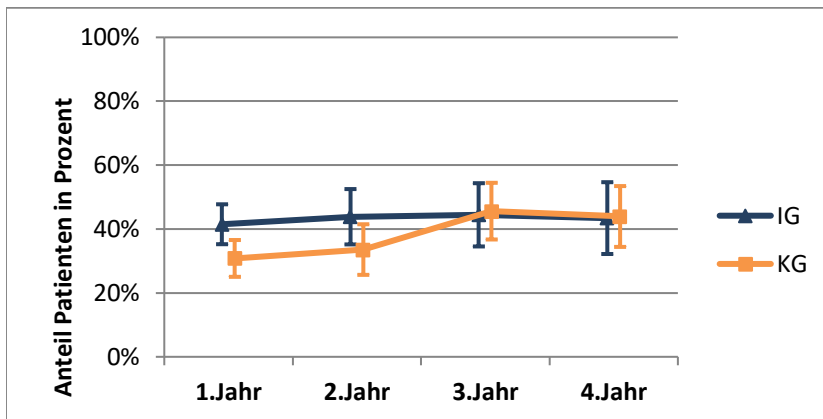
**Klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



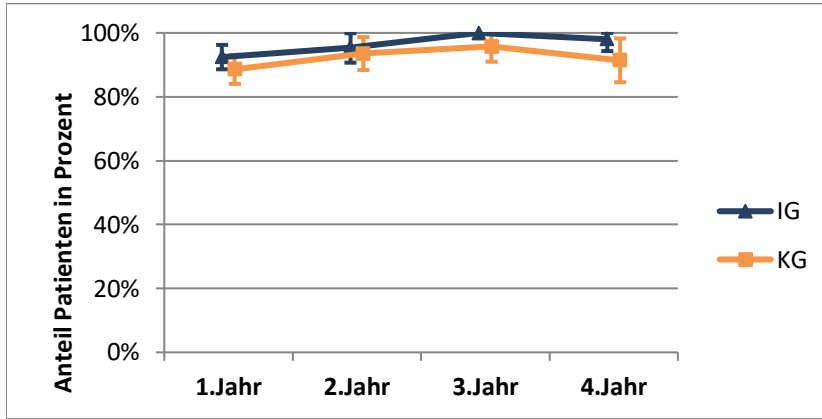
- Alle (psychiatrischer Sektor)



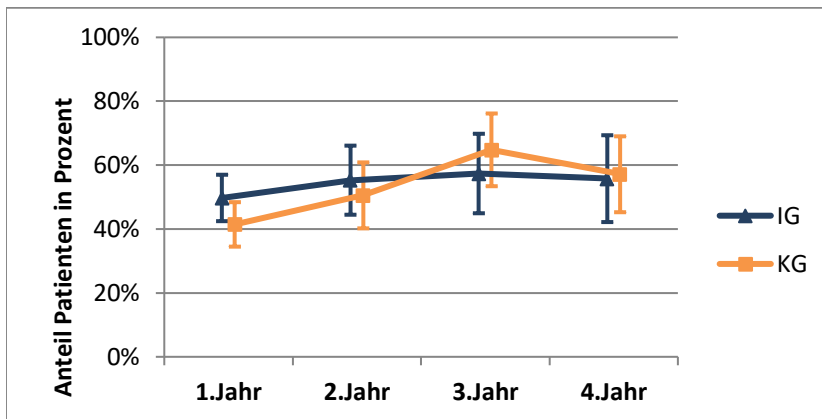
**Klinikbekannte Patienten**

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**

	<b>7 Tage</b>	<b>30 Tage</b>	<b>90 Tage</b>
	<b>Intervalle mit mind. 1 Kontakt</b>	<b>Intervalle mit mind. 1 Kontakt</b>	<b>Intervalle mit mind. 1 Kontakt</b>
Gruppe Jahr 1	0,76 0,50...1,17	0,79 0,54...1,17	0,83 0,56...1,22
Gruppe Jahr 2	1,25 0,37...4,22	0,92 0,35...2,42	1,16 0,42...3,19
Gruppe Jahr 3	0,31 0,06...1,63	0,67 0,20...2,26	0,65 0,19...2,29
Gruppe Jahr 4	0,66 0,23...1,90	0,62 0,22...1,80	0,74 0,22...2,49

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

**Klinikbekannte Patienten**

	<b>7 Tage</b>	<b>30 Tage</b>	<b>90 Tage</b>
	<b>Intervalle mit mind. 1 Kontakt</b>	<b>Intervalle mit mind. 1 Kontakt</b>	<b>Intervalle mit mind. 1 Kontakt</b>
Gruppe Jahr 1	1,14 0,73...1,77	1,48 0,94...2,34	1,29 0,76...2,19
Gruppe Jahr 2	0,99 0,53...1,83	0,93 0,48...1,81	0,90 0,40...1,99
Gruppe Jahr 3	0,67 0,36...1,24	0,87 0,45...1,68	0,58 0,22...1,55
Gruppe Jahr 4	0,97 0,47...2,00	0,88 0,41...1,90	0,70 0,25...2,02

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
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>		
	<b>1. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>1.570</b>	<b>1.289</b>
<b>Alle</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	10,3 %	6,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	3,6 %	6,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	46,8 %	46,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	13,7 %	11,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,2 %	2,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,0 %	2,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,6 %	14,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,9 %	39,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>730</b>	<b>575</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	11,8 %	8,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	4,9 %	11,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	49,3 %	46,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	17,4 %	12,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,9 %	4,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	1,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,5 %	21,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,4 %	35,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>290</b>	<b>226</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>		



- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	10,7 %	9,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	6,9 %	13,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	46,2 %	45,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	21,0 %	15,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,5 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,2 %	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,7 %	27,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,0 %	31,9 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

#### B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>		
	<b>1. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>1.445</b>	<b>1.161</b>
<b>Alle</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	22,0 %	11,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	9,0 %	13,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	68,8 %	68,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	30,4 %	28,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,4 %	6,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,5 %	4,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,3 %	28,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,0 %	18,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>653</b>	<b>524</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	27,0 %	14,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	11,8 %	20,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	73,7 %	70,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	37,5 %	31,7 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 30 Tagen</li> </ul>	11,9 %	11,1 %
	4,0 %	3,8 %
	43,3 %	40,6 %
	10,7 %	13,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>253</b>	<b>202</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul>	24,9 %	15,3 %
	18,6 %	28,2 %
	72,7 %	73,8 %
	39,9 %	36,1 %
	8,7 %	12,4 %
	6,3 %	5,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,9 %	50,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,9 %	6,4 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

### C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>		
	<b>1. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>1.269</b>	<b>1.025</b>
<b>Alle</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul>	28,2 %	16,0 %
	14,5 %	20,2 %
	84,0 %	83,6 %
	51,7 %	49,8 %
	12,9 %	8,4 %
	6,8 %	9,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,7 %	37,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,9 %	7,9 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>549</b>	<b>450</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	35,7 %	20,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,6 %	29,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	89,1 %	84,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	63,0 %	54,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	19,5 %	13,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,5 %	8,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,3 %	50,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,2 %	5,3 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>214</b>	<b>167</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	31,3 %	18,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	25,7 %	37,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	90,7 %	88,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	67,3 %	60,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,7 %	13,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,9 %	6,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,1 %	57,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,9 %	1,2 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

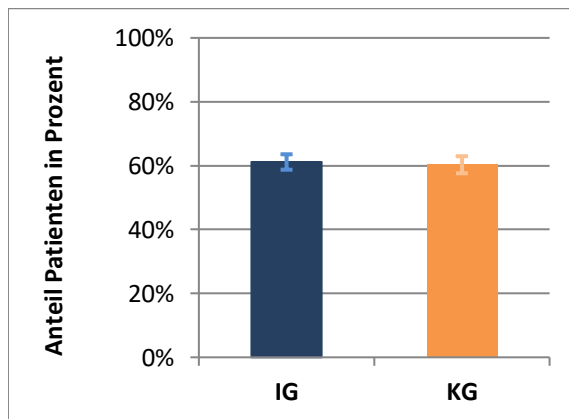
### Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

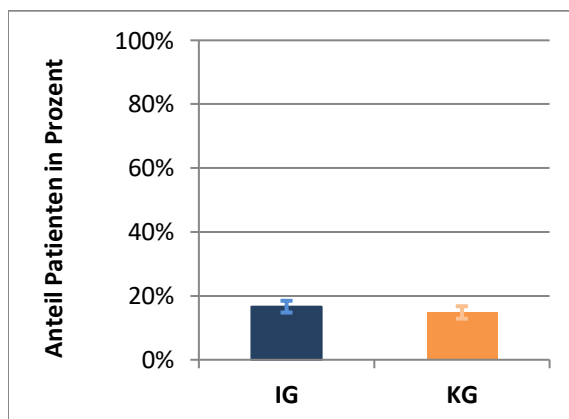
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

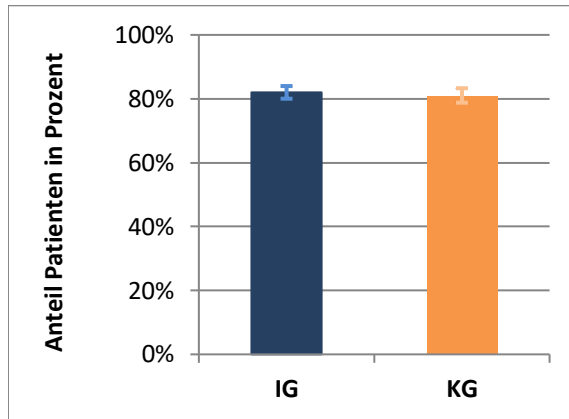
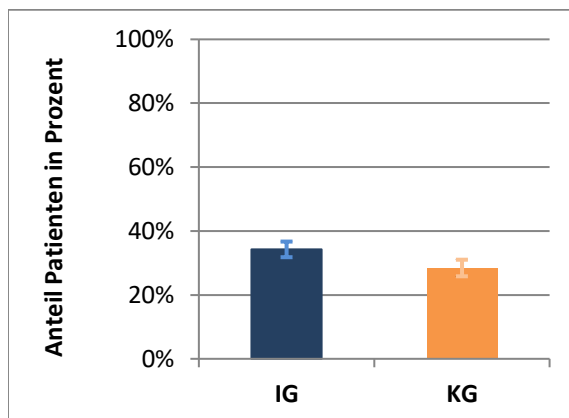
#### **Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

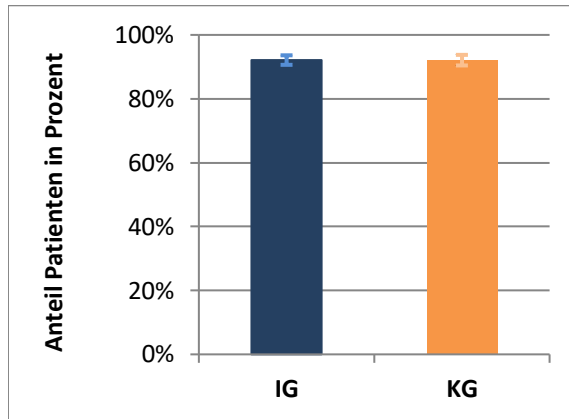
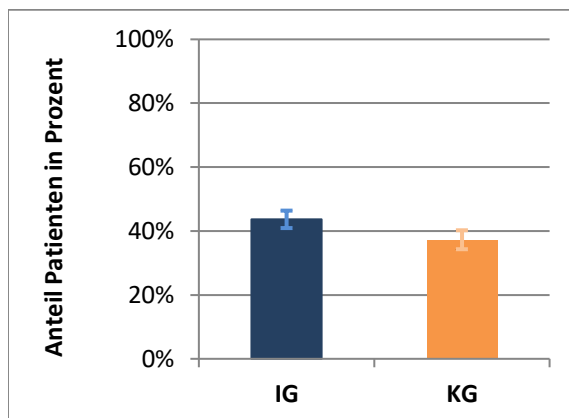
- Alle



- 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	
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>1.221</b>	<b>218</b>	<b>1.005</b>	<b>225</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	11,1 %	10,1 %	6,8 %	8,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	3,6 %	4,6 %	7,3 %	4,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	46,4 %	39,4 %	47,6 %	38,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	14,1 %	14,7 %	11,3 %	8,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,1 %	2,8 %	2,1 %	1,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,6 %	3,7 %	3,5 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,1 %	17,4 %	15,2 %	13,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,8 %	40,8 %	39,3 %	45,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>570</b>	<b>145</b>	<b>439</b>	<b>109</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	12,8 %	11,0 %	8,2 %	9,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	4,9 %	6,2 %	12,5 %	8,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	48,9 %	38,6 %	46,7 %	44,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	18,2 %	17,2 %	11,8 %	12,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,9 %	3,4 %	4,3 %	2,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	5,5 %	2,5 %	0,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,4 %	20,7 %	23,2 %	17,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,1 %	34,5 %	34,6 %	38,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>226</b>	<b>61</b>	<b>179</b>	<b>58</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	11,5 %	18,0 %	8,9 %	6,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,1 %	8,2 %	15,1 %	15,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	47,8 %	39,3 %	44,7 %	43,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	20,8 %	19,7 %	15,6 %	19,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,9 %	0,0 %	6,1 %	5,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,9 %	4,9 %	2,2 %	1,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,1 %	26,2 %	29,1 %	22,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,6 %	26,2 %	31,8 %	32,8 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

#### B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>1.117</b>	<b>185</b>	<b>907</b>	<b>199</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>				
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	22,4 %	20,5 %	11,7 %	17,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	8,5 %	9,7 %	14,0 %	9,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	68,3 %	64,3 %	69,5 %	58,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	30,6 %	37,8 %	28,3 %	19,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	7,3 %	7,0 %	6,1 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	7,6 %	5,1 %	7,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,4 %	31,9 %	28,3 %	27,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,3 %	18,4 %	18,0 %	21,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>509</b>	<b>119</b>	<b>398</b>	<b>96</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,1 %	23,5 %	15,1 %	22,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	11,2 %	9,2 %	21,4 %	15,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	74,3 %	68,1 %	70,6 %	61,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	38,3 %	42,0 %	30,9 %	19,8 %



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 30 Tagen</li> </ul>	11,0 %	9,2 %	10,8 %	5,2 %
	3,9 %	9,2 %	4,5 %	3,1 %
	41,5 %	36,1 %	41,7 %	39,6 %
	10,0 %	10,1 %	13,3 %	17,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>198</b>	<b>53</b>	<b>157</b>	<b>47</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	23,7 %	34,0 %	13,4 %	17,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,7 %	13,2 %	29,3 %	29,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	74,2 %	69,8 %	72,6 %	61,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	39,4 %	35,8 %	36,3 %	29,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,1 %	3,8 %	12,1 %	8,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,1 %	5,7 %	5,1 %	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,9 %	43,4 %	49,0 %	46,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,6 %	7,5 %	7,0 %	8,5 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

### C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>990</b>	<b>152</b>	<b>805</b>	<b>155</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,3 %	29,6 %	16,0 %	22,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	13,7 %	19,1 %	21,2 %	14,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	83,3 %	79,6 %	83,9 %	78,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	51,0 %	61,2 %	49,7 %	40,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,6 %	12,5 %	7,7 %	5,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,1 %	17,1 %	9,3 %	10,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,8 %	45,4 %	37,1 %	38,1 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	8,1 %	7,9 %	8,1 %	9,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>432</b>	<b>95</b>	<b>340</b>	<b>73</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	35,2 %	32,6 %	21,2 %	26,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	17,8 %	22,1 %	30,9 %	23,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	88,2 %	83,2 %	84,4 %	79,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	62,5 %	72,6 %	54,4 %	45,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	18,1 %	17,9 %	13,5 %	5,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,3 %	21,1 %	8,2 %	9,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,9 %	51,6 %	51,5 %	50,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,1 %	2,1 %	5,9 %	2,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>169</b>	<b>45</b>	<b>129</b>	<b>32</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	30,2 %	44,4 %	15,5 %	12,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	26,0 %	20,0 %	38,8 %	43,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	89,3 %	84,4 %	89,1 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	65,1 %	66,7 %	61,2 %	56,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,8 %	20,0 %	14,0 %	9,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,1 %	22,2 %	5,4 %	9,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,2 %	57,8 %	56,6 %	56,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,8 %	0,0 %	1,6 %	3,1 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> 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:

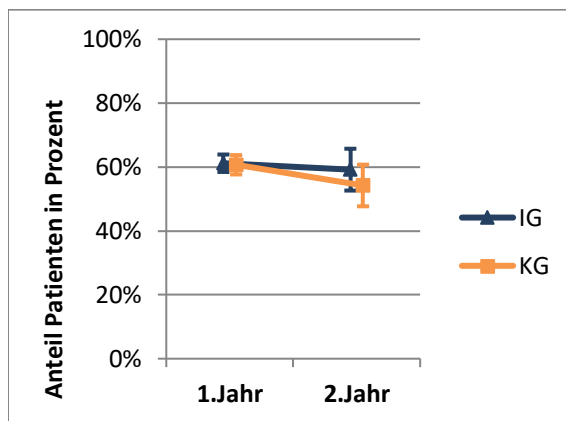
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

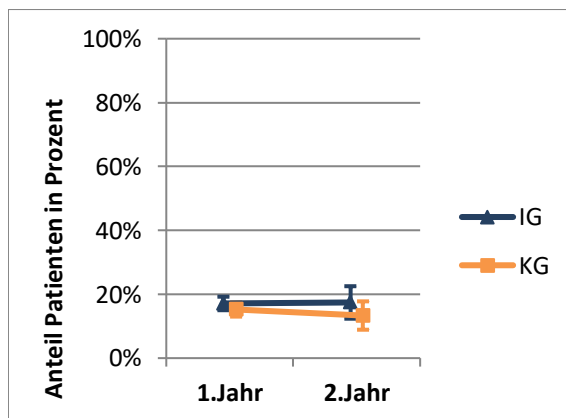
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### **Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



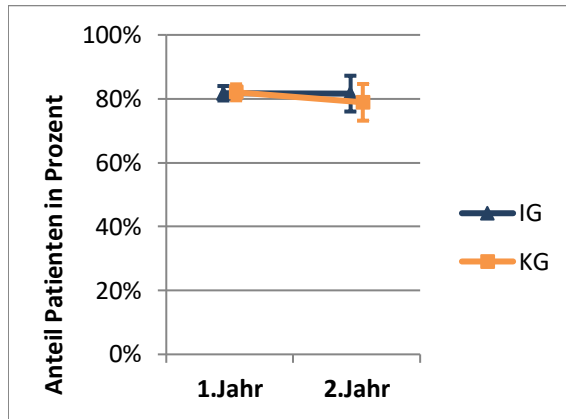
- Alle (psychiatrischer Sektor)



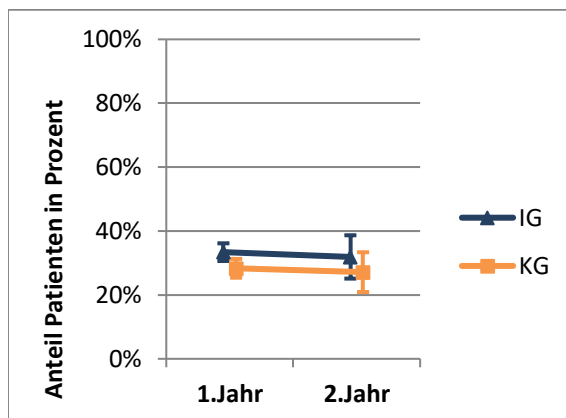
**Klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**

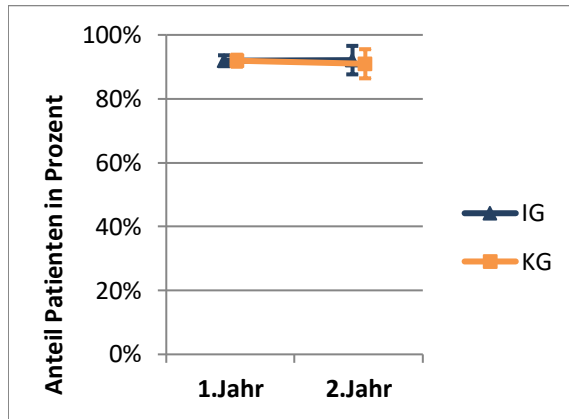
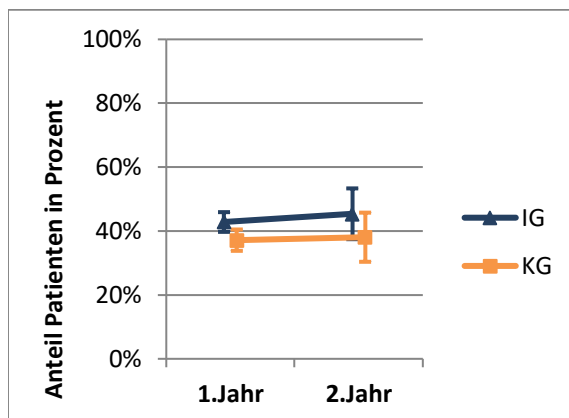


- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



**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	1,05 0,82...1,33	1,17 0,95...1,44	1,18 0,95...1,47
Gruppe Jahr 2	1,26 0,72...2,20	0,94 0,57...1,53	1,05 0,63...1,75

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
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>						
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>825</b>	<b>150</b>	<b>113</b>	<b>701</b>	<b>164</b>	<b>130</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	10,8 %	9,3 %	14,2 %	6,7 %	8,5 %	10,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	3,6 %	4,7 %	3,5 %	8,1 %	4,3 %	3,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	46,4 %	39,3 %	41,6 %	46,1 %	38,4 %	36,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	14,3 %	14,0 %	6,2 %	11,7 %	9,8 %	7,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,3 %	2,7 %	2,7 %	2,0 %	0,0 %	1,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,3 %	3,3 %	5,3 %	3,7 %	4,3 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,1 %	16,7 %	19,5 %	15,7 %	12,2 %	15,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,0 %	41,3 %	43,4 %	40,4 %	46,3 %	48,5 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>388</b>	<b>102</b>	<b>73</b>	<b>300</b>	<b>76</b>	<b>63</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	13,1 %	12,7 %	20,5 %	9,0 %	10,5 %	22,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	4,6 %	6,9 %	2,7 %	14,7 %	7,9 %	7,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	48,2 %	38,2 %	41,1 %	43,3 %	42,1 %	41,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	19,3 %	16,7 %	6,8 %	12,3 %	13,2 %	7,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,7 %	2,9 %	2,7 %	4,0 %	0,0 %	1,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	4,9 %	5,5 %	2,7 %	1,3 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,2 %	22,5 %	24,7 %	25,3 %	17,1 %	30,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,2 %	33,3 %	41,1 %	36,7 %	42,1 %	41,3 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>165</b>	<b>48</b>	<b>30</b>	<b>125</b>	<b>45</b>	<b>35</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	11,5 %	18,8 %	43,3 %	10,4 %	8,9 %	20,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	6,7 %	8,3 %	3,3 %	16,0 %	13,3 %	11,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	45,5 %	37,5 %	56,7 %	40,8 %	37,8 %	45,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	23,0 %	20,8 %	13,3 %	15,2 %	17,8 %	8,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,8 %	0,0 %	0,0 %	7,2 %	0,0 %	2,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,1 %	4,2 %	0,0 %	2,4 %	2,2 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,8 %	27,1 %	46,7 %	32,0 %	20,0 %	31,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,5 %	27,1 %	23,3 %	35,2 %	40,0 %	34,3 %



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

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> 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
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>						
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>764</b>	<b>130</b>	<b>96</b>	<b>625</b>	<b>145</b>	<b>108</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	21,3 %	17,7 %	21,9 %	11,2 %	14,5 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	8,5 %	10,0 %	8,3 %	14,9 %	9,7 %	10,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	70,0 %	60,8 %	62,5 %	69,1 %	57,9 %	58,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	30,6 %	36,2 %	27,1 %	29,0 %	19,3 %	18,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	7,9 %	6,9 %	7,3 %	5,9 %	2,1 %	0,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,5 %	7,7 %	9,4 %	6,1 %	9,0 %	7,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,6 %	30,8 %	32,3 %	28,2 %	24,1 %	25,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,3 %	20,0 %	17,7 %	17,6 %	21,4 %	23,1 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>354</b>	<b>85</b>	<b>58</b>	<b>266</b>	<b>67</b>	<b>52</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	26,3 %	22,4 %	31,0 %	15,4 %	22,4 %	28,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	10,5 %	9,4 %	8,6 %	22,9 %	16,4 %	17,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	75,7 %	67,1 %	65,5 %	68,8 %	59,7 %	61,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	38,4 %	40,0 %	31,0 %	33,1 %	20,9 %	19,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	12,7 %	8,2 %	5,2 %	10,5 %	4,5 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	9,4 %	12,1 %	4,9 %	4,5 %	5,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,2 %	36,5 %	37,9 %	42,9 %	38,8 %	46,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,5 %	9,4 %	10,3 %	13,2 %	16,4 %	17,3 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>147</b>	<b>42</b>	<b>27</b>	<b>106</b>	<b>36</b>	<b>29</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,5 %	33,3 %	51,9 %	15,1 %	19,4 %	31,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	17,0 %	11,9 %	7,4 %	29,2 %	30,6 %	27,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	73,5 %	71,4 %	81,5 %	69,8 %	52,8 %	65,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	37,4 %	38,1 %	37,0 %	35,8 %	30,6 %	20,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,2 %	2,4 %	0,0 %	13,2 %	5,6 %	3,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,8 %	4,8 %	11,1 %	6,6 %	5,6 %	6,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,2 %	45,2 %	55,6 %	50,9 %	47,2 %	58,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,2 %	4,8 %	0,0 %	8,5 %	11,1 %	6,9 %

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

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

**C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>						
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>681</b>	<b>108</b>	<b>75</b>	<b>551</b>	<b>107</b>	<b>87</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	27,2 %	23,1 %	22,7 %	14,9 %	17,8 %	20,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,0 %	17,6 %	13,3 %	23,0 %	15,9 %	16,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	84,3 %	75,9 %	82,7 %	83,1 %	75,7 %	80,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	51,2 %	57,4 %	48,0 %	50,1 %	38,3 %	41,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,7 %	11,1 %	12,0 %	7,6 %	2,8 %	1,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,0 %	17,6 %	16,0 %	10,2 %	12,1 %	11,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,0 %	41,7 %	38,7 %	37,4 %	33,6 %	34,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,6 %	11,1 %	8,0 %	8,0 %	12,1 %	8,0 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>304</b>	<b>69</b>	<b>42</b>	<b>227</b>	<b>48</b>	<b>40</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	34,2 %	26,1 %	33,3 %	21,1 %	25,0 %	37,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	17,1 %	18,8 %	16,7 %	34,8 %	22,9 %	27,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	88,5 %	82,6 %	90,5 %	83,7 %	75,0 %	80,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	62,8 %	66,7 %	54,8 %	56,8 %	43,8 %	47,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	19,1 %	14,5 %	11,9 %	13,2 %	4,2 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,9 %	20,3 %	14,3 %	7,9 %	10,4 %	7,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,3 %	46,4 %	50,0 %	54,2 %	50,0 %	62,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,6 %	2,9 %	2,4 %	6,2 %	4,2 %	5,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>123</b>	<b>34</b>	<b>18</b>	<b>86</b>	<b>22</b>	<b>25</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,9 %	35,3 %	55,6 %	17,4 %	13,6 %	36,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	24,4 %	17,6 %	16,7 %	41,9 %	40,9 %	36,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	87,8 %	88,2 %	88,9 %	87,2 %	63,6 %	76,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	64,2 %	61,8 %	55,6 %	64,0 %	50,0 %	44,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,4 %	11,8 %	0,0 %	15,1 %	4,5 %	4,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,4 %	23,5 %	16,7 %	8,1 %	13,6 %	4,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,1 %	52,9 %	66,7 %	61,6 %	54,5 %	72,0 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	1,6 %	0,0 %	0,0 %	2,3 %	4,5 %	8,0 %
----------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

**Klinikbekannte Patienten**

**A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>						
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>373</b>	<b>172</b>	<b>135</b>	<b>350</b>	<b>214</b>	<b>186</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	14,7 %	20,9 %	17,8 %	13,4 %	13,1 %	19,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	5,9 %	7,0 %	5,9 %	4,6 %	4,7 %	7,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	40,5 %	43,6 %	38,5 %	35,4 %	33,6 %	37,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	9,1 %	8,1 %	8,9 %	8,0 %	7,9 %	5,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	2,7 %	1,2 %	1,5 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	3,5 %	9,6 %	1,1 %	3,7 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,8 %	28,5 %	24,4 %	18,0 %	17,8 %	26,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,8 %	36,6 %	37,0 %	49,7 %	52,3 %	41,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>266</b>	<b>136</b>	<b>100</b>	<b>214</b>	<b>136</b>	<b>131</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	16,2 %	25,7 %	23,0 %	19,2 %	19,1 %	25,2 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,5 %	8,8 %	7,0 %	5,1 %	7,4 %	9,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	40,6 %	44,1 %	41,0 %	34,6 %	34,6 %	39,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	12,0 %	8,8 %	9,0 %	8,9 %	10,3 %	6,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,4 %	1,5 %	2,0 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	3,7 %	13,0 %	0,9 %	3,7 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,3 %	35,3 %	31,0 %	24,3 %	26,5 %	33,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,0 %	33,1 %	31,0 %	45,8 %	46,3 %	35,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>157</b>	<b>90</b>	<b>57</b>	<b>125</b>	<b>77</b>	<b>75</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	20,4 %	33,3 %	22,8 %	25,6 %	24,7 %	30,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	8,9 %	5,6 %	7,0 %	7,2 %	9,1 %	10,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	36,9 %	46,7 %	47,4 %	36,0 %	41,6 %	37,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	13,4 %	7,8 %	5,3 %	8,8 %	14,3 %	5,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	1,9 %	1,1 %	3,5 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,8 %	3,3 %	12,3 %	0,8 %	3,9 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,6 %	40,0 %	31,6 %	32,8 %	33,8 %	40,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,7 %	30,0 %	28,1 %	40,0 %	36,4 %	34,7 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> 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
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>						
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>293</b>	<b>140</b>	<b>110</b>	<b>292</b>	<b>163</b>	<b>147</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,2 %	27,9 %	30,9 %	20,9 %	24,5 %	32,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,0 %	15,7 %	15,5 %	8,9 %	8,0 %	13,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	67,9 %	70,7 %	70,9 %	59,2 %	61,3 %	70,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	27,0 %	28,6 %	30,0 %	24,7 %	24,5 %	25,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,8 %	2,1 %	1,8 %	0,3 %	0,6 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,5 %	9,3 %	10,9 %	3,1 %	7,4 %	7,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,3 %	42,9 %	45,5 %	28,8 %	32,5 %	42,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	21,2 %	14,3 %	11,8 %	24,3 %	19,6 %	10,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>200</b>	<b>108</b>	<b>81</b>	<b>169</b>	<b>105</b>	<b>103</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>						



- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	27,0 %	34,3 %	38,3 %	32,0 %	34,3 %	41,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	19,0 %	20,4 %	19,8 %	10,7 %	11,4 %	16,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	70,0 %	72,2 %	72,8 %	60,9 %	61,0 %	74,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	31,5 %	30,6 %	28,4 %	23,1 %	28,6 %	23,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,0 %	2,8 %	2,5 %	0,6 %	1,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,0 %	9,3 %	12,3 %	1,8 %	5,7 %	6,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	49,0 %	53,7 %	56,8 %	41,4 %	45,7 %	54,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,0 %	10,2 %	8,6 %	18,3 %	15,2 %	6,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>108</b>	<b>67</b>	<b>44</b>	<b>108</b>	<b>64</b>	<b>65</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	31,5 %	43,3 %	38,6 %	38,0 %	43,8 %	44,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	25,0 %	19,4 %	20,5 %	12,0 %	14,1 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	68,5 %	77,6 %	77,3 %	59,3 %	60,9 %	73,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	25,9 %	25,4 %	31,8 %	24,1 %	29,7 %	24,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,6 %	3,0 %	2,3 %	0,9 %	1,6 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,3 %	10,4 %	11,4 %	1,9 %	4,7 %	4,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,5 %	62,7 %	56,8 %	49,1 %	57,8 %	60,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,7 %	6,0 %	6,8 %	14,8 %	14,1 %	4,6 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

**C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>						
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>227</b>	<b>92</b>	<b>69</b>	<b>232</b>	<b>108</b>	<b>84</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,8 %	35,9 %	36,2 %	28,0 %	38,0 %	45,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	17,6 %	22,8 %	27,5 %	12,5 %	9,3 %	17,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	85,5 %	87,0 %	88,4 %	72,8 %	82,4 %	85,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	51,5 %	51,1 %	58,0 %	46,6 %	39,8 %	44,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,7 %	6,5 %	5,8 %	1,3 %	2,8 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,7 %	12,0 %	10,1 %	9,9 %	8,3 %	9,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	49,3 %	55,4 %	58,0 %	37,9 %	48,1 %	60,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,9 %	4,3 %	1,4 %	10,3 %	5,6 %	6,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>156</b>	<b>76</b>	<b>51</b>	<b>137</b>	<b>73</b>	<b>59</b>

<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	35,9 %	40,8 %	43,1 %	40,9 %	52,1 %	54,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	23,1 %	26,3 %	35,3 %	15,3 %	13,7 %	18,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	87,8 %	88,2 %	90,2 %	75,2 %	83,6 %	89,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	55,1 %	51,3 %	56,9 %	48,9 %	42,5 %	50,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	12,8 %	7,9 %	7,8 %	2,2 %	2,7 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,8 %	11,8 %	11,8 %	5,1 %	8,2 %	8,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,6 %	63,2 %	70,6 %	53,3 %	65,8 %	72,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,5 %	2,6 %	0,0 %	6,6 %	1,4 %	1,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>84</b>	<b>46</b>	<b>28</b>	<b>92</b>	<b>48</b>	<b>38</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	40,5 %	58,7 %	46,4 %	47,8 %	60,4 %	60,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	27,4 %	21,7 %	35,7 %	17,4 %	14,6 %	21,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	86,9 %	87,0 %	96,4 %	75,0 %	83,3 %	92,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	52,4 %	52,2 %	57,1 %	54,3 %	43,8 %	52,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,5 %	6,5 %	7,1 %	1,1 %	4,2 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,7 %	6,5 %	10,7 %	5,4 %	6,3 %	7,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	65,5 %	76,1 %	71,4 %	62,0 %	75,0 %	81,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,0 %	0,0 %	0,0 %	5,4 %	2,1 %	0,0 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

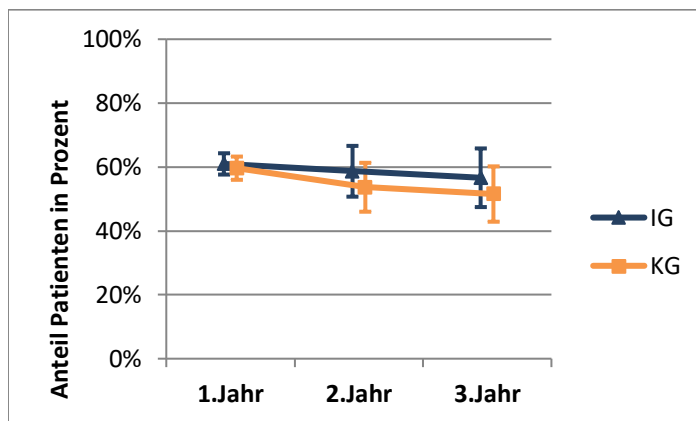
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

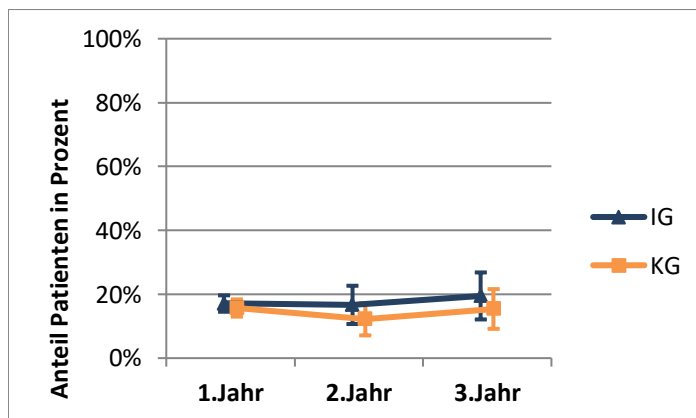
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,  
 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



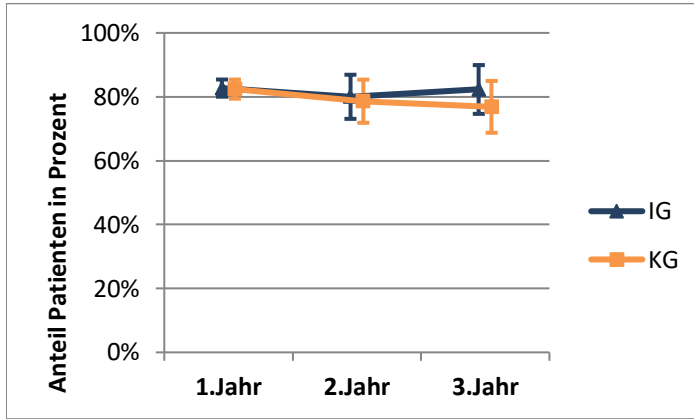
- Alle (psychiatrischer Sektor)



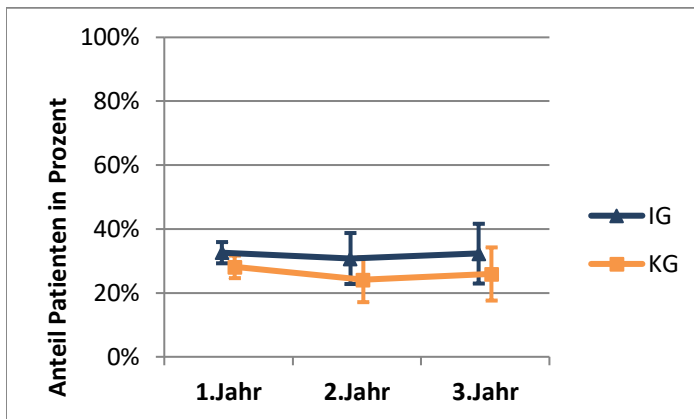
**Klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**



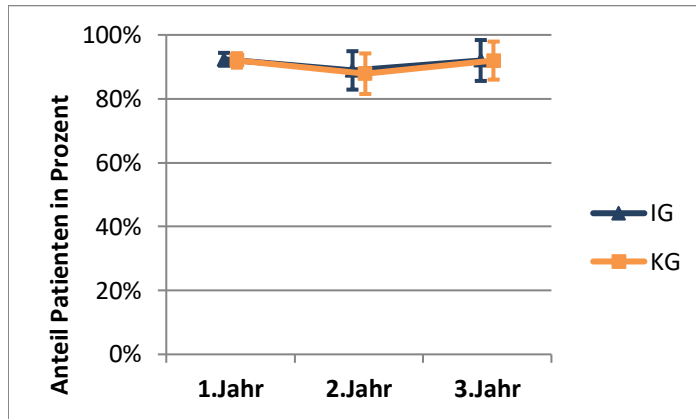
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



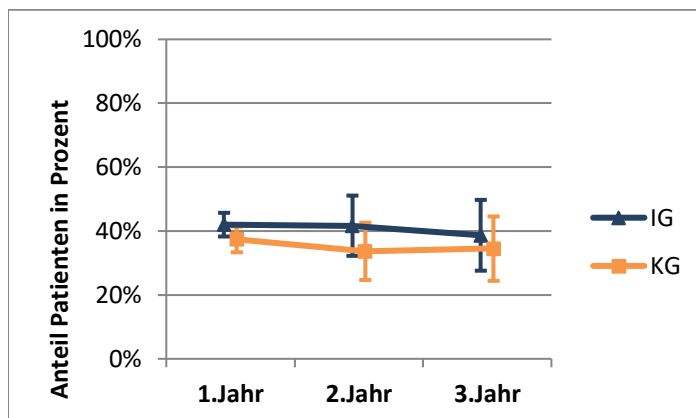
**Klinikneue Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

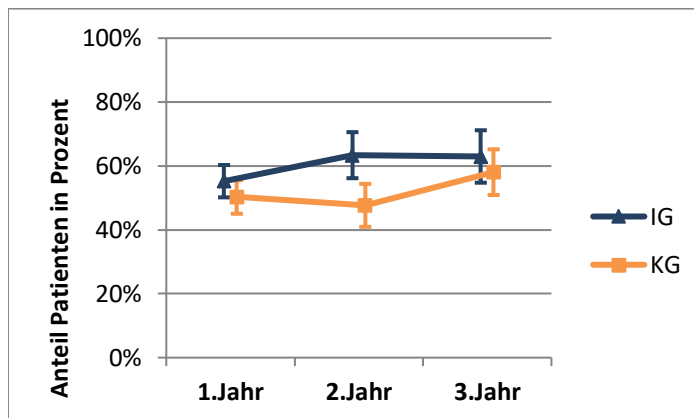
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

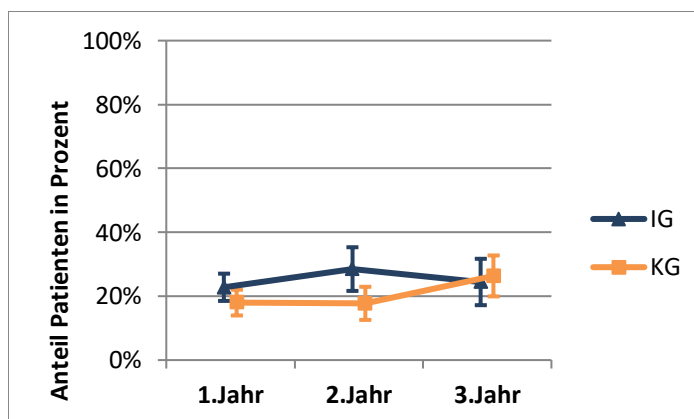
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### **Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

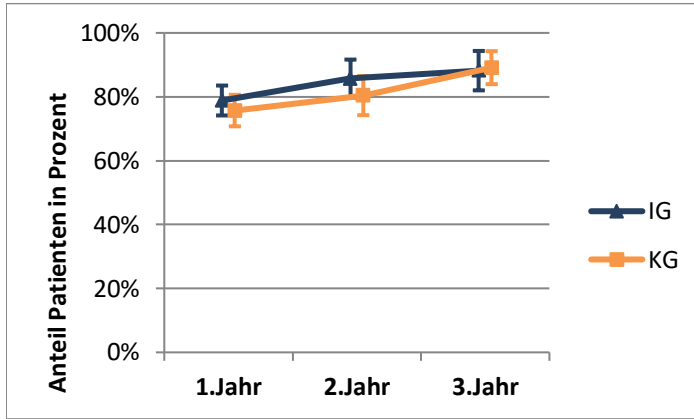




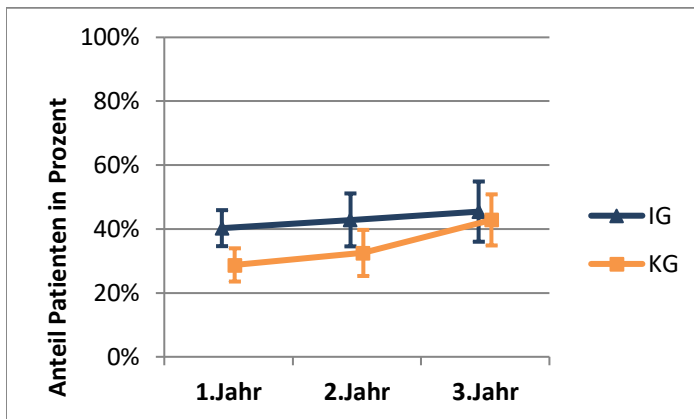
**Klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



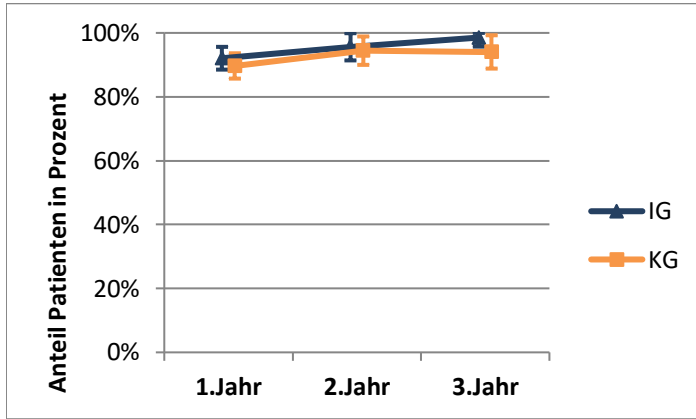
- Alle (psychiatrischer Sektor)



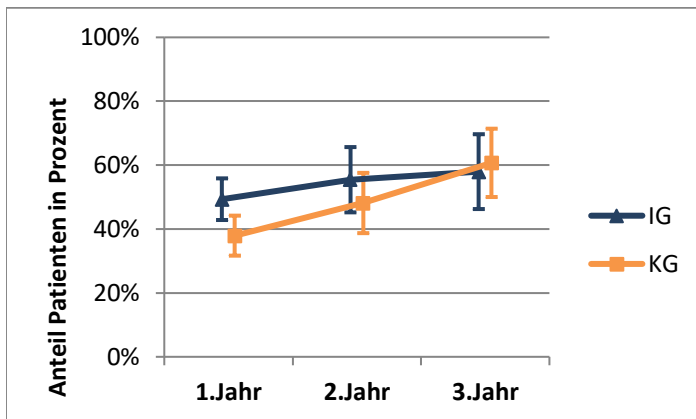
**Klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



#### 8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

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

#### Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit schweren psychischen Störungen A, Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, wies ein größerer **Anteil an Patienten** der IG nach Modellstart **keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem** (ambulant oder stationär) im Vergleich zur KG auf. Signifikante Unterschiede gab es hier nicht. Die **Dauer der Kontaktabbrüche** in der IG war größer für die Betrachtung der 90 und 180 Tage Nachbeobachtung im Vergleich zur KG, diese Unterschiede erreichten jedoch erneut nicht das Signifikanzniveau.

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

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

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

### Klinikneue Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum</b>	<b>979</b>	<b>979</b>	<b>964</b>	<b>964</b>	<b>979</b>	<b>979</b>	<b>964</b>	<b>964</b>
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen( A)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	63	379	63	292	63	379	63	292
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	30	174	18	117	30	174	18	117
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	17	79	12	59	17	78	12	59
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	24	148	27	112	24	148	27	112
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	14	72	12	50	14	72	12	50
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	39	<10	27	<10	39	<10	27

\* in psych. Fachabteilungen und mind. 90/180 Tagen Nachbeobachtungszeit

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum <sup>1</sup>	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n)</b>	<b>639</b>	<b>979</b>	<b>628</b>	<b>964</b>	<b>639</b>	<b>979</b>	<b>628</b>	<b>964</b>
<b>Kontaktabbrüche</b> (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem <sup>2</sup> (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen								
<b>Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch</b>								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (aA1)	42,9 %	34,3 %	32,4 %	42,5 %	31,4 %	35,4 %	24,3 %	42,1 %
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (aB1)	58,3 %	42,6 %	25,0 %	35,7 %	41,7 %	39,2 %	18,8 %	36,6 %
<b>Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen</b>								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (aA2)	0,0 %	20,1 %	10,0 %	20,5 %	0,0 %	12,1 %	0,0 %	12,8 %
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (aB2)	0,0 %	9,7 %	14,3 %	14,0 %	0,0 %	6,9 %	0,0 %	8,0 %
<b>Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen</b>								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (aA3)	12,5 %	11,4 %	0,0 %	6,8 %	0,0 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (aB3)	0,0 %	10,3 %	0,0 %	7,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>einem Kontaktabbruch</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)									
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA1)	255,5	326,5	250,0	330,1	297,3	346,2	317,4	348,0	
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB1)	238,6	315,6	205,0	325,2	268,6	348,5	288,0	340,0	
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>zwei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)									
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA2)	0,0	268,7	215,0	282,0	0,0	327,1	0,0	336,7	
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB2)	0,0	274,5	215,0	272,5	0,0	330,3	0,0	324,8	
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)									
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA3)	119,3	229,8	0,0	204,7	0,0	282,7	0,0	0,0	
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB3)	0,0	214,9	0,0	181,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum <sup>1</sup>	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung A <sup>3</sup>	272	427	262	408	272	427	262	408

• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,1	0,5	0,1	0,5	0,0	0,4	0,0	0,4
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	15,4	159,1	13,1	139,5	12,0	144,8	10,9	129,7
<b>Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung B<sup>4</sup></b>	<b>104</b>	<b>167</b>	<b>93</b>	<b>149</b>	<b>104</b>	<b>167</b>	<b>93</b>	<b>149</b>
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,1	0,5	0,1	0,4	0,0	0,4	0,0	0,3
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	16,1	157,5	13,4	120,2	12,9	140,8	9,3	111,0

<sup>1</sup> Untersuchung jeweils ab stationärem Aufenthalt im Untersuchungszeitraum mit jeweils 2-jährigem Follow-up

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

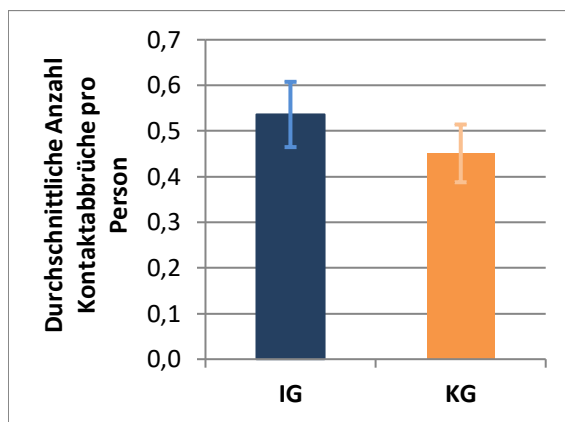
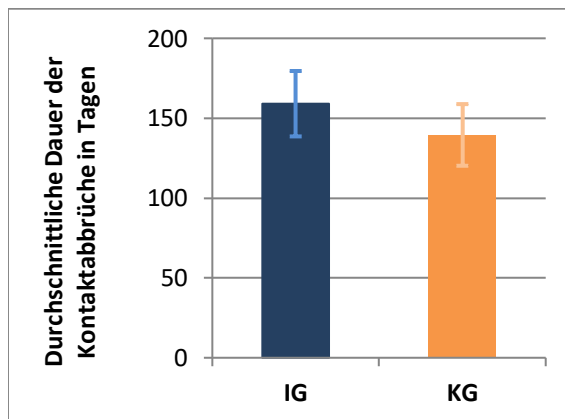
<sup>3</sup> mindestens Diagnostikkriterium erfüllt: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor

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

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

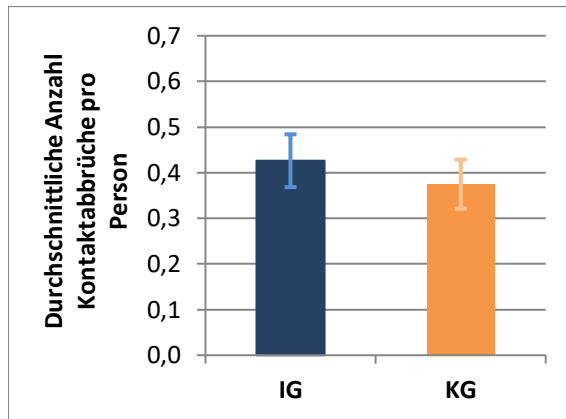
**Klinikneue Patienten****> 90 Tage, Anteil Patienten****- Schwere Psychische Störung A****Klinikneue Patienten****> 90 Tage, Dauer****- Schwere Psychische Störung A**



**Klinikneue Patienten**

> 180 Tage, Anteil Patienten

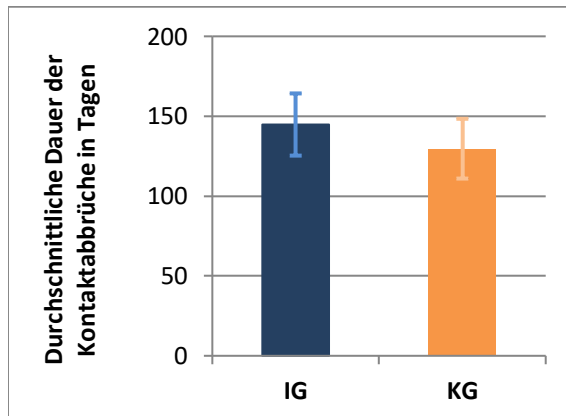
- **Schwere Psychische Störung A**



**Klinikneue Patienten**

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**



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

**Klinikneue Patienten**

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,08 -0,02...0,17	17,15 -10,45...44,74	0,05 -0,03...0,12	12,98 -13,54...39,50

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

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

### 8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Nur wenige Patienten wechselten mehr als einmal den Arzt bzw. das Krankenhaus (**Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping**). Dies war in der IG und der KG bei linikneuen und linikbekannten Patienten der Fall. Auch gab es kaum Veränderungen über die Zeit. Daher ergaben sich sehr vergleichbare Muster mit wenig Veränderungen über den Beobachtungszeitraum, unabhängig von der untersuchten Kohorte (U1 bis U4). Die Fallzahlen waren stets zu gering, um inferenzstatistische Tests zu rechnen.

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>347</b>	<b>347</b>	<b>347</b>	<b>347</b>	<b>347</b>	<b>353</b>	<b>353</b>	<b>353</b>	<b>353</b>	<b>353</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>336</b>	<b>337</b>	<b>316</b>	<b>311</b>	<b>293</b>	<b>343</b>	<b>346</b>	<b>328</b>	<b>309</b>	<b>306</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei										
• Drei (A)	0,6%	1,4%	0,0%	0,6%	1,2%	0,0%	2,3%	0,3%	0,3%	0,6%
• Vier (B)	0,0%	0,6%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

<sup>1</sup> 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
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>325</b>	<b>325</b>	<b>325</b>	<b>325</b>	<b>325</b>	<b>322</b>	<b>322</b>	<b>322</b>	<b>322</b>	<b>322</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>317</b>	<b>317</b>	<b>294</b>	<b>289</b>	<b>272</b>	<b>312</b>	<b>310</b>	<b>295</b>	<b>296</b>	<b>278</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei										
• Drei (A)	1,8%	1,5%	1,2%	0,9%	0,9%	1,2%	0,9%	0,9%	1,2%	1,6%
• Vier (B)	0,3%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,3%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%

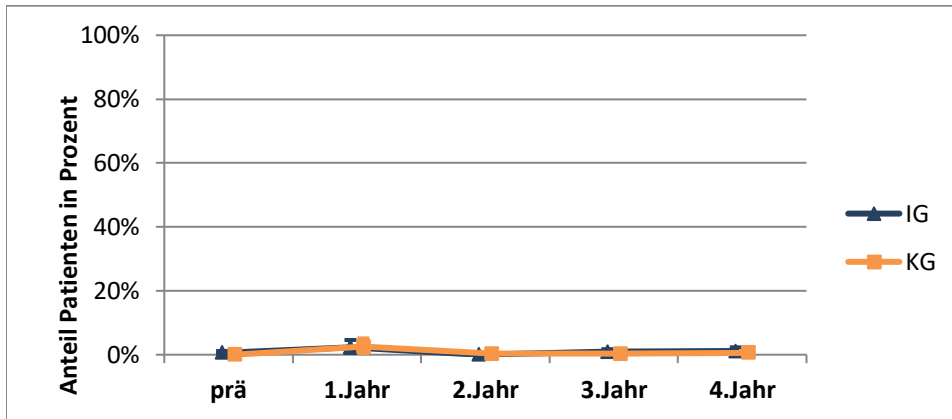
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

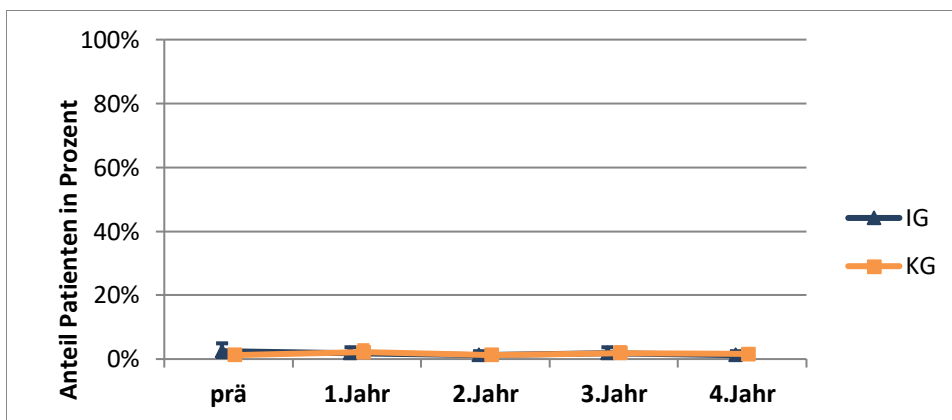
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**Klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



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

**Klinikneue Patienten**

[kf]

**Klinikbekannte Patienten**

[kf]

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

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

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

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>1.359</b>	<b>1.359</b>	<b>1.359</b>	<b>1.359</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>1.318</b>	<b>1.325</b>	<b>1.314</b>	<b>1.326</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei				
• Drei (A)	0,7%	1,6%	0,7%	2,1%
• Vier (B)	0,1%	0,3%	0,1%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%

<sup>1</sup> 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)

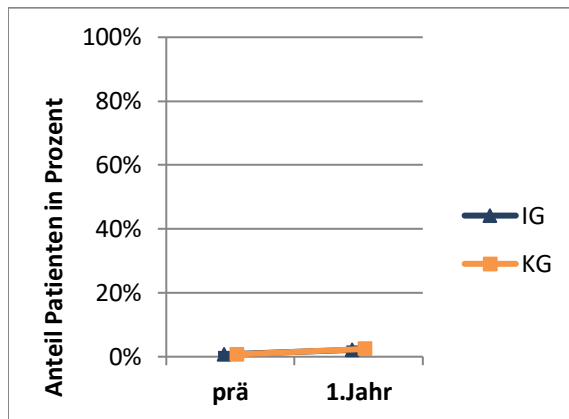


**Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### 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
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>1.041</b>	<b>1.041</b>	<b>1.041</b>	<b>1.039</b>	<b>1.039</b>	<b>1.039</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>1.010</b>	<b>1.018</b>	<b>952</b>	<b>1.002</b>	<b>1.013</b>	<b>961</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei						
• Drei (A)	0,6%	1,8%	0,4%	0,4%	1,6%	0,6%
• Vier (B)	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,3%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%

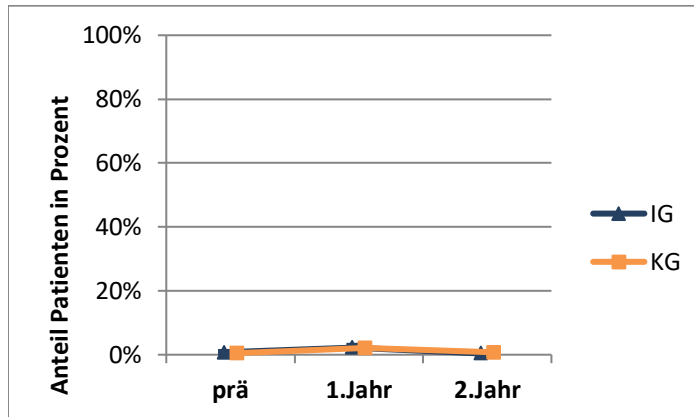
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

### Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



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

**Klinikneue Patienten**

[kf]

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

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

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

##### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>694</b>	<b>694</b>	<b>694</b>	<b>694</b>	<b>698</b>	<b>698</b>	<b>698</b>	<b>698</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>669</b>	<b>675</b>	<b>638</b>	<b>625</b>	<b>672</b>	<b>681</b>	<b>648</b>	<b>618</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei								
• Drei (A)	0,7%	1,9%	0,1%	0,4%	0,4%	2,1%	0,6%	0,4%
• Vier (B)	0,1%	0,3%	0,0%	0,1%	0,0%	0,3%	0,1%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%

<sup>1</sup> 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
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>366</b>	<b>366</b>	<b>366</b>	<b>366</b>	<b>370</b>	<b>370</b>	<b>370</b>	<b>370</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>358</b>	<b>358</b>	<b>334</b>	<b>328</b>	<b>359</b>	<b>358</b>	<b>340</b>	<b>337</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei								
• Drei (A)	1,6%	1,6%	1,4%	0,8%	1,6%	1,6%	1,1%	1,6%
• Vier (B)	0,3%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	1,1%	0,0%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,3%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%

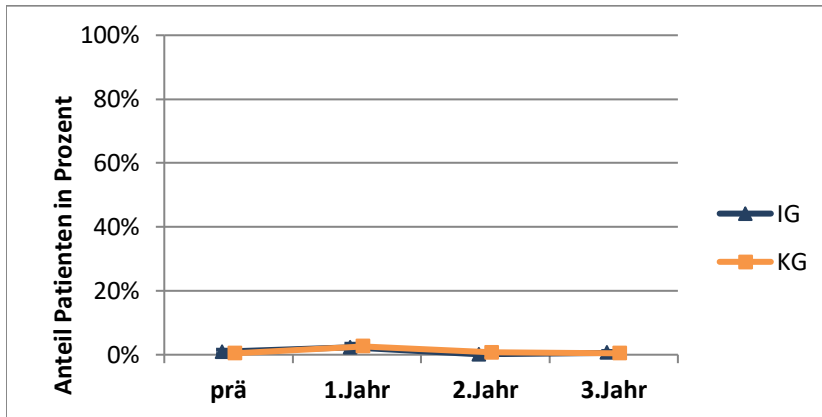
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

**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:

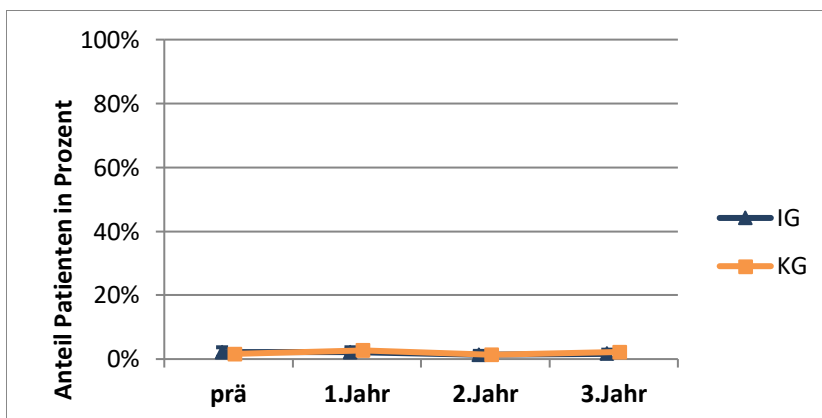
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**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 eine stets leicht geringere Anzahl an **AU-Episoden** als in der KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Diese Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant. Die Höhe und der Verlauf waren jedoch im Wesentlichen zwischen IG und KG vergleichbar. Die durchschnittliche Anzahl an AU-Episoden verzeichnete einen Peak mit 1,4 AU-Episoden im ersten Jahr nach Referenzfall, der zwischen IG und KG vergleichbar war, und sank dann in beiden Gruppen auf 0,5 AU-Episoden ab. Bei den linikbekannten Patienten war, neben einem höheren Ausgangsniveau im Vergleich zu den klinikneuen Patienten, eine Verringerung der AU-Tage über die Zeit ersichtlich. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG waren jedoch nicht ersichtlich.

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 höher im Vergleich zur KG (+12,5 AU-Tage). Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant. Im dem zweiten Jahr nach Referenzfall sank die Anzahl AU-Tage in beiden Gruppen. Hier glich sich die IG dem Niveau der KG zunehmend an. Weiterhin ist ersichtlich, dass im Jahr vor Referenzfall die Patienten der IG ca. 5 AU-Tage mehr aufwiesen als Patienten der KG.



In der IG verzeichneten die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) vom Jahr vor Referenzfall zum zweiten Jahr danach mehr AU-Tage als die jüngeren Patienten der KG und ab dem dritten Jahr nach Referenzfall weniger AU-Tage (siehe Kapitel 14.2). Bei den älteren Patienten war die Anzahl an AU-Tagen in der IG stets größer als in der KG. 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 F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.) auf, während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F45 (Somatoforme Störungen), F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline), und F30-39 (affektive Störungen) aufwiesen (wobei die beiden erstgenannten sehr wenige Patienten 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 169 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. Dieses sank ab dem ersten Jahr nach Referenzfall bis zum dritten Jahr nach Referenzfall kontinuierlich in IG und KG und stieg in beiden Gruppen leicht im vierten Jahr nach Referenzfall an. Das Absinken der AU-Tage zum ersten Jahr nach Referenzfall war in der IG etwas geringer und im zweiten bis vierten Jahr nach Referenzfall etwas stärker (stets vergliche mit dem Jahr vor Referenzfall). Diese Unterschiede waren jedoch alle nicht statistisch signifikant.

Die jüngeren klinikbekannten Patienten in der IG verzeichneten vom Jahr vor Referenzfall bis zum dritten Jahr nach Referenzfall mehr AU-Tage als die jüngeren Patienten der KG (siehe Kapitel 14.2). Auf der anderen Seite wiesen die älteren Patienten der IG in allen untersuchten Jahren stets weniger AU-Tage auf als die älteren Patienten der KG. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F30-39 (affektive Störungen), F40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) und F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline) auf (wobei die beiden letztgenannten nur sehr wenige Patienten betrafen), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.), F30-39 (Affektive Störungen) und F43 (schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen) aufwiesen (wobei erst- und letztgenannten nur sehr wenige Patienten 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 169 im Anhang).

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg die Anzahl an **AU-Episoden** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr

nach Referenzfall sowohl in der IG als auch in der KG vergleichbar an (+0,6 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg jedoch in der IG stärker an als in der KG (IG: +58,7 AU-Tage; KG: +45,3 AU-Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war der Verlauf der Anzahl an **AU-Episoden** zwischen IG und KG parallel mit Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Bei der durchschnittlichen Anzahl an **AU-Tagen** war auch ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (DiD = +14,8 AU-Tage).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren, analog obiger Beschreibung, bei den **AU-Episoden** linikneuer und linikbekannter Patienten zwischen den Gruppen parallele Verläufe erkennbar. Auch bei der Anzahl an **AU-Tagen** spiegelten sich die oben beschriebenen Muster wider. Bei den linikneuen Patienten war ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Dieser war in der IG höher im Vergleich zur KG (15,3 AU-Tage). Bei den linikbekannten Patienten war ein annähernd paralleler Verlauf der zeitlichen Verläufe auf fast identischem Niveau erkennbar.

## 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
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>185</b>	<b>185</b>	<b>185</b>	<b>184</b>	<b>182</b>	<b>203</b>	<b>203</b>	<b>203</b>	<b>202</b>	<b>200</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,4	0,5	0,3	0,4	0,6	1,4	0,5	0,5	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	21,0	86,2	22,0	13,5	12,0	16,0	68,7	14,3	12,1	13,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,8%	16,2%	4,9%	3,3%	3,8%	17,2%	8,9%	3,9%	2,0%	4,5%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	1,1	1,8	0,3	0,2	0,3	1,1	0,4	0,8	0,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

<sup>1</sup>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
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>146</b>	<b>145</b>	<b>144</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>152</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	1,1	1,3	0,8	0,7	0,5	1,1	1,3	1,0	0,8	0,7
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	40,0	38,2	17,8	14,9	15,7	39,3	35,9	18,7	17,1	19,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	13,6%	4,8%	4,1%	2,1%	2,8%	10,3%	7,1%	3,2%	2,6%	2,6%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,1	0,7	0,9	0,6	0,1	0,9	0,6	0,4	2,2	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%

<sup>1</sup> 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**

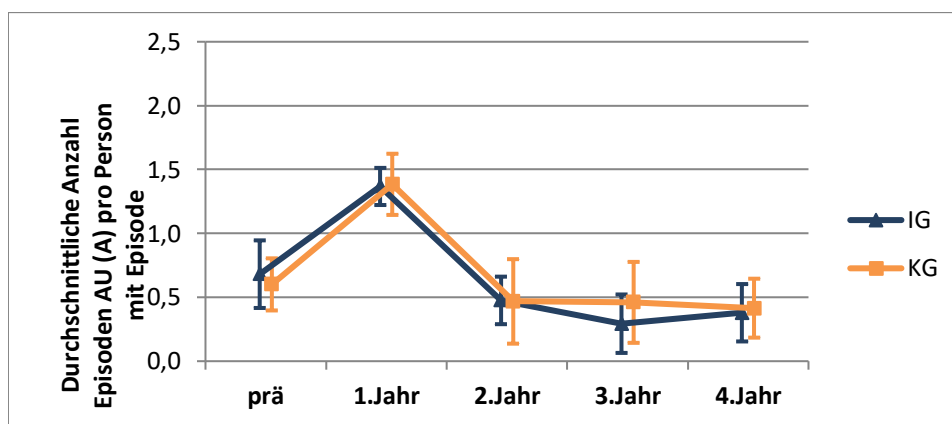
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

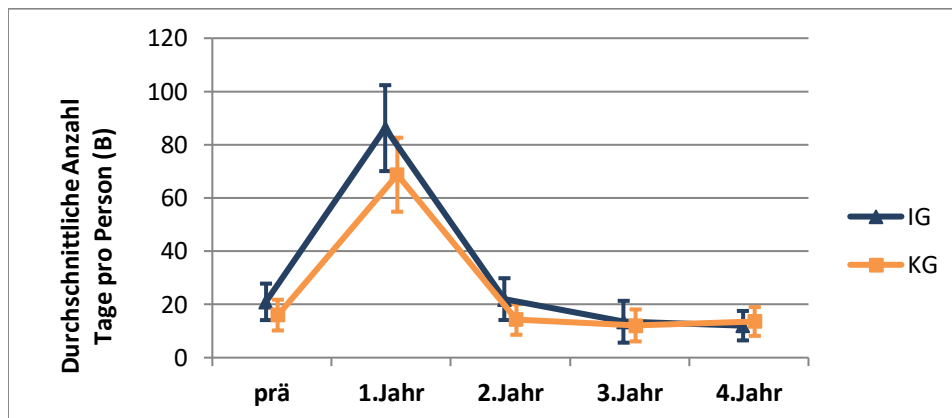
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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

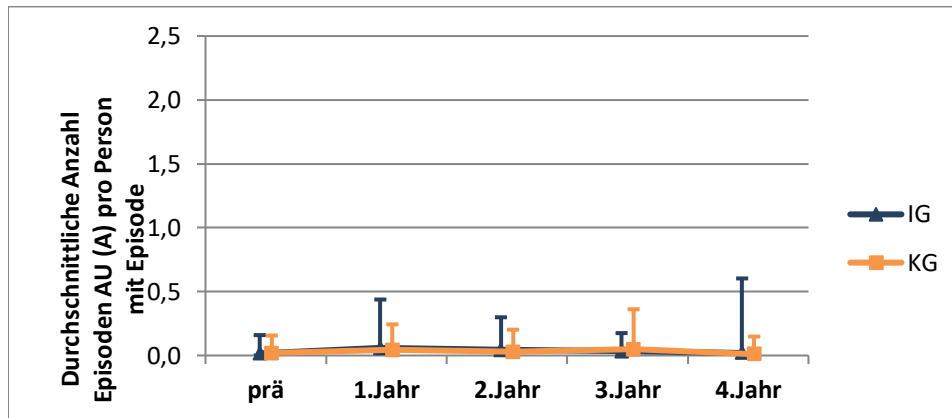


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

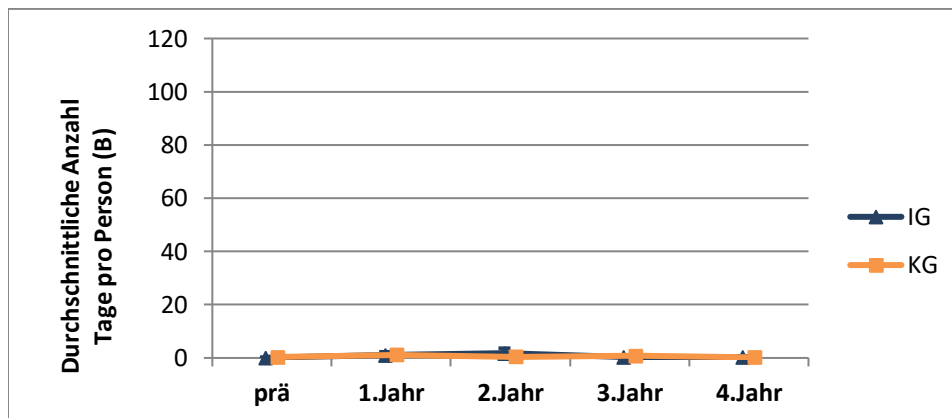


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



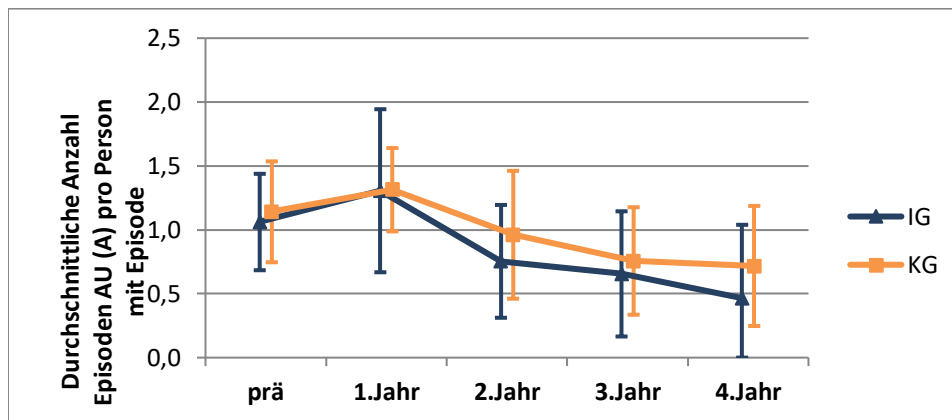
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

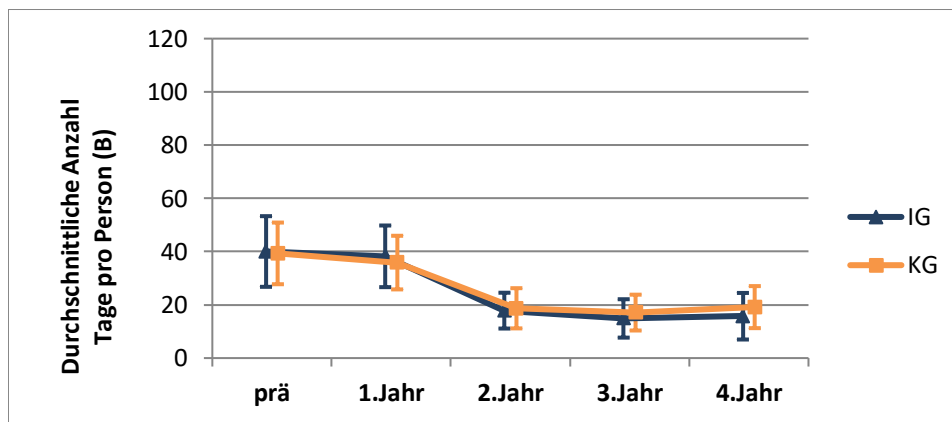
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

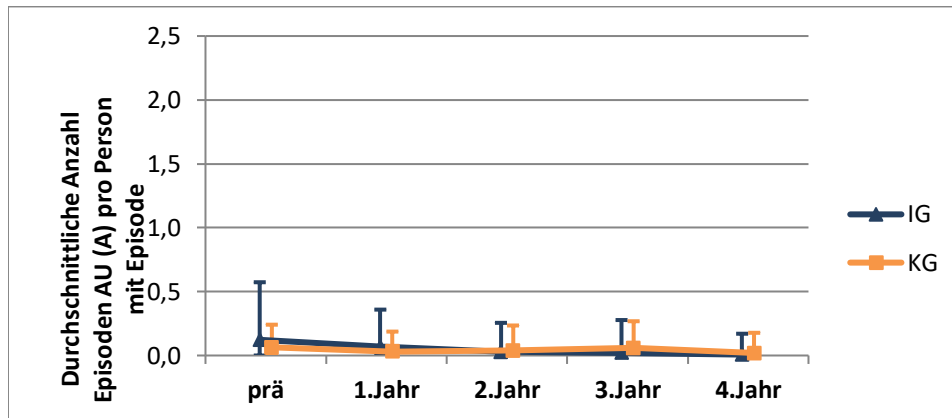


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

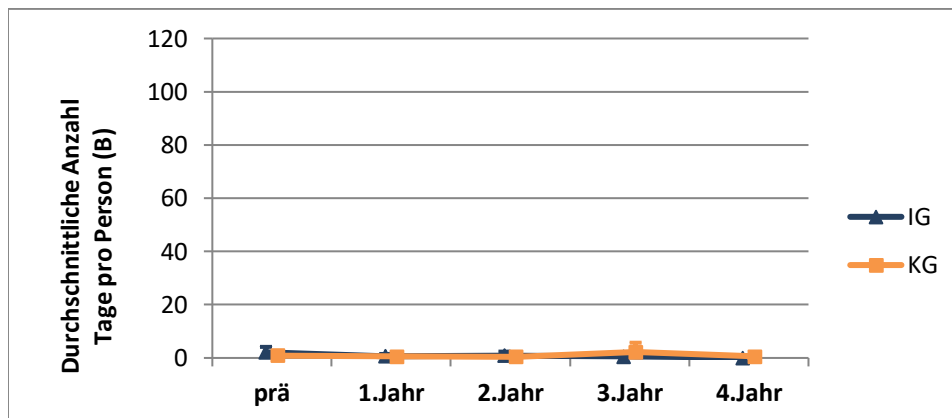


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

- **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**

	<b>Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden</b>	<b>Indexdiagnose, Tage AU</b>
DID Jahr 1	-0,10 -0,38...0,18	12,53 -4,50...29,56
DID Jahr 2	-0,07 -0,35...0,21	2,68 -14,35...19,71
DID Jahr 3	-0,25 -0,53...0,03	-3,61 -20,64...13,42
DID Jahr 4	-0,12 -0,40...0,16	-6,54 -23,57...10,49
DID Jahr 1-4	—	1,27 -13,26...15,79

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

**Klinikbekannte Patienten**

	<b>Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden</b>	<b>Indexdiagnose, Tage AU</b>
DID Jahr 1	0,07 -0,45...0,59	1,63 -15,97...19,23
DID Jahr 2	-0,13 -0,66...0,39	-1,73 -19,32...15,88
DID Jahr 3	-0,03 -0,55...0,49	-3,12 -20,72...14,48
DID Jahr 4	-0,16 -0,69...0,36	-3,97 -21,57...13,63
DID Jahr 1-4	—	-1,79 -15,82...12,23

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;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
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>819</b>	<b>819</b>	<b>811</b>	<b>811</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)<sup>2</sup></li> <li>• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (&gt;42 Tage) (C)</li> </ul>	0,7 29,2 27,5%	1,3 87,9 13,3%	0,6 21,1 18,6%	1,2 66,4 10,9%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)</li> <li>• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (&gt;42 Tage) (F)</li> </ul>	0,0 0,6 0,1%	0,0 0,8 0,1%	0,0 0,3 0,1%	0,1 0,9 0,0%

<sup>1</sup> 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**

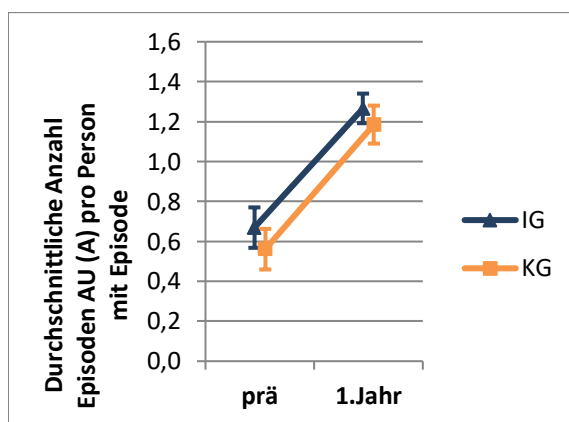
### Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

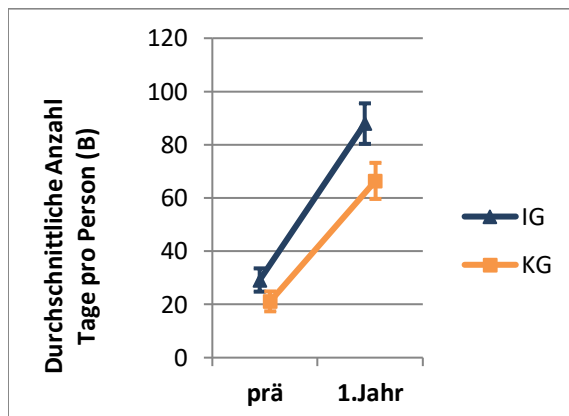
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### **Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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

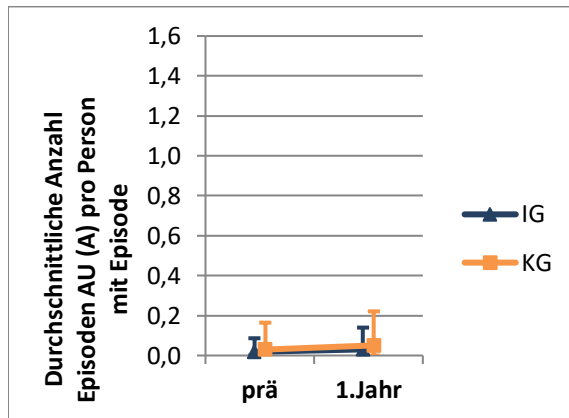


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

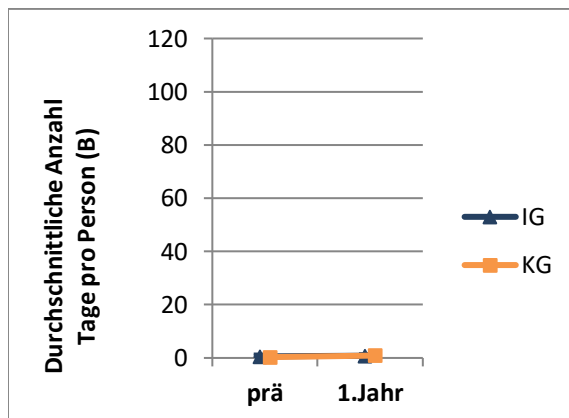


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

- **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
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>609</b>	<b>609</b>	<b>608</b>	<b>613</b>	<b>613</b>	<b>611</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,3	0,5	0,6	1,2	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	26,3	87,1	22,0	19,4	65,5	17,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	27,1%	13,6%	5,3%	18,4%	10,8%	3,9%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,8	0,9	0,7	0,3	1,1	0,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%

<sup>1</sup> 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

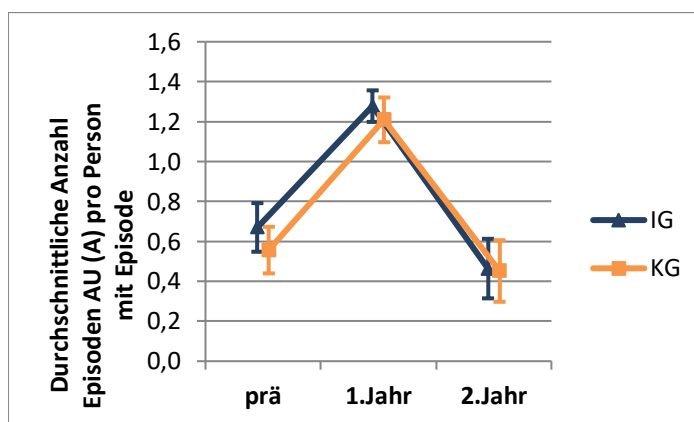
### Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

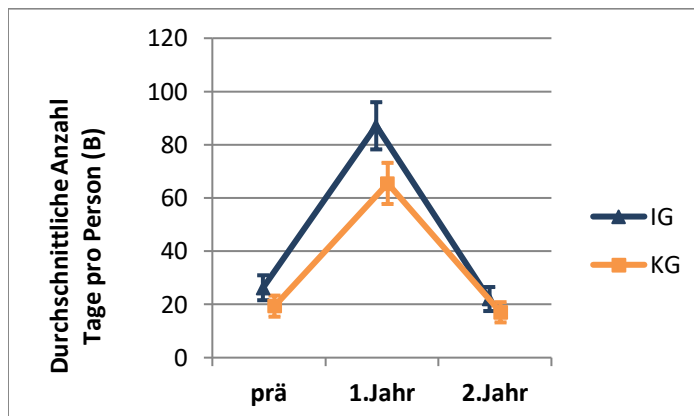
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

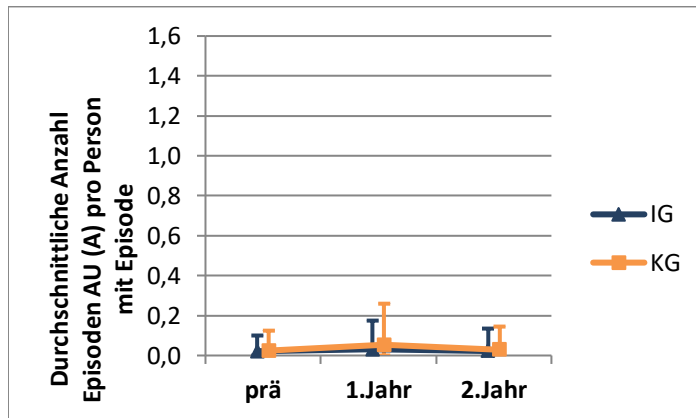


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

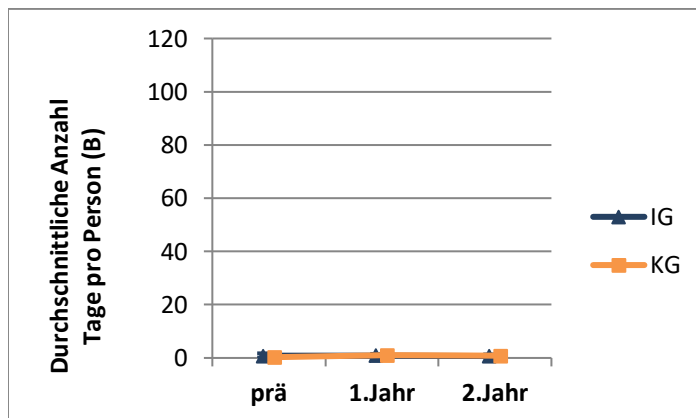


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

- **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**

	<b>Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden</b>	<b>Indexdiagnose, Tage AU</b>
DID Jahr 1	-0,05 -0,20...0,11	14,75** 3,76...25,73
DID Jahr 2	-0,10 -0,26...0,06	-1,90 -12,88...9,09

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
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>403</b>	<b>403</b>	<b>403</b>	<b>401</b>	<b>412</b>	<b>412</b>	<b>411</b>	<b>407</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,3	0,5	0,3	0,5	1,2	0,5	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	23,5	88,2	19,7	12,0	15,9	65,4	15,8	12,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	26,8%	14,4%	5,0%	3,5%	18,0%	9,5%	4,4%	2,5%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• 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)	0,8	0,7	0,8	0,2	0,3	1,0	0,8	0,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%

<sup>1</sup> 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
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>173</b>	<b>173</b>	<b>172</b>	<b>171</b>	<b>186</b>	<b>186</b>	<b>186</b>	<b>186</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	1,0	1,3	0,7	0,6	1,1	1,4	1,0	0,8
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	36,4	40,1	16,4	15,7	36,8	40,8	19,5	16,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	13,9%	5,8%	4,7%	2,3%	11,8%	9,1%	3,8%	2,7%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	3,2	1,3	1,1	0,7	0,8	0,7	0,3	1,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%

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

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

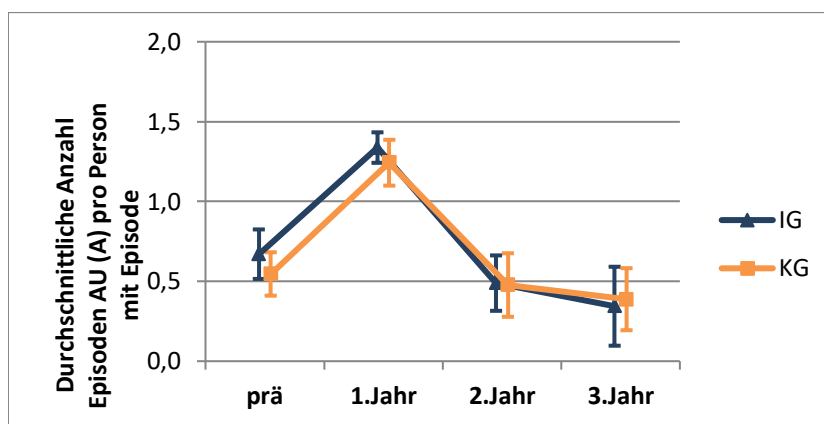
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

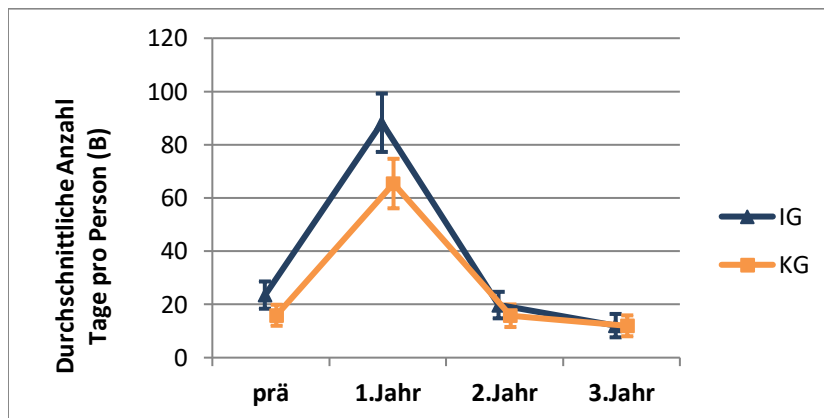
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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

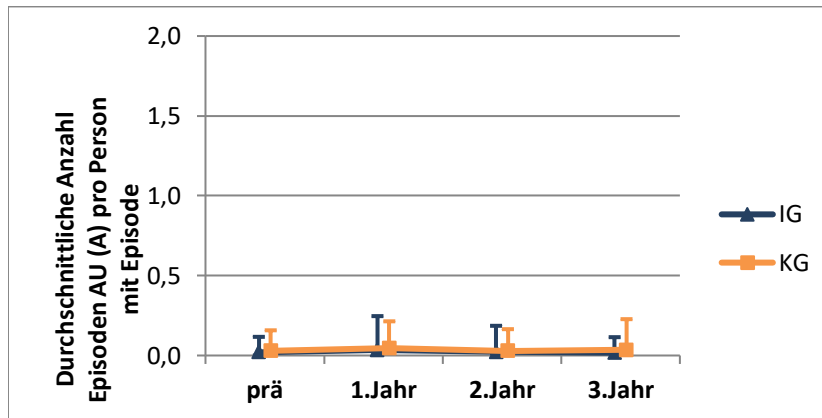


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

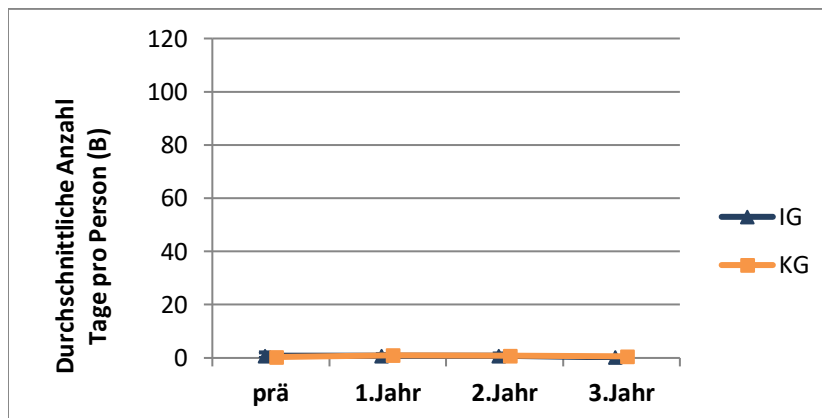


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

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



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



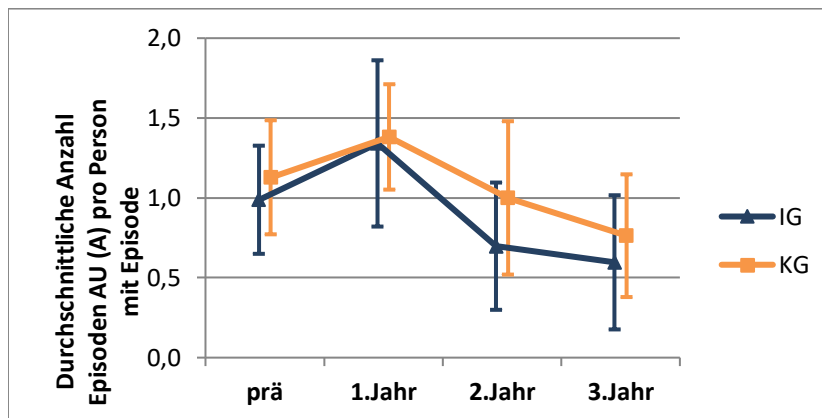
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

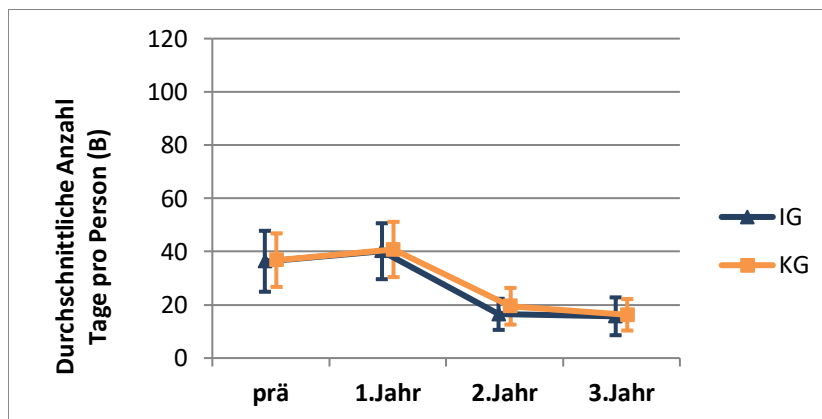
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

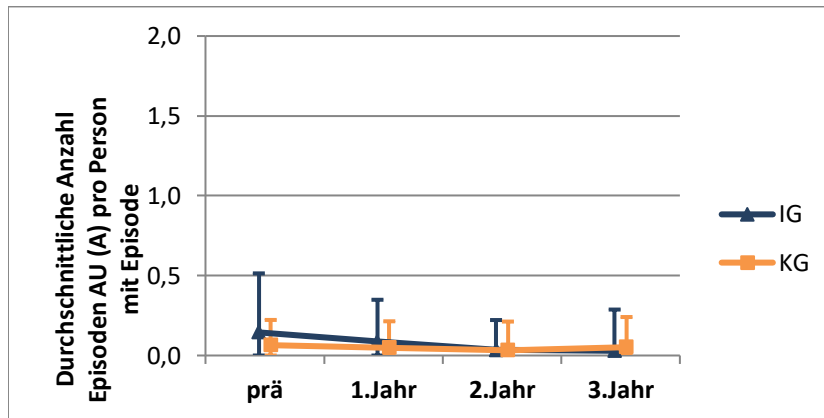


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

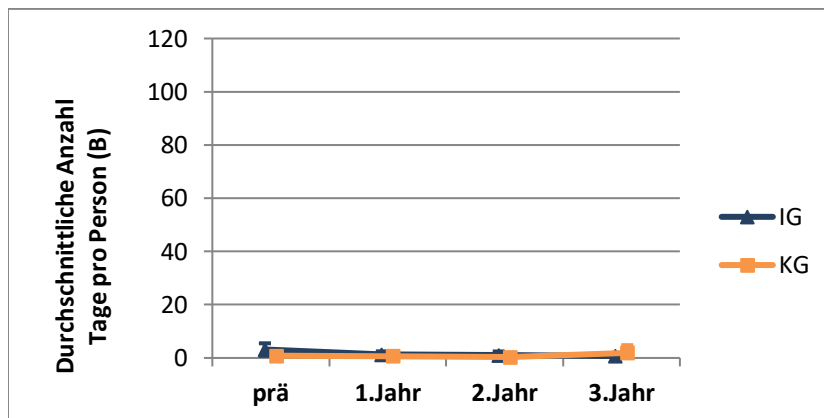


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

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



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



### 8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

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

#### Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil Personen mit stationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in beiden Gruppen vergleichbar hoch (IG: 25,4 %; KG: 27,6 %). Auch die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** lag in IG und KG vergleichbar bei etwa 110 bzw. 108 Tagen.

## 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
<b>Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>908</b>	<b>769</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)</li> </ul>	25,4% 109,7	27,6% 107,9
<b>Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>356</b>	<b>312</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)</li> </ul>	13,1% 110,6	12,7% 86,9
<b>Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>158</b>	<b>127</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)</li> </ul>	5,9% 91,9	5,5% 85,0

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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**

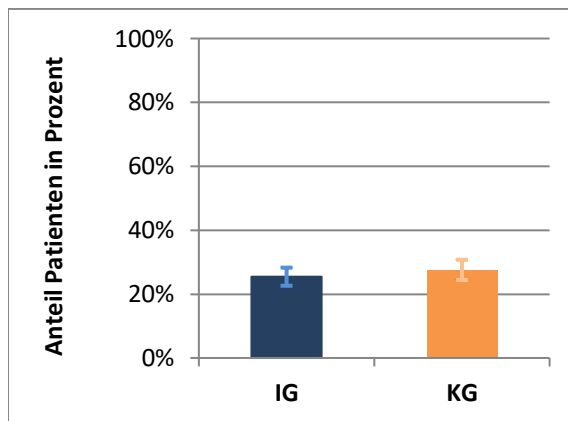
### Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

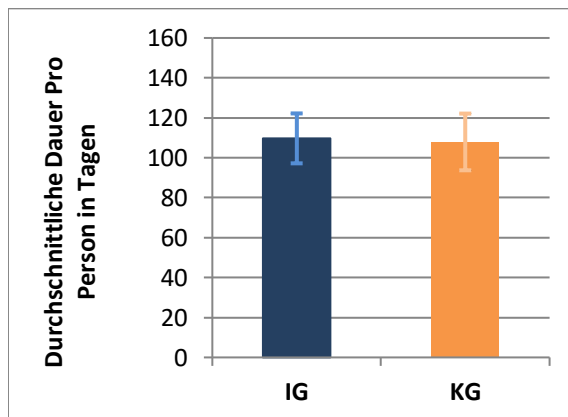
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

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**

	<b>Anteil Wiederaufnahme</b>	<b>Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme</b>
Gruppe	0,91 0,73...1,14	1,82 -16,91...20,55

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

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

### 8.2.8 Komorbidität

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

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

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung stieg der durchschnittliche **Komorbiditäts-Score** bei den linikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach etwas an (je +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 ähnlich hohe Komorbiditäts-Scorewerte im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,3-3,5). Auch hier gab es kaum Unterschiede zwischen IG und KG und sehr wenig relevante Veränderungen über die Zeit.

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 wider. 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-Score vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zu erkennen. Ein wesentlicher Unterschied zwischen IG und KG war nicht ersichtlich. Auch bei den linikbekannten Patienten war kaum ein Unterschied zwischen IG und KG und ein nur sehr kleiner Peak im ersten Jahr nach Referenzfall ersichtlich.

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>347</b>	<b>347</b>	<b>335</b>	<b>324</b>	<b>313</b>	<b>353</b>	<b>353</b>	<b>340</b>	<b>327</b>	<b>321</b>
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,6	3,1	3,3	3,2	2,8	3,6	3,1	3,0	3,2

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>325</b>	<b>325</b>	<b>309</b>	<b>299</b>	<b>287</b>	<b>322</b>	<b>322</b>	<b>310</b>	<b>301</b>	<b>288</b>
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,4	3,5	3,5	3,4	3,5	3,3	3,4	3,3	3,3	3,4

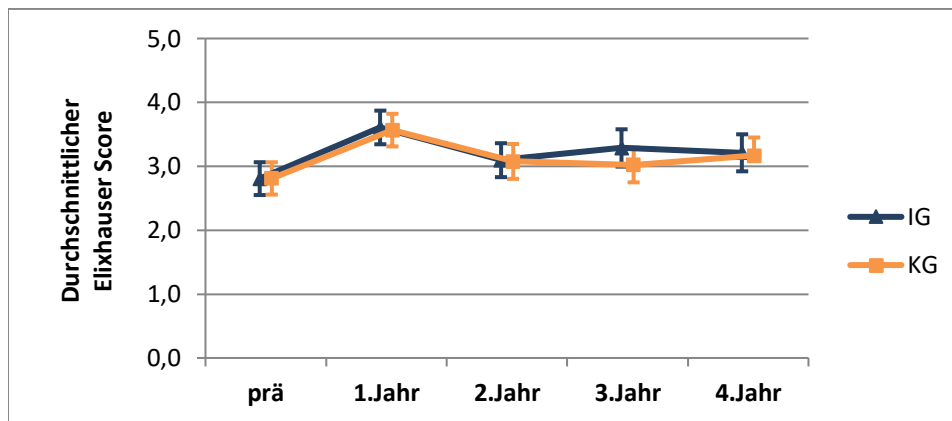
**Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

**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**

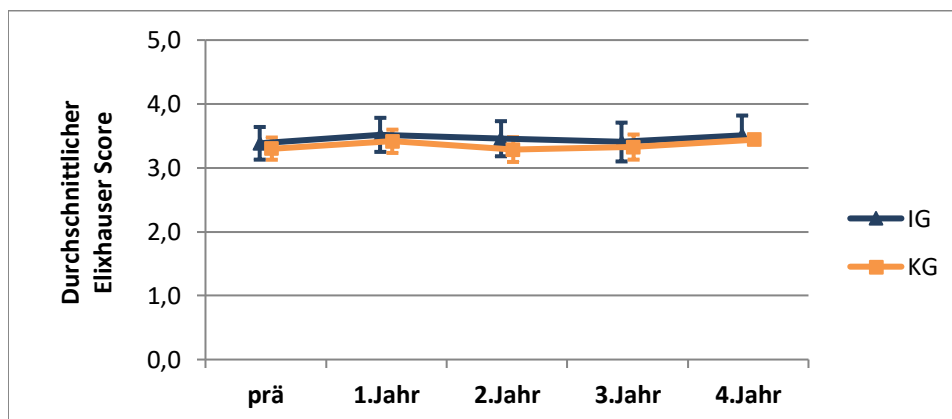


**Klinikbekannte Patienten**

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**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DID Jahr 1	0,05 -0,44...0,53
DID Jahr 2	0,03 -0,46...0,52
DID Jahr 3	0,27 -0,22...0,76
DID Jahr 4	0,02 -0,47...0,51

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

**Klinikbekannte Patienten**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DID Jahr 1	0,02 -0,49...0,53
DID Jahr 2	0,04 -0,47...0,55
DID Jahr 3	-0,09 -0,61...0,42
DID Jahr 4	-0,06 -0,57...0,45

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

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.359	1.359	1.359	1.359
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,9	3,7	2,8	3,5

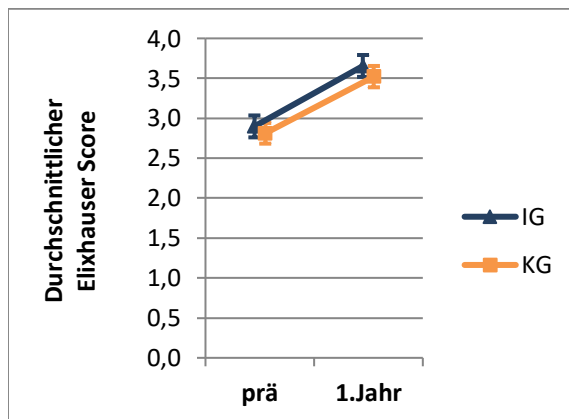
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

### 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)	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,9	3,7	3,1	2,7	3,5	3,0

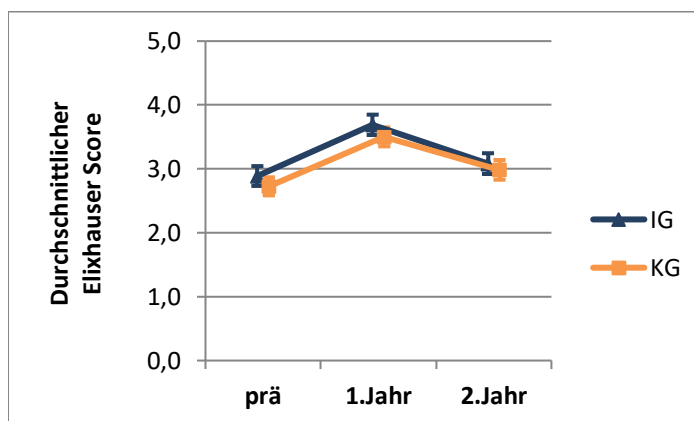
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

#### 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**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DID Jahr 1	0,03 -0,25...0,30
DID Jahr 2	-0,07 -0,35...0,20

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 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
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>694</b>	<b>694</b>	<b>675</b>	<b>656</b>	<b>698</b>	<b>698</b>	<b>677</b>	<b>654</b>
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,7	3,0	3,1	2,7	3,5	3,1	3,0

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>366</b>	<b>366</b>	<b>350</b>	<b>339</b>	<b>369</b>	<b>369</b>	<b>354</b>	<b>344</b>
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,4	3,6	3,5	3,4	3,3	3,5	3,4	3,4

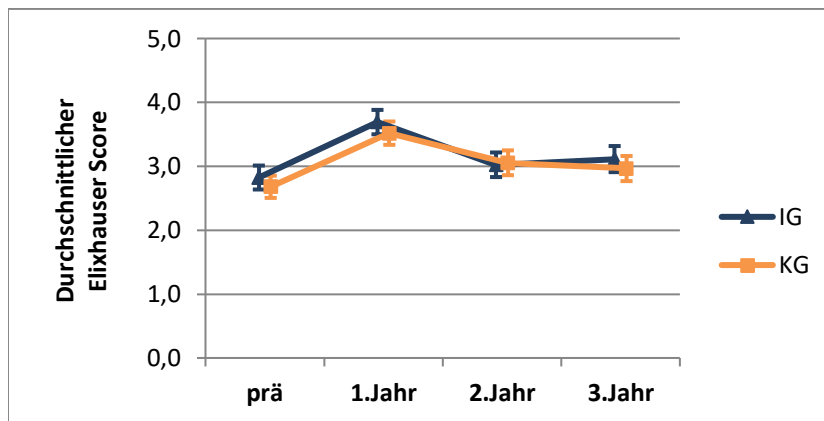
**Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Mittlerer Elixhauser Score**

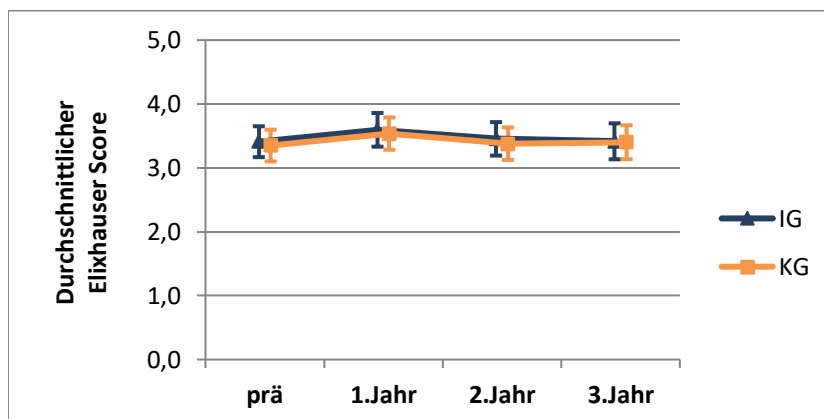


**Klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Mittlerer Elixhauser Score**



### 8.2.9 Mortalität

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

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

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall verstarben (**Mortalität**), in der IG sowohl bei den linikneuen Patienten (+0,8 %-Punkte) als auch bei den linikbekannten Patienten etwas höher als in der KG (+2,0 %-Punkte). Beide Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant.

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

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Anzahl Personen, die nach drei Jahren nach Referenzfall verstarben, in der IG geringer als in der KG (-1,1 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war die 2-Jahres-Mortalität linikneuer und linikbekannter Patienten zwischen IG und KG vergleichbar.

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>347</b>	<b>353</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	13,0 %	12,2 %

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>325</b>	<b>322</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	15,7 %	13,7 %

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

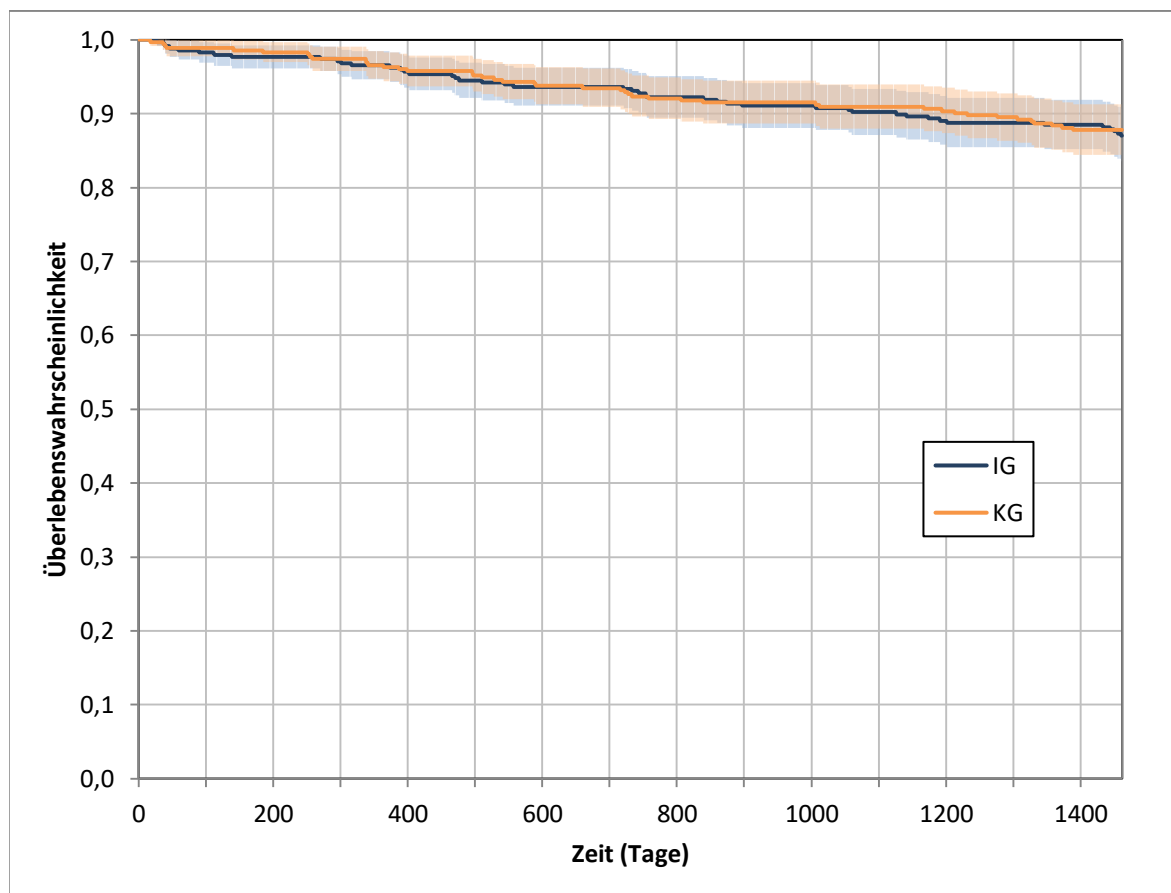
### Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

### Überlebenswahrscheinlichkeit



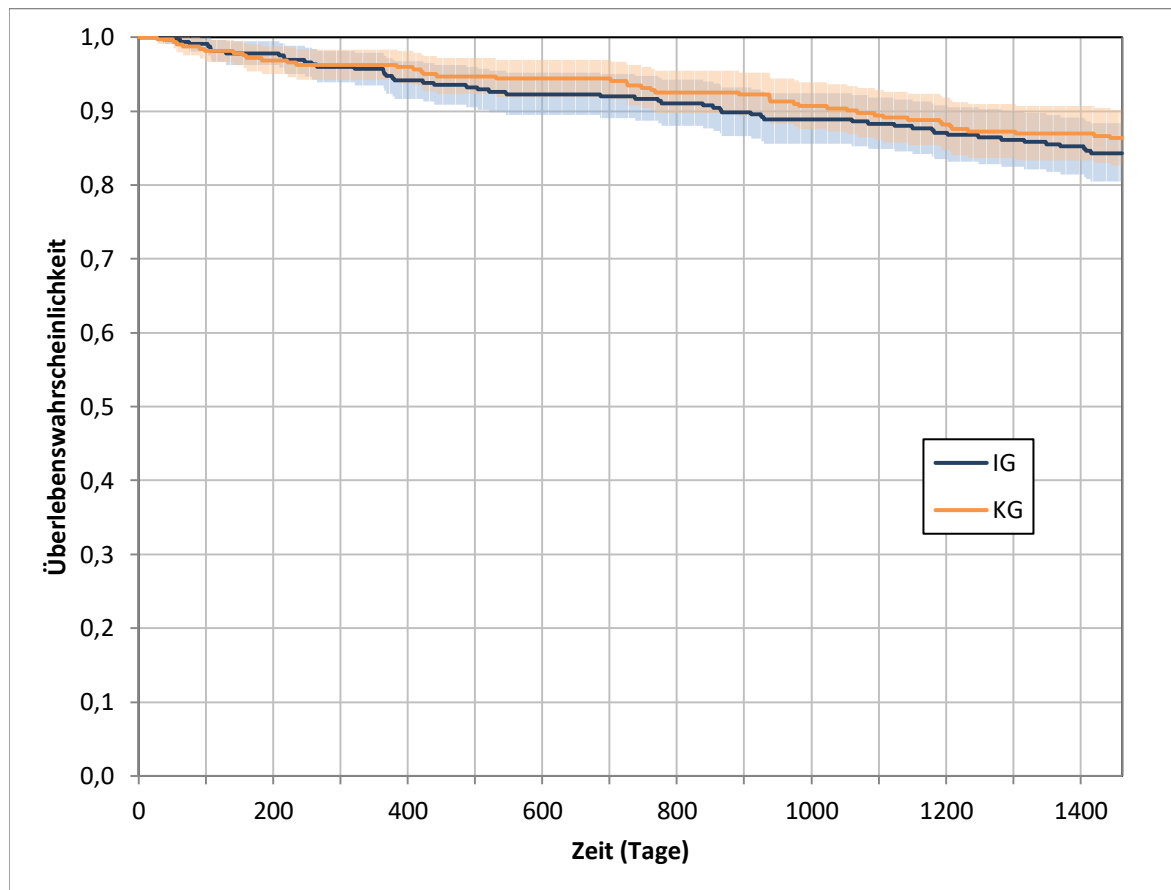
### Klinikbekannte Patienten

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**

	<b>Mortalität über 4 Jahre</b>
Gruppe	1,00 0,65...1,53

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

**Klinikbekannte Patienten**

	<b>Mortalität über 4 Jahre</b>
Gruppe	1,01 0,67...1,52

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

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

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

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

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	1.359	1.359
<ul style="list-style-type: none"><li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li></ul>	3,7 %	4,2 %

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

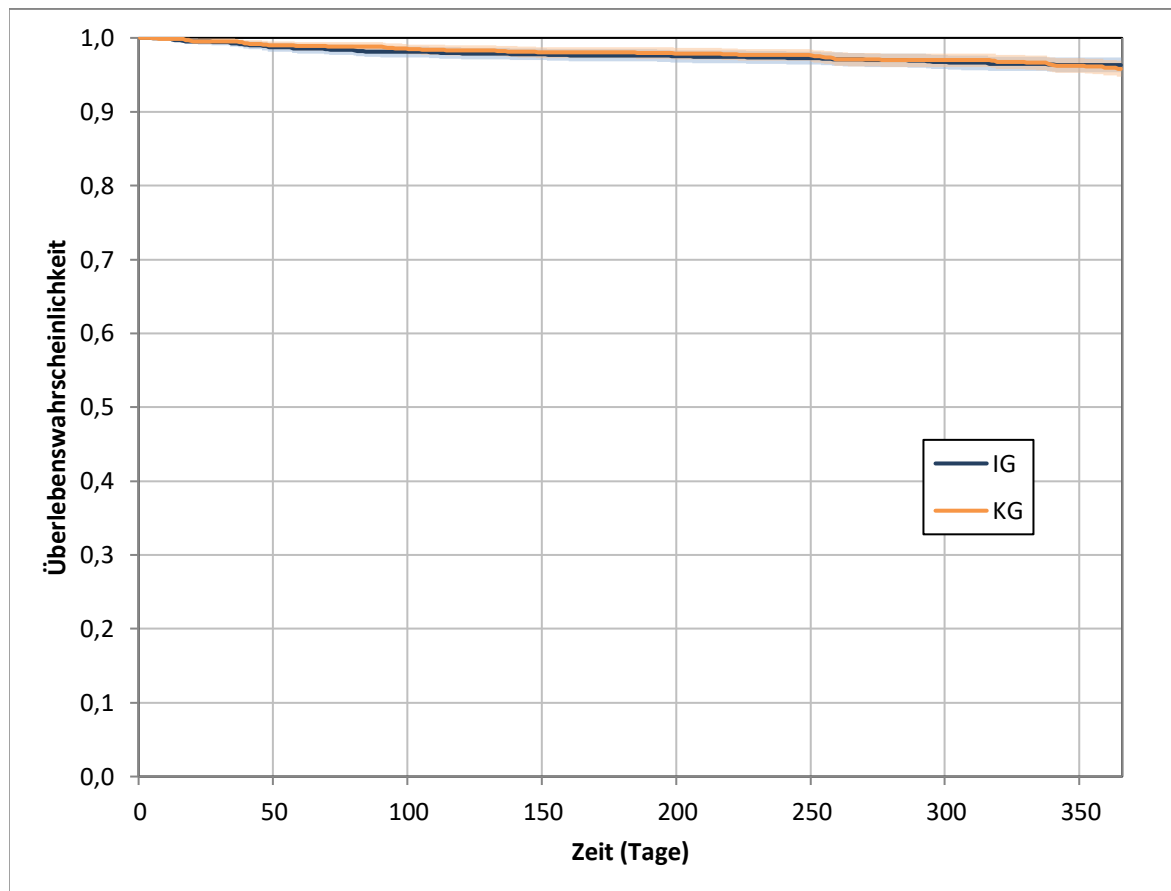
### Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

### Überlebenswahrscheinlichkeit



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

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

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.041	1.039
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	6,1 %	7,2 %

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

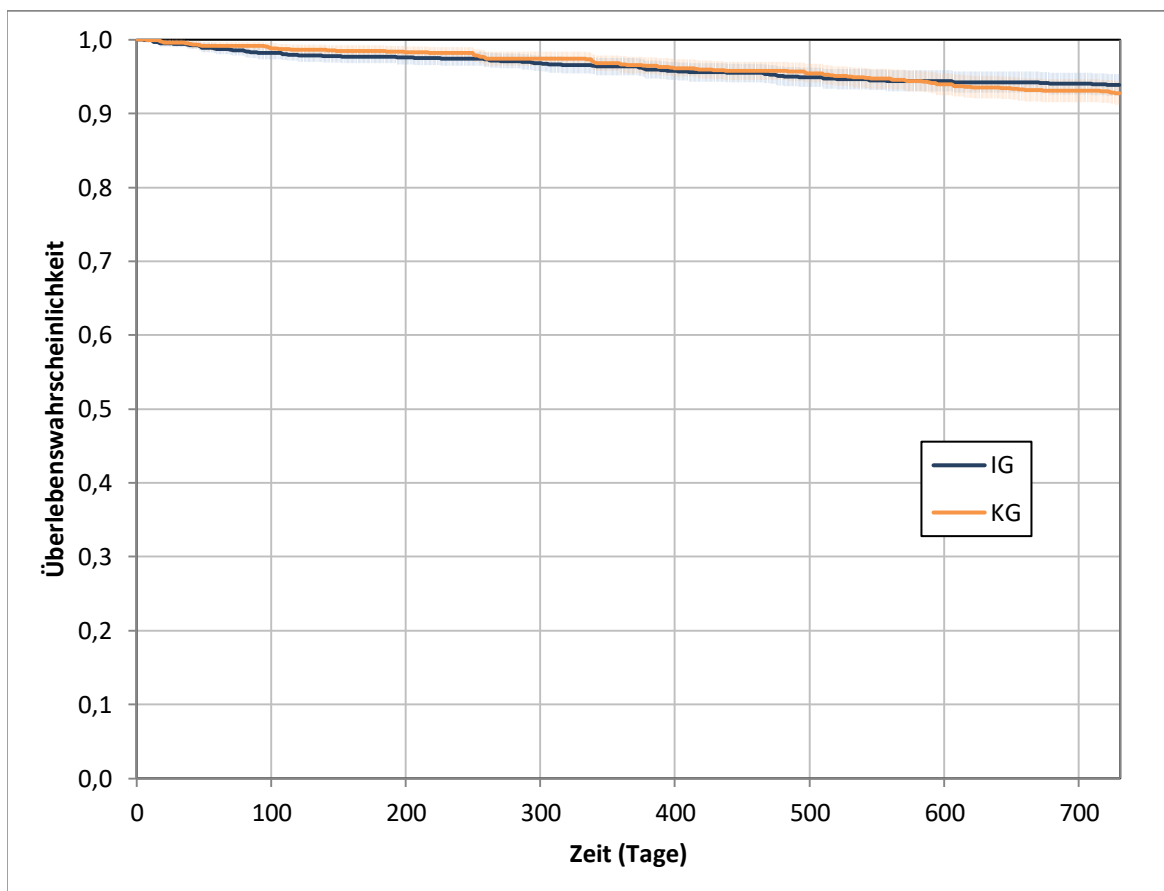
### Klinikneue Patienten

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**

	<b>Mortalität über 2 Jahre</b>
Gruppe	0,75 0,53...1,04

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)	694	698
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	8,4 %	8,2 %

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	366	370
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	10,7 %	10,5 %

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

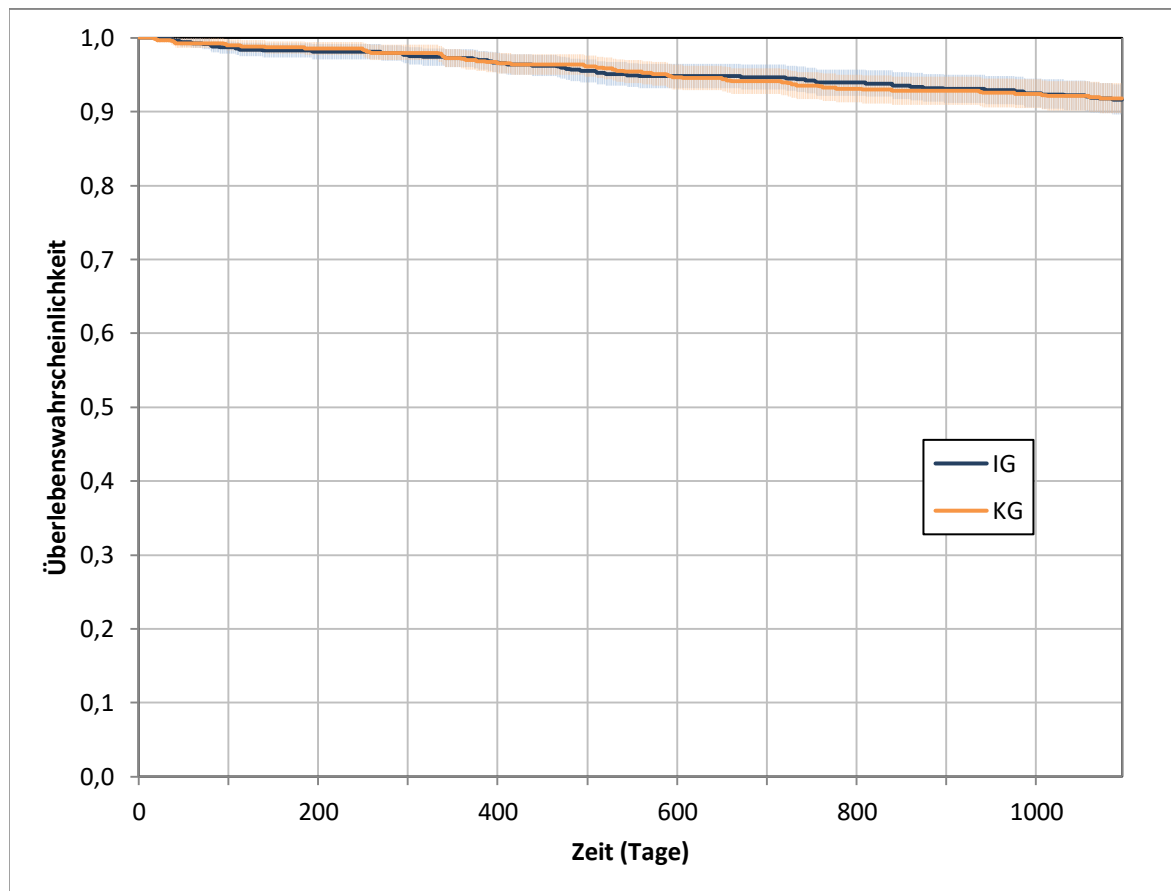
### Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

### Überlebenswahrscheinlichkeit





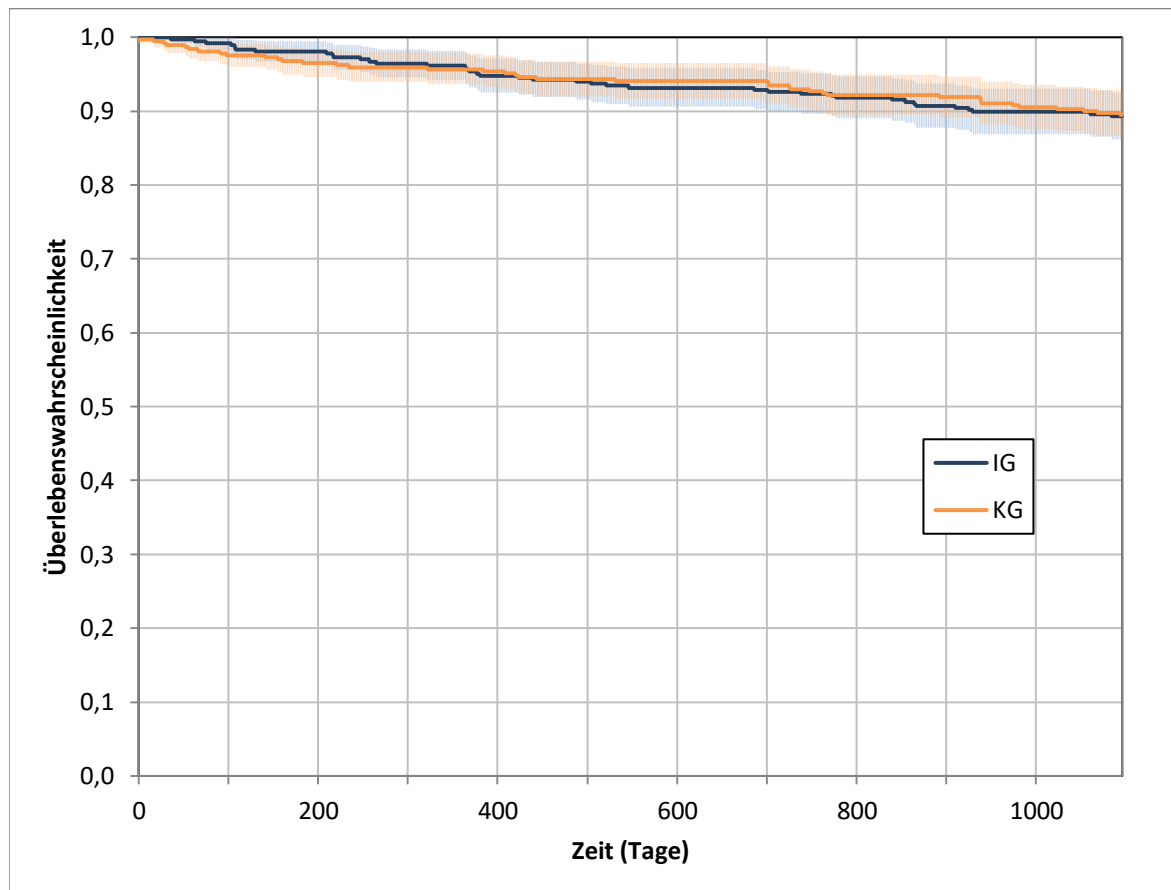
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

### Überlebenswahrscheinlichkeit



### 8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung

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

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

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall von einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG etwas geringer als in der KG (-4,2 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer als in der KG (-13,3 %-Punkte). Beide Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu etwas höheren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+6,7 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in beiden Gruppen annähernd gleich bei 7,8 bzw. 8,0%. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall in vergleichbarer Höhe zur KG (-1,9 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG leicht höher als in der KG (+2,4 %-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 8,5 %-Punkte geringer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 5,5 %-Punkte höher ausgeprägt als in der KG. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 3,8 %-Punkte größer 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 geringer als in der KG (-5,7 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (+5,2 %-Punkte; DiD = +1,8). Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war in der IG gegenüber der KG leicht, jedoch nicht statistisch signifikant, erhöht (+4,4 %-Punkte).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG erneut geringer als in der KG (-4,1 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG auch geringer (-4,9 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu höheren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+7,1 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG höher (+4,6 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu etwas höheren Anteilen als die Patienten der KG (+1,3 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG höher (+5,7 %-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
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>302</b>	<b>310</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	112	82
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	130	164
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	186	190
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	11,6 %	15,9 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	17,7 %	11,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	34,4 %	36,3 %

<sup>1</sup> ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

<sup>2</sup> ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

<sup>3</sup> ICD-10: F32 (ohne F20-29)

<sup>4</sup> ICD-10: F33 (ohne F20-29)

<sup>5</sup> Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

**Klinikbekannte Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
	<b>4</b> <b>Jahre</b>	<b>4</b> <b>Jahre</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>274</b>	<b>278</b>
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leichte/mittelgrad. depressive Episode<sup>1</sup></li> <li>• Jegliche depr. Episode<sup>3</sup></li> <li>• ohne Suchterkrankung<sup>5</sup></li> </ul>	60 77 133	48 100 129
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leichte/mittelgrad. depr. Episode<sup>1</sup> zu schwere depr. Epi.<sup>2</sup> (A)</li> <li>• Jegliche depr. Episode<sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung<sup>4</sup> (B)</li> <li>• Entwicklung einer Suchterkrankung<sup>5</sup> (C)</li> </ul>	11,7 % 7,8 % 24,1 %	25,0 % 8,0 % 21,7 %

<sup>1</sup> ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

<sup>2</sup> ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

<sup>3</sup> ICD-10: F32 (ohne F20-29)

<sup>4</sup> ICD-10: F33 (ohne F20-29)

<sup>5</sup> 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**

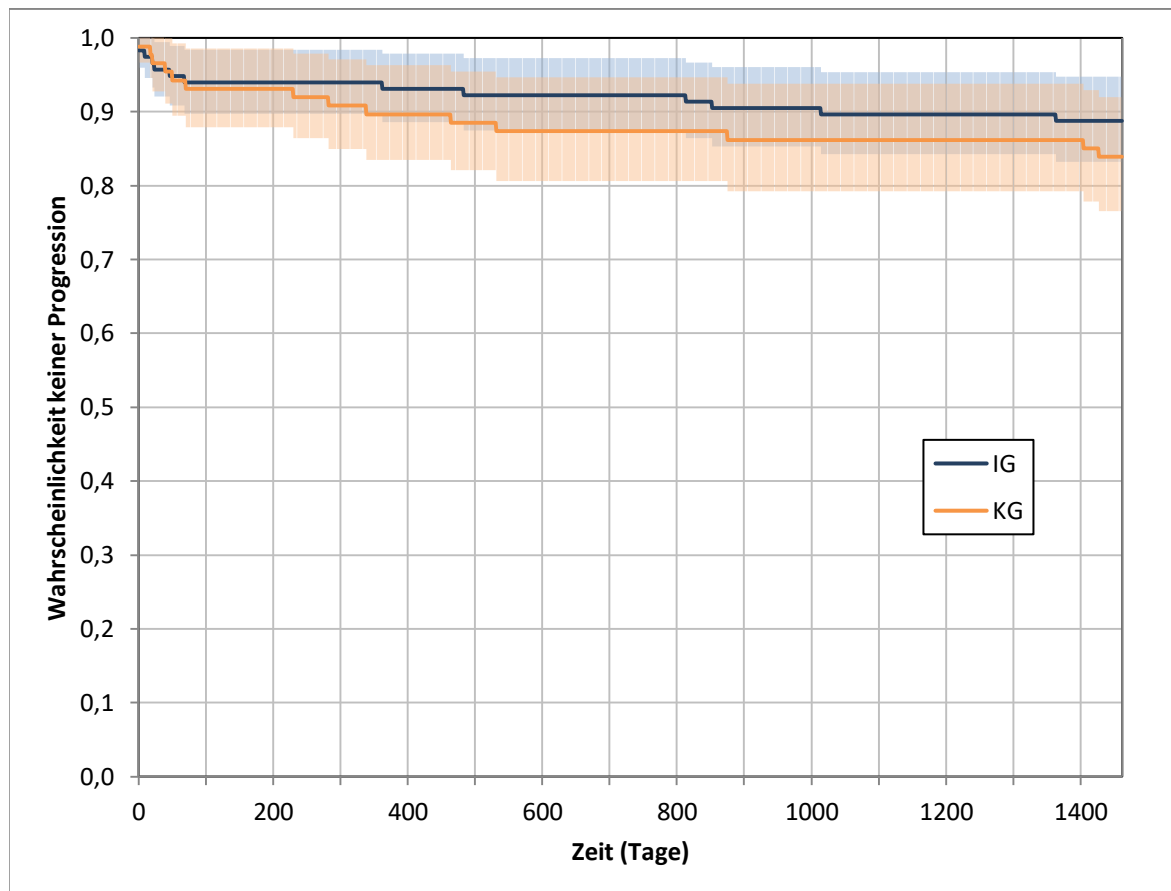
### Klinikneue Patienten

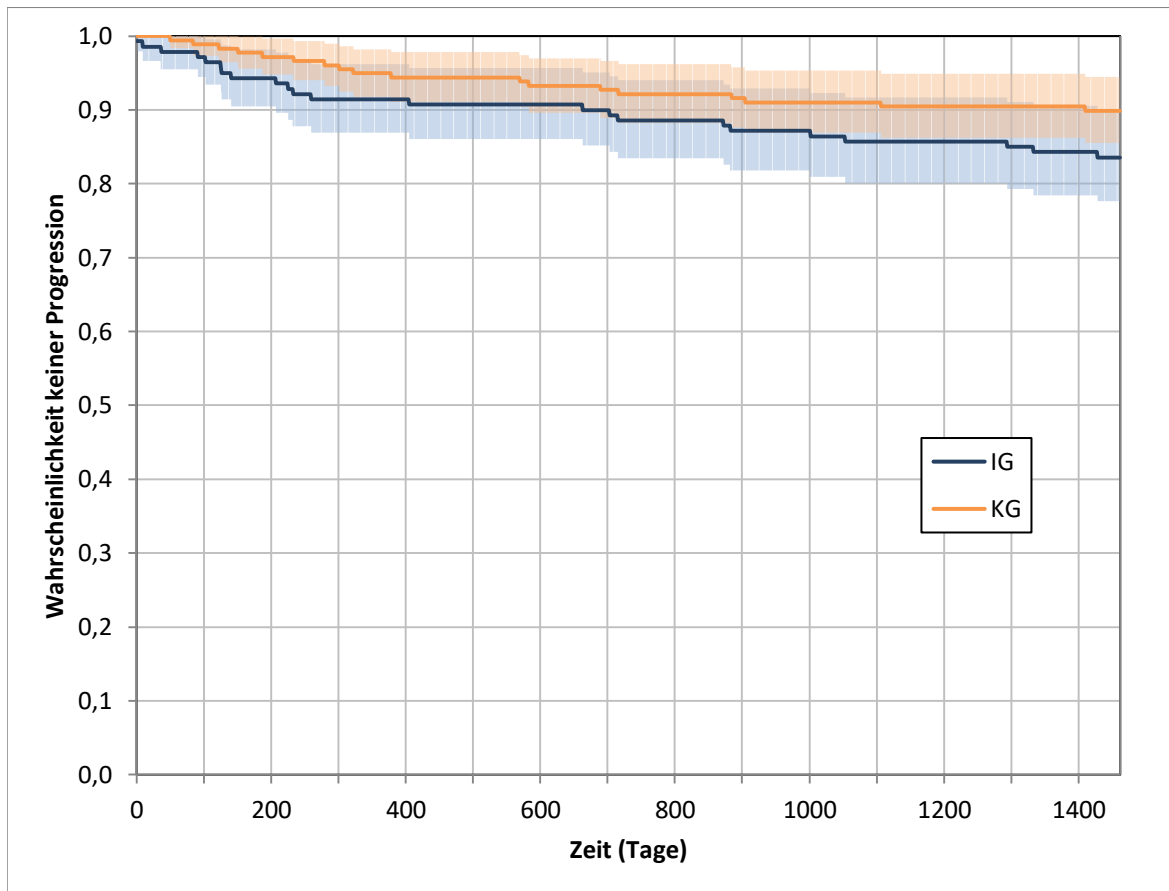
Legende für die folgenden Abbildungen:

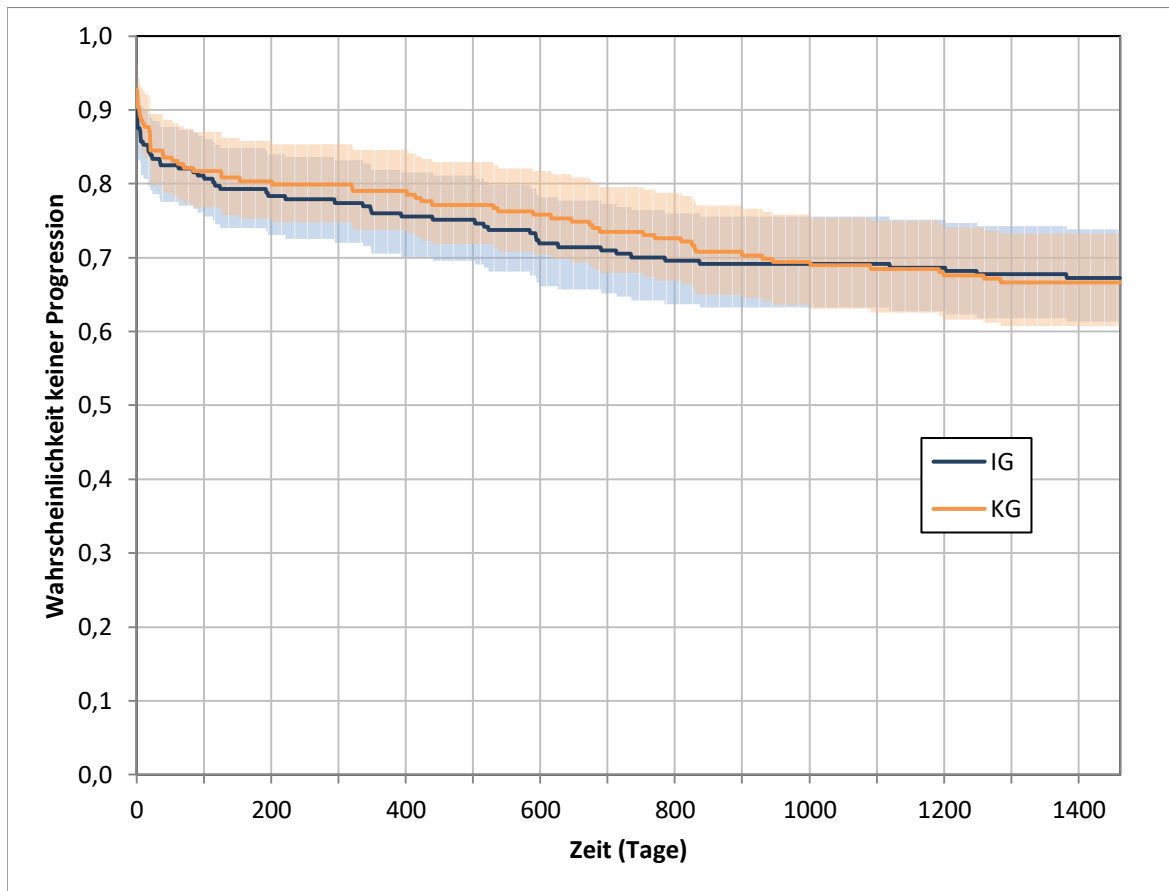
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

**Progression A (→ schwere depressive Störung)**



**Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)**

**Progression C (→ Suchterkrankung)**



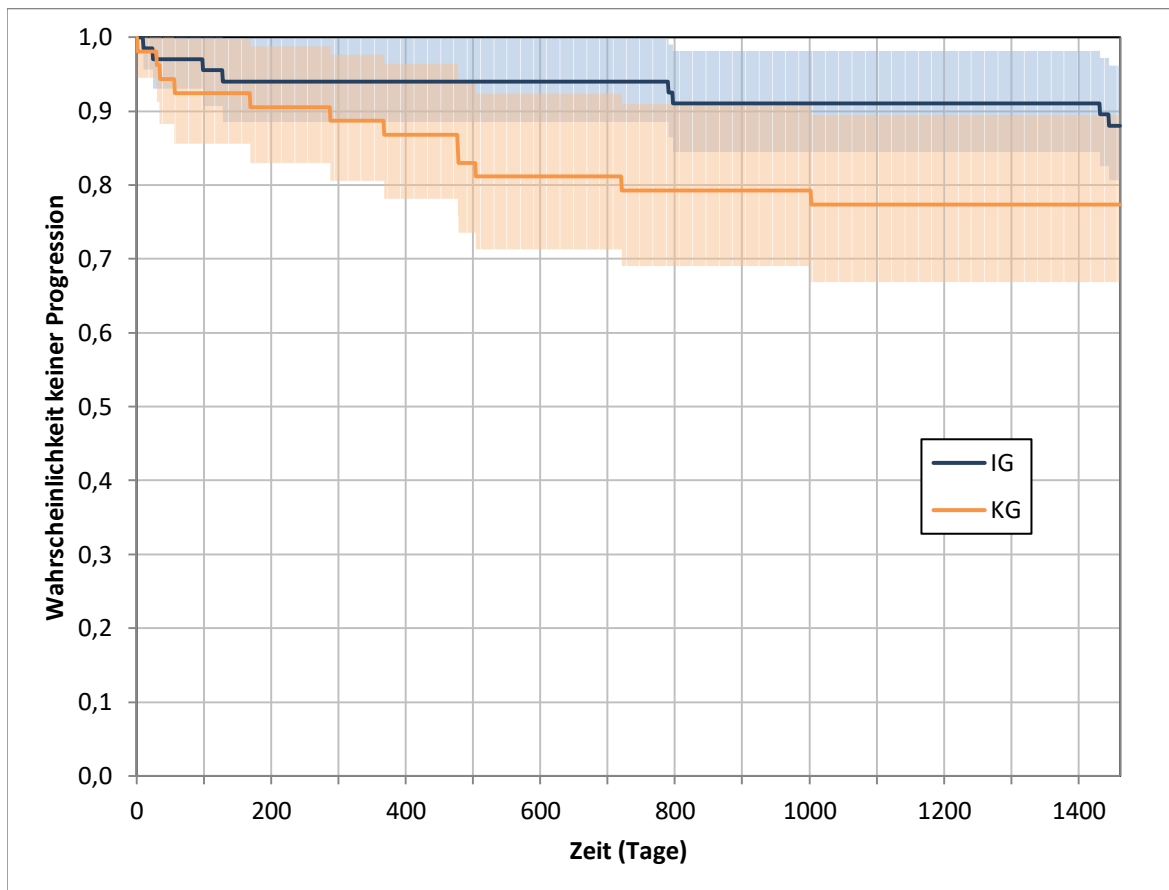
### Klinikbekannte Patienten

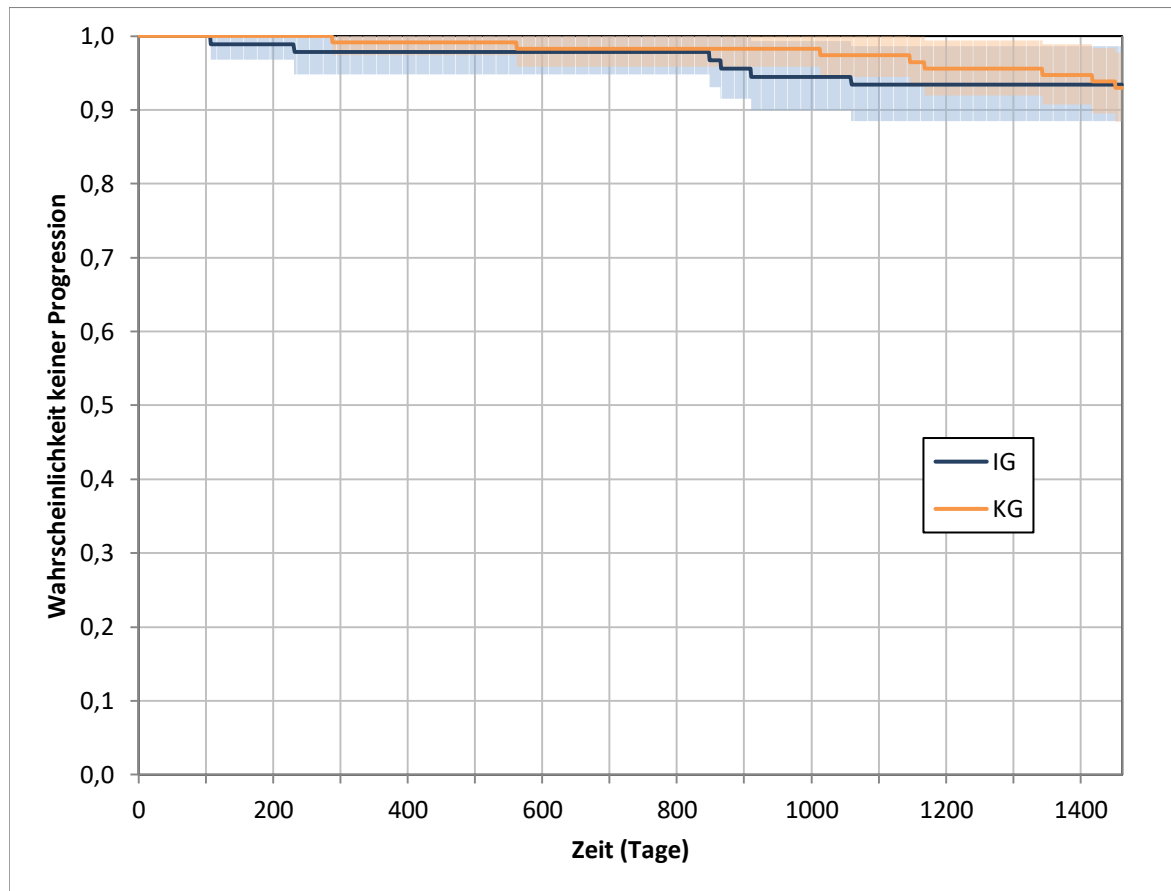
Legende für die folgenden Abbildungen:

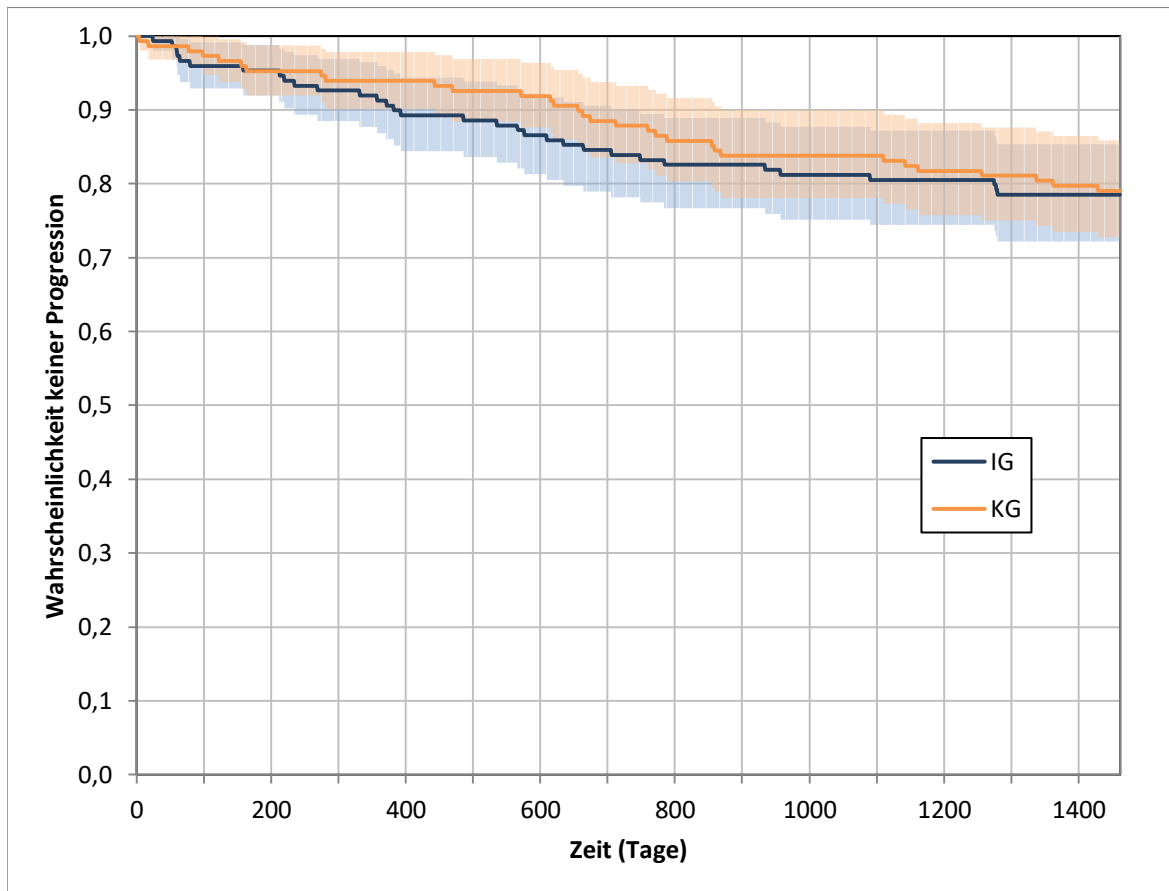
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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**

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	0,69 0,32...1,49	1,68 0,90...3,13	1,05 0,75...1,46

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

**Klinikbekannte Patienten**

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	0,41 0,14...1,14	1,04 0,34...3,12	0,97 0,58...1,61

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
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>1.309</b>	<b>1.302</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	434	347
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	577	680
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	828	797
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	9,9 %	18,4 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	9,9 %	4,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	27,4 %	23,6 %

<sup>1</sup> ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

<sup>2</sup> ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

<sup>3</sup> ICD-10: F32 (ohne F20-29)

<sup>4</sup> ICD-10: F33 (ohne F20-29)

<sup>5</sup> 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**

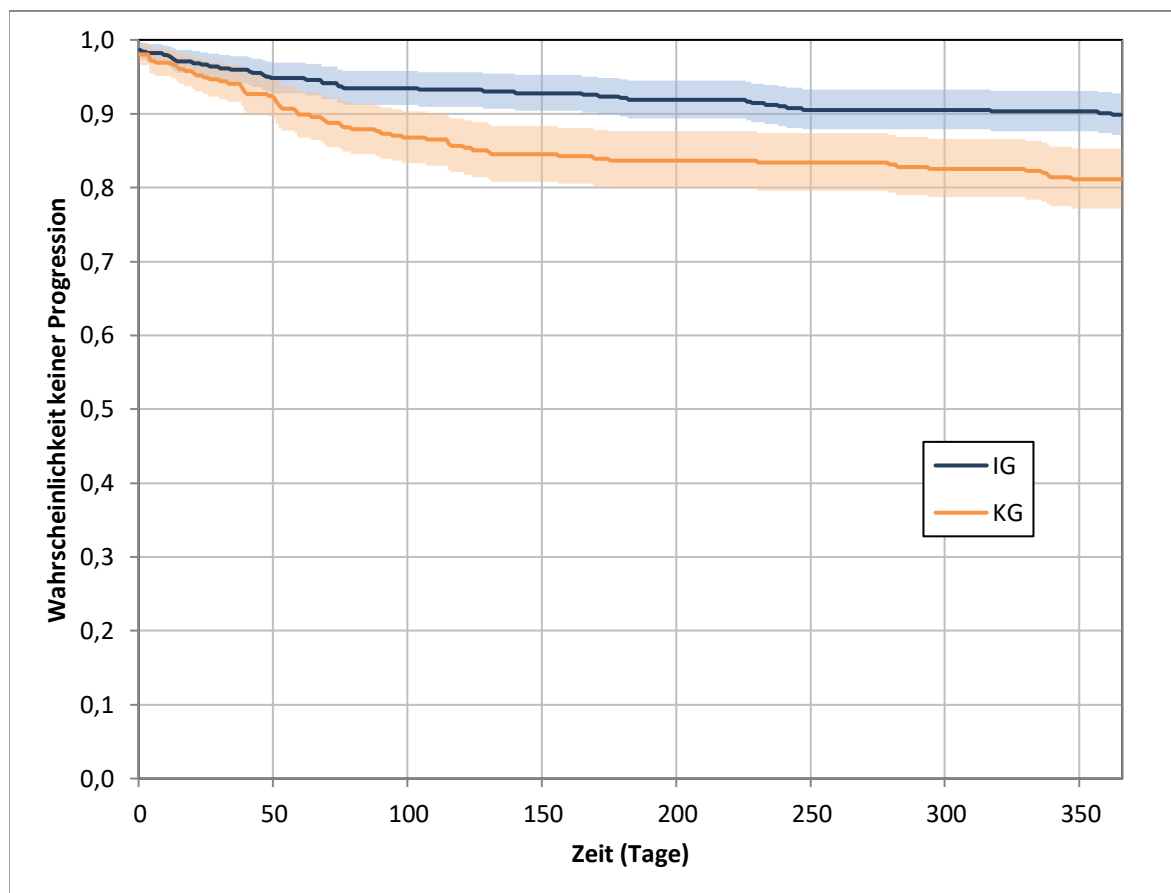
### Klinikneue Patienten

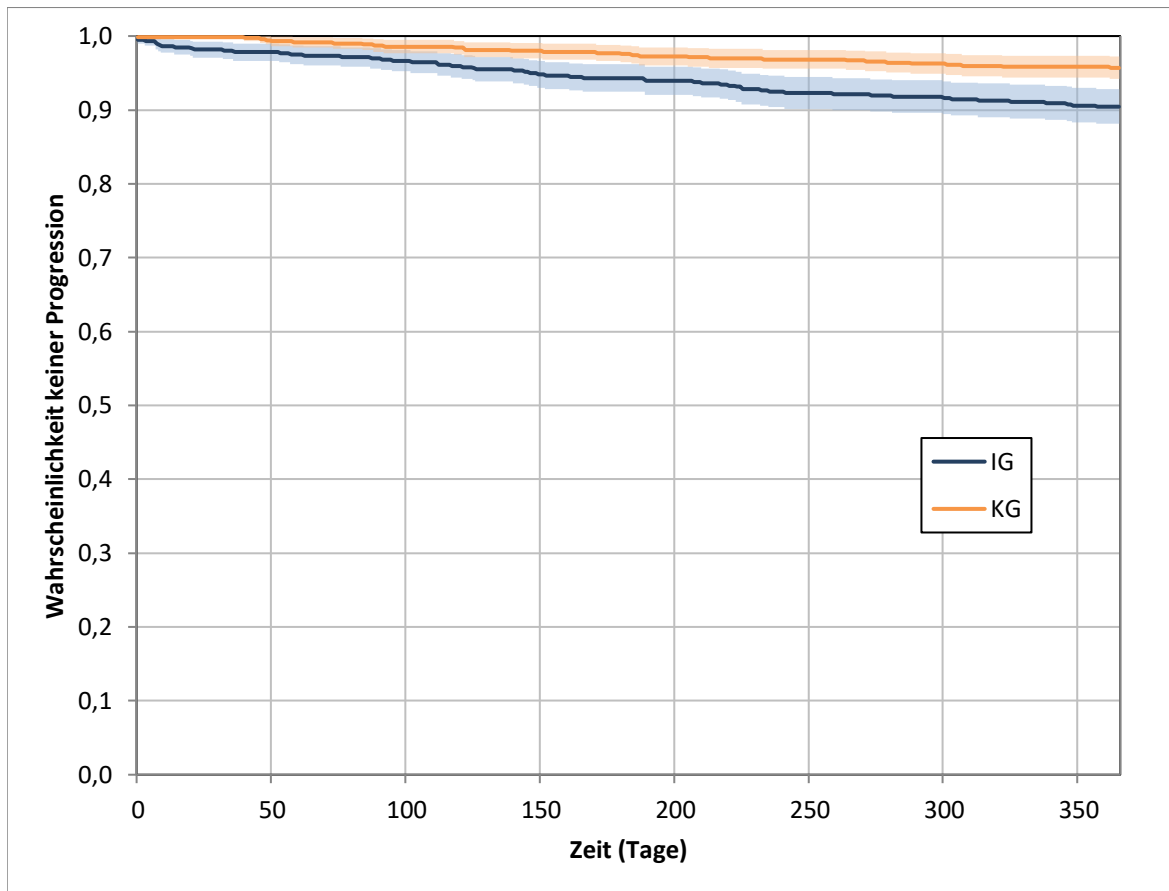
Legende für die folgenden Abbildungen:

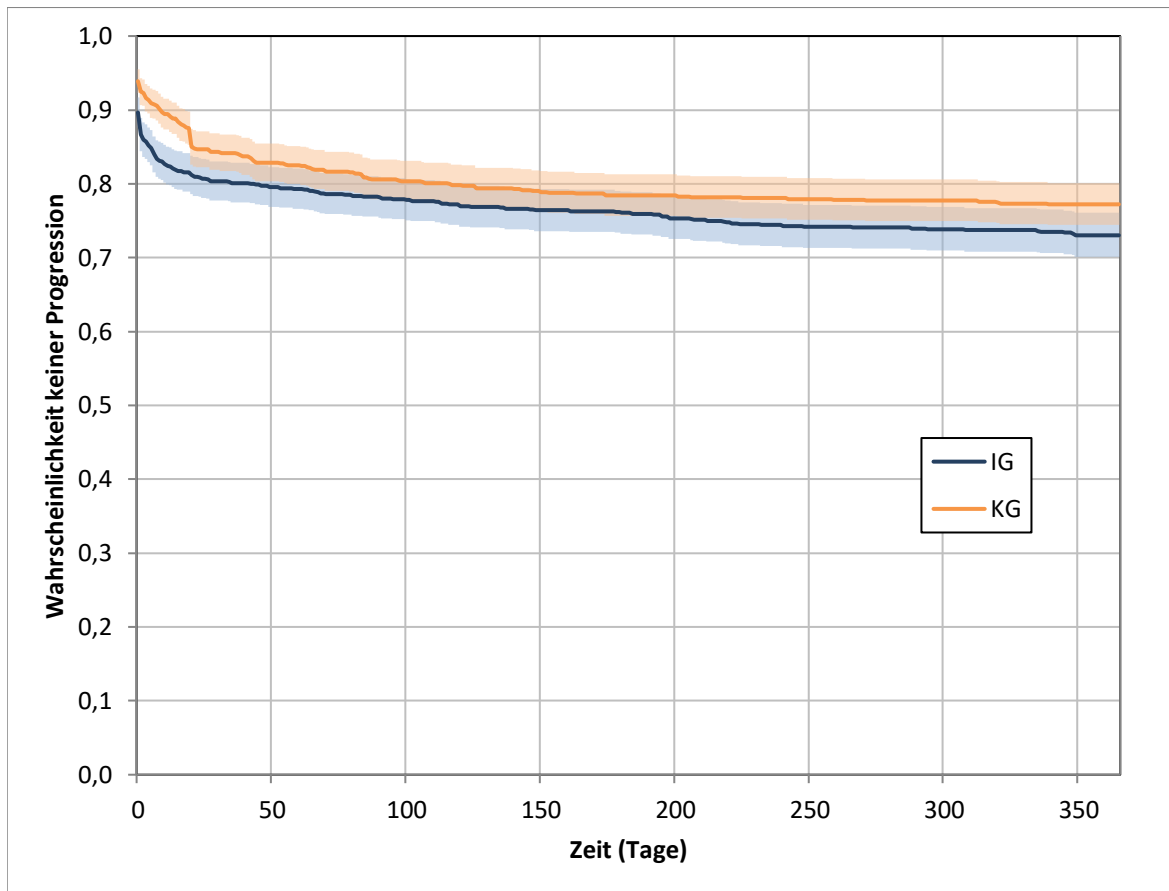
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens zwei Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>977</b>	<b>964</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	355	261
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	445	512
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	618	590
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	11,5 %	17,2 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	12,8 %	7,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	31,7 %	27,3 %

<sup>1</sup> ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

<sup>2</sup> ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

<sup>3</sup> ICD-10: F32 (ohne F20-29)

<sup>4</sup> ICD-10: F33 (ohne F20-29)

<sup>5</sup> 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**

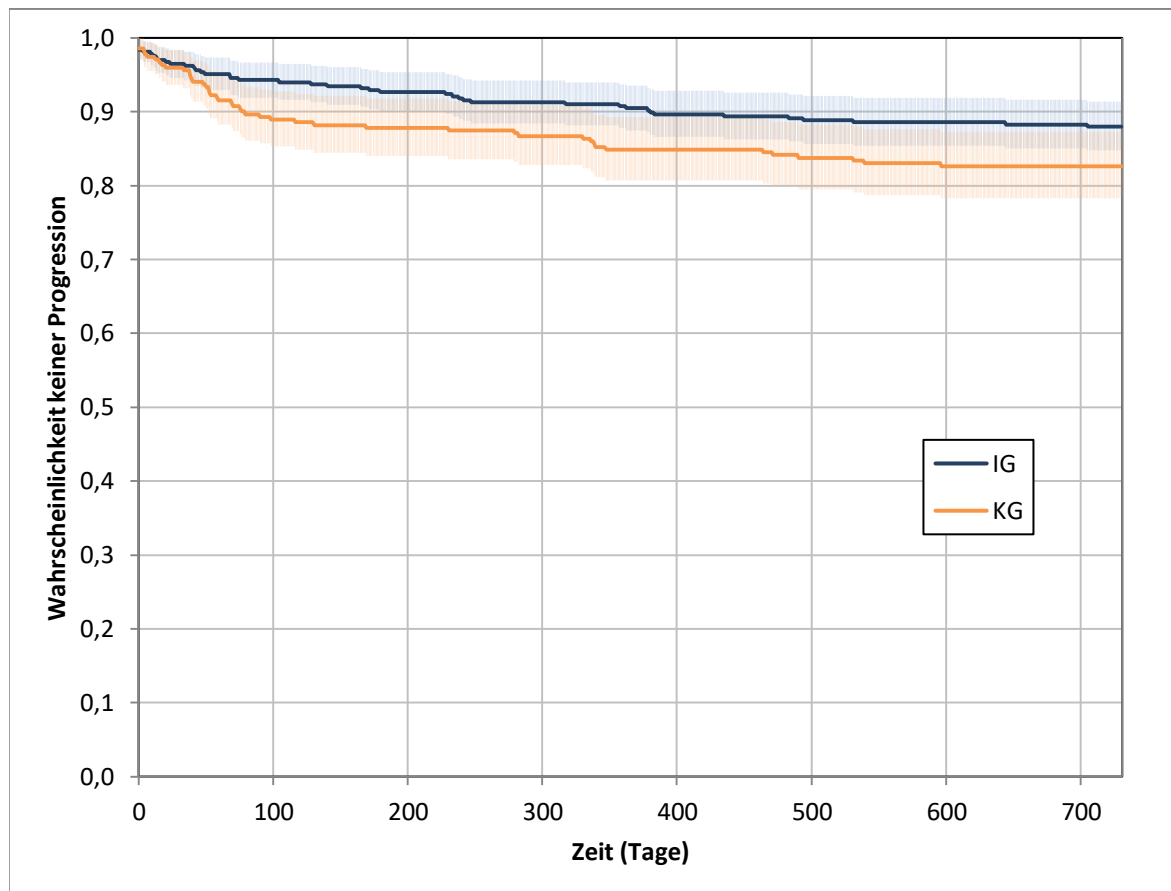
### Klinikneue Patienten

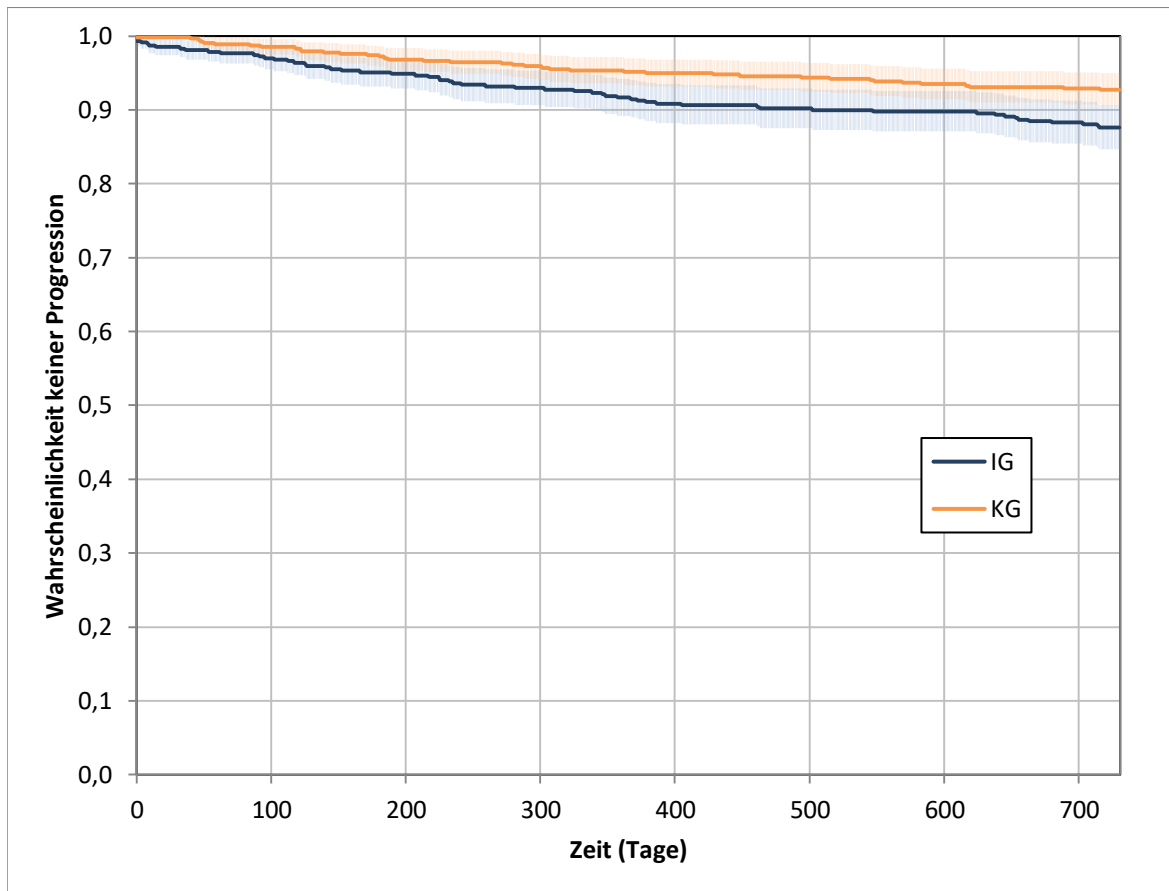
Legende für die folgenden Abbildungen:

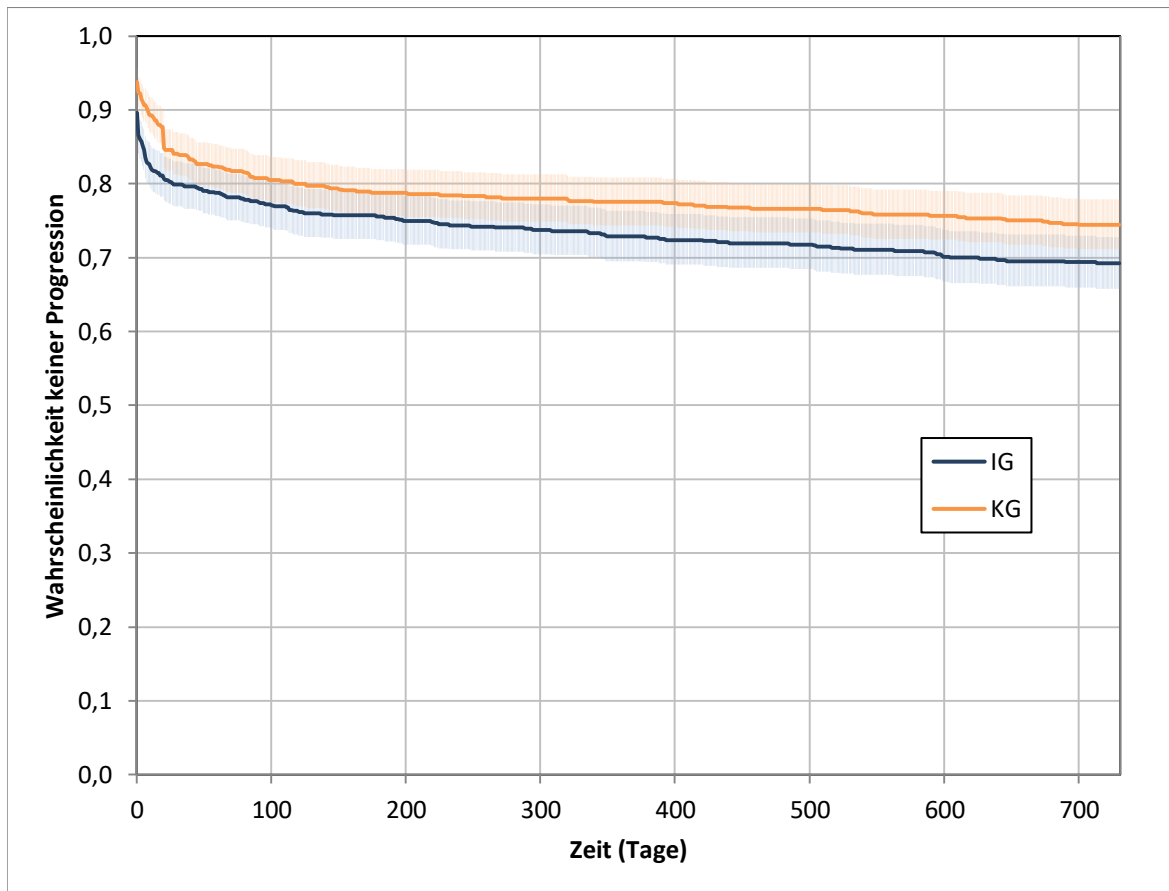
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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**

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	0,66 0,44...1,00	1,75** 1,16...2,63	1,07 0,87...1,32

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

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

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

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

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>636</b>	<b>641</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	233	178
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	281	342
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	389	401
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	13,3 %	17,4 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	15,3 %	8,2 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	36,0 %	34,7 %

<sup>1</sup> ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

<sup>2</sup> ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

<sup>3</sup> ICD-10: F32 (ohne F20-29)

<sup>4</sup> ICD-10: F33 (ohne F20-29)

<sup>5</sup> Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>327</b>	<b>331</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	72	64
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	97	127
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	153	151
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	13,9 %	18,8 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	9,3 %	4,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	22,2 %	16,6 %

<sup>1</sup> ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

<sup>2</sup> ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

<sup>3</sup> ICD-10: F32 (ohne F20-29)

<sup>4</sup> ICD-10: F33 (ohne F20-29)

<sup>5</sup> 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**

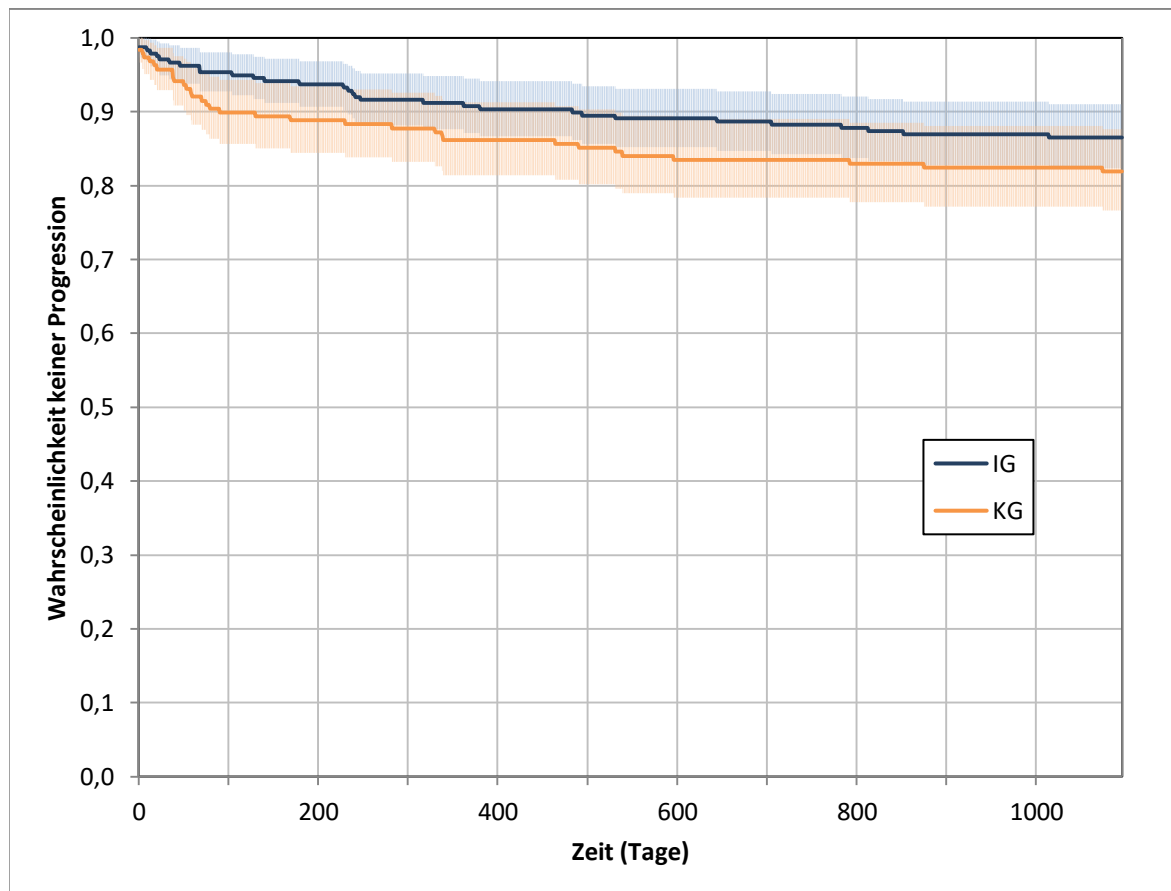
### Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

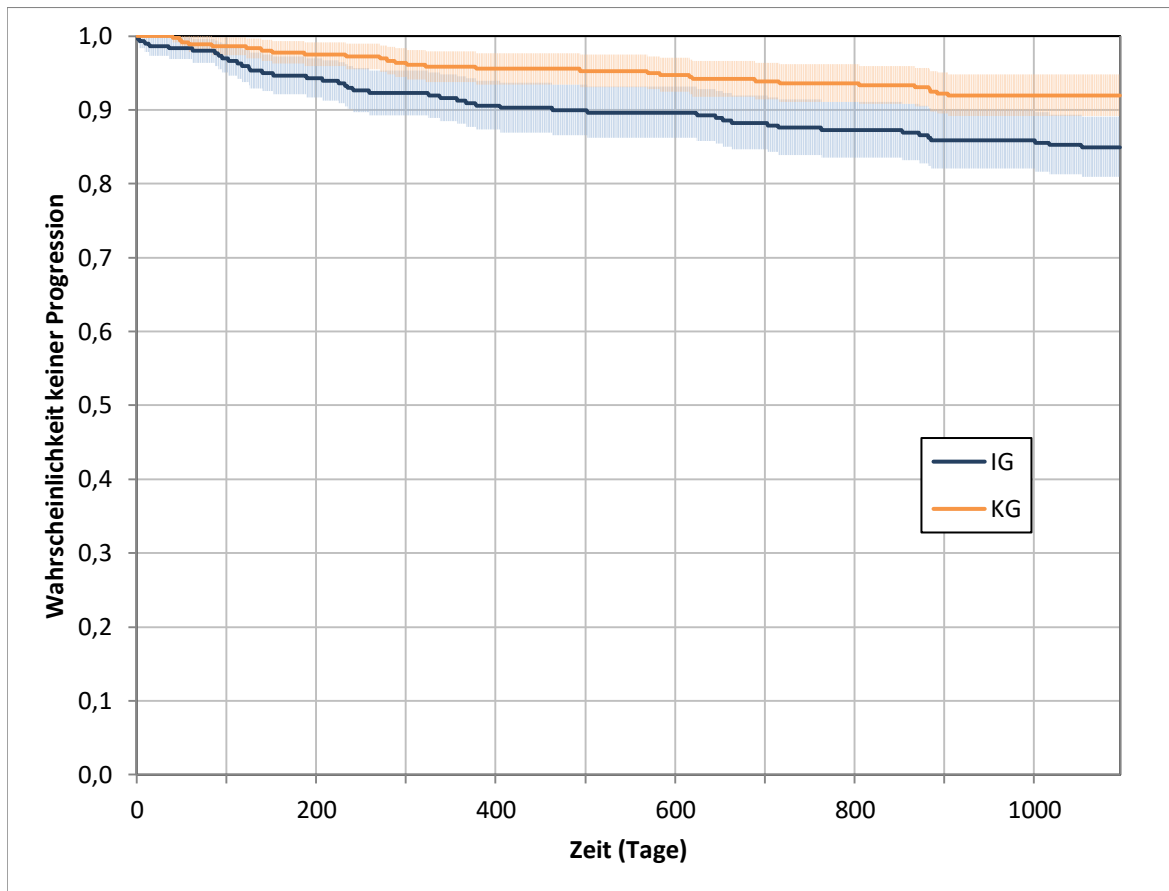
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

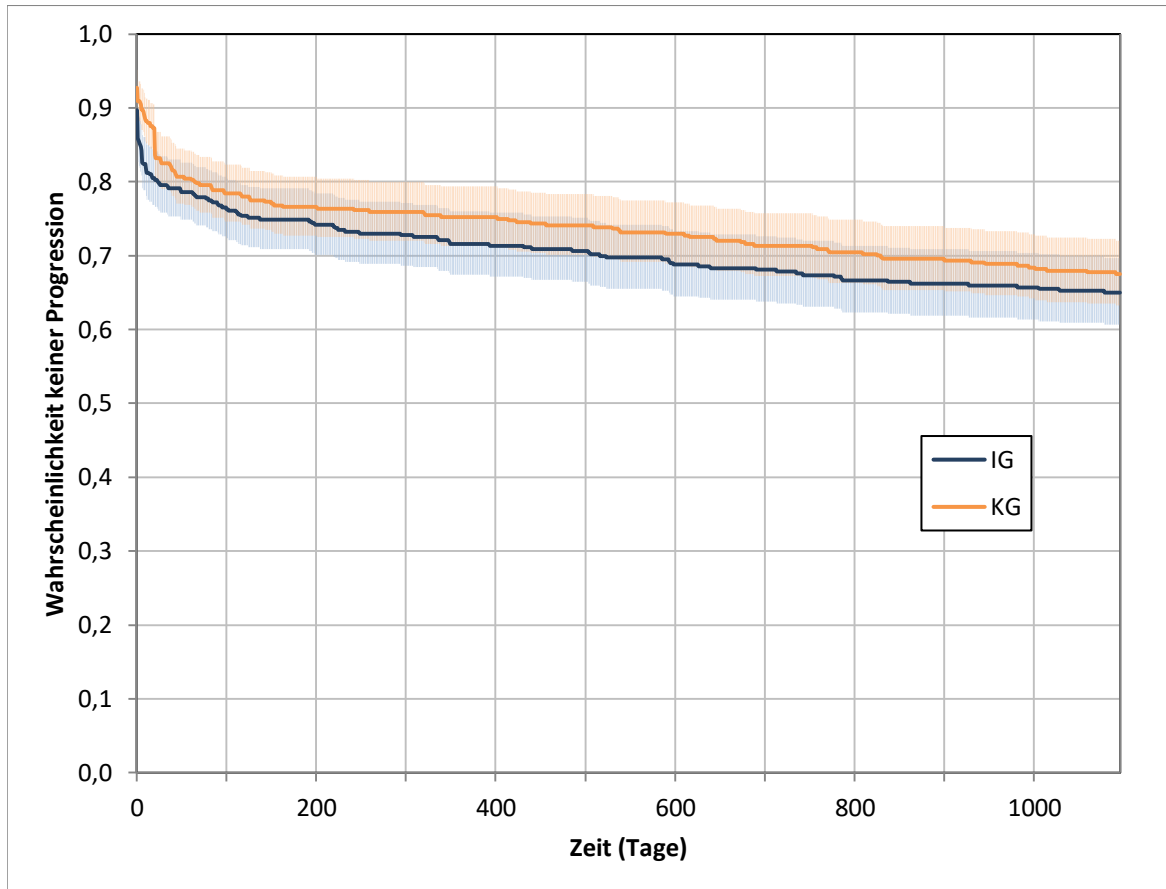
**Progression A (→ schwere depressive Störung)**





**Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)**

**Progression C (→ Suchterkrankung)**



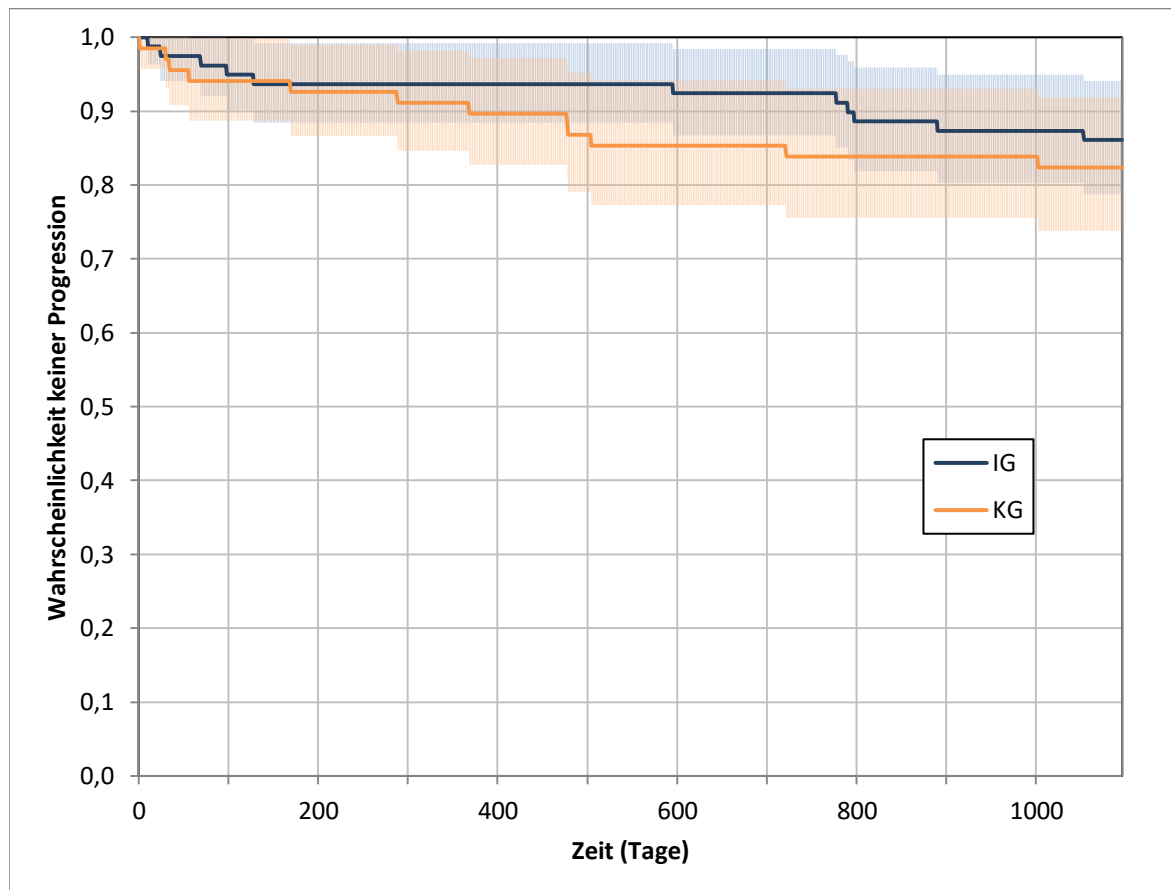
### Klinikbekannte Patienten

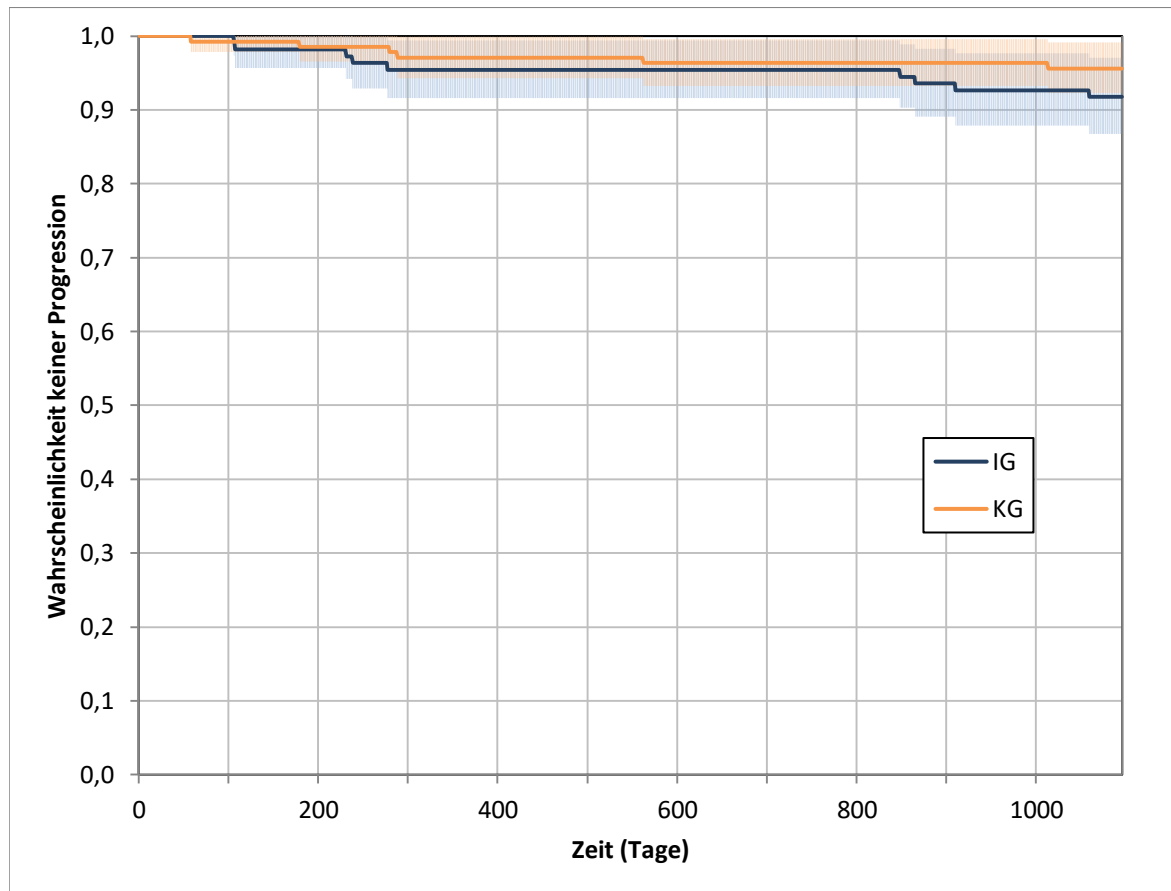
Legende für die folgenden Abbildungen:

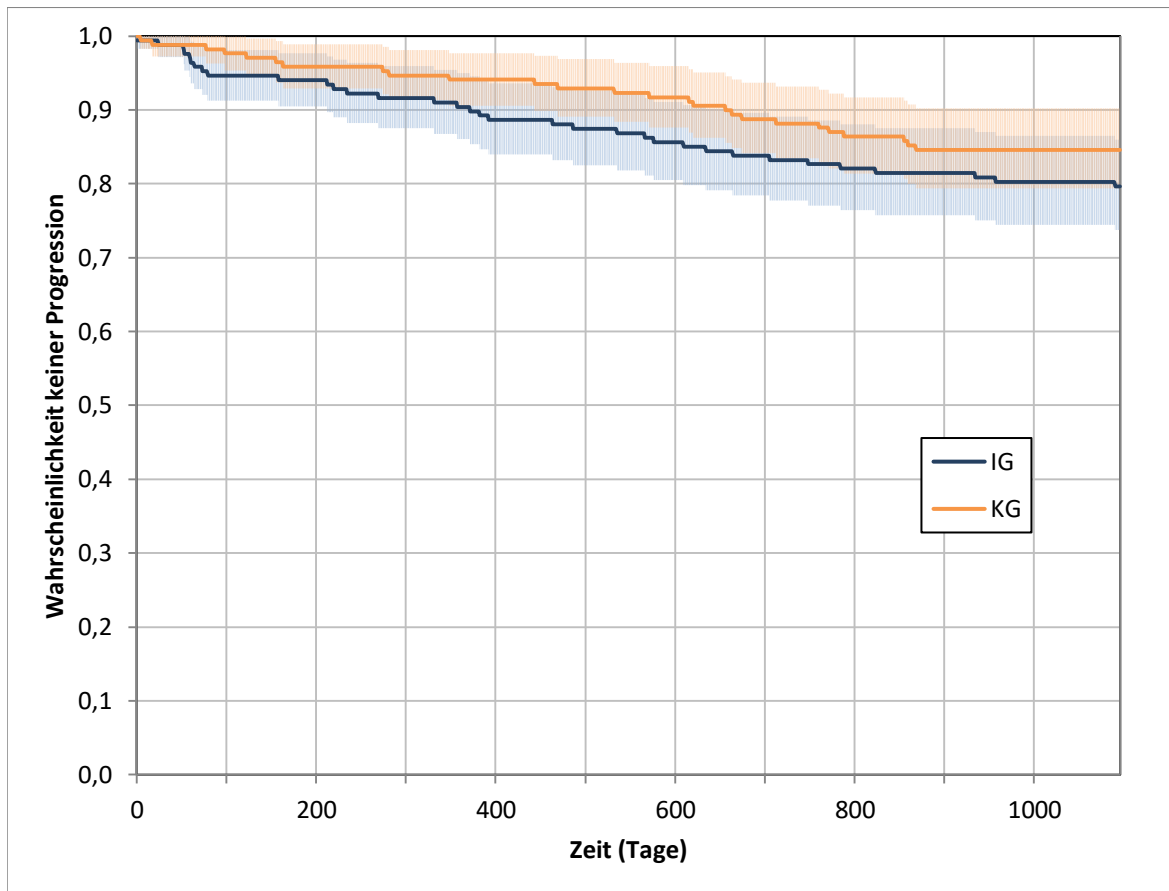
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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. (5) 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: 3,0 %; KG: 0,6 %) sowie Anteile Personen mit Alkoholabhängigkeit und Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 0 %; KG: 0 %). Für inferenzstatistische Aussagen waren die Fallzahlen hier zu gering.

Für die **Demenz** ergaben sich niedrige Anteile der Personen mit neu diagnostizierter Demenz und zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose in der IG verglichen mit der KG (IG: 0,0 %; KG: 5,0 %). Für eine inferenzstatistische Aussage waren die Fallzahlen hier zu gering. Bei den anderen Untersuchungen zur Demenz waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.

Der Anteil an Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger **depressiver** Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 46,4%; KG: 42,9%). 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: 8,4 %; KG: 8,0 %).

Der Anteil der Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 84,5 %; KG: 85,4). Der Anteil von Personen mit Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung war in der IG etwas geringer als in der KG (IG: 84,5 %; KG: 88,9 %). Dieser Unterschied

war jedoch statistisch nicht signifikant. Bei den anderen Untersuchungen 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
<b>ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit<sup>3</sup></li> <li>Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin<sup>4</sup> für mindestens sechs Monate</li> </ul>	<p><b>101</b></p> <p>3,0 %</p>	<p><b>172</b></p> <p>0,6 %</p>
<b>medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit<sup>5</sup></li> <li>Anteil Personen mit Acamprosat<sup>6</sup> oder Naltrexon<sup>7</sup> oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram<sup>8</sup></li> </ul>	<p><b>152</b></p> <p>0,0 %</p>	<p><b>182</b></p> <p>0,0 %</p>

<sup>3</sup> ICD-10: F10.2

<sup>4</sup> Kontakt zu folgenden Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

<sup>5</sup> ambulant, PIA oder stationär, ICD-10: F10.2,

<sup>6</sup> ATC-Code: N07BB03

<sup>7</sup> ATC-Code: N07BB04

<sup>8</sup> 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**

<b>Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Diagnostik / Bildgebung (D)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz<sup>1</sup></li> <li>Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose<sup>2</sup></li> </ul>	<p><b>101</b> 0,0 %</p>	<p><b>119</b> 5,0 %</p>
<b>Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz<sup>3</sup></li> <li>Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern<sup>4</sup> oder Memantine<sup>5</sup></li> </ul>	<p><b>20</b> 55,0 %</p>	<p><b>13</b> 61,5 %</p>
<b>Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Demenz<sup>6</sup></li> <li>Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung<sup>7</sup></li> </ul>	<p><b>53</b> 37,7 %</p>	<p><b>58</b> 46,6 %</p>

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

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

<sup>3</sup> ICD-10: F00

<sup>4</sup> ATC-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

<sup>5</sup> ATC-Code: N06DX01

<sup>6</sup> ICD-10: F00, F01, F02, F03

<sup>7</sup> 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**

<b>Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Therapie / Antidepressiva (G)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode<sup>1</sup></li> <li>• Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum<sup>2</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<p><b>330</b> 46,4 %</p>	<p><b>403</b> 42,9 %</p>
<b>Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode<sup>7</sup></li> <li>• Anteil Personen mit Psychotherapie<sup>8</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<p><b>475</b> 8,4 %</p>	<p><b>362</b> 8,0 %</p>

<sup>1</sup> 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)

<sup>2</sup> ATC Code: N06A

<sup>7</sup> 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)

<sup>8</sup> 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**

<b>Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie<sup>2</sup></li> <li>Anteil mit antipsychotischer Medikation<sup>3</sup></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>97</b></p> <p style="text-align: center;">84,5 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>89</b></p> <p style="text-align: center;">85,4 %</p>
<b>Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie und einer ersten Episode<sup>4</sup></li> <li>Anteil mit antipsychotischer Medikation<sup>3</sup></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>64</b></p> <p style="text-align: center;">84,4 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>54</b></p> <p style="text-align: center;">88,9 %</p>
<b>Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie<sup>5</sup> und Langzeitmedikation<sup>6</sup></li> <li>Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen<sup>7</sup> und antipsychotischer Medikation<sup>3</sup> innerhalb von sechs Monaten</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>22</b></p> <p style="text-align: center;">18,2 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>19</b></p> <p style="text-align: center;">10,5 %</p>

<sup>1</sup> Alter ≥ 18 Jahre

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

<sup>3</sup> ATC-Codes: N05A

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

<sup>5</sup> 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)

<sup>6</sup> ≥ 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

<sup>7</sup> 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**

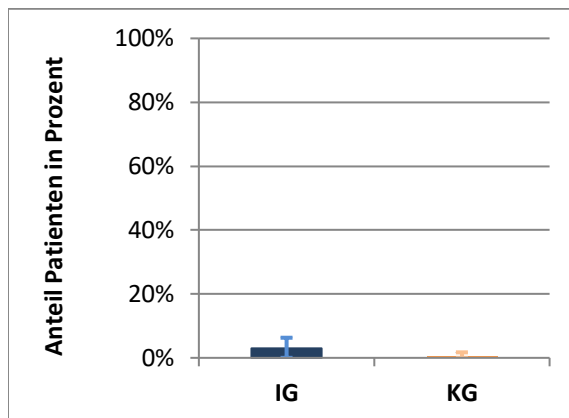
### Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

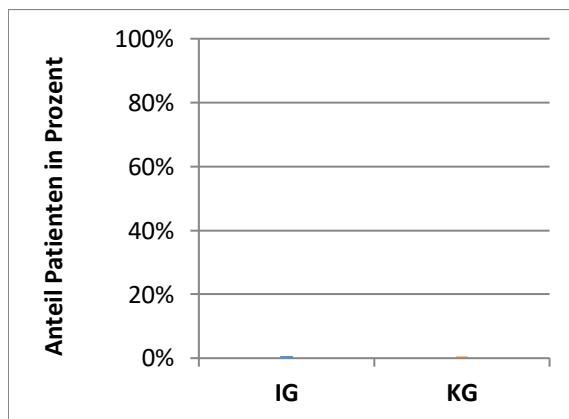
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

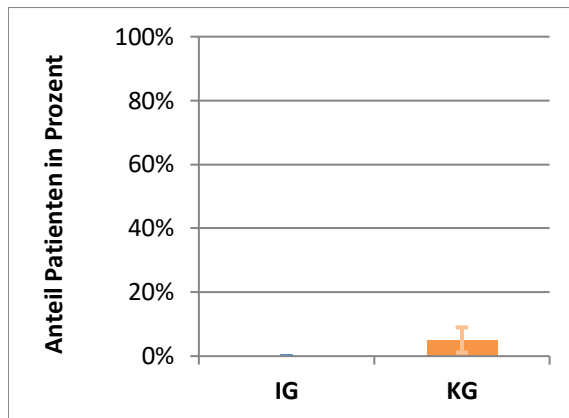
### Alkoholabhängigkeit B



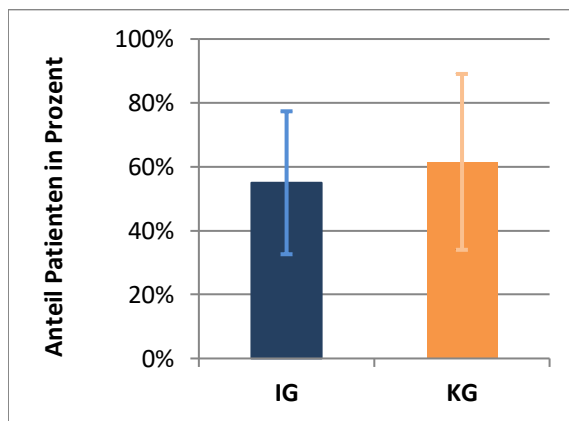
### Alkoholabhängigkeit C



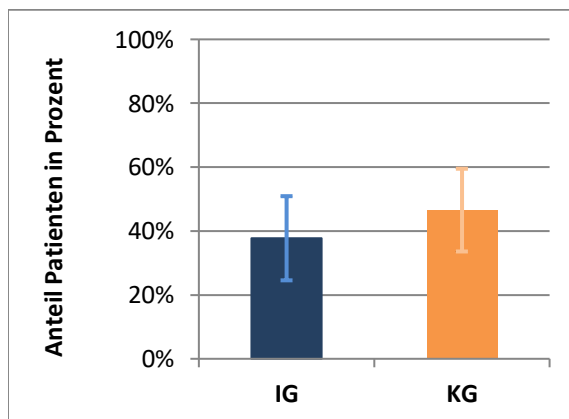
**Demenz D**



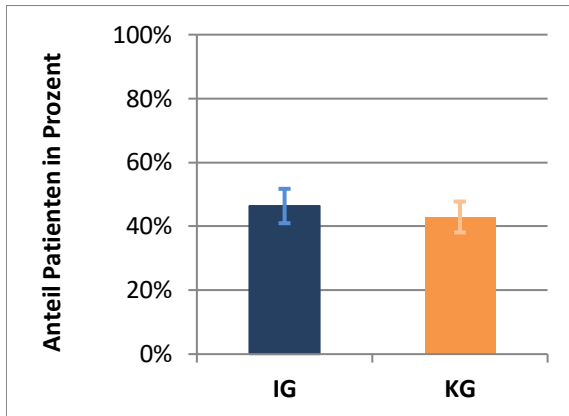
**Demenz E**



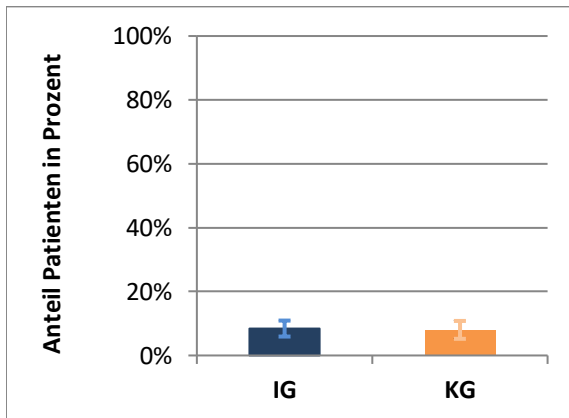
**Demenz F**



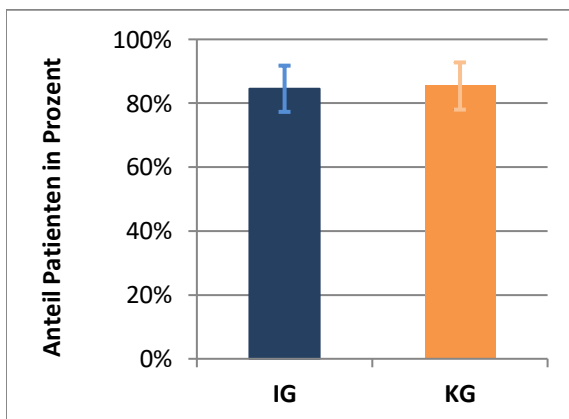
**Depression G**

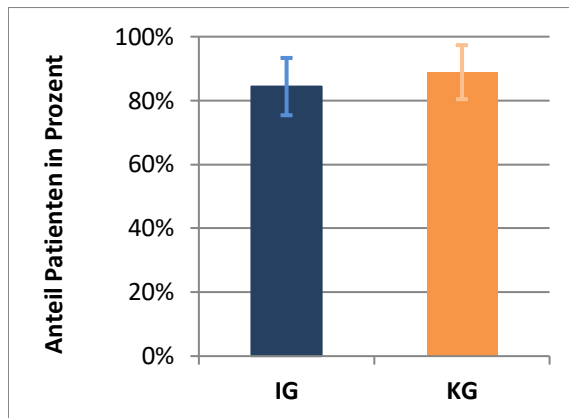
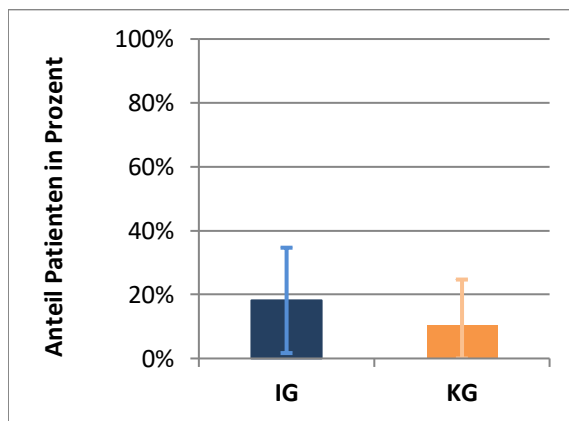


**Depression I**



**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>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>L</b>
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	1,14 0,84...1,54	0,90 0,54...1,51	0,86 0,36...2,08	0,94 0,28...3,19	kf

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

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

## 9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

### 9.1 Patientenmix

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung hatten signifikant mehr Patienten der IG ihren Referenzfall im vollstationären Setting als in der KG (vgl. Tabelle 63 und Abbildung 36). Einen Referenzfall im teilstationären Setting hatten in der IG signifikant weniger Individuen als in der KG. Im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr wurden signifikant weniger Patienten in der IG in der PIA im Vergleich zur KG behandelt.

Bei den linikbekannten Patienten ergaben sich, mit Ausnahme der tagesklinischen Behandlung im Referenzfall, keine Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 37).

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für IG und KG unterschiedliche Behandlungsmuster im Referenzfall (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 38). Während in der IG signifikant mehr Patienten als in der KG vollstationär behandelt wurden, wurden in der IG dementsprechend auch signifikant weniger Patienten als in der KG im Referenzfall in der Tagesklinik bzw. PIA behandelt. Im ersten Nachbeobachtungsjahr wurden in der IG mehr Individuen tagesklinisch behandelt als in der KG. Außerdem wurden in der IG mehr Individuen in einem Mix aus Tagesklinik und PIA behandelt als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wurden mehr Individuen der IG zum Referenzfall vollstationär behandelt als in der KG (vgl. Tabelle 66 und Abbildung 39). Dementsprechend geringer war die Anzahl der Patienten der IG, die zum Referenzfall tagesklinisch bzw. in der PIA behandelt wurden. Im ersten Nachbeobachtungsjahr wurden in der IG wiederum mehr Patienten in einem Mix aus Tagesklinik und PIA behandelt als in der KG. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr wurden in der IG signifikant weniger Patienten der IG als in der KG in der PIA behandelt.

**U4: Auch bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wurden mehr Individuen der IG im Referenzfall vollstationär behandelt als in der KG (vgl. Tabelle 67 und**

Abbildung 40). Auch hier wurden weniger Patienten der IG als in der KG im Referenzfall tagesklinisch bzw. in der PIA behandelt. Ebenfalls wurden hier mehr Patienten in der IG als in der KG in einem Mix aus Tagesklinik und PIA behandelt.

Bei den linikbekannten Patienten wurden im Referenzfall mehr Patienten der IG als in der KG in der Tagesklinik behandelt (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.

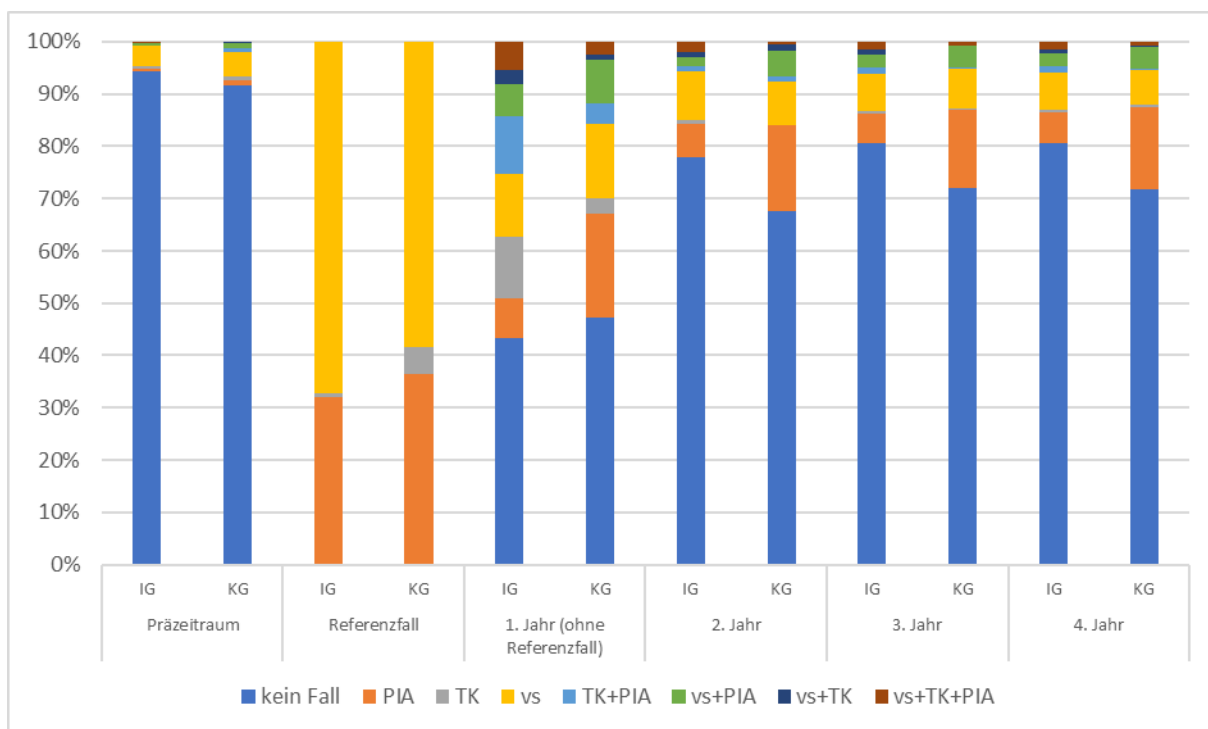
### Klinikneue Patienten

**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		2	1,000				16	4	0,068	4	1	1,000	3	1	1,000	1	1	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK							7	5	1,000	2		1,000	1	4	1,000	3	4	1,000
vs+PIA	6	4	1,000				19	27	1,000	9	14	1,000	8	10	1,000	11	11	1,000
vs+HT																		
TK+PIA							60	12	0,000	6		0,231	2		1,000			
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	14	16	1,000	241	203	0,003	44	47	1,000	27	33	1,000	27	24	1,000	23	22	1,000
TK		1	1,000	2	23	0,000	18	12	1,000	1	2	1,000	2		1,000	4		0,882
PIA	1	5	1,000	104	127	0,108	24	70	0,000	19	51	0,001	20	41	0,072	24	42	0,284
HT																		
kein Fall	326	325	1,000				159	176	1,000	267	239	0,044	261	247	1,000	247	241	1,000
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>347</b>	<b>353</b>	<b>1,000</b>	<b>347</b>	<b>353</b>	<b>0,000</b>	<b>347</b>	<b>353</b>	<b>0,000</b>	<b>335</b>	<b>340</b>	<b>0,002</b>	<b>324</b>	<b>327</b>	<b>0,309</b>	<b>313</b>	<b>321</b>	<b>1,000</b>

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.

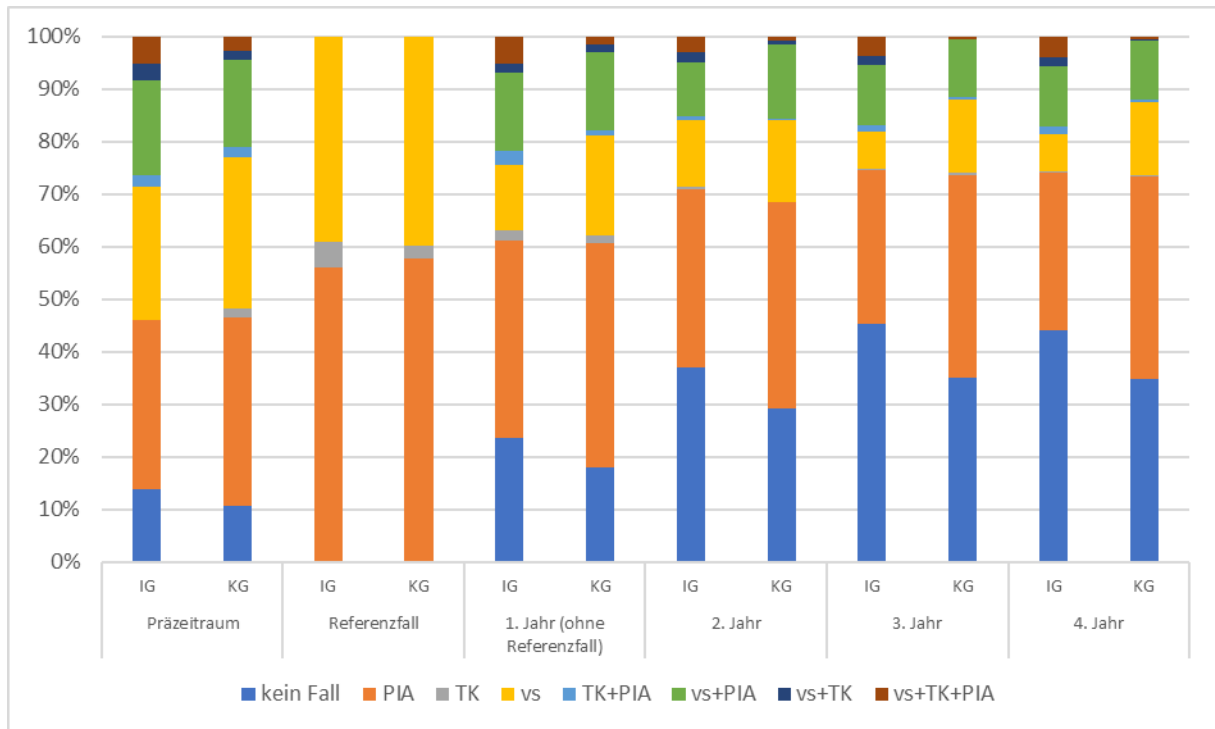
**Klinikbekannte Patienten**

**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	15	8	1,000				5	4	1,000	5	3	1,000	6	2	1,000	5	1	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA													1		1,000	1		1,000
TK+HT+PIA																		
vs+TK	3	6	1,000				3	1	1,000	3	2	1,000	1		1,000	2	1	1,000
vs+PIA	50	49	1,000				46	46	1,000	29	39	1,000	24	40	0,505	21	36	0,524
vs+HT																		
TK+PIA	15	8	1,000				8	5	1,000	2	2	1,000	2	3	1,000	2	3	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	51	71	0,443	99	108	0,900	48	56	1,000	39	41	1,000	24	33	1,000	27	32	1,000
TK		3	1,000	10		0,017	6	2	1,000	2	1	1,000	2		1,000	2		1,000
PIA	147	134	1,000	216	214	1,000	156	159	1,000	137	133	1,000	125	122	1,000	124	115	1,000
HT																		
kein Fall	44	43	1,000				53	49	1,000	93	89	1,000	115	100	1,000	104	99	1,000
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>325</b>	<b>322</b>	<b>0,766</b>	<b>325</b>	<b>322</b>	<b>0,017</b>	<b>325</b>	<b>322</b>	<b>1,000</b>	<b>310</b>	<b>310</b>	<b>1,000</b>	<b>299</b>	<b>301</b>	<b>1,000</b>	<b>287</b>	<b>288</b>	<b>1,000</b>

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

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



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

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

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

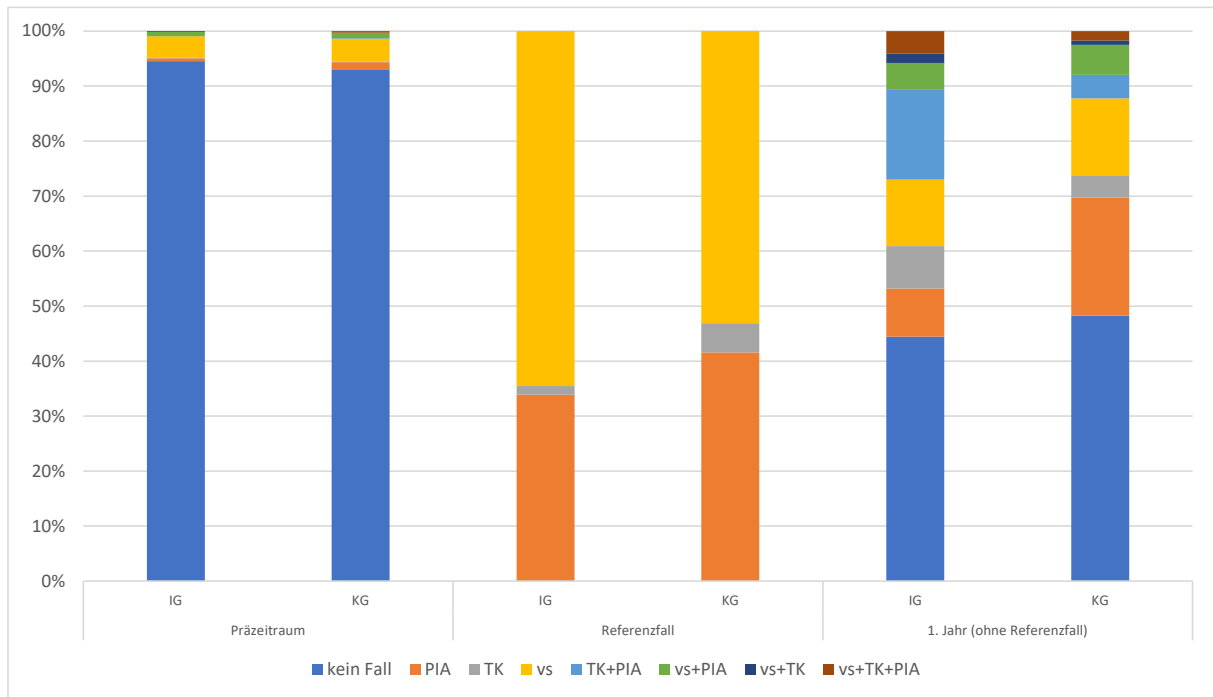
**Tabelle 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA		4	0,800				55	23	0,002
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK	2		1,000				24	11	0,165
vs+PIA	11	14	1,000				66	74	0,544
vs+HT									
TK+PIA		2	1,000				222	58	0,000
TK+HT									
HT+PIA									
vs	53	55	1,000	877	722	0,000	164	192	0,250
TK	1	2	1,000	21	72	0,000	105	53	0,000
PIA	7	19	0,272	461	565	0,000	119	292	0,000
HT									
kein Fall	1.285	1.263	0,674				604	656	0,165
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1.359</b>	<b>1.359</b>	<b>0,349</b>	<b>1.359</b>	<b>1.359</b>	<b>0,000</b>	<b>1.359</b>	<b>1.359</b>	<b>0,000</b>

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.

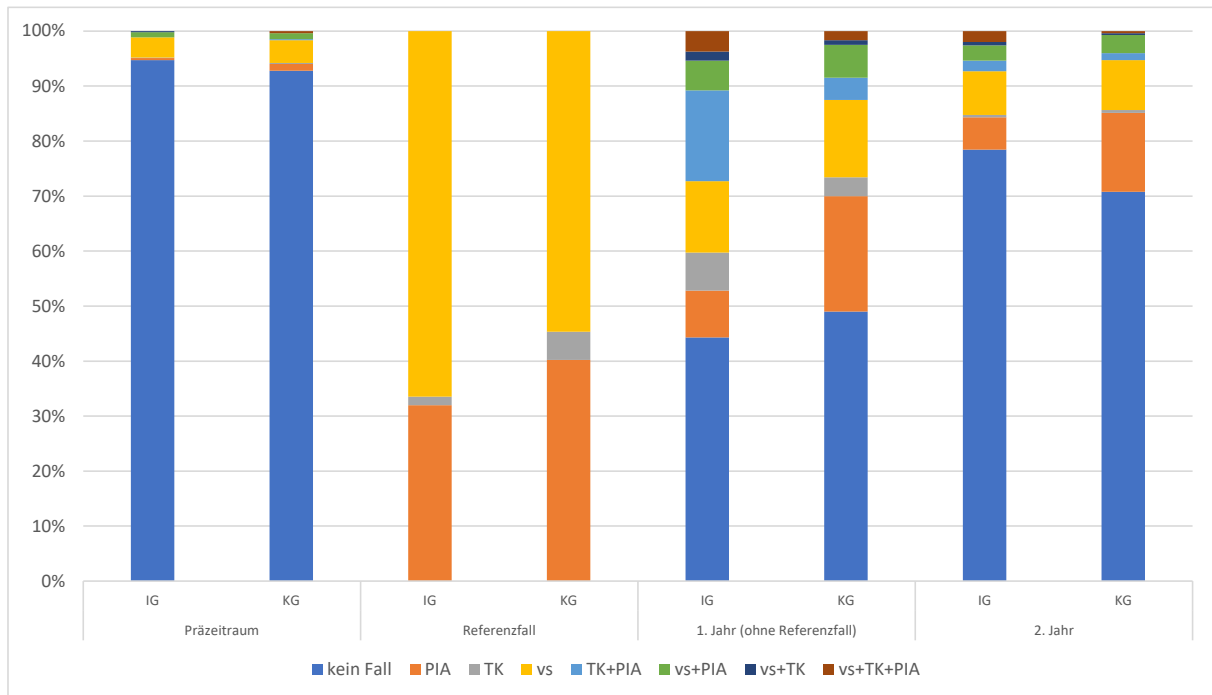
### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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		4	0,796				39	17	0,023	20	4	0,012
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	2		1,000				17	9	0,506	6	3	1,000
vs+PIA	10	11	1,000				56	62	1,000	28	33	1,000
vs+HT												
TK+PIA		2	1,000				172	42	0,000	19	13	1,000
TK+HT												
HT+PIA												
vs	38	43	1,000	692	568	0,000	135	146	1,000	80	91	1,000
TK	1	2	1,000	16	53	0,000	72	36	0,003	4	5	1,000
PIA	4	13	0,458	333	418	0,000	89	218	0,000	59	144	0,000
HT												
kein Fall	986	964	0,582				461	509	0,141	787	710	0,001
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1.041</b>	<b>1.039</b>	<b>0,458</b>	<b>1.041</b>	<b>1.039</b>	<b>0,000</b>	<b>1.041</b>	<b>1.039</b>	<b>0,000</b>	<b>1.003</b>	<b>1.003</b>	<b>0,000</b>

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

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



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

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

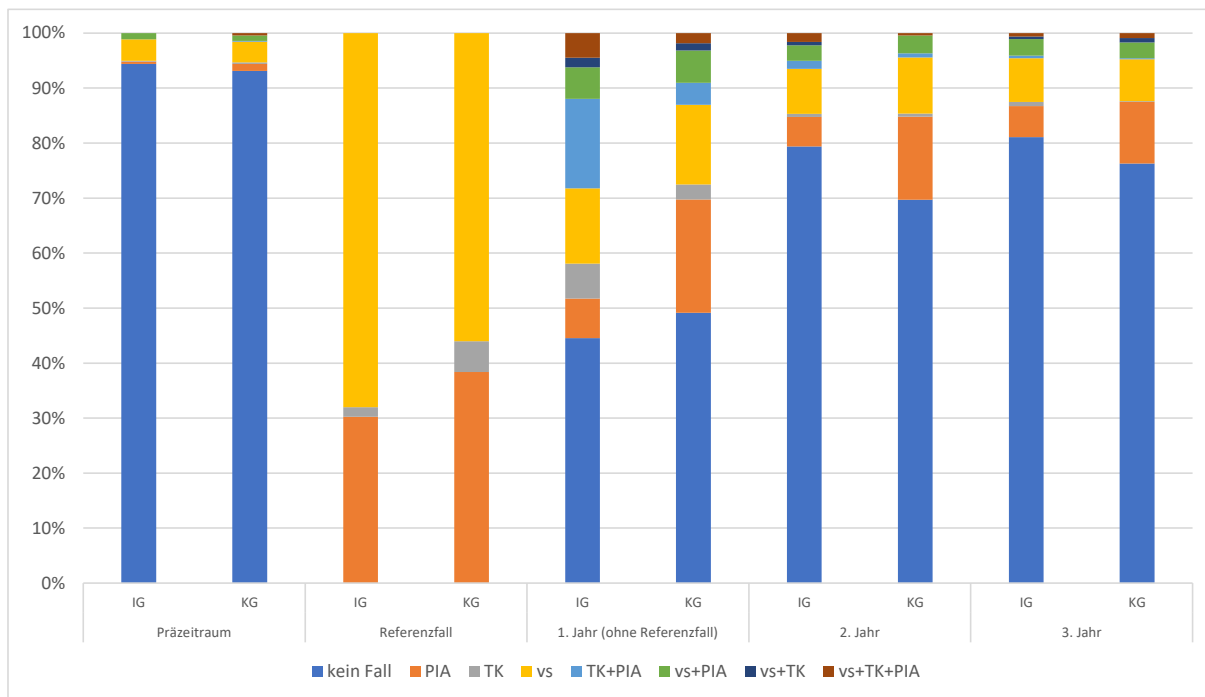
### Klinikneue Patienten

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		3	1,000				31	13	0,043	11	3	0,356	4	6	1,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK							12	9	1,000	4		0,661	3	5	1,000
vs+PIA	8	7	1,000				40	41	1,000	19	22	1,000	20	19	1,000
vs+HT															
TK+PIA		1	1,000				113	28	0,000	10	5	0,909	3	1	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	27	26	1,000	472	391	0,000	95	101	1,000	55	69	0,909	52	50	1,000
TK	1	2	1,000	12	39	0,000	44	19	0,011	4	4	1,000	5	1	1,000
PIA	3	9	1,000	210	268	0,002	50	144	0,000	36	102	0,000	37	73	0,004
HT															
kein Fall	655	650	1,000				309	343	0,378	536	472	0,000	532	499	0,280
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>694</b>	<b>698</b>	<b>1,000</b>	<b>694</b>	<b>698</b>	<b>0,000</b>	<b>694</b>	<b>698</b>	<b>0,000</b>	<b>675</b>	<b>677</b>	<b>0,000</b>	<b>656</b>	<b>654</b>	<b>0,117</b>

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.

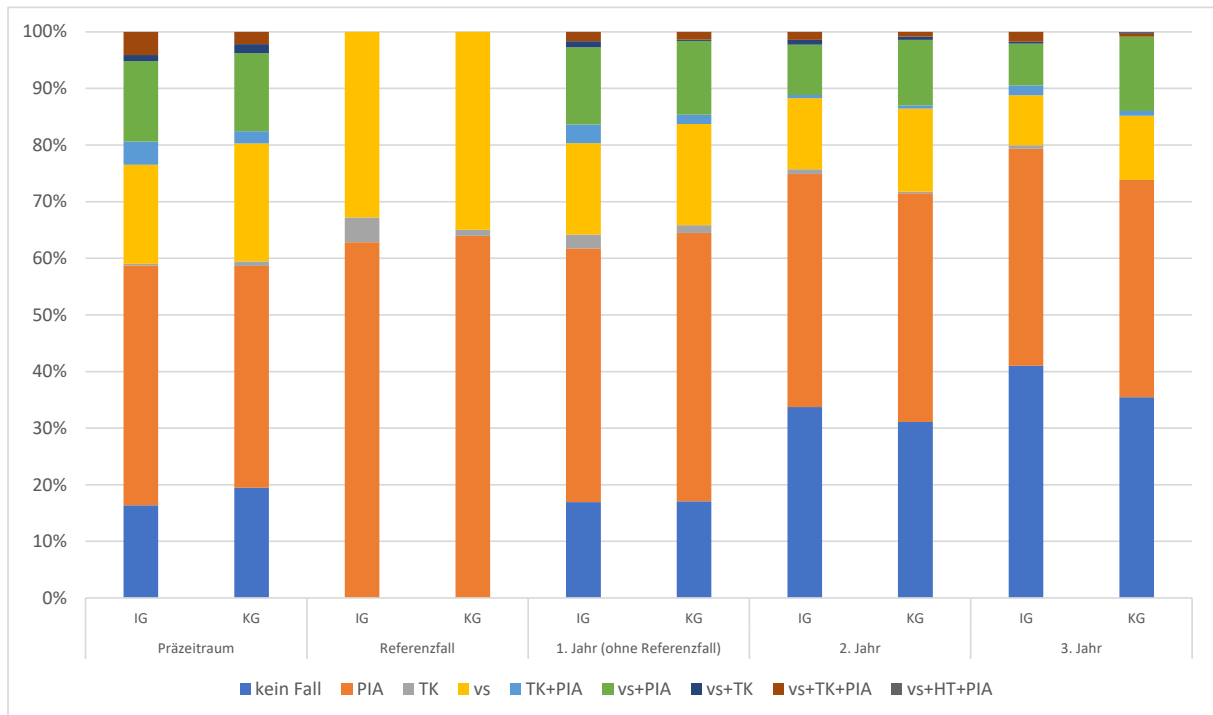
**Klinikbekannte Patienten**

**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	15	8	1,000				6	5	1,000	5	3	1,000	6	2	1,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA													1		1,000
TK+HT+PIA															
vs+TK	4	6	1,000				4	1	1,000	3	2	1,000	1		1,000
vs+PIA	52	51	1,000				50	48	1,000	31	41	1,000	25	45	0,197
vs+HT															
TK+PIA	15	8	1,000				12	6	1,000	2	2	1,000	6	3	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	64	77	1,000	120	129	1,000	59	66	1,000	44	52	1,000	30	39	1,000
TK	1	3	1,000	16	4	0,048	9	5	1,000	3	1	1,000	2		1,000
PIA	155	145	1,000	230	236	1,000	164	175	1,000	144	143	1,000	130	132	1,000
HT															
kein Fall	60	72	1,000				62	63	1,000	118	110	1,000	139	122	1,000
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>366</b>	<b>370</b>	<b>1,000</b>	<b>366</b>	<b>369</b>	<b>0,067</b>	<b>366</b>	<b>369</b>	<b>1,000</b>	<b>350</b>	<b>354</b>	<b>1,000</b>	<b>339</b>	<b>344</b>	<b>0,537</b>

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

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



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

## 9.2 Leistungserbringung

### Beschreibung Ergebnisse (U1)

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

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	347	353	347	353	347	353	347	353	347	353	347	353	335	340	335	340	324	327	324	327	313	321	313	321
N mit Fall	20	22	-	3	241	203	2	23	86	83	101	33	42	48	13	3	39	39	8	5	33	35	14	6
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,1	-	0,1	1,2	0,5	-	0,8	1,0	0,8	0,9	1,0	0,8	0,5	0,1	0,1	0,5	0,5	0,1	0,2	0,4	0,3	0,1	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	1,0	0,7	-	0,2	2,4	2,0	-	1,1	2,3	2,2	0,8	1,9	1,4	1,5	0,1	0,2	0,5	1,8	0,0	0,3	0,6	0,6	0,3	0,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,1	-	-	0,4	0,3	-	-	0,2	0,3	-	-	0,1	0,2	-	-	0,1	0,2	-	-	0,1	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,1	0,5	-	-	0,8	1,1	-	-	0,9	1,9	-	-	0,3	0,5	-	-	0,1	0,4	-	-	0,4	0,3	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	-	-	-	1,0	-	0,0	0,0	0,7	-	3,2	0,1	0,2	-	0,2	-	0,3	-	0,1	-	0,3	-	0,2	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	-	-	-	0,7	-	0,1	0,0	0,5	-	5,6	0,1	0,1	-	0,4	-	0,2	-	0,1	-	0,2	-	0,3	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,2	-	-	0,1	-	-	-	0,4	0,4	1,0	0,0	0,1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,3	0,1	-	-	0,1	-	-	-	0,1	0,4	1,0	0,0	0,1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>5,5</b>	<b>1,7</b>	<b>-</b>	<b>0,3</b>	<b>6,7</b>	<b>3,9</b>	<b>0,1</b>	<b>2,0</b>	<b>6,1</b>	<b>6,0</b>	<b>12,4</b>	<b>3,1</b>	<b>3,1</b>	<b>2,8</b>	<b>0,8</b>	<b>0,2</b>	<b>1,7</b>	<b>2,9</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>2,0</b>	<b>1,2</b>	<b>0,9</b>	<b>0,3</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.



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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr				
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	
N	347	353	347	353	347	353	347	353	347	353	347	353	335	340	335	340	324	327	324	327	313	321	313	321	
N mit Fall	20	22	-	3	241	203	2	23	86	83	101	33	42	48	13	3	39	39	8	5	33	35	14	6	
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	7,5	1,8	-	10,7	1,7	0,9	-	12,4	4,1	3,4	3,1	7	10,6	6,7	3,3	2,2	7,6	3,9	4,1	2,8	11,7	3,9	2,5	2,4	6,4
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	17,9	11,4	-	26,7	3,5	3,4	-	16,3	9,3	9,5	2,8	2	20,11,4	10,6	3,2	4	18,4	4,3	3	1,7	19,5	5,9	5,6	6,5	10,9
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	3,2	1,7	-	-	0,5	0,6	-	-	0,8	1,1	-	-	0,9	1,2	-	-	1,1	1,9	-	-	1,3	1,0	-	-	
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	54,6	7,6	-	-	1,2	1,9	-	-	3,5	7,9	-	-	2,6	3,8	-	-	1,1	3,4	-	-	3,5	2,3	-	-	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	-	-	-	1,4	-	7,5	0,7	2,6	-	10,9	0,6	1,4	-	4,8	-	2,6	-	2,3	-	2,6	-	4,8	-	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	-	-	-	1,0	-	9,0	0,7	2,0	-	19,1	10,9	0,6	-	9,4	-	1,4	-	3,7	-	1,7	-	5,6	-	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	7,2	2,4	-	-	0,1	-	-	-	1,4	1,9	3,4	0,5	0,9	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	5,6	2,2	-	-	0,1	-	-	-	0,6	1,9	3,4	0,1	0,5	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Gesamt</b>	<b>96,1</b>	<b>27,2</b>	<b>-</b>	<b>37,3</b>	<b>9,6</b>	<b>6,8</b>	<b>5</b>	<b>30,2</b>	<b>24,4</b>	<b>25,6</b>	<b>42,7</b>	<b>0</b>	<b>33,24,8</b>	<b>19,7</b>	<b>19,6</b>	<b>26,0</b>	<b>14,4</b>	<b>24,7</b>	<b>10,5</b>	<b>31,2</b>	<b>18,9</b>	<b>11,3</b>	<b>19,2</b>	<b>17,3</b>	

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	344	350	344	350	344	350	332	337	321	324	310	318
N mit Fall	6	9	104	126	118	111	37	64	32	51	35	54
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5	0,5	0,2	0,7	0,1	0,6	0,2	0,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	0,3	0,9	1,1	2,7	0,7	1,8	0,7	1,4	0,5	1,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,2	0,4	0,9	1,6	3,2	0,8	2,5	0,7	2,0	0,7	1,8
<b>Gesamt</b>	0,1	0,2	0,4	0,9	1,9	3,3	1,1	2,6	0,9	2,1	0,8	1,9
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,573		0,357		0,483		0,496		0,866	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,547		0,000		0,003		0,002		0,010		0,007	

**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	344	350	344	350	344	350	332	337	321	324	310	318
N mit Fall	6	9	104	126	118	111	37	64	32	51	35	54
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,3	1,4	0,3	0,2	1,3	1,7	1,4	3,7	0,8	3,8	1,5	2,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	6,3	5,8	1,2	2,4	3,2	8,4	6,1	9,2	6,7	9,1	4,6	7,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,2	1,6	0,4	0,5	0,3	0,4	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1	0,5	0,2	0,8	0,2	0,5	0,4
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,3	2,1	0,6	1,3	0,4	0,9	0,7
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	6,7	7,2	1,4	2,6	4,5	10,1	7,5	12,9	7,5	12,9	6,1	10,4
<b>Gesamt</b>	6,7	7,2	1,4	2,6	5,5	10,4	9,6	13,5	8,8	13,3	7,0	11,1
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,672		0,373		0,310		0,347		0,813	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,905		0,000		0,000		0,040		0,070		0,041	

**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	325	322	325	322	325	322	325	2	325	322	325	322	310	310	310	310	299	301	299	301	287	288	287	288
N mit Fall	119	134	33	25	99	108	10	-	102	107	22	12	76	85	12	8	55	76	11	5	39	69	5	4
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,0	0,9	0,6	0,6	0,5	0,3	-	-	1,3	0,6	0,2	0,3	1,0	0,6	0,1	0,2	1,4	0,7	0,1	0,1	0,9	0,7	0,2	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	4,4	4,6	1,5	1,5	1,1	0,8	0,0	-	2,7	2,3	0,6	0,6	1,9	1,9	0,0	0,3	1,6	1,8	0,1	0,2	0,9	2,1	0,1	0,1
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,5	0,4	-	-	0,2	0,1	-	-	0,6	0,4	-	-	0,4	0,5	-	-	0,5	0,7	-	-	0,4	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,9	1,7	-	-	0,5	0,4	-	-	1,1	1,3	-	-	1,0	1,1	-	-	1,0	2,1	-	-	1,1	0,8	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,5	0,1	1,8	0,1	0,2	-	0,4	-	0,1	0,1	0,6	-	0,1	-	0,0	-	0,1	-	0,0	-	-	0,1	0,0	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,0	2,8	0,1	0,1	-	0,7	-	0,3	0,0	0,8	-	0,4	-	0,1	-	0,0	-	0,0	-	-	0,1	0,0	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,4	0,0	0,1	-	-	-	-	0,3	0,3	0,1	-	0,1	0,1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,3	0,1	0,1	-	-	-	-	0,2	0,3	0,1	-	0,1	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>12,0</b>	<b>8,3</b>	<b>6,8</b>	<b>2,5</b>	<b>2,6</b>	<b>1,6</b>	<b>1,1</b>	<b>-</b>	<b>6,6</b>	<b>5,3</b>	<b>2,5</b>	<b>0,9</b>	<b>5,0</b>	<b>4,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,6</b>	<b>4,7</b>	<b>5,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>3,4</b>	<b>4,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,2</b>

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	325	322	325	322	325	322	325	322	325	322	325	322	310	310	310	310	299	301	299	301	287	288	287	288				
N mit Fall	119	134	33	25	99	108	10	-	102	107	22	12	76	85	12	8	55	76	11	5	39	69	5	4				
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	5,5	2,1	5,9	8,0	1,7	0,8	-	-	4,1	1,7	3,7	8,7	4,1	2,1	1,3	8,7	7,7	2,6	2,8	7,1	6,8	2,8	8,7	5,1				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	12,0	11,0	4	14,	19,2	3,7	2,5	1,3	-	8,7	7,0	9,5	0	16,	7,8	7,0	0,6	2	13,	8,9	7,1	3,8	10,	3	6,4	8,8	6,9	6,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1,3	1,0	-	-	0,8	0,4	-	-	1,8	1,3	-	-	1,4	1,6	-	-	2,5	2,8	-	-	3,0	0,7	-	-				
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	10,5	4,2	-	-	1,7	1,2	-	-	3,5	3,9	-	-	3,9	4,1	-	-	5,6	8,4	-	-	8,3	3,5	-	-				
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	1,3	0,2	17,	3	1,1	0,5	-	11,6	-	0,2	0,2	8,8	-	0,4	-	0,3	-	0,4	-	0,7	-	-	0,3	0,6	-			
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,6	0,1	8	27,	0,8	0,3	-	21,4	-	1,1	0,1	11,7	-	1,7	-	3,0	-	0,2	-	0,5	-	-	0,5	1,8	-			
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,9	0,3	0,8	-	-	-	-	0,9	0,9	2,1	-	0,6	0,4	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,3	0,7	1,3	1,8	-	-	-	-	0,7	0,9	1,2	-	0,5	0,2	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
<b>Gesamt</b>	<b>32,9</b>	<b>20,1</b>	<b>11</b>	<b>67,</b>	<b>31,7</b>	<b>8,7</b>	<b>4,9</b>	<b>34,3</b>	<b>-</b>	<b>20,9</b>	<b>0</b>	<b>37,0</b>	<b>7</b>	<b>20,</b>	<b>15,</b>	<b>21,</b>	<b>25,</b>	<b>20,</b>	<b>7,7</b>	<b>17,</b>	<b>24,</b>	<b>16,</b>	<b>18,</b>	<b>11,</b>				

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	325	322	325	322	325	322	310	310	299	301	287	288
N mit Fall	226	199	216	214	215	214	173	177	157	168	152	156
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,7	2,0	0,6	0,7	2,2	2,3	1,7	2,9	1,4	3,0	1,3	2,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	7,1	4,7	2,1	1,7	7,2	4,6	7,6	4,5	7,0	3,6	6,5	3,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	1,3	0,5	0,0	0,1	0,0	0,4	0,1	0,5	0,1	0,5	0,1	0,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	1,3	0,5	0,0	0,2	0,0	0,6	0,2	0,8	0,2	0,8	0,2	0,6
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	8,8	6,7	2,7	2,4	9,4	6,9	9,2	7,4	8,5	6,6	7,9	6,0
<b>Gesamt</b>	<b>10,1</b>	<b>7,3</b>	<b>2,8</b>	<b>2,6</b>	<b>9,5</b>	<b>7,5</b>	<b>9,5</b>	<b>8,2</b>	<b>8,6</b>	<b>7,4</b>	<b>8,1</b>	<b>6,5</b>
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,005		0,001		0,000		0,001		0,001		0,011	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,026		0,304		0,031		0,131		0,114		0,075	

**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	325	322	325	322	325	322	310	310	299	301	287	288
N mit Fall	226	199	216	214	215	214	173	177	157	168	152	156
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,4	3,3	0,9	1,0	3,3	3,4	3,0	5,0	2,7	5,4	2,5	4,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	10,3	7,6	3,2	2,6	10,9	7,0	13,6	7,9	13,4	6,5	12,4	7,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	1,9	0,8	0,0	0,2	0,1	0,6	0,2	0,9	0,2	1,0	0,2	0,8
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,5	0,2	0,4	0,2	0,3
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	1,9	0,9	0,1	0,2	0,1	0,9	0,4	1,4	0,3	1,4	0,4	1,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	12,7	10,9	4,1	3,6	14,2	10,4	16,6	13,0	16,1	11,9	14,9	11,1
<b>Gesamt</b>	<b>14,6</b>	<b>11,8</b>	<b>4,2</b>	<b>3,9</b>	<b>14,3</b>	<b>11,3</b>	<b>16,9</b>	<b>14,3</b>	<b>16,5</b>	<b>13,2</b>	<b>15,3</b>	<b>12,1</b>
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,010		0,001		0,000		0,001		0,001		0,011	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,153		0,241		0,017		0,058		0,023		0,025	

## 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** der IG im Präzeitraum mit 1.205,09 € oberhalb der 933,29 € der KG (vgl. Tabelle 77, Tabelle 79 und Abbildung 42). Im Präzeitraum machten in der IG die Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung in der IG einen größeren Anteil an den Gesamtkosten aus als in der KG (IG: 71 %; KG: 60 %). Der entsprechende Anteil der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung war in der IG etwas niedriger als in der KG (IG: 14 %; KG: 17 %). Der entsprechende Anteil der Kosten der Psychopharmakaversorgung war in beiden Gruppen etwa gleich hoch (IG: 14 %; KG: 13 %).

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die gesamten psychiatrischen Kosten je Patient sowohl in der IG als auch in der KG an: in der IG auf 9.326,29 € und in der KG auf 6.448,60 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG relativ zur KG um 2.605,89 € signifikant stärker aus (vgl. Tabelle 79). Im ersten Nachbeobachtungsjahr machten die Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung an den Gesamtkosten in der IG einen geringeren Anteil aus als in der KG (IG: 65 %; KG: 75 %). Der entsprechende Anteil der teilstationären psychiatrischen Versorgung fiel in der IG deutlich höher aus als in der KG (IG: 26 %; KG: 10 %).

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten wieder: in der IG auf 1.767,96 € und in der KG auf 1.833,83 €. Während die durchschnittlichen Kosten in der IG bis zum vierten Jahr noch etwas abnahmen, blieben sie in der KG in etwa konstant. Im Vergleich von Prä- zu Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 201,95 € nicht signifikant stärker an.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen im Präzeitraum die durchschnittlichen Kosten der IG mit 6.600,71 € etwas über den 5.846,24 € der KG (vgl. Tabelle 78, Tabelle 80 und Abbildung 43). Die vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten nahmen dabei in der IG einen leicht geringeren Anteil an den gesamten psychiatrischen Versorgungskosten ein als in der KG (IG: 63 %; KG: 67 %). Der entsprechende

Anteil der teilstationären psychiatrischen Versorgung fiel in der IG größer aus als in der KG (IG: 12 %; KG: 6 %). Der Anteil der Kosten der Psychopharmakaversorgung fiel in beiden Gruppen in etwa gleich hoch aus (IG: 13 %; KG: 15 %).

Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die durchschnittlichen Kosten in der IG auf 7.409,81 € an, während sie in der KG leicht auf 5.608,74 € zurückgingen. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 1.046,60 € nicht signifikant stärker an. Die Anteile der Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung an den Gesamtkosten waren in IG und KG gleich groß (IG: 66 %; KG: 66 %). Der entsprechende Anteil der teilstationären psychiatrischen Versorgung war in der IG höher als in der KG (IG: 6 %; KG: 2 %).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung hatten IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten (IG: 966,56 €; KG: 5896,19 €; (vgl. Tabelle 81 und Abbildung 44). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 7.440,97 € und in der KG auf 6.410,97 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 959,63 € stärker an als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum etwa gleich hohe Kosten auf (IG: 958,36 €; KG: 872,31 €; vgl. Tabelle 82, Tabelle 83 und Abbildung 45). Im Präzeitraum machten die Kosten vollstationärer psychiatrischer Versorgung in beiden Gruppen einen gleich großen Anteil an den Gesamtkosten aus (IG: 57 %; KG: 57 %). Die entsprechenden Anteile der Kosten der Psychopharmakaversorgung waren ebenfalls in beiden Gruppen gleich groß (IG: 21 %; KG: 20 %). Der Anteil der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung war in der IG dagegen größer als in der KG (IG: 17 %; KG: 13 %).

Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 7.691,67 € und in der KG auf 6.287,68 €. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel der Anstieg in der IG um 1.317,94 € signifikant stärker aus als in der KG. Der Anteil der vollstationären Kosten an den Gesamtkosten war in der IG etwas geringer als in der KG (IG: 65 %; KG: 73 %). Der entsprechende Anteil der teilstationären psychiatrischen Versorgung war dafür in der IG größer als in der KG (IG: 24 %; KG: 12 %).

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten: in der IG auf 1.799,09 € und in der KG auf 1.905,23 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 579,02 € signifikant stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten in beiden Gruppen an, ausgehend von einem gleich hohen

Niveau im Präzeitraum (vgl. Tabelle 84 und Abbildung 46). Abschließend sanken die Kosten in beiden Gruppen wieder auf ein Niveau oberhalb des Präzeitraums. Das Verhältnis der Kosten zwischen IG und KG spiegelt das Muster aus U1 wider.

Auch bei den klimbekannten Patienten spiegelte sich das Muster aus U1 wider (vgl. Tabelle 85 und Abbildung 47): Ausgehend von einem etwa gleich hohen Niveau im Präzeitraum stiegen die Kosten in der IG, während sie in der KG in etwa konstant blieben. Im zweiten und dritten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen und glichen sich einander an.



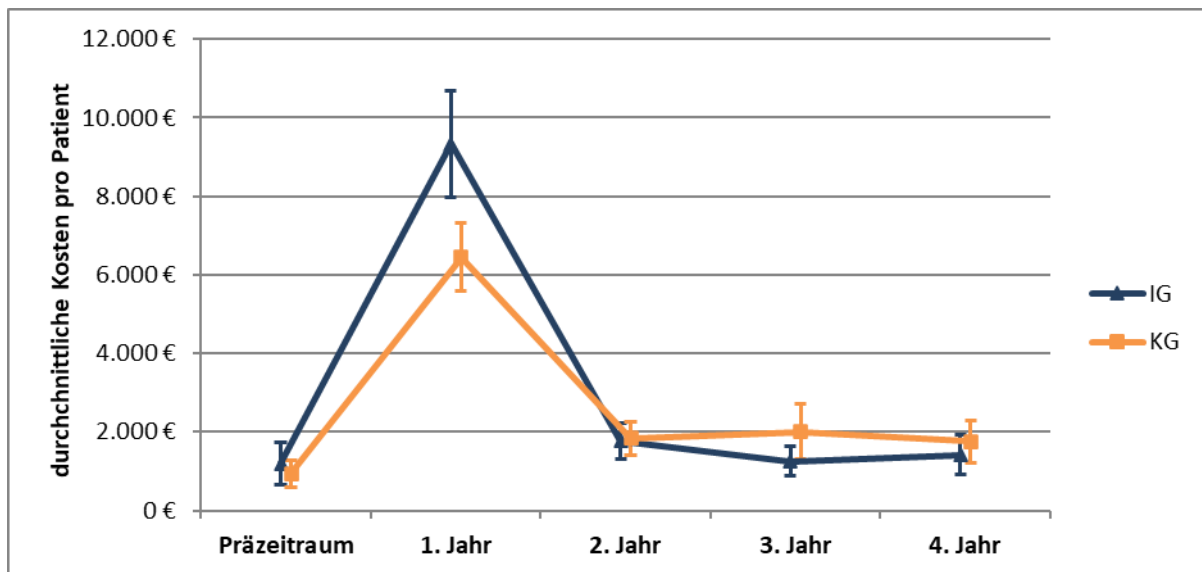
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### 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	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	300	347	293	277	238	317	353	294	271	255
durchschnittliche Kosten	1.205,09 €	9.326,29 €	1.767,96 €	1.247,48 €	1.413,48 €	933,29 €	6.448,60 €	1.833,83 €	1.998,91 €	1.757,86 €
Standardabweichung	5.141,43 €	12.862,19 €	4.167,31 €	3.408,04 €	4.566,73 €	3.274,26 €	8.218,36 €	3.938,23 €	6.464,67 €	4.904,97 €
Minimum	0,00 €	286,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	177,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	25,08 €	1.351,90 €	34,69 €	23,98 €	5,65 €	27,96 €	961,13 €	35,28 €	21,39 €	8,19 €
Median	133,83 €	5.369,85 €	263,64 €	150,42 €	114,68 €	115,70 €	3.847,76 €	425,16 €	187,47 €	107,45 €
75%-Perzentil	509,84 €	12.123,24 €	1.431,50 €	971,98 €	554,31 €	437,92 €	8.691,68 €	1.575,39 €	1.205,95 €	773,86 €
Maximum	65.814,31 €	101.904,81 €	28.579,19 €	39.709,07 €	45.038,73 €	37.536,60 €	70.501,79 €	30.482,00 €	73.778,12 €	34.821,17 €

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

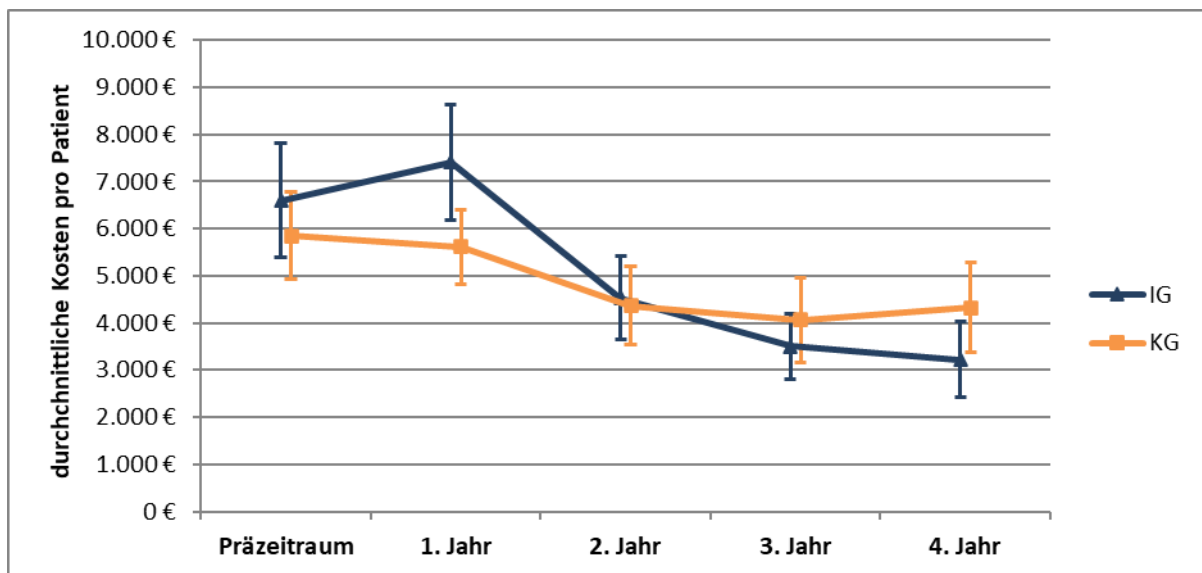


**Klinikbekannte Patienten**

**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	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	325	325	302	280	266	315	322	297	284	266
durchschnittliche Kosten	6.600,71 €	7.409,81 €	4.524,06 €	3.504,18 €	3.219,15 €	5.846,24 €	5.608,74 €	4.364,94 €	4.059,80 €	4.324,08 €
Standardabweichung	11.212,65 €	11.282,19 €	7.967,66 €	6.181,09 €	6.991,11 €	8.504,03 €	7.285,88 €	7.507,60 €	7.864,77 €	8.180,66 €
Minimum	16,99 €	286,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	47,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1.130,50 €	1.857,74 €	724,73 €	348,64 €	230,97 €	939,58 €	1.368,48 €	476,08 €	351,01 €	281,15 €
Median	2.284,93 €	3.064,75 €	2.026,18 €	1.632,20 €	1.135,41 €	2.249,66 €	2.529,23 €	1.786,27 €	1.390,61 €	1.407,71 €
75%-Perzentil	6.610,10 €	7.906,95 €	3.818,56 €	3.555,32 €	2.906,86 €	7.514,17 €	7.563,71 €	4.571,89 €	3.470,45 €	3.658,72 €
Maximum	77.691,05 €	91.049,85 €	70.509,27 €	54.627,99 €	61.952,10 €	50.344,97 €	51.284,81 €	67.243,18 €	72.430,75 €	56.488,07 €

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



**Tabelle 79: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (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	933,29 €	0,000	933,29 €	0,000	-369,24 €	0,584
IG (vs. KG)	271,80 €	0,405	271,80 €	0,405	434,64 €	0,108
Post (vs. Prä)	2.137,38 €	0,000				
IG x Post (DiD)	201,95 €	0,596				
1. Jahr (vs. Prä)			5.515,31 €	0,000	6.080,49 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			900,53 €	0,000	1.464,99 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			1.065,62 €	0,005	1.573,55 €	0,003
4. Jahr (vs. Prä)			824,56 €	0,002	1.318,77 €	0,004
IG x Jahr 1 (DiD)			2.605,89 €	0,001	2.444,92 €	0,002
IG x Jahr 2 (DiD)			-337,66 €	0,387	-524,52 €	0,157
IG x Jahr 3 (DiD)			-1.023,23 €	0,029	-1.167,42 €	0,009
IG x Jahr 4 (DiD)			-616,17 €	0,106	-777,03 €	0,039
Alter (30-47 J. vs. U30)					-128,34 €	0,765
Alter (48-64 J. vs. U30)					-204,72 €	0,638
Alter (Ü64 vs. U30)					-1.094,17 €	0,026
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-267,07 €	0,375
F 01 (Vaskuläre Demenz)					682,50 €	0,247
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-6.077,58 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					759,03 €	0,222
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-1.279,98 €	0,178
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-3,40 €	0,995
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					6.248,22 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.422,30 €	0,004
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					851,54 €	0,119
F 45 (Somatoforme Störungen)					-30,28 €	0,947
F 40-48 (ohne F43 und F45)					927,06 €	0,140
F 50 (Essstörungen)					-978,93 €	0,154
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.209,34 €	0,014
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-181,44 €	0,825
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					3.901,38 €	0,088
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-2.943,54 €	0,025
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.006,82 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-527,34 €	0,719
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.087,75 €	0,043
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-285,62 €	0,512
R <sup>2</sup>		0,018		0,151		0,251

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	5.846,24 €	0,000	5.846,24 €	0,000	-3.634,40 €	0,026
IG (vs. KG)	754,47 €	0,335	754,47 €	0,335	982,83 €	0,136
Post (vs. Prä)	-1.238,15 €	0,003				
IG x Post (DiD)	-626,87 €	0,400				
1. Jahr (vs. Prä)			-237,50 €	0,606	7.303,67 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-1.481,30 €	0,005	6.022,75 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-1.786,44 €	0,001	5.688,52 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-1.522,16 €	0,003	5.936,27 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			1.046,60 €	0,246	994,68 €	0,247
IG x Jahr 2 (DiD)			-595,36 €	0,486	-643,11 €	0,424
IG x Jahr 3 (DiD)			-1.310,10 €	0,117	-1.340,01 €	0,089
IG x Jahr 4 (DiD)			-1.859,41 €	0,031	-1.918,60 €	0,018
Alter (30-47 J. vs. U30)					-494,57 €	0,635
Alter (48-64 J. vs. U30)					-881,17 €	0,388
Alter (Ü64 vs. U30)					-2.212,18 €	0,053
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-436,52 €	0,337
F 01 (Vaskuläre Demenz)					997,41 €	0,445
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					182,86 €	0,758
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.585,58 €	0,063
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.449,67 €	0,106
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.094,46 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					2.523,91 €	0,009
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					903,06 €	0,422
F 45 (Somatoforme Störungen)					575,86 €	0,528
F 40-48 (ohne F43 und F45)					847,36 €	0,406
F 50 (Essstörungen)					897,51 €	0,673
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.970,76 €	0,028
F 70-79 (Intelligenzstörung)					719,68 €	0,381
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.078,89 €	0,034
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-3.947,49 €	0,011
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.401,81 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.031,00 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.249,77 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					730,80 €	0,425
R <sup>2</sup>		0,006		0,023		0,163

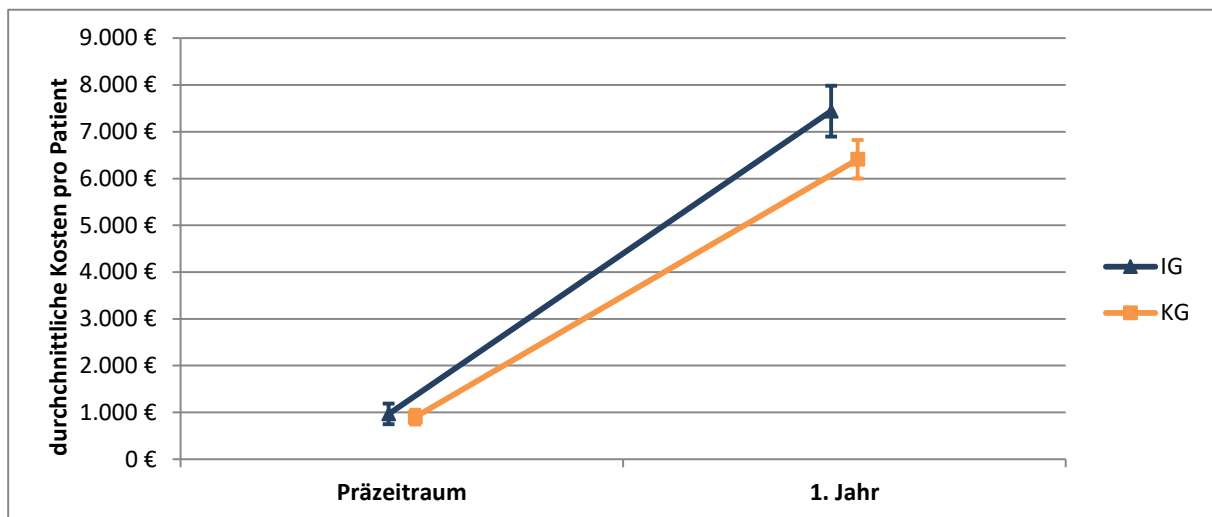
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	1.189	1.359	1.212	1.358
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>966,56 €</b>	<b>7.440,97 €</b>	<b>896,19 €</b>	<b>6.410,97 €</b>
Standardabweichung	4.145,84 €	10.216,87 €	2.987,00 €	7.748,34 €
Minimum	0,00 €	75,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	30,49 €	1.087,14 €	31,83 €	979,76 €
Median	143,70 €	4.158,15 €	117,65 €	4.053,21 €
75%-Perzentil	542,27 €	9.763,30 €	463,58 €	8.724,67 €
Maximum	79.045,09 €	107.056,79 €	40.712,87 €	70.501,79 €

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

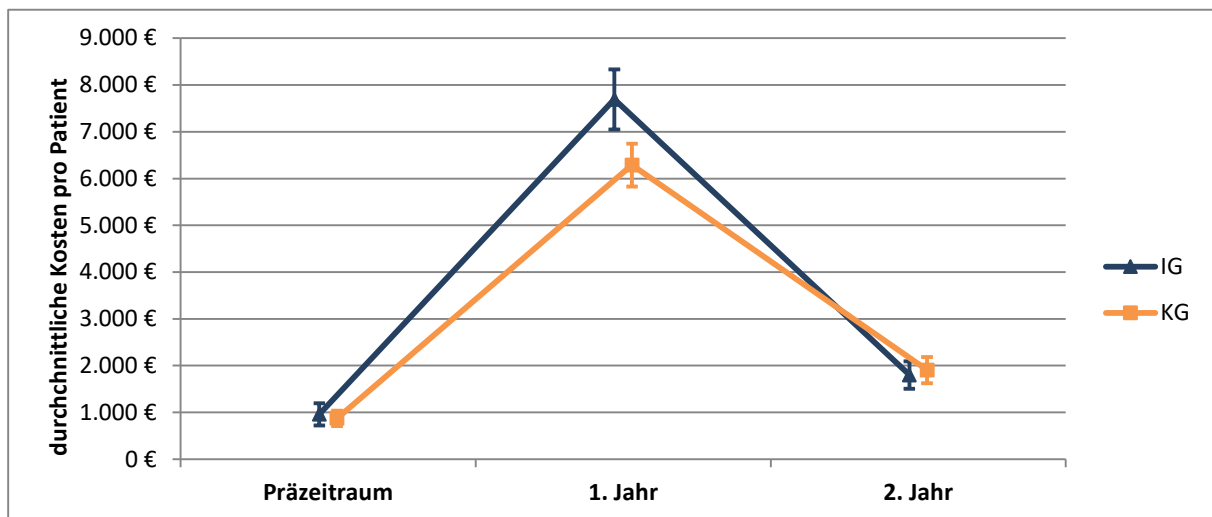


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003
N mit Fall	907	1.041	840	919	1.039	837
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>958,36 €</b>	<b>7.691,67 €</b>	<b>1.799,09 €</b>	<b>872,31 €</b>	<b>6.287,68 €</b>	<b>1.905,23 €</b>
Standardabweichung	3.914,32 €	10.594,32 €	4.751,37 €	2.739,26 €	7.545,46 €	4.521,81 €
Minimum	0,00 €	95,00 €	0,00 €	0,00 €	161,92 €	0,00 €
25%-Perzentil	28,35 €	1.165,96 €	22,37 €	29,38 €	989,72 €	23,36 €
Median	136,89 €	4.257,87 €	213,47 €	120,66 €	3.928,17 €	246,52 €
75%-Perzentil	541,46 €	9.975,96 €	1.253,28 €	473,00 €	8.622,66 €	1.421,42 €
Maximum	65.814,31 €	107.056,79 €	50.679,26 €	37.536,60 €	70.501,79 €	40.570,95 €

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



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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	872,31 €	0,000	872,31 €	0,000	-1.384,58 €	0,001
IG (vs. KG)	86,05 €	0,561	86,05 €	0,561	209,39 €	0,119
Post (vs. Prä)	3.262,78 €	0,000				
IG x Post (DiD)	579,02 €	0,029				
1. Jahr (vs. Prä)			5.415,37 €	0,000	6.121,91 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.032,92 €	0,000	1.740,89 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			1.317,94 €	0,001	1.148,51 €	0,004
IG x Jahr 2 (DiD)			-192,19 €	0,408	-382,27 €	0,098
Alter (30-47 J. vs. U30)					-151,27 €	0,545
Alter (48-64 J. vs. U30)					117,17 €	0,657
Alter (Ü64 vs. U30)					-684,96 €	0,021
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					54,29 €	0,768
F 00 (Demenz)					912,52 €	0,324
F 01 (Vaskuläre Demenz)					1.016,84 €	0,047
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-3.656,75 €	0,016
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					856,04 €	0,035
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					593,18 €	0,477
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					484,54 €	0,183
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.901,27 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					2.214,18 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					966,11 €	0,005
F 45 (Somatoforme Störungen)					395,23 €	0,241
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1.425,08 €	0,033
F 50 (Essstörungen)					799,99 €	0,137
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.031,70 €	0,007
F 70-79 (Intelligenzstörung)					180,95 €	0,674
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					301,24 €	0,832
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-660,73 €	0,228
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.284,06 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.781,41 €	0,204
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.148,31 €	0,002
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					32,89 €	0,865
R <sup>2</sup>		0,062		0,158		0,243

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

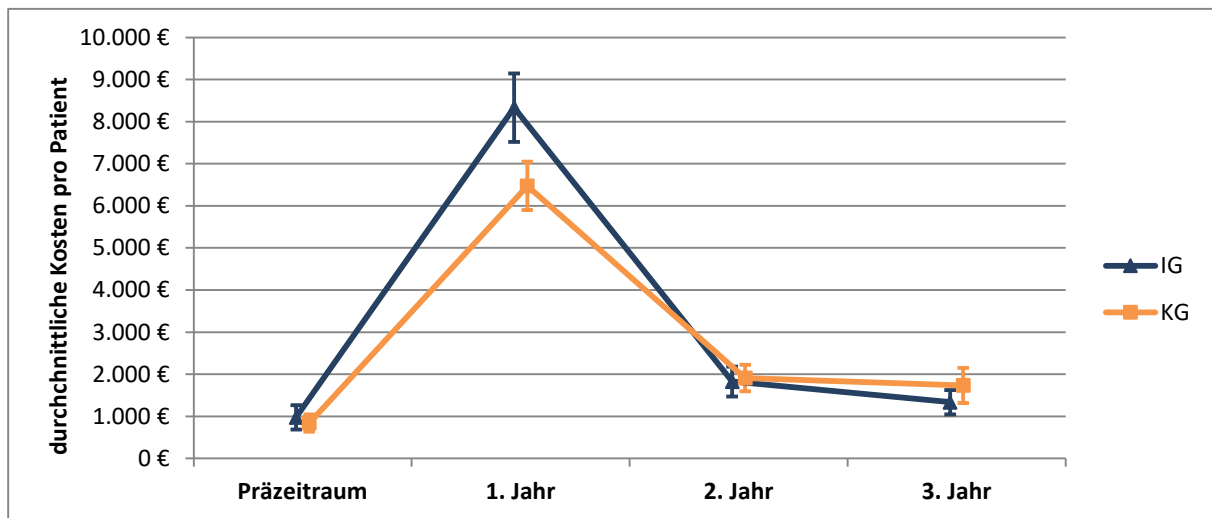
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### 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	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	608	694	581	522	620	698	589	504
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>975,76 €</b>	<b>8.332,17 €</b>	<b>1.825,64 €</b>	<b>1.334,85 €</b>	<b>840,44 €</b>	<b>6.472,93 €</b>	<b>1.909,48 €</b>	<b>1.734,75 €</b>
Standardabweichung	3.897,58 €	10.942,51 €	4.714,91 €	3.810,52 €	2.799,12 €	7.750,60 €	4.189,99 €	5.425,23 €
Minimum	0,00 €	286,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,92 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	28,35 €	1.311,09 €	33,73 €	13,47 €	30,76 €	1.081,39 €	35,67 €	6,37 €
Median	139,60 €	4.983,35 €	256,17 €	140,16 €	126,80 €	3.996,04 €	345,07 €	123,24 €
75%-Perzentil	542,42 €	10.786,98 €	1.352,68 €	805,51 €	463,63 €	9.179,12 €	1.625,13 €	1.031,70 €
Maximum	65.814,31 €	107.056,79 €	50.679,26 €	41.501,43 €	37.536,60 €	70.501,79 €	40.570,95 €	73.778,12 €

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



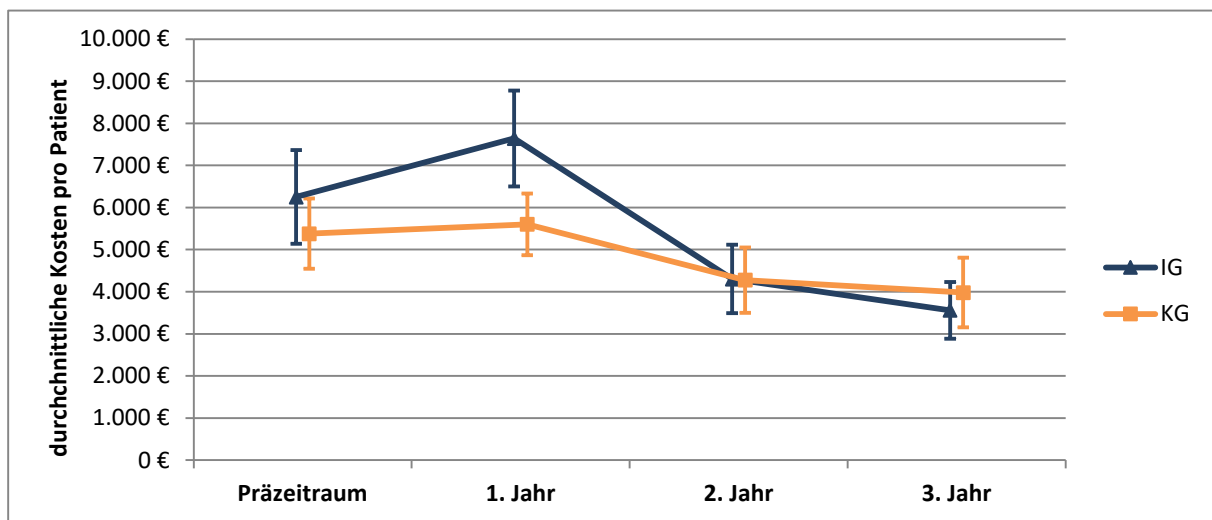


**Klinikbekannte Patienten**

**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	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	366	366	338	315	362	369	339	324
durchschnittliche Kosten	6.251,89 €	7.641,57 €	4.302,53 €	3.557,31 €	5.379,61 €	5.602,39 €	4.277,18 €	3.980,69 €
Standardabweichung	10.861,31 €	11.100,99 €	7.740,45 €	6.331,73 €	8.196,13 €	7.166,26 €	7.442,86 €	7.821,10 €
Minimum	5,67 €	286,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	47,56 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1.072,98 €	1.820,27 €	599,10 €	244,90 €	777,99 €	1.336,50 €	410,74 €	228,45 €
Median	2.142,44 €	3.187,73 €	1.909,65 €	1.574,54 €	2.010,36 €	2.558,00 €	1.684,74 €	1.334,90 €
75%-Perzentil	6.074,83 €	8.762,60 €	3.665,28 €	3.636,65 €	6.556,07 €	7.527,65 €	4.515,99 €	3.212,08 €
Maximum	77.691,05 €	91.049,85 €	70.509,27 €	54.627,99 €	50.344,97 €	51.284,81 €	67.243,18 €	72.430,75 €

**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 höher aus als jene der KG (IG: 854,27 €; KG: 562,68 €; vgl. Tabelle 86, Tabelle 88 und Abbildung 48). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 6.051,65 € und in der KG auf 4.804,42 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 970,49 € nicht signifikant stärker aus als in der KG.

Im zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten wieder: in der IG auf 942,25 € und in der KG auf 1.108,67 €. Bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 915,81 €, während sie in der KG auf 1.242,50 € anstiegen. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 258,47 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 88).

Bei den linikbekannten Patienten wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten auf (IG: 4.128,75 €; KG: 3.925,55 €; vgl. Tabelle 87, Tabelle 89 und Abbildung 49). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 4.911,89 € an, während sie in der KG auf 3.682,83 € sanken. Dementsprechend fiel der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 1.025,87 € nicht signifikant stärker aus.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr glichen sich die Kosten zwischen IG und KG an (IG: 2.729,99 €; KG: 2.787,28 €). Während die Kosten in der IG bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr auf 1.684,03 € sanken, blieben sie in der KG in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG in Relation zur KG um 359,77 € nicht 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 gleich hohe Kosten auf (IG: 575,11 €; KG: 524,63 €; vgl. Tabelle 90 und Abbildung 50). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 4.816,03 € und in der KG auf 4.699,08 €. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel somit in der IG um 65,87 € stärker aus als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG gleich hohe Kosten im Präzeitraum auf (IG: 548,78 €; KG: 498,02 €; vgl. Tabelle 91, Tabelle 92 und Abbildung 51). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 4,985,59 € und in der KG auf 4.608,48 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 326,36 € nicht signifikant stärker 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 linikbekanntem Patienten zeigte sich ebenfalls ein zu U1 identisches Muster (vgl. Tabelle 94 und Abbildung 53).

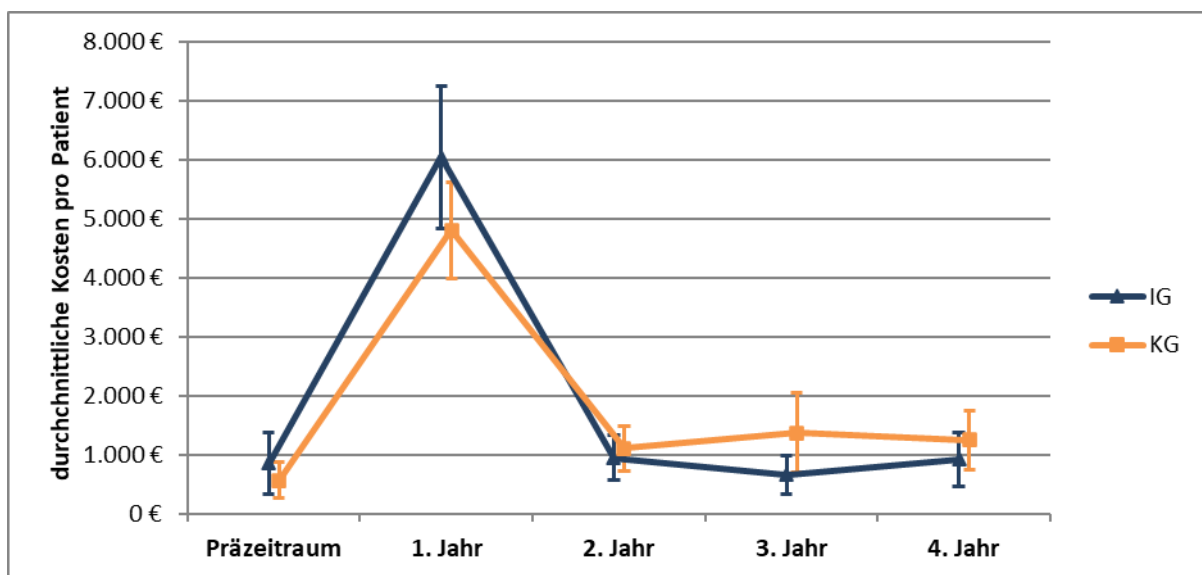
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### 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	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	28	264	44	39	35	35	228	51	43	37
durchschnittliche Kosten	854,27 €	6.051,65 €	942,25 €	659,23 €	915,81 €	562,68 €	4.804,42 €	1.108,67 €	1.370,91 €	1.242,50 €
Standardabweichung	4.919,99 €	11.497,17 €	3.557,58 €	3.000,74 €	4.118,63 €	2.875,02 €	7.825,64 €	3.590,68 €	6.234,77 €	4.508,89 €
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 €	372,57 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	1.607,07 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.496,52 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.947,16 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6.297,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	64.759,46 €	101.018,25 €	26.532,44 €	35.361,97 €	42.172,74 €	31.545,09 €	69.459,53 €	27.915,88 €	73.650,81 €	32.810,49 €

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

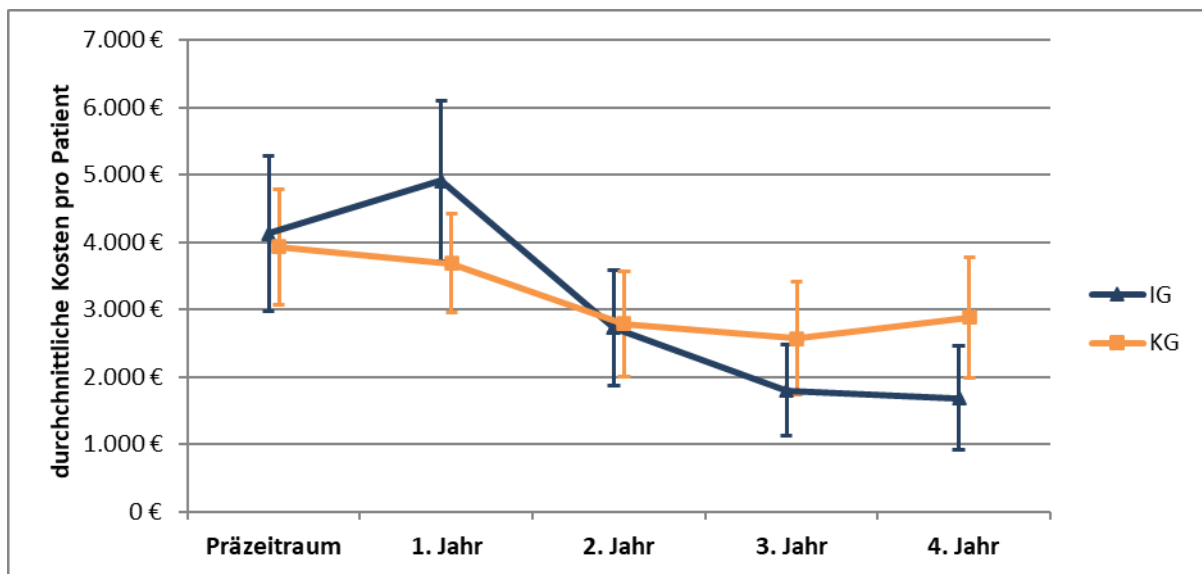


**Klinikbekannte Patienten**

**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	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	120	138	76	56	41	134	155	89	79	72
durchschnittliche Kosten	4.128,75 €	4.911,89 €	2.729,99 €	1.796,09 €	1.684,03 €	3.925,55 €	3.682,83 €	2.787,28 €	2.571,95 €	2.882,29 €
Standardabweichung	10.581,00 €	10.937,52 €	7.705,44 €	5.927,46 €	6.695,56 €	7.859,31 €	6.695,38 €	6.986,03 €	7.440,72 €	7.735,24 €
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	2.774,74 €	4.647,93 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4.551,50 €	5.415,54 €	1.805,09 €	345,76 €	92,30 €
Maximum	76.336,79 €	88.669,32 €	68.583,65 €	53.509,54 €	61.621,08 €	45.503,39 €	46.088,64 €	65.692,70 €	72.156,37 €	55.447,28 €

**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	562,68 €	0,000	562,68 €	0,000	-616,61 €	0,315
IG (vs. KG)	291,59 €	0,339	291,59 €	0,340	381,94 €	0,143
Post (vs. Prä)	1.614,83 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-258,47 €	0,464				
1. Jahr (vs. Prä)			4.241,74 €	0,000	4.783,53 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			545,99 €	0,008	1.093,73 €	0,004
3. Jahr (vs. Prä)			808,23 €	0,026	1.327,52 €	0,007
4. Jahr (vs. Prä)			679,81 €	0,005	1.185,08 €	0,004
IG x Jahr 1 (DiD)			955,64 €	0,189	848,01 €	0,247
IG x Jahr 2 (DiD)			-458,01 €	0,218	-579,98 €	0,096
IG x Jahr 3 (DiD)			-1.003,27 €	0,026	-1.096,92 €	0,011
IG x Jahr 4 (DiD)			-618,27 €	0,082	-710,05 €	0,041
Alter (30-47 J. vs. U30)					-205,49 €	0,579
Alter (48-64 J. vs. U30)					-88,23 €	0,815
Alter (Ü64 vs. U30)					-460,62 €	0,276
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-363,75 €	0,186
F 01 (Vaskuläre Demenz)					481,21 €	0,363
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-5.179,20 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					656,74 €	0,237
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-1.147,46 €	0,157
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					462,11 €	0,377
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.311,45 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					868,15 €	0,045
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					157,26 €	0,734
F 45 (Somatoforme Störungen)					-75,26 €	0,852
F 40-48 (ohne F43 und F45)					711,77 €	0,219
F 50 (Essstörungen)					-1.041,67 €	0,006
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.742,48 €	0,020
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-11,47 €	0,988
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					3.470,62 €	0,169
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-1.720,48 €	0,117
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.753,49 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-5.308,35 €	0,048
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.128,14 €	0,100
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-203,86 €	0,605
R <sup>2</sup>		0,010		0,091		0,186

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

**Tabelle 89: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	3.925,55 €	0,000	3.925,55 €	0,000	-3.319,79 €	0,041
IG (vs. KG)	203,20 €	0,781	203,20 €	0,782	671,43 €	0,298
Post (vs. Prä)	-932,78 €	0,021				
IG x Post (DiD)	-359,77 €	0,615				
1. Jahr (vs. Prä)			-242,73 €	0,575	5.609,25 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-1.138,27 €	0,027	4.686,21 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-1.353,61 €	0,009	4.446,50 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-1.043,26 €	0,035	4.741,82 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			1.025,87 €	0,241	722,73 €	0,401
IG x Jahr 2 (DiD)			-260,49 €	0,756	-550,28 €	0,498
IG x Jahr 3 (DiD)			-979,05 €	0,222	-1.252,40 €	0,108
IG x Jahr 4 (DiD)			-1.401,45 €	0,091	-1.685,96 €	0,035
Alter (30-47 J. vs. U30)					-923,38 €	0,367
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.340,91 €	0,183
Alter (Ü64 vs. U30)					-2.123,60 €	0,060
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-235,79 €	0,577
F 01 (Vaskuläre Demenz)					1.361,24 €	0,230
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-264,84 €	0,641
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					825,53 €	0,311
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					2.131,44 €	0,013
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.872,82 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					2.250,32 €	0,015
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					986,04 €	0,380
F 45 (Somatoforme Störungen)					797,20 €	0,365
F 40-48 (ohne F43 und F45)					821,55 €	0,332
F 50 (Essstörungen)					-605,22 €	0,684
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.525,40 €	0,052
F 70-79 (Intelligenzstörung)					185,14 €	0,811
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					182,87 €	0,696
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-3.666,92 €	0,014
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.340,42 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.170,47 €	0,411
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.979,63 €	0,008
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					260,38 €	0,776
R <sup>2</sup>		0,003		0,015		0,126

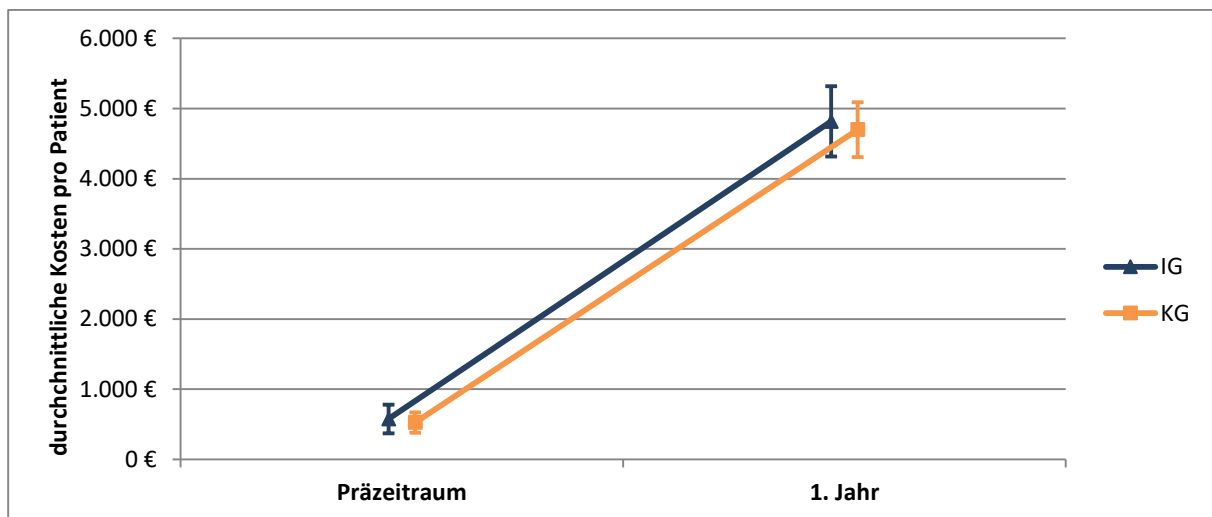
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	111	961	127	821
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>575,71 €</b>	<b>4.816,03 €</b>	<b>524,63 €</b>	<b>4.699,08 €</b>
Standardabweichung	3.825,99 €	9.415,57 €	2.704,89 €	7.349,99 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	1.257,58 €	0,00 €	1.214,04 €
75%-Perzentil	0,00 €	5.310,76 €	0,00 €	6.563,32 €
Maximum	78.107,30 €	106.170,23 €	40.534,71 €	69.459,53 €

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



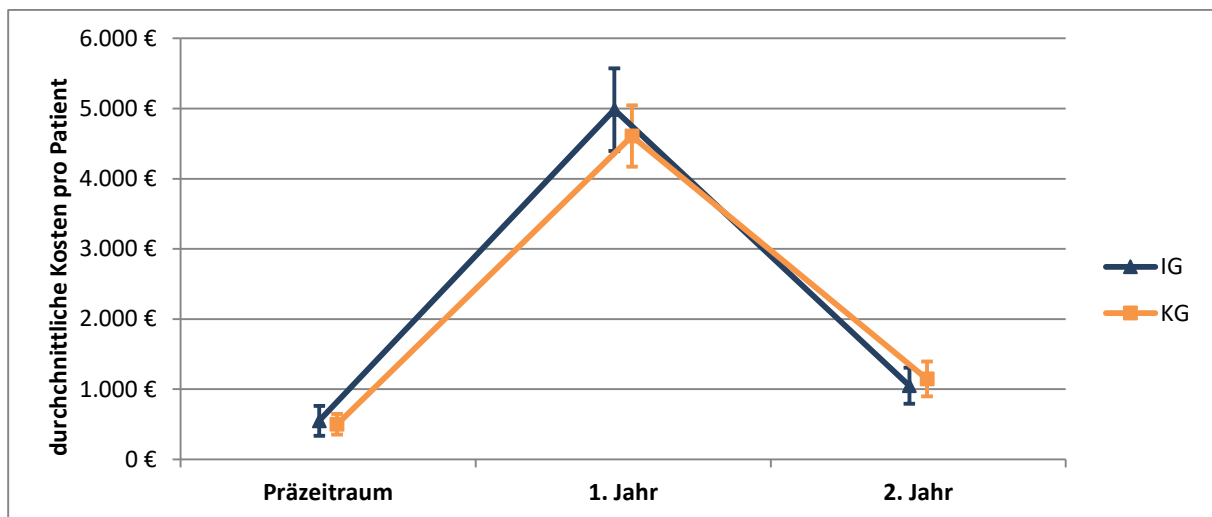


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003
N mit Fall	86	755	142	101	646	143
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>548,78 €</b>	<b>4.985,59 €</b>	<b>1.047,97 €</b>	<b>498,02 €</b>	<b>4.608,48 €</b>	<b>1.144,47 €</b>
Standardabweichung	3.500,22 €	9.700,82 €	4.149,74 €	2.425,62 €	7.160,24 €	4.015,90 €
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 €	1.375,34 €	0,00 €	0,00 €	1.242,66 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	5.851,70 €	0,00 €	0,00 €	6.440,18 €	0,00 €
Maximum	64.759,46 €	106.170,23 €	48.932,20 €	31.545,09 €	69.459,53 €	39.081,89 €

**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	498,02 €	0,000	498,02 €	0,000	-1.397,76 €	0,000
IG (vs. KG)	50,75 €	0,701	50,75 €	0,701	136,42 €	0,261
Post (vs. Prä)	2.408,98 €	0,000				
IG x Post (DiD)	95,62 €	0,693				
1. Jahr (vs. Prä)			4.110,46 €	0,000	4.719,55 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			646,44 €	0,000	1.267,41 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			326,36 €	0,375	200,54 €	0,590
IG x Jahr 2 (DiD)			-147,25 €	0,486	-286,13 €	0,171
Alter (30-47 J. vs. U30)					-173,60 €	0,428
Alter (48-64 J. vs. U30)					85,92 €	0,716
Alter (Ü64 vs. U30)					54,52 €	0,838
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-136,29 €	0,419
F 00 (Demenz)					1.060,94 €	0,156
F 01 (Vaskuläre Demenz)					647,93 €	0,169
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-2.547,58 €	0,156
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					499,33 €	0,168
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					107,16 €	0,880
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					999,77 €	0,003
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.074,11 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.472,36 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					307,49 €	0,297
F 45 (Somatoforme Störungen)					254,35 €	0,401
F 40-48 (ohne F43 und F45)					950,22 €	0,115
F 50 (Essstörungen)					283,76 €	0,600
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.354,03 €	0,051
F 70-79 (Intelligenzstörung)					335,10 €	0,393
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					685,94 €	0,591
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-210,31 €	0,599
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.991,72 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-180,90 €	0,954
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.463,45 €	0,004
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					29,05 €	0,865
R <sup>2</sup>		0,037		0,099		0,174

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

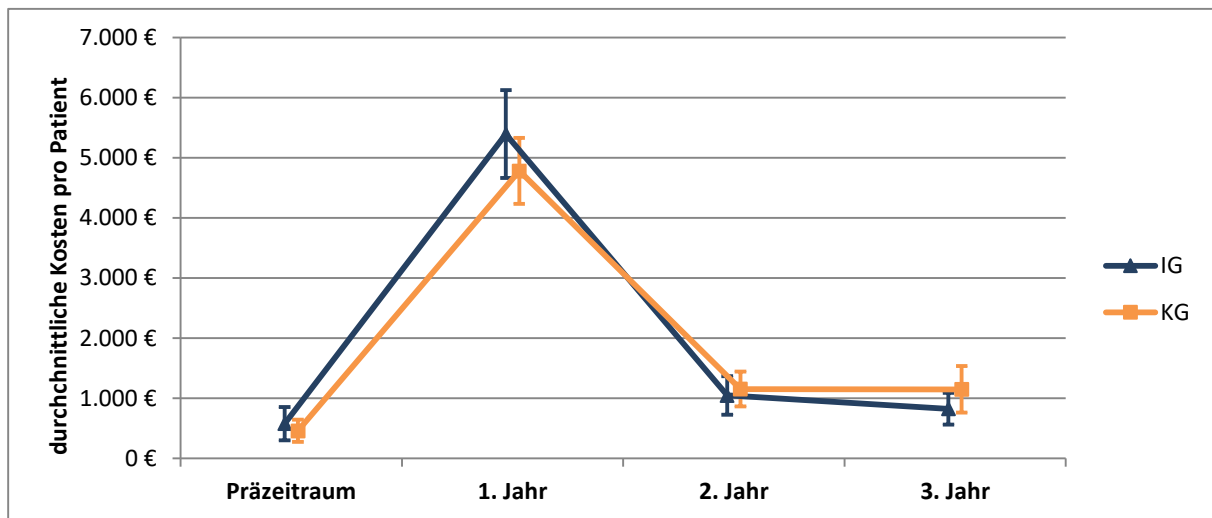
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### 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	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	58	521	97	80	65	443	102	85
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>577,83 €</b>	<b>5.393,99 €</b>	<b>1.047,57 €</b>	<b>823,92 €</b>	<b>458,69 €</b>	<b>4.781,39 €</b>	<b>1.153,30 €</b>	<b>1.149,03 €</b>
Standardabweichung	3.701,09 €	9.819,14 €	4.228,36 €	3.453,94 €	2.465,68 €	7.371,74 €	3.837,09 €	5.076,90 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	345,41 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	1.695,42 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.541,55 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.553,47 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6.735,57 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	64.759,46 €	106.170,23 €	48.932,20 €	41.088,02 €	31.545,09 €	69.459,53 €	39.081,89 €	73.650,81 €

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

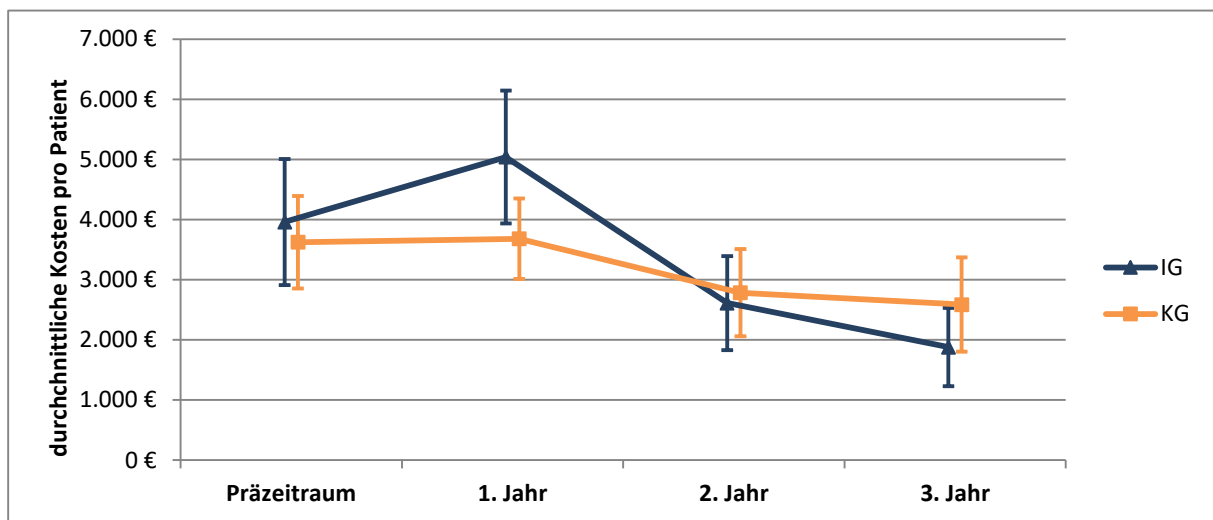


**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	136	164	83	63	145	181	102	90
durchschnittliche Kosten	3.958,69 €	5.039,42 €	2.610,91 €	1.879,27 €	3.624,60 €	3.679,91 €	2.784,32 €	2.586,05 €
Standardabweichung	10.242,97 €	10.778,08 €	7.481,09 €	6.099,75 €	7.553,15 €	6.564,00 €	6.956,91 €	7.418,07 €
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	2.752,35 €	5.356,40 €	0,00 €	0,00 €	4.055,50 €	5.426,73 €	1.401,79 €	345,76 €
Maximum	76.336,79 €	88.669,32 €	68.583,65 €	53.509,54 €	45.503,39 €	46.088,64 €	65.692,70 €	72.156,37 €

**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)

**Leistungen der stationersetzenden psychiatrischen Versorgung** wurden nur im dritten Nachbeobachtungsjahr durch sehr wenige (N < 10) klimbekante Patienten der KG (U1, U4) wahrgenommen (vgl. Tabelle 105 und Abbildung 61; sowie Tabelle 112 und Abbildung 65). Dementsprechend ist keine sinnvolle Interpretation der Ergebnisse möglich.

## **U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

### **Klinikneue Patienten**

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

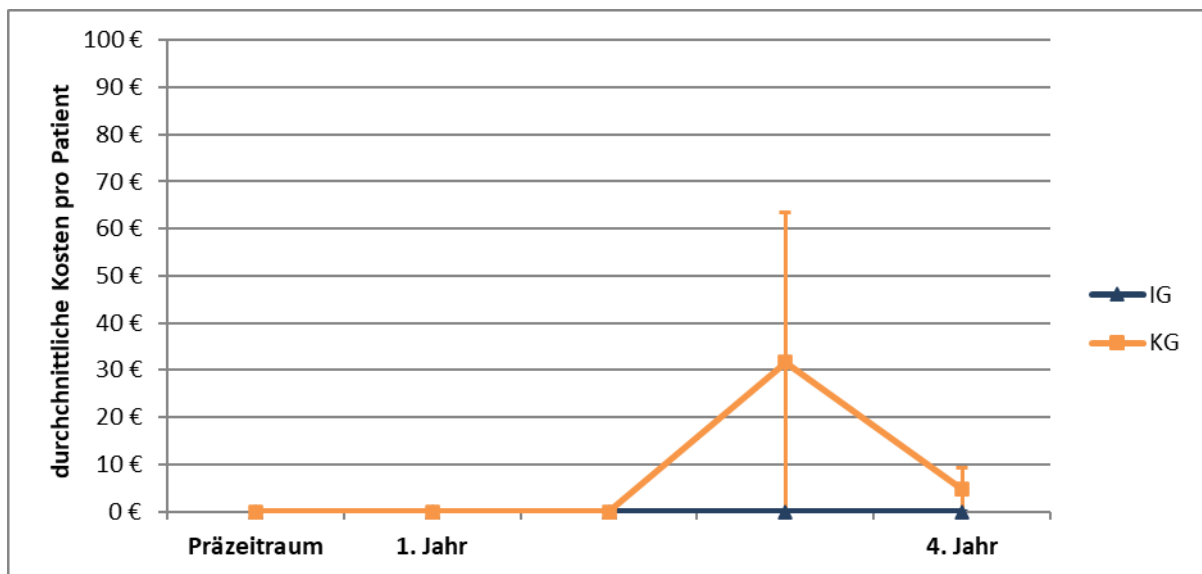
Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 96: Kosten stationseretzender 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	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	31,66 €	4,64 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	549,30 €	78,68 €
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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	9.529,96 €	1.335,27 €

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



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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.



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

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

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

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

### **Klinikneue Patienten**

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

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

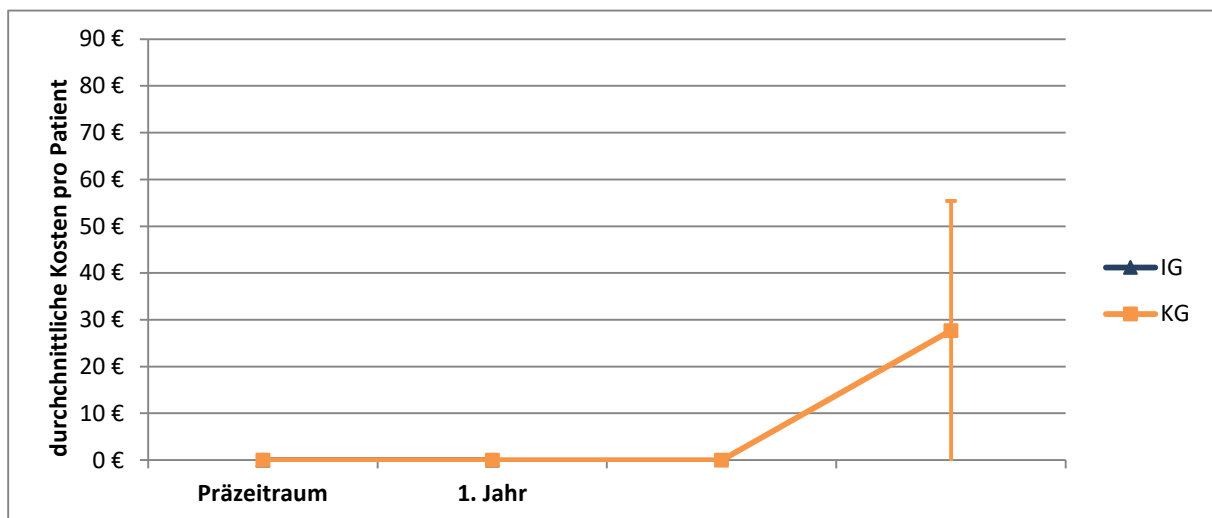
Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 103: Kosten stationärer 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	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	27,70 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	513,82 €
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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	9.529,96 €

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



## 10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

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

### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung** in beiden Gruppen in etwa gleich gering (IG: 0 €; KG: 39,02 €; vgl. Tabelle 104, Tabelle 106 und Abbildung 60). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 2.395,65 € und in der KG auf 669,14 €. Der Kostenanstieg fiel in der IG um 1.765,54 € signifikant stärker aus als in der KG. Dies ist unter anderem auf die unterschiedlich hohe Inanspruchnahme zurückzuführen (IG: 101 Individuen; KG: 52 Individuen).

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen: in der IG auf 156,61 € und in der KG auf 38,44 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 522,24 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 106)

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im Präzeitraum mit 809,75 € höhere Kosten als die KG mit 336,71 € auf (vgl. Tabelle 105, Tabelle 107 und Abbildung 61). In beiden Gruppen sanken die Kosten zum ersten Nachbeobachtungsjahr: in der IG auf 465,07 € und in der KG auf 131,26 €. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG um 139,24 € nicht signifikant stärker.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr glichen sich die Kosten in beiden Gruppen an (IG: 90,35 €; KG: 89,14 €). In beiden Gruppen blieben die Kosten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG relativ zur KG um 384,27 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 107).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich niedrige Kosten auf (IG: 20,61 €; KG: 29,67 €; vgl. Tabelle 108 und Abbildung 62). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 1.864,68 € und in der KG auf 783,75 €. Dementsprechend fiel der Anstieg in der IG um 1.071,99 € stärker aus als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum ähnlich geringe Kosten auf (IG: 26,91 €; KG:

38,81 €; vgl. Tabelle 109, Tabelle 110 und Abbildung 63). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 1.855,62 € und in der KG auf 726,10 €. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel somit um 1.141,43 € signifikant stärker aus. Auch hier war die Inanspruchnahme in der IG deutlich höher als in der KG (IG: 312 Individuen; KG: 150 Individuen).

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr fielen die Kosten in beiden Gruppen wieder: in der IG auf 191,41 € und in der KG auf 141,50 €, wobei auch hier die Inanspruchnahme in der IG im Gegensatz zur KG in etwa doppelt so hoch ausfiel. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 611,94 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 110).

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich ein zu U1 identisches Muster (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 64). Auch hier stiegen die Kosten im ersten Jahr in der IG deutlich stärker an. Auch hier war die Inanspruchnahme im ersten Jahr in der IG im Vergleich zur KG in etwa doppelt so hoch.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ebenfalls ein zu U1 identisches Muster (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 65).



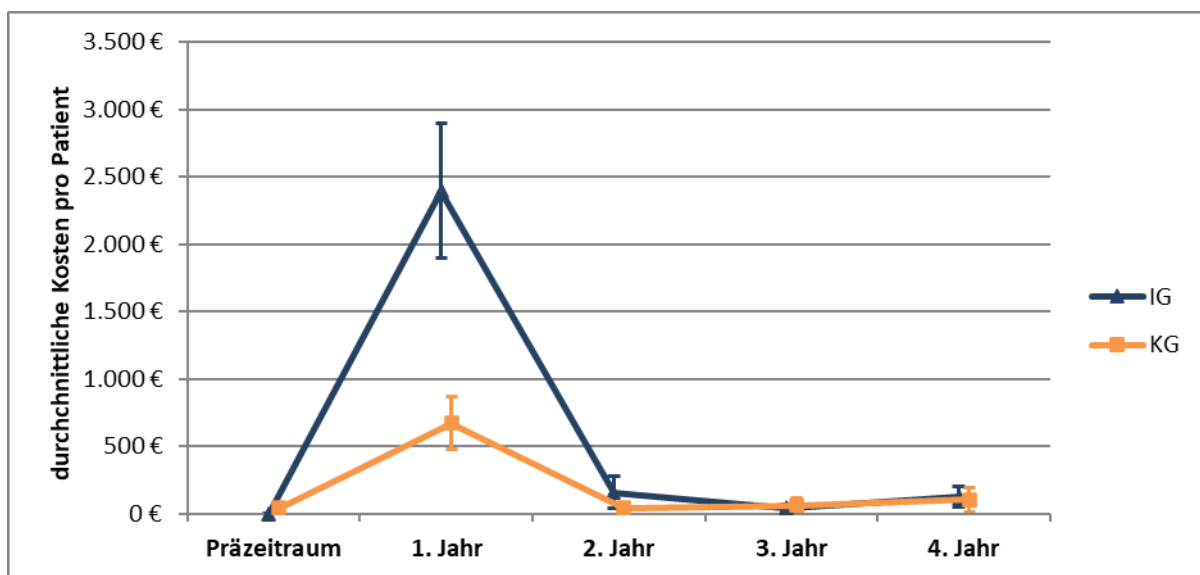
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	<10	101	13	<10	14	<10	52	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	2.395,65 €	156,61 €	38,76 €	122,59 €	39,02 €	669,14 €	38,44 €	61,30 €	102,67 €
Standardabweichung	0,00 €	4.741,83 €	1.085,35 €	296,88 €	686,66 €	483,82 €	1.854,44 €	421,52 €	506,74 €	831,63 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	2.561,99 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	24.841,89 €	11.419,77 €	4.068,40 €	6.534,32 €	6.693,80 €	14.172,95 €	5.946,47 €	5.214,97 €	8.687,40 €

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

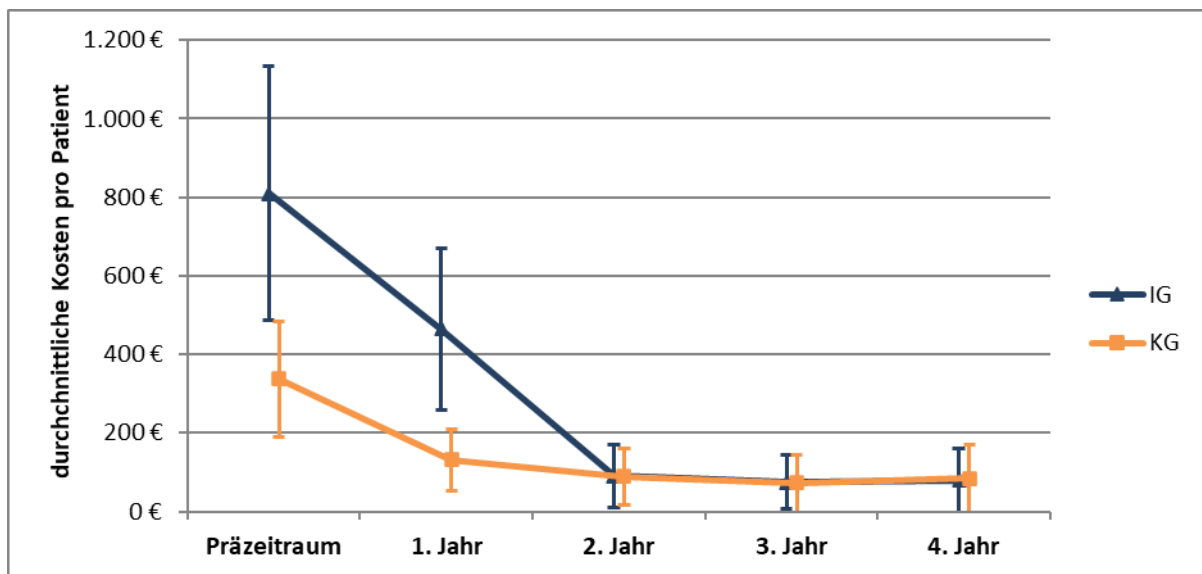


**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	33	30	12	11	<10	25	12	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	809,75 €	465,07 €	90,35 €	75,02 €	79,58 €	336,71 €	131,26 €	89,14 €	72,23 €	84,68 €
Standardabweichung	2.974,86 €	1.892,07 €	709,97 €	606,33 €	936,11 €	1.341,28 €	719,38 €	649,58 €	729,80 €	810,55 €
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	21.813,00 €	13.361,98 €	7.867,70 €	8.834,78 €	15.075,41 €	11.076,44 €	6.524,90 €	7.460,23 €	9.683,68 €	11.566,23 €

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



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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	39,02 €	0,130	39,02 €	0,130	204,69 €	0,089
IG (vs. KG)	-39,02 €	0,130	-39,02 €	0,130	11,83 €	0,631
Post (vs. Prä)	186,39 €	0,000				
IG x Post (DiD)	522,24 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			630,12 €	0,000	498,65 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-0,58 €	0,987	-139,31 €	0,001
3. Jahr (vs. Prä)			22,28 €	0,561	-135,57 €	0,003
4. Jahr (vs. Prä)			63,65 €	0,233	-94,58 €	0,091
IG x Jahr 1 (DiD)			1.765,54 €	0,000	1.733,43 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			157,19 €	0,022	119,01 €	0,062
IG x Jahr 3 (DiD)			16,48 €	0,692	-13,58 €	0,689
IG x Jahr 4 (DiD)			58,93 €	0,372	17,53 €	0,776
Alter (30-47 J. vs. U30)					68,59 €	0,583
Alter (48-64 J. vs. U30)					-89,17 €	0,409
Alter (Ü64 vs. U30)					-428,02 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					135,15 €	0,033
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-78,82 €	0,566
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					67,01 €	0,483
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-132,35 €	0,233
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-198,04 €	0,136
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-276,55 €	0,003
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					35,56 €	0,757
F 30-39 (Affektive Störungen)					229,64 €	0,030
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					421,21 €	0,027
F 45 (Somatoforme Störungen)					-19,09 €	0,844
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-121,05 €	0,347
F 50 (Essstörungen)					-163,15 €	0,730
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-132,41 €	0,559
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-369,42 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					361,96 €	0,056
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-538,33 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					72,68 €	0,177
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.214,52 €	0,005
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					104,02 €	0,545
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-201,09 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,023		0,145		0,179

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

**Tabelle 107: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	336,71 €	0,000	336,71 €	0,000	38,61 €	0,845
IG (vs. KG)	473,04 €	0,009	473,04 €	0,009	329,64 €	0,001
Post (vs. Prä)	-241,68 €	0,001				
IG x Post (DiD)	-384,27 €	0,036				
1. Jahr (vs. Prä)			-205,45 €	0,011	136,53 €	0,424
2. Jahr (vs. Prä)			-247,57 €	0,001	90,56 €	0,605
3. Jahr (vs. Prä)			-264,48 €	0,002	70,97 €	0,676
4. Jahr (vs. Prä)			-252,02 €	0,005	78,71 €	0,648
IG x Jahr 1 (DiD)			-139,24 €	0,503	18,94 €	0,899
IG x Jahr 2 (DiD)			-471,83 €	0,011	-311,21 €	0,008
IG x Jahr 3 (DiD)			-470,25 €	0,013	-309,90 €	0,006
IG x Jahr 4 (DiD)			-478,15 €	0,014	-318,30 €	0,010
Alter (30-47 J. vs. U30)					14,29 €	0,900
Alter (48-64 J. vs. U30)					-103,45 €	0,330
Alter (Ü64 vs. U30)					-185,18 €	0,094
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-50,15 €	0,246
F 01 (Vaskuläre Demenz)					23,46 €	0,778
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					32,33 €	0,358
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					29,48 €	0,750
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-55,01 €	0,457
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					38,61 €	0,643
F 30-39 (Affektive Störungen)					177,55 €	0,055
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					4,43 €	0,971
F 45 (Somatoforme Störungen)					181,40 €	0,082
F 40-48 (ohne F43 und F45)					849,54 €	0,105
F 50 (Essstörungen)					810,27 €	0,224
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-8,59 €	0,940
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-122,01 €	0,100
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					65,56 €	0,230
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					687,62 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-123,45 €	0,335
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.233,59 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					229,69 €	0,008
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-258,24 €	0,116
R <sup>2</sup>		0,023		0,029		0,407

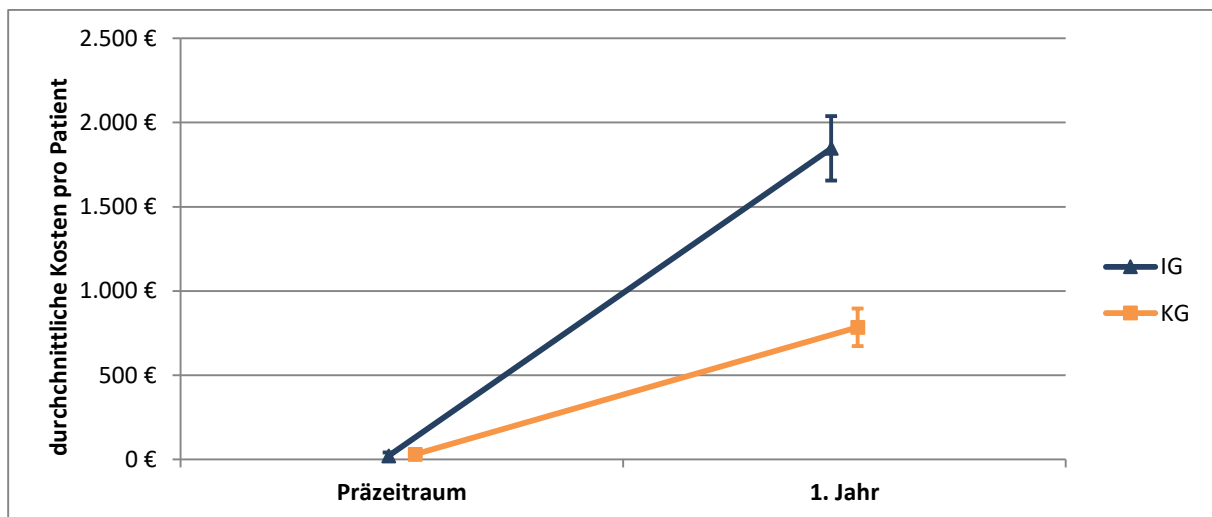
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	<10	423	<10	205
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>20,61 €</b>	<b>1.846,68 €</b>	<b>29,67 €</b>	<b>783,75 €</b>
Standardabweichung	588,52 €	3.608,69 €	417,09 €	2.104,95 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.983,75 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	20.923,23 €	24.841,89 €	7.036,37 €	17.258,48 €

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

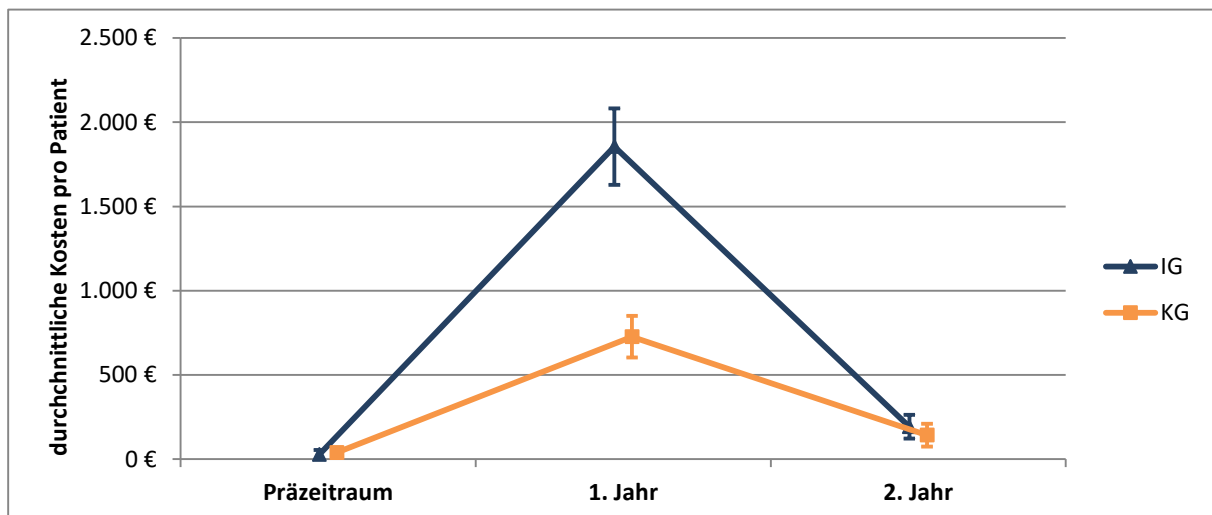


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003
N mit Fall	<10	312	49	<10	150	25
durchschnittliche Kosten	26,91 €	1.855,62 €	191,41 €	38,81 €	726,10 €	141,50 €
Standardabweichung	672,38 €	3.730,07 €	1.135,94 €	476,69 €	2.038,53 €	1.089,47 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.826,11 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	20.923,23 €	24.841,89 €	12.346,28 €	7.036,37 €	17.258,48 €	19.868,65 €

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



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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	38,81 €	0,009	38,81 €	0,009	168,97 €	0,081
IG (vs. KG)	-11,91 €	0,641	-11,91 €	0,641	16,25 €	0,538
Post (vs. Prä)	400,14 €	0,000				
IG x Post (DiD)	611,94 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			687,29 €	0,000	553,92 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			102,69 €	0,006	-42,45 €	0,305
IG x Jahr 1 (DiD)			1.141,43 €	0,000	1.116,37 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			61,81 €	0,270	32,52 €	0,545
Alter (30-47 J. vs. U30)					-79,55 €	0,354
Alter (48-64 J. vs. U30)					-111,03 €	0,159
Alter (Ü64 vs. U30)					-578,35 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					141,73 €	0,004
F 00 (Demenz)					-100,78 €	0,699
F 01 (Vaskuläre Demenz)					7,69 €	0,941
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-487,58 €	0,293
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-24,22 €	0,794
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-132,62 €	0,234
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-304,35 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					6,45 €	0,950
F 30-39 (Affektive Störungen)					440,54 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					394,05 €	0,002
F 45 (Somatoforme Störungen)					43,91 €	0,592
F 40-48 (ohne F43 und F45)					215,36 €	0,163
F 50 (Essstörungen)					251,59 €	0,363
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					308,96 €	0,220
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-497,06 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-223,90 €	0,095
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-321,76 €	0,122
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					138,75 €	0,075
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.969,15 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-173,21 €	0,497
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-216,10 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,043		0,107		0,165

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

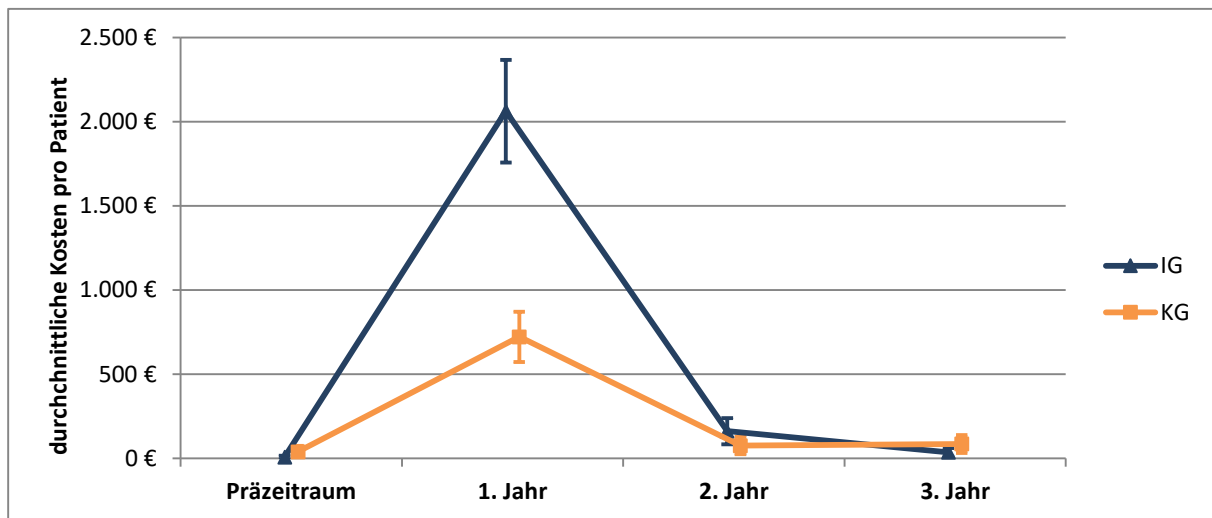
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	<10	208	29	15	<10	102	12	13
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>7,99 €</b>	<b>2.062,21 €</b>	<b>161,52 €</b>	<b>36,50 €</b>	<b>39,36 €</b>	<b>721,96 €</b>	<b>75,56 €</b>	<b>85,50 €</b>
Standardabweichung	210,60 €	4.094,18 €	1.038,09 €	339,78 €	468,58 €	2.004,76 €	680,09 €	702,00 €
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 €	2.147,96 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.548,07 €	24.841,89 €	11.419,77 €	6.369,01 €	6.869,39 €	14.172,95 €	9.818,11 €	10.677,34 €

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



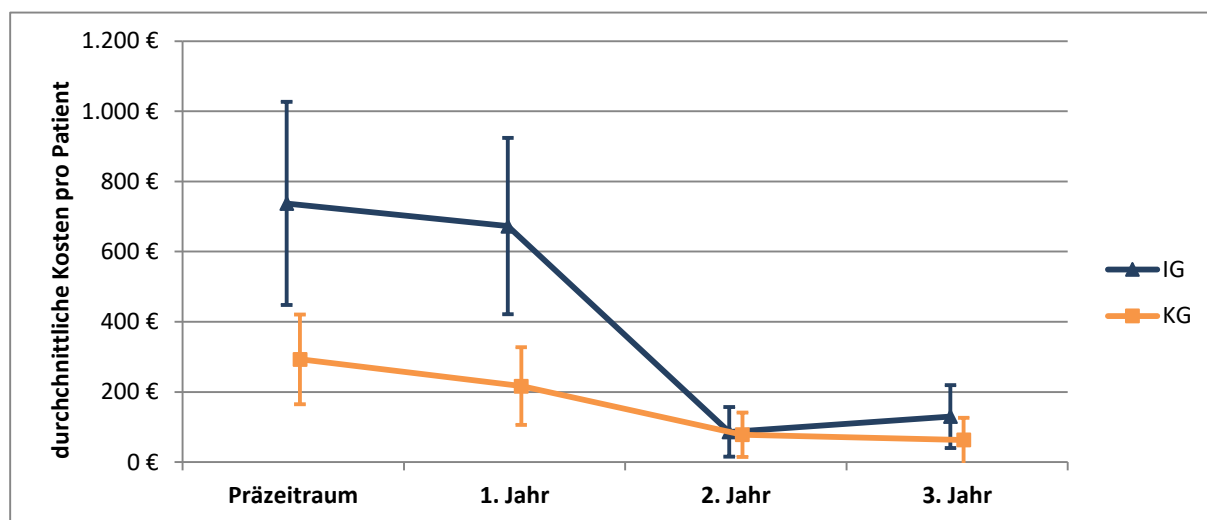


**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	35	42	13	15	25	20	<10	<10
durchschnittliche Kosten	737,21 €	672,71 €	86,16 €	130,06 €	293,03 €	216,65 €	78,06 €	63,20 €
Standardabweichung	2.827,01 €	2.453,90 €	677,73 €	842,36 €	1.256,13 €	1.087,30 €	608,46 €	682,95 €
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	21.813,00 €	14.835,71 €	7.867,70 €	8.834,78 €	11.076,44 €	11.207,43 €	7.460,23 €	9.683,68 €

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



## 10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

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

### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen** in IG und KG im Präzeitraum etwa gleich niedrig (IG: 10,91 €; KG: 18,55 €). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 280,31 € und in der KG auf 393,66 € (vgl. Tabelle 113, Tabelle 115 und Abbildung 66). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 105,71 € signifikant weniger stark an.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen wieder: in der IG auf 104,10 € und in der KG auf 221,35 €. Bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten weiter. Im vierten Jahr betrugen sie in der IG noch 71,12 € und in der KG noch 169,72 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 104,96 € signifikant schwächer (vgl. Tabelle 115).

Bei den linikbekannten Patienten wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten auf (IG: 577,78 €; KG: 551,89 €; vgl. Tabelle 114, Tabelle 116 und Abbildung 67). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 848,48 € und in der KG auf 740,46 €. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel somit in der IG um 82,12 € signifikant stärker aus als in der KG.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten (IG: 700,81 €; KG: 591,59 €) und blieben bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 99,47 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 116).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich niedrige Kosten auf (IG: 6,59 €; KG: 14,72 €; vgl. Tabelle 117 und Abbildung 68). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 253,57 € und in der KG auf 410,05 €. Dementsprechend fiel der Anstieg in der IG um 148,80 € weniger stark aus als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG ähnlich niedrige Kosten auf (IG: 6,94 €; KG: 15,38 €; vgl. Tabelle 118, Tabelle 119 und Abbildung 69). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 280,79 € und in der KG auf 403,72 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 114,49 € signifikant weniger stark aus.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen: in der IG auf 90,75 € und in der KG auf 204,81 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 110,04 € signifikant weniger stark an (vgl. Tabelle 119).

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

Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ein zu U1 identisches Muster (vgl. Tabelle 121 und Abbildung 71).

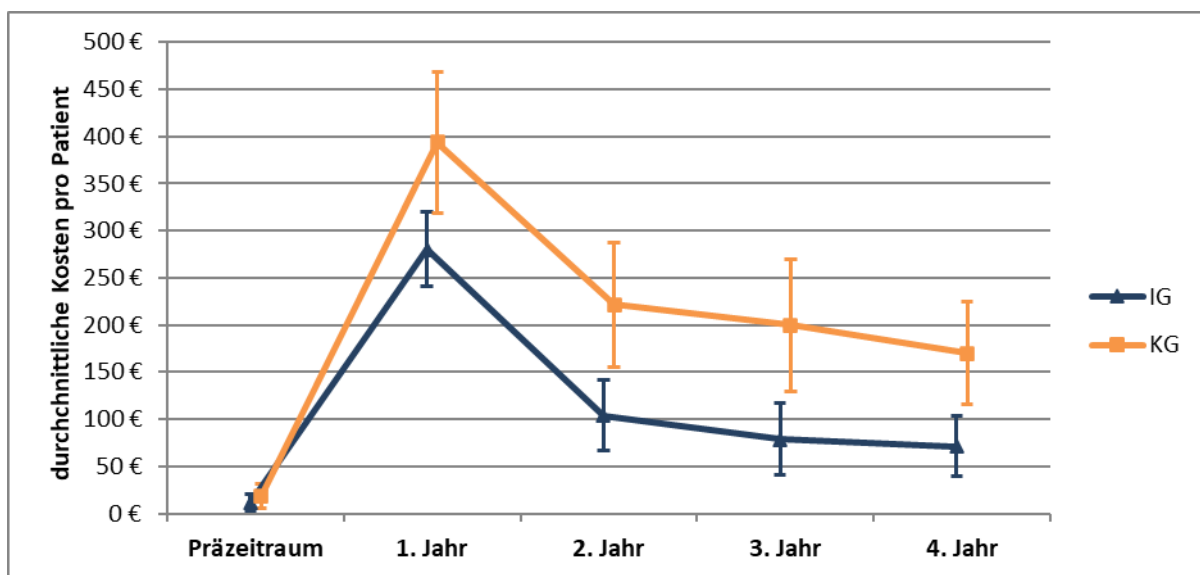
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	<10	169	38	33	37	11	166	66	52	55
durchschnittliche Kosten	10,91 €	280,31 €	104,10 €	78,87 €	71,12 €	18,55 €	393,66 €	221,35 €	199,55 €	169,72 €
Standardabweichung	93,03 €	374,49 €	350,32 €	352,68 €	289,00 €	127,29 €	718,95 €	625,16 €	651,52 €	497,07 €
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 €	399,72 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	490,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.263,94 €	1.676,91 €	2.002,72 €	2.733,82 €	2.461,70 €	1.319,12 €	5.227,09 €	6.070,43 €	7.521,72 €	3.369,52 €

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

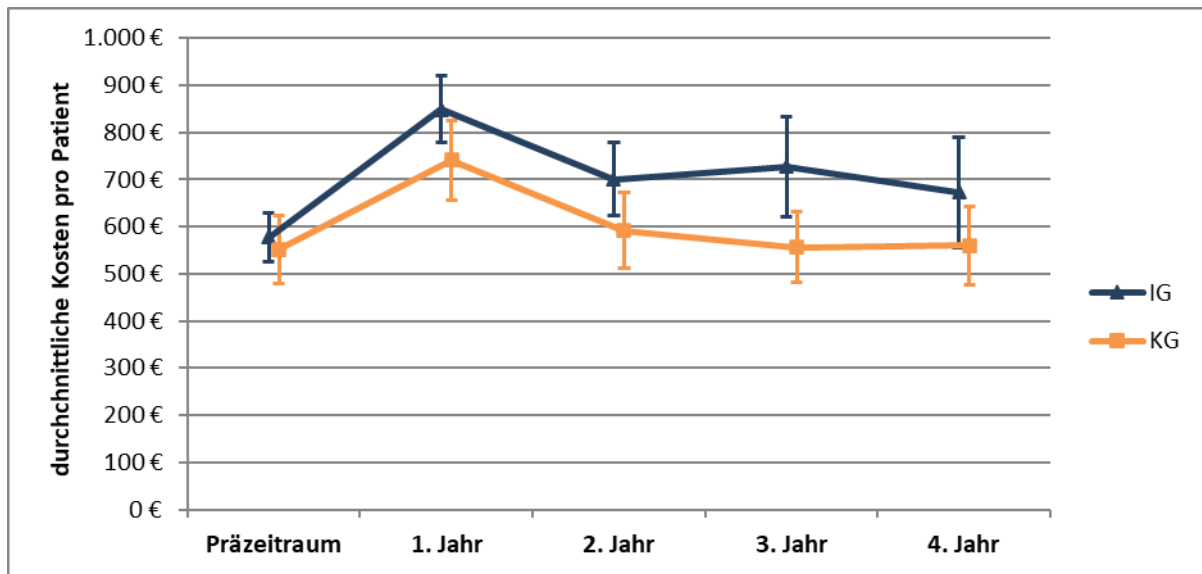


**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	224	250	173	159	153	199	239	178	170	157
durchschnittliche Kosten	577,78 €	848,48 €	700,81 €	727,25 €	673,60 €	551,89 €	740,46 €	591,59 €	556,59 €	560,22 €
Standardabweichung	470,33 €	649,02 €	699,11 €	944,10 €	1.011,11 €	664,48 €	761,42 €	725,37 €	664,34 €	715,87 €
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 €	286,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	661,58 €	972,12 €	647,11 €	225,00 €	94,30 €	416,24 €	693,64 €	372,84 €	442,82 €	361,66 €
75%-Perzentil	948,27 €	1.380,76 €	1.426,12 €	1.285,88 €	1.118,58 €	831,01 €	1.029,79 €	910,38 €	873,96 €	868,32 €
Maximum	1.410,00 €	1.973,06 €	2.057,51 €	6.338,48 €	9.186,90 €	4.303,23 €	3.901,12 €	4.447,53 €	4.212,66 €	3.921,86 €

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



**Tabelle 115: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) 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	18,55 €	0,006	18,55 €	0,006	86,98 €	0,136
IG (vs. KG)	-7,64 €	0,364	-7,64 €	0,364	-4,61 €	0,618
Post (vs. Prä)	230,48 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-104,96 €	0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			375,11 €	0,000	329,10 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			202,79 €	0,000	154,91 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			181,00 €	0,000	128,04 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			151,17 €	0,000	98,00 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-105,71 €	0,014	-110,68 €	0,010
IG x Jahr 2 (DiD)			-109,61 €	0,004	-115,65 €	0,002
IG x Jahr 3 (DiD)			-113,04 €	0,005	-117,49 €	0,004
IG x Jahr 4 (DiD)			-90,96 €	0,004	-97,96 €	0,002
Alter (30-47 J. vs. U30)					-21,45 €	0,633
Alter (48-64 J. vs. U30)					-24,39 €	0,569
Alter (Ü64 vs. U30)					-96,39 €	0,055
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-25,05 €	0,370
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-54,84 €	0,278
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-268,60 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-50,16 €	0,402
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					77,41 €	0,412
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-95,62 €	0,060
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					174,68 €	0,007
F 30-39 (Affektive Störungen)					74,79 €	0,174
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					82,51 €	0,361
F 45 (Somatoforme Störungen)					21,09 €	0,662
F 40-48 (ohne F43 und F45)					147,98 €	0,170
F 50 (Essstörungen)					157,98 €	0,429
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					336,58 €	0,222
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-107,02 €	0,198
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					3,35 €	0,973
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-290,10 €	0,159
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-28,76 €	0,231
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					289,01 €	0,137
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					468,19 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-68,11 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,035		0,063		0,121

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

**Tabelle 116: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	551,89 €	0,000	551,89 €	0,000	94,11 €	0,438
IG (vs. KG)	25,90 €	0,567	25,90 €	0,568	-9,97 €	0,774
Post (vs. Prä)	62,94 €	0,033				
IG x Post (DiD)	99,47 €	0,017				
1. Jahr (vs. Prä)			188,57 €	0,000	418,03 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			39,70 €	0,273	267,64 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			4,71 €	0,893	230,31 €	0,001
4. Jahr (vs. Prä)			8,34 €	0,816	237,90 €	0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			82,12 €	0,035	120,34 €	0,009
IG x Jahr 2 (DiD)			83,33 €	0,074	117,72 €	0,019
IG x Jahr 3 (DiD)			144,76 €	0,012	183,49 €	0,002
IG x Jahr 4 (DiD)			87,48 €	0,173	122,28 €	0,061
Alter (30-47 J. vs. U30)					20,48 €	0,822
Alter (48-64 J. vs. U30)					151,42 €	0,077
Alter (Ü64 vs. U30)					160,39 €	0,104
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-16,28 €	0,702
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-532,41 €	0,000
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					168,70 €	0,018
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					223,60 €	0,347
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-126,84 €	0,187
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					318,09 €	0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					43,91 €	0,653
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-32,89 €	0,749
F 45 (Somatoforme Störungen)					-162,02 €	0,045
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-287,25 €	0,092
F 50 (Essstörungen)					166,32 €	0,635
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					353,97 €	0,010
F 70-79 (Intelligenzstörung)					645,20 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.121,47 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-616,52 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-41,43 €	0,278
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					31,83 €	0,666
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					595,54 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-137,49 €	0,039
R <sup>2</sup>		0,009		0,017		0,223

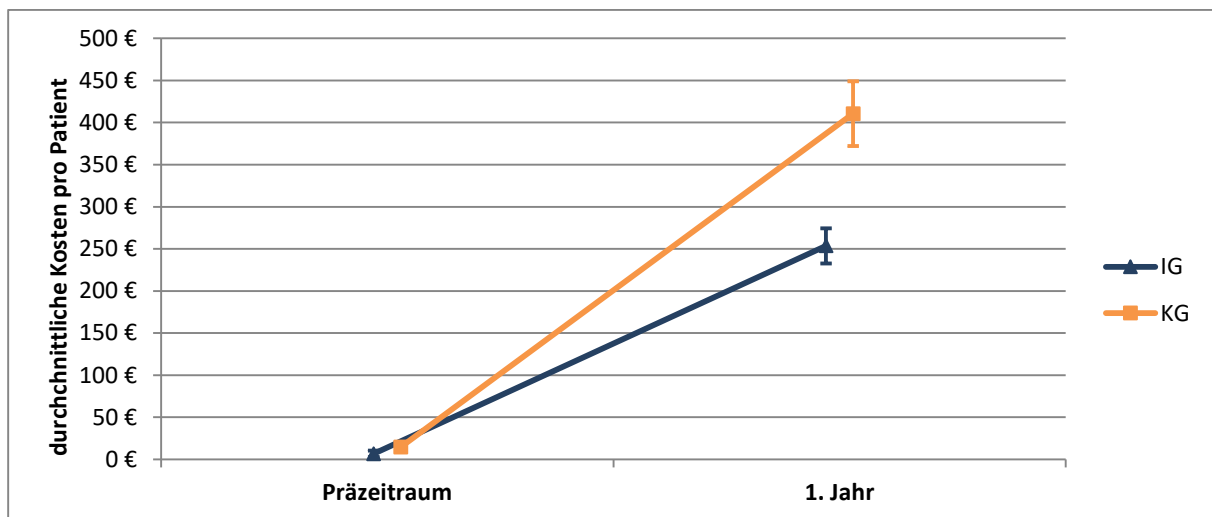
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	18	692	39	708
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>6,59 €</b>	<b>253,57 €</b>	<b>14,72 €</b>	<b>410,50 €</b>
Standardabweichung	71,50 €	392,25 €	108,92 €	723,18 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	75,00 €	0,00 €	175,78 €
75%-Perzentil	0,00 €	399,72 €	0,00 €	494,69 €
Maximum	1.329,36 €	3.528,90 €	1.638,44 €	5.227,09 €

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



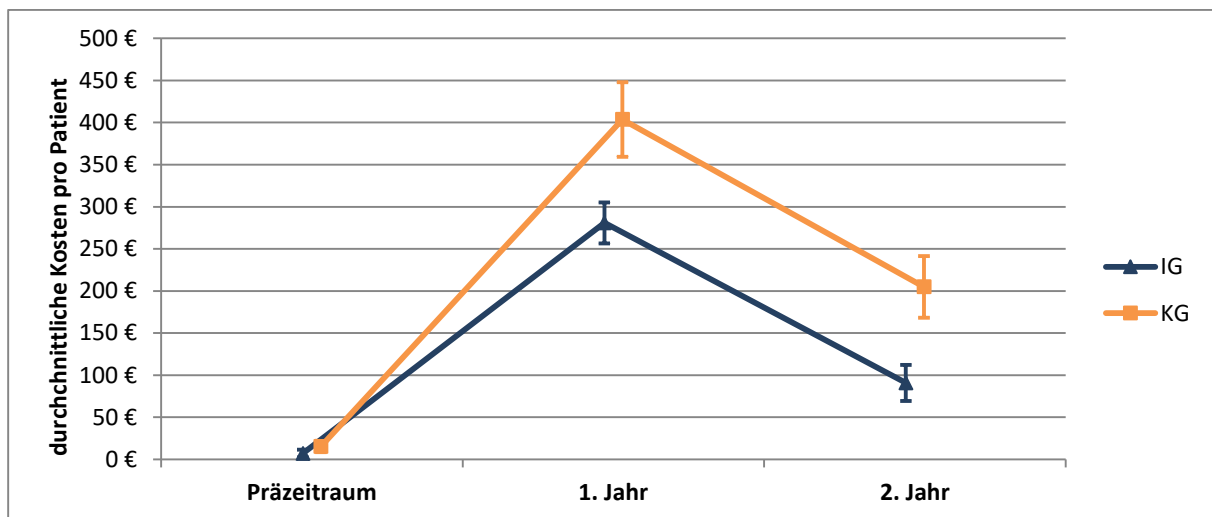


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

	IG			KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003	1.003
N mit Fall	14	514	126	30	528	194	194
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>6,94 €</b>	<b>280,79 €</b>	<b>90,75 €</b>	<b>15,38 €</b>	<b>403,72 €</b>	<b>204,81 €</b>	<b>204,81 €</b>
Standardabweichung	75,94 €	399,86 €	344,91 €	111,91 €	729,69 €	593,61 €	593,61 €
Minimum	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 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,92 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	414,24 €	0,00 €	0,00 €	489,70 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.329,36 €	2.779,24 €	3.665,66 €	1.638,44 €	5.227,09 €	6.070,43 €	6.070,43 €

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



**Tabelle 119: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinische 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	15,38 €	0,000	15,38 €	0,000	70,28 €	0,008
IG (vs. KG)	-8,44 €	0,044	-8,44 €	0,044	-0,38 €	0,932
Post (vs. Prä)	290,63 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-110,04 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			388,33 €	0,000	369,19 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			189,42 €	0,000	168,00 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-114,49 €	0,000	-121,91 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-105,61 €	0,000	-113,38 €	0,000
Alter (30-47 J. vs. U30)					-21,51 €	0,363
Alter (48-64 J. vs. U30)					-10,02 €	0,660
Alter (Ü64 vs. U30)					-105,51 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-13,88 €	0,347
F 00 (Demenz)					-108,43 €	0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-43,17 €	0,231
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-179,57 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-50,93 €	0,079
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					84,02 €	0,314
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-118,40 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					57,82 €	0,077
F 30-39 (Affektive Störungen)					52,11 €	0,032
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					34,34 €	0,268
F 45 (Somatoforme Störungen)					52,18 €	0,051
F 40-48 (ohne F43 und F45)					59,37 €	0,313
F 50 (Essstörungen)					156,41 €	0,118
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					43,24 €	0,495
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-91,31 €	0,039
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					52,21 €	0,794
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-127,37 €	0,014
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					23,13 €	0,036
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					48,58 €	0,643
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					481,88 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-41,05 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,068		0,097		0,142

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

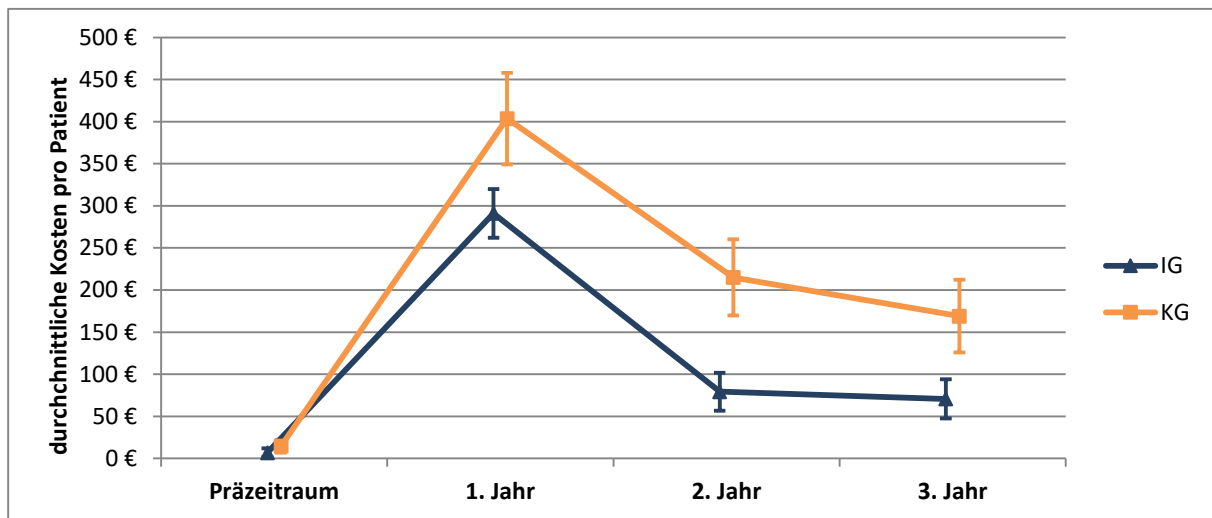
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	11	337	76	65	20	347	132	100
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>6,81 €</b>	<b>291,04 €</b>	<b>79,19 €</b>	<b>70,66 €</b>	<b>14,59 €</b>	<b>403,64 €</b>	<b>214,95 €</b>	<b>169,00 €</b>
Standardabweichung	68,33 €	390,42 €	298,82 €	302,42 €	103,17 €	733,85 €	601,38 €	562,23 €
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 €	414,24 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	484,67 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.263,94 €	2.002,72 €	2.170,00 €	2.733,82 €	1.319,12 €	5.227,09 €	6.070,43 €	7.521,72 €

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

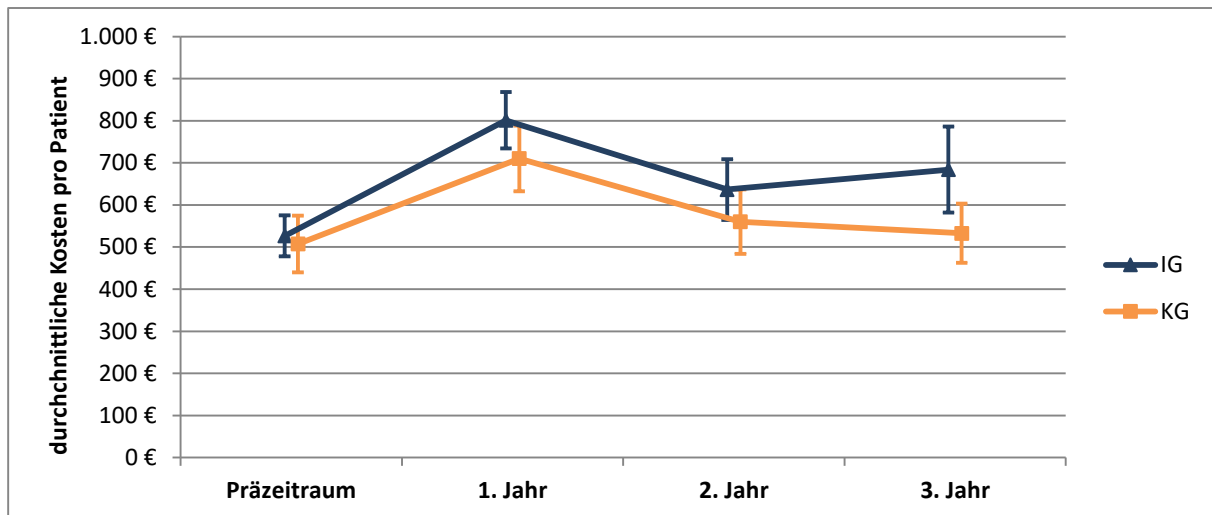


**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	234	272	182	169	212	264	190	185
durchschnittliche Kosten	526,57 €	801,31 €	636,69 €	684,00 €	507,38 €	710,36 €	560,31 €	532,71 €
Standardabweichung	473,25 €	651,92 €	689,91 €	961,47 €	658,76 €	765,67 €	735,08 €	665,07 €
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	399,72 €	828,48 €	294,24 €	0,00 €	275,34 €	606,17 €	260,11 €	309,86 €
75%-Perzentil	948,27 €	1.380,76 €	1.416,96 €	1.230,58 €	784,65 €	1.012,77 €	889,85 €	851,40 €
Maximum	1.410,00 €	1.973,06 €	2.057,51 €	6.338,48 €	4.303,23 €	3.901,12 €	4.447,53 €	4.212,66 €

**Abbildung 71: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**



## 10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

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

### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Da **sonstige im Krankenhaus erbrachte psychiatrische Leistungen** nur in relativ geringem Umfang in Anspruch genommen wurde, entfällt eine Interpretation der Ergebnisse (vgl. Tabelle 122 bis Tabelle 130 und Abbildung 72 bis Abbildung 77).

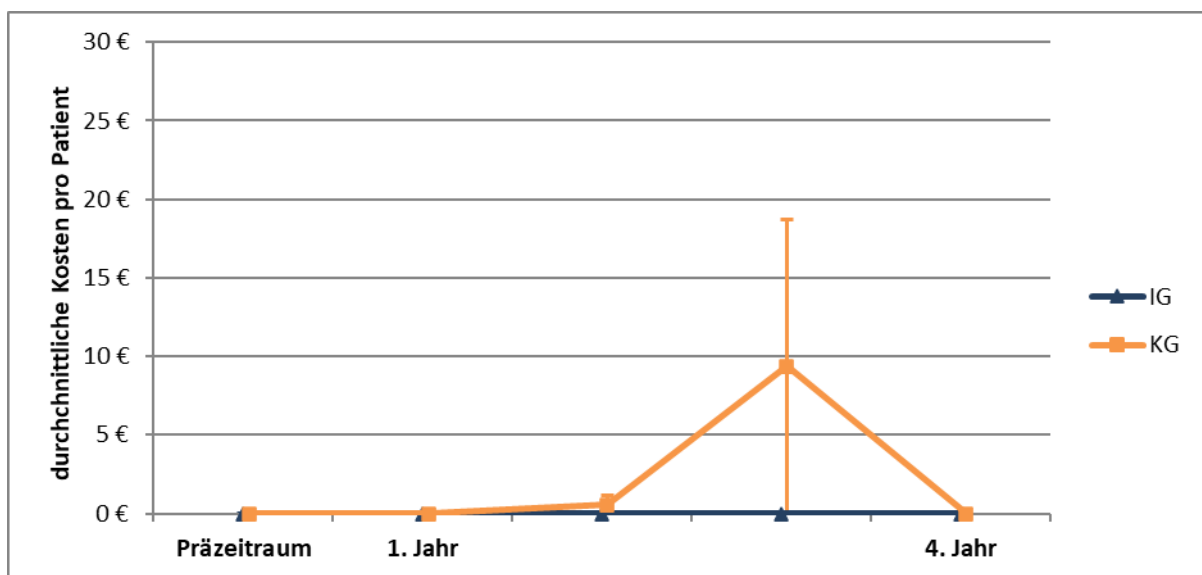
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,56 €	9,35 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	10,41 €	142,17 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	191,98 €	2.514,36 €	0,00 €

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

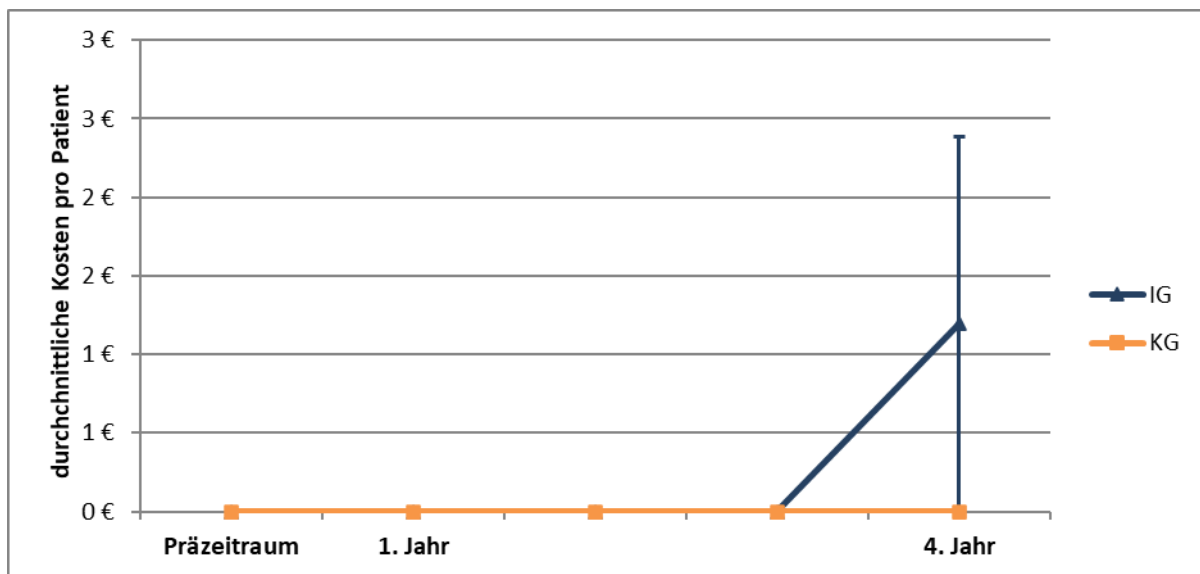


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 123: 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	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1,19 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	20,23 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	342,72 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

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



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

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.



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

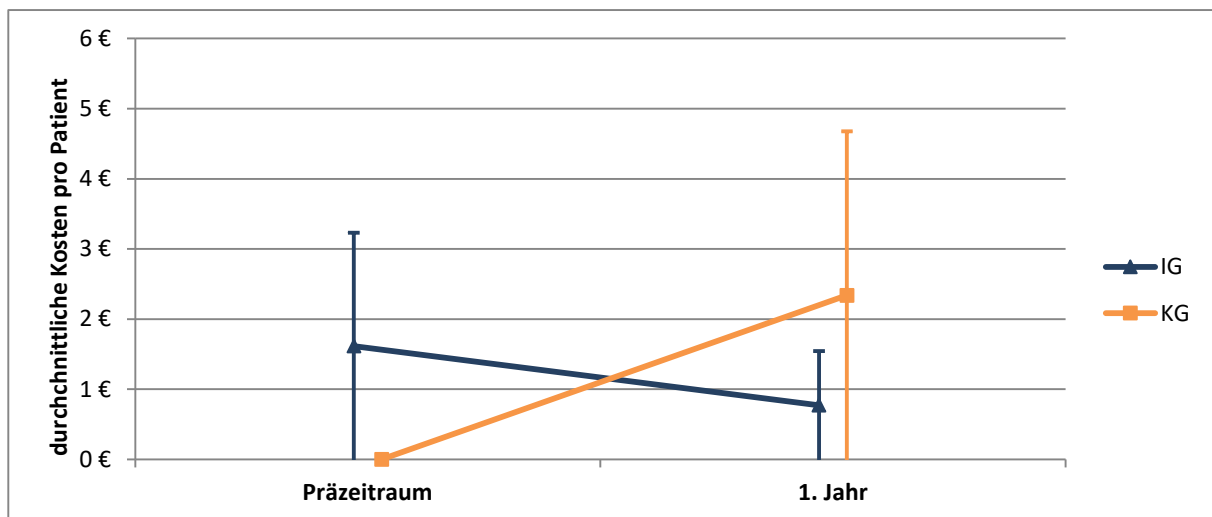
Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1,62 €</b>	<b>0,77 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>2,34 €</b>
Standardabweichung	59,56 €	16,11 €	0,00 €	51,78 €
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	2.195,56 €	501,34 €	0,00 €	1.499,22 €

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

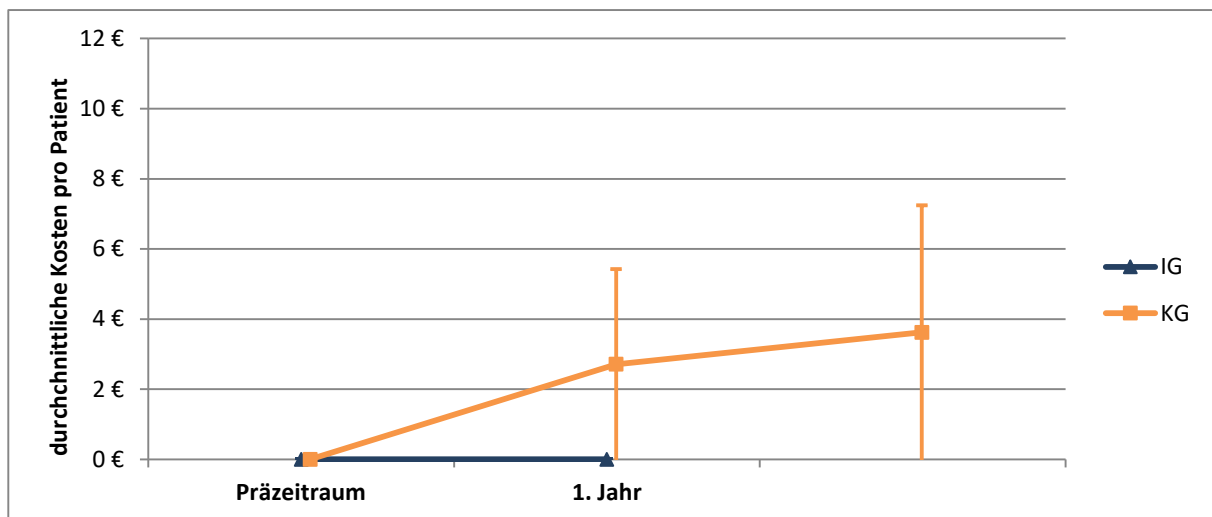


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>2,71 €</b>	<b>3,62 €</b>
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	58,16 €	99,02 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.499,22 €	3.122,03 €

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



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

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

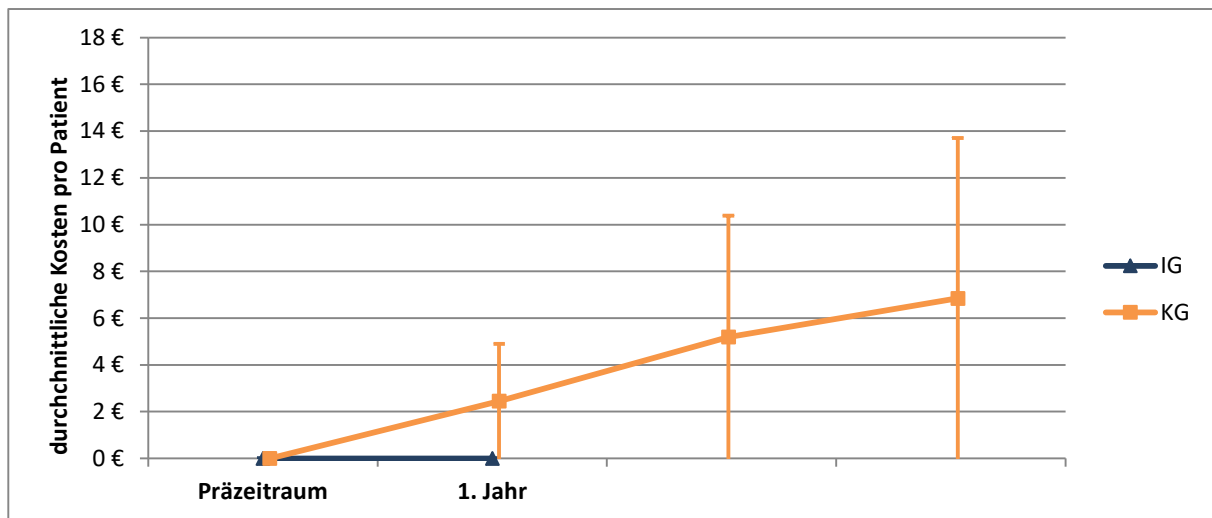
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>2,45 €</b>	<b>5,19 €</b>	<b>6,85 €</b>
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	57,29 €	120,44 €	112,75 €
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 €	0,00 €	0,00 €	1.499,22 €	3.122,03 €	2.514,36 €

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

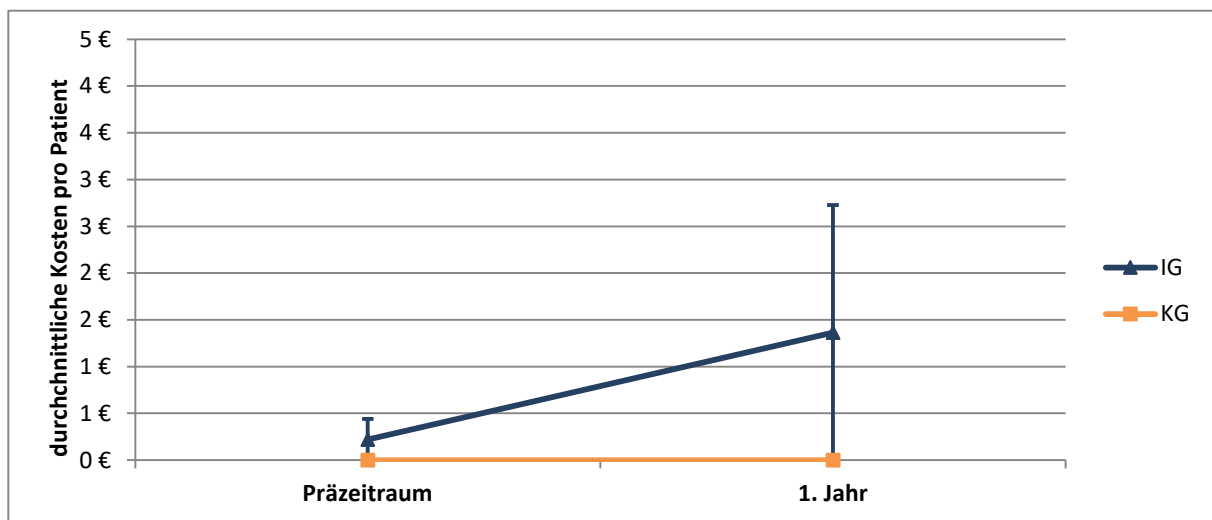


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 130: 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	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,22 €	1,36 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	4,21 €	26,10 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
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	80,50 €	499,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

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



## 10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

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

### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** im Präzeitraum in IG und KG in etwa gleich hoch (IG: 169,99 €; KG: 162,76 €; vgl. Tabelle 131, Tabelle 133 und Abbildung 78). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 329,93 € und in der KG auf 266,69 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 56,01 € nicht signifikant stärker aus.

Vom zweiten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen konstant weiter, wobei die IG durchgehend teurer war als die KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 48,03 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 133).

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im Präzeitraum höhere Kosten als die KG auf (IG: 195,93 €; KG: 138,31 €; vgl. Tabelle 132, Tabelle 134 und Abbildung 79). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in der IG auf 293,34 € an, während in der KG lediglich ein Anstieg auf 151,97 € zu verzeichnen war. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG in Relation zur KG um 83,75 € signifikant stärker aus.

Ab dem zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG bis zum vierten Jahr, während sie in der KG bis zum dritten Jahr in etwa konstant blieben und im vierten Jahr ebenfalls sanken. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG relativ zur KG um 50,21 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 134).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum leicht höhere Kosten als die KG auf (IG: 201,00 €; KG: 180,30 €; vgl. Tabelle 135 und Abbildung 80). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an: in der IG auf 288,28 € und in der KG auf 244,81 €. Dementsprechend fiel der Kostenanstieg in der IG um 22,77 € stärker aus.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum etwas höhere Kosten als die KG auf (IG: 202,85 €; KG: 178,14 €; vgl. Tabelle 136, Tabelle 137 und Abbildung 81). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 326,35 € und in der KG auf 279,74 €. Der Kostenanstieg vom ersten Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 21,91 € nicht signifikant stärker aus.

Im zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen: in der IG auf 229,44 € und in der KG auf 192,27 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG in Relation zur KG um 17,31 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 137).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Muster zu U1 identisch (vgl. Tabelle 138 und Abbildung 82).

Auch bei den linikbekannten Patienten war das Muster ebenfalls mit U1 vergleichbar (vgl. Tabelle 139 und Abbildung 83).



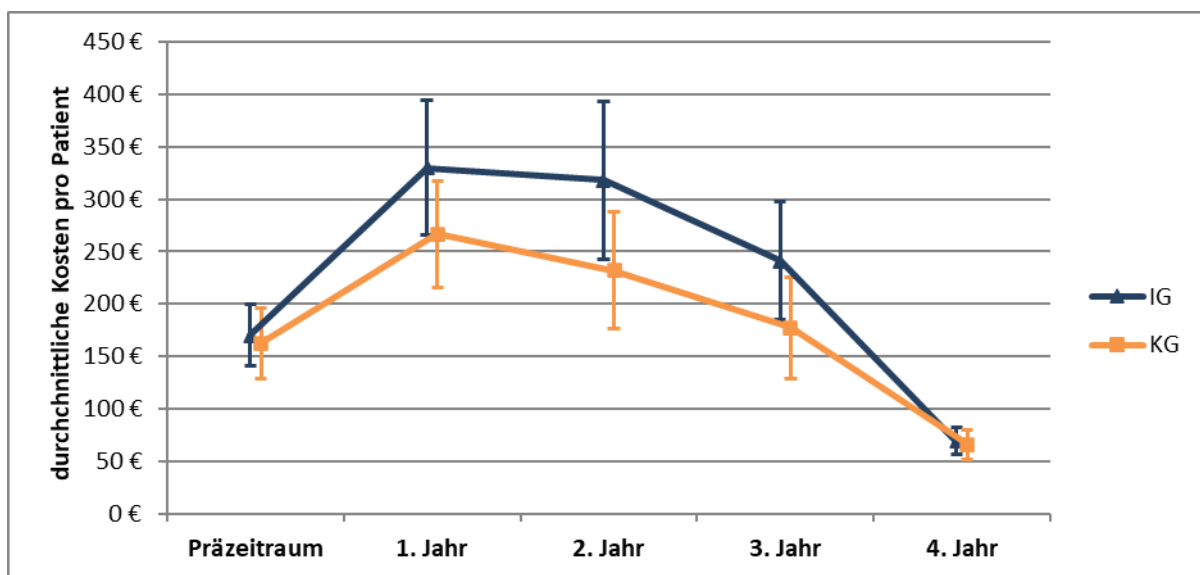
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	296	311	285	269	210	312	325	278	257	224
durchschnittliche Kosten	169,99 €	329,93 €	318,06 €	241,29 €	69,06 €	162,76 €	266,69 €	232,08 €	177,23 €	65,64 €
Standardabweichung	279,73 €	613,25 €	704,88 €	517,04 €	118,53 €	324,10 €	484,24 €	525,43 €	446,48 €	124,79 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	14,33 €	28,87 €	18,82 €	15,54 €	0,00 €	20,97 €	37,04 €	12,67 €	8,34 €	0,00 €
Median	65,74 €	86,54 €	67,73 €	52,62 €	18,51 €	67,67 €	97,66 €	60,30 €	49,88 €	19,24 €
75%-Perzentil	220,50 €	315,05 €	224,37 €	209,63 €	77,07 €	161,77 €	267,34 €	193,75 €	142,34 €	68,60 €
Maximum	2.382,43 €	3.479,62 €	4.763,87 €	3.756,88 €	874,13 €	2.731,81 €	3.102,43 €	4.498,31 €	4.029,63 €	1.036,36 €

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

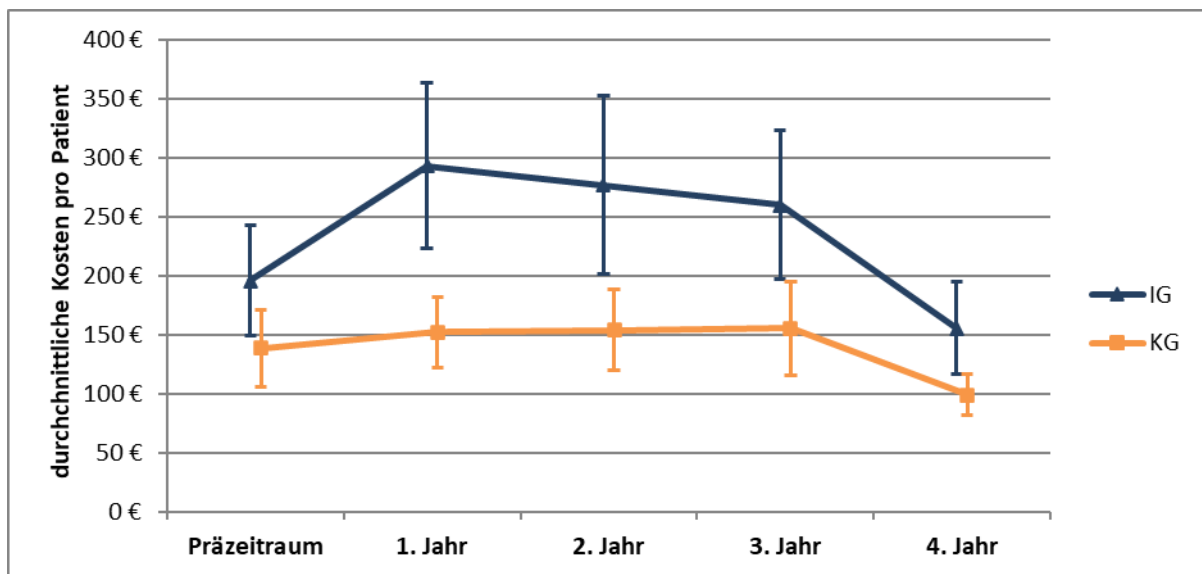


**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	309	304	289	264	247	290	299	271	262	237
durchschnittliche Kosten	195,93 €	293,34 €	276,89 €	260,20 €	155,35 €	138,31 €	151,97 €	153,95 €	155,28 €	98,95 €
Standardabweichung	431,30 €	643,97 €	678,63 €	561,33 €	338,82 €	294,49 €	278,34 €	305,69 €	349,71 €	151,49 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	17,15 €	34,47 €	31,44 €	31,83 €	19,18 €	18,40 €	32,70 €	26,79 €	30,89 €	14,44 €
Median	59,62 €	83,32 €	80,77 €	71,38 €	53,73 €	57,52 €	72,46 €	69,28 €	73,14 €	46,36 €
75%-Perzentil	196,74 €	246,69 €	208,78 €	220,42 €	135,52 €	138,07 €	163,91 €	149,87 €	158,91 €	109,97 €
Maximum	5.434,36 €	7.027,24 €	7.297,19 €	4.780,30 €	2.970,24 €	2.873,50 €	3.138,74 €	2.463,42 €	4.168,17 €	1.003,38 €

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



**Tabelle 133: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) 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	162,76 €	0,000	162,76 €	0,000	73,18 €	0,189
IG (vs. KG)	7,23 €	0,752	7,23 €	0,752	17,59 €	0,403
Post (vs. Prä)	25,21 €	0,232				
IG x Post (DiD)	48,03 €	0,114				
1. Jahr (vs. Prä)			103,93 €	0,000	207,98 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			69,32 €	0,017	170,78 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			14,47 €	0,604	111,00 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-97,12 €	0,000	-0,37 €	0,984
IG x Jahr 1 (DiD)			56,01 €	0,157	47,26 €	0,236
IG x Jahr 2 (DiD)			78,75 €	0,097	69,14 €	0,146
IG x Jahr 3 (DiD)			56,83 €	0,152	49,65 €	0,210
IG x Jahr 4 (DiD)			-3,81 €	0,872	-15,13 €	0,515
Alter (30-47 J. vs. U30)					12,18 €	0,768
Alter (48-64 J. vs. U30)					11,13 €	0,780
Alter (Ü64 vs. U30)					-125,01 €	0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					6,64 €	0,795
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-3,39 €	0,930
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-8,25 €	0,801
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					24,42 €	0,573
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-67,45 €	0,054
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-128,82 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					16,16 €	0,681
F 30-39 (Affektive Störungen)					94,04 €	0,029
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					139,67 €	0,053
F 45 (Somatoforme Störungen)					-31,08 €	0,483
F 40-48 (ohne F43 und F45)					138,93 €	0,192
F 50 (Essstörungen)					160,10 €	0,469
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					152,87 €	0,356
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-59,19 €	0,230
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-107,07 €	0,141
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-259,13 €	0,014
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					94,38 €	0,088
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					259,74 €	0,542
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					159,77 €	0,291
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					99,01 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,005		0,035		0,104

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

**Tabelle 134: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	138,31 €	0,000	138,31 €	0,000	32,38 €	0,636
IG (vs. KG)	57,62 €	0,047	57,62 €	0,047	57,61 €	0,034
Post (vs. Prä)	2,47 €	0,869				
IG x Post (DiD)	50,21 €	0,119				
1. Jahr (vs. Prä)			13,66 €	0,283	88,92 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			15,64 €	0,382	87,94 €	0,002
3. Jahr (vs. Prä)			16,97 €	0,478	87,86 €	0,007
4. Jahr (vs. Prä)			-39,36 €	0,021	28,28 €	0,334
IG x Jahr 1 (DiD)			83,75 €	0,018	85,19 €	0,013
IG x Jahr 2 (DiD)			65,32 €	0,111	68,46 €	0,092
IG x Jahr 3 (DiD)			47,29 €	0,235	49,56 €	0,210
IG x Jahr 4 (DiD)			-1,22 €	0,969	0,29 €	0,993
Alter (30-47 J. vs. U30)					150,95 €	0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					31,39 €	0,340
Alter (Ü64 vs. U30)					-28,89 €	0,442
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					23,35 €	0,445
F 01 (Vaskuläre Demenz)					40,38 €	0,535
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-10,41 €	0,689
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-27,94 €	0,609
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-86,75 €	0,087
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-74,82 €	0,107
F 30-39 (Affektive Störungen)					141,34 €	0,011
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					46,27 €	0,471
F 45 (Somatoforme Störungen)					7,51 €	0,916
F 40-48 (ohne F43 und F45)					30,80 €	0,779
F 50 (Essstörungen)					441,19 €	0,132
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					47,33 €	0,554
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-128,98 €	0,002
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					15,38 €	0,570
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-112,99 €	0,081
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,91 €	0,971
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-61,26 €	0,146
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-43,85 €	0,117
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					119,36 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,013		0,020		0,092

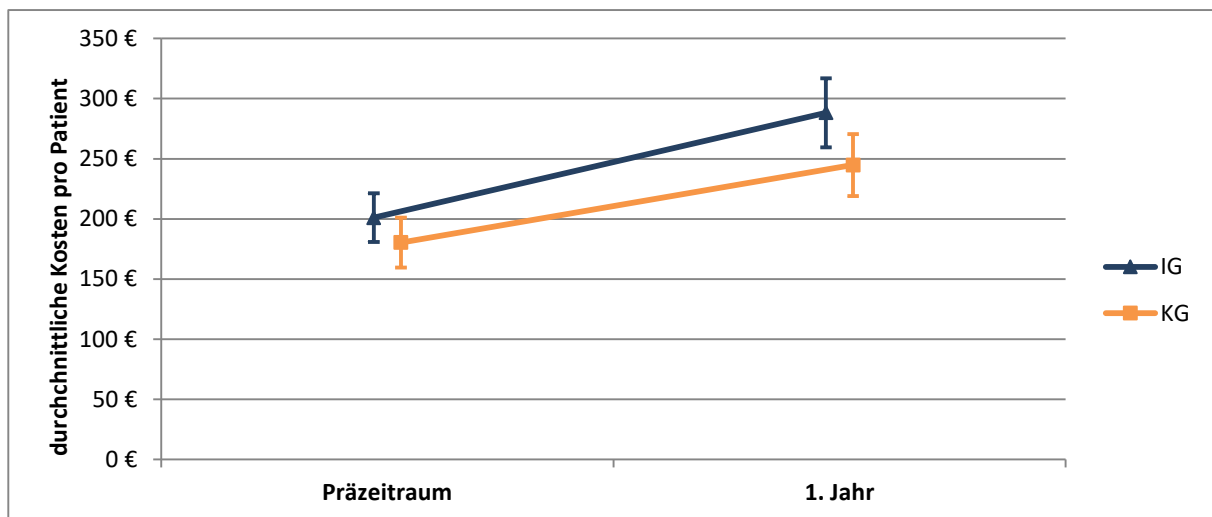
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	1.169	1.200	1.193	1.209
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>201,00 €</b>	<b>288,28 €</b>	<b>180,30 €</b>	<b>244,81 €</b>
Standardabweichung	381,20 €	539,38 €	388,78 €	485,47 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	19,26 €	26,72 €	24,49 €	26,42 €
Median	75,39 €	88,48 €	70,63 €	85,04 €
75%-Perzentil	234,86 €	281,42 €	173,70 €	226,37 €
Maximum	4.150,88 €	3.861,97 €	5.865,58 €	3.873,95 €

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

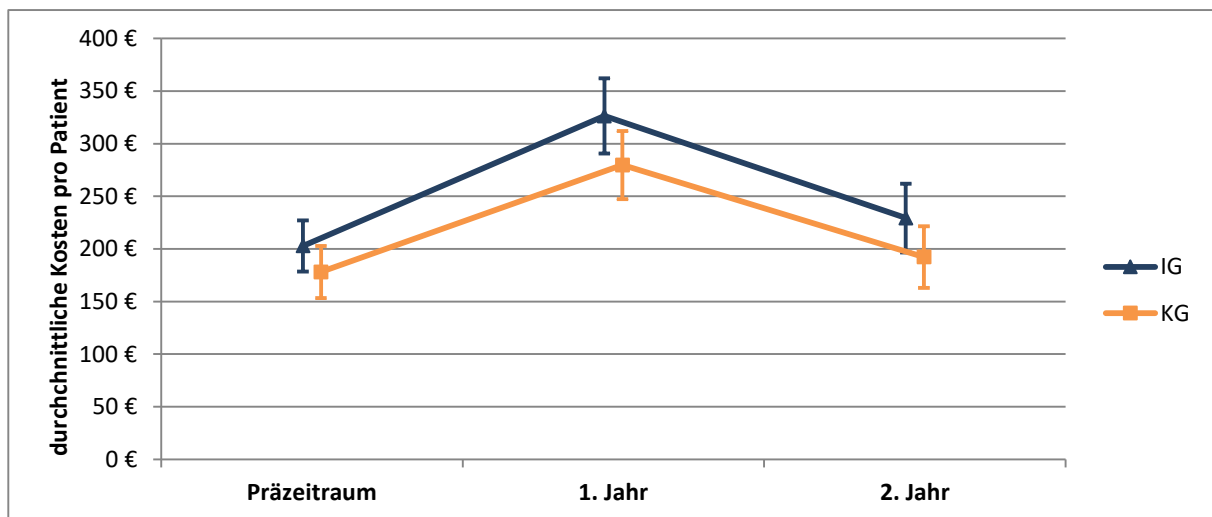


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

	IG			KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003	1.003
N mit Fall	890	933	784	903	946	776	776
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>202,85 €</b>	<b>326,35 €</b>	<b>229,44 €</b>	<b>178,14 €</b>	<b>279,74 €</b>	<b>192,27 €</b>	<b>192,27 €</b>
Standardabweichung	401,15 €	588,50 €	527,88 €	406,93 €	533,24 €	472,24 €	472,24 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	17,11 €	29,42 €	6,95 €	22,46 €	32,35 €	5,33 €	5,33 €
Median	69,33 €	98,93 €	46,50 €	69,63 €	97,06 €	43,70 €	43,70 €
75%-Perzentil	232,26 €	318,52 €	193,11 €	165,69 €	260,79 €	149,20 €	149,20 €
Maximum	4.150,88 €	3.861,97 €	4.763,87 €	5.865,58 €	3.873,95 €	4.498,31 €	4.498,31 €

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



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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	178,14 €	0,000	178,14 €	0,000	-25,72 €	0,460
IG (vs. KG)	24,71 €	0,163	24,71 €	0,163	30,12 €	0,071
Post (vs. Prä)	58,64 €	0,000				
IG x Post (DiD)	17,31 €	0,422				
1. Jahr (vs. Prä)			101,60 €	0,000	238,18 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			14,13 €	0,380	148,23 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			21,91 €	0,354	15,36 €	0,513
IG x Jahr 2 (DiD)			12,46 €	0,615	4,87 €	0,842
Alter (30-47 J. vs. U30)					61,13 €	0,015
Alter (48-64 J. vs. U30)					73,82 €	0,003
Alter (Ü64 vs. U30)					-82,53 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					25,26 €	0,153
F 00 (Demenz)					-55,26 €	0,109
F 01 (Vaskuläre Demenz)					14,61 €	0,630
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-122,92 €	0,032
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					36,22 €	0,253
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-19,41 €	0,607
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-111,43 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					65,83 €	0,077
F 30-39 (Affektive Störungen)					112,71 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					157,75 €	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-5,92 €	0,848
F 40-48 (ohne F43 und F45)					111,57 €	0,094
F 50 (Essstörungen)					143,49 €	0,132
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					114,73 €	0,141
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-56,50 €	0,087
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-117,88 €	0,005
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-31,46 €	0,629
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					58,00 €	0,156
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					43,30 €	0,771
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					225,14 €	0,180
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					142,80 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,006		0,011		0,078

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

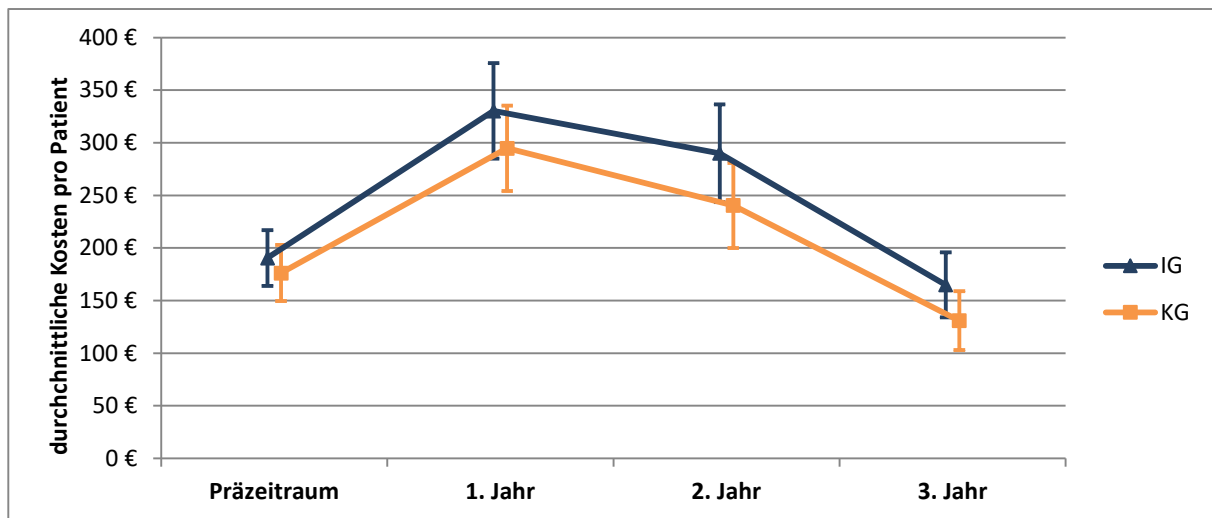
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	594	626	563	478	607	637	557	451
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>190,48 €</b>	<b>330,35 €</b>	<b>289,99 €</b>	<b>164,91 €</b>	<b>176,24 €</b>	<b>294,85 €</b>	<b>240,43 €</b>	<b>130,95 €</b>
Standardabweichung	357,44 €	611,94 €	615,19 €	404,72 €	360,10 €	546,31 €	538,23 €	365,09 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	16,62 €	31,23 €	16,84 €	0,00 €	22,58 €	36,95 €	15,86 €	0,00 €
Median	66,85 €	98,05 €	68,85 €	32,89 €	69,74 €	105,44 €	62,30 €	27,41 €
75%-Perzentil	223,36 €	307,78 €	247,41 €	119,54 €	167,09 €	279,63 €	187,46 €	98,46 €
Maximum	2.993,29 €	3.861,97 €	4.763,87 €	3.756,88 €	3.749,95 €	3.691,06 €	4.498,31 €	4.029,63 €

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



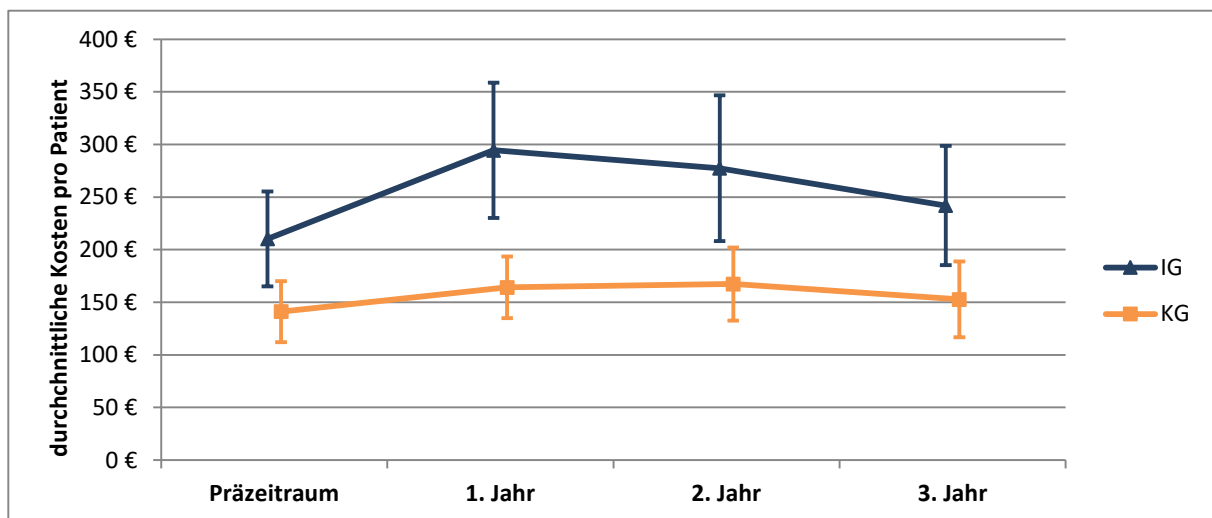


**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	349	345	324	298	335	345	313	302
durchschnittliche Kosten	210,28 €	294,49 €	277,42 €	242,01 €	141,19 €	164,18 €	167,39 €	152,71 €
Standardabweichung	441,36 €	627,07 €	661,78 €	531,51 €	284,93 €	287,85 €	332,73 €	341,14 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	18,56 €	35,86 €	31,56 €	29,04 €	21,76 €	34,90 €	28,46 €	29,14 €
Median	63,82 €	85,44 €	80,77 €	70,14 €	61,39 €	77,68 €	73,07 €	72,67 €
75%-Perzentil	200,45 €	256,94 €	220,78 €	205,17 €	144,51 €	177,18 €	159,95 €	156,89 €
Maximum	5.434,36 €	7.027,24 €	7.297,19 €	4.780,30 €	2.873,50 €	3.138,74 €	2.748,07 €	4.168,17 €

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



## 10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung

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

### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung befanden sich die **Kosten der Psychopharmakaversorgung** in der IG im Präzeitraum mit 168,37 € oberhalb jener der KG mit 122,96 € (vgl. Tabelle 140, Tabelle 142 und Abbildung 84). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten auf ein gleich hohes Niveau an: in der IG auf 256,10 € und in der KG auf 254,04 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 43,35 € signifikant weniger stark aus.

Vom zweiten bis zum vierten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten wieder, wobei die IG dauerhaft teurer ausfiel als die KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG in Relation zur KG um 9,56 € nicht signifikant weniger stark (vgl. Tabelle 142).

Bei den linikbekannten Patienten ergab sich ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 141, Tabelle 143 und Abbildung 85). Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG relativ zur KG um 28,87 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 143).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum höhere Kosten als die KG auf (IG: 155,45 €; KG: 121,81 €; vgl. Tabelle 144 und Abbildung 86). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 207,30 € und in der KG auf 211,04 €. Der Anstieg fiel in der IG um 37,38 € weniger stark aus als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum mit 166,91 € höhere Kosten als die KG mit 115,51 € auf (vgl. Tabelle 145, Tabelle 146 und Abbildung 87). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 218,52 € und in der KG auf 213,61 €. Der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG somit um 46,49 € signifikant weniger stark aus als in der KG.

Im zweiten Jahr blieben die Kosten in der IG mit 209,27 € in etwa konstant, während sie in der KG auf 170,31 € sanken. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 29,76 € nicht signifikant weniger stark an als in der KG (vgl. Tabelle 146).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiederholte sich das aus U1 bekannte Muster (vgl. Tabelle 147 und Abbildung 88).

Bei den linikbekannten Patienten ergab sich ebenfalls das aus U1 bekannte Muster (vgl. Tabelle 148 und Abbildung 89).

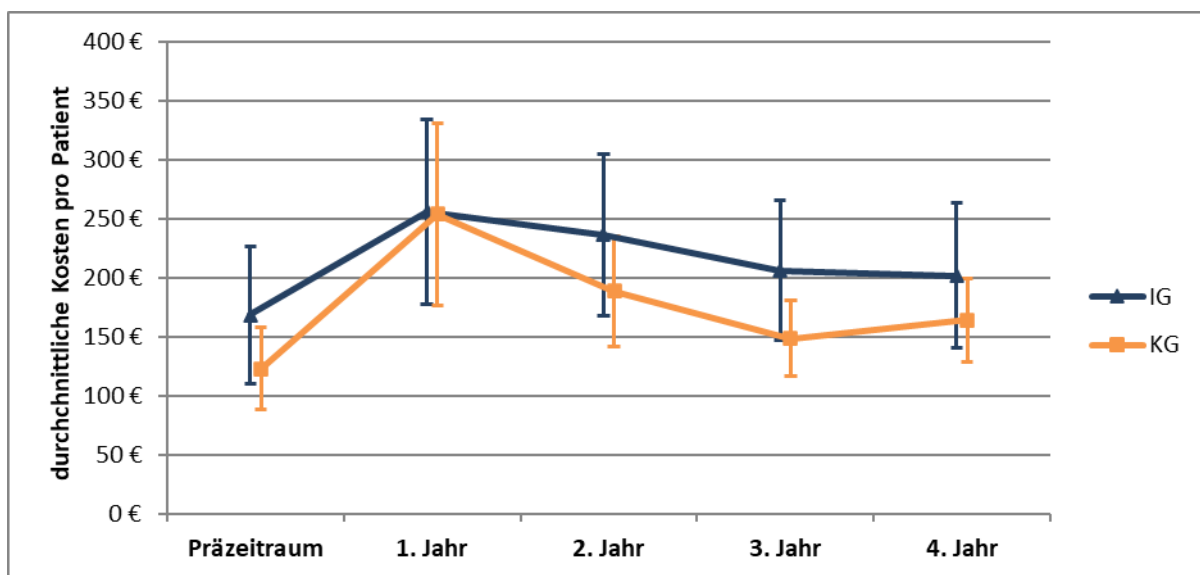
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	198	217	180	171	162	184	218	190	163	157
durchschnittliche Kosten	168,37 €	256,10 €	236,42 €	206,16 €	201,84 €	122,96 €	254,04 €	188,66 €	148,33 €	163,88 €
Standardabweichung	555,86 €	746,07 €	639,44 €	543,76 €	555,08 €	336,75 €	741,13 €	439,16 €	294,66 €	323,51 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	18,31 €	57,46 €	17,23 €	14,59 €	14,30 €	12,88 €	46,31 €	26,48 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	128,51 €	212,03 €	212,18 €	190,59 €	184,55 €	90,15 €	260,06 €	196,73 €	139,35 €	159,39 €
Maximum	6.413,43 €	9.587,54 €	8.169,64 €	6.987,44 €	6.614,15 €	3.724,00 €	11.783,97 €	5.630,19 €	1.759,12 €	1.820,60 €

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

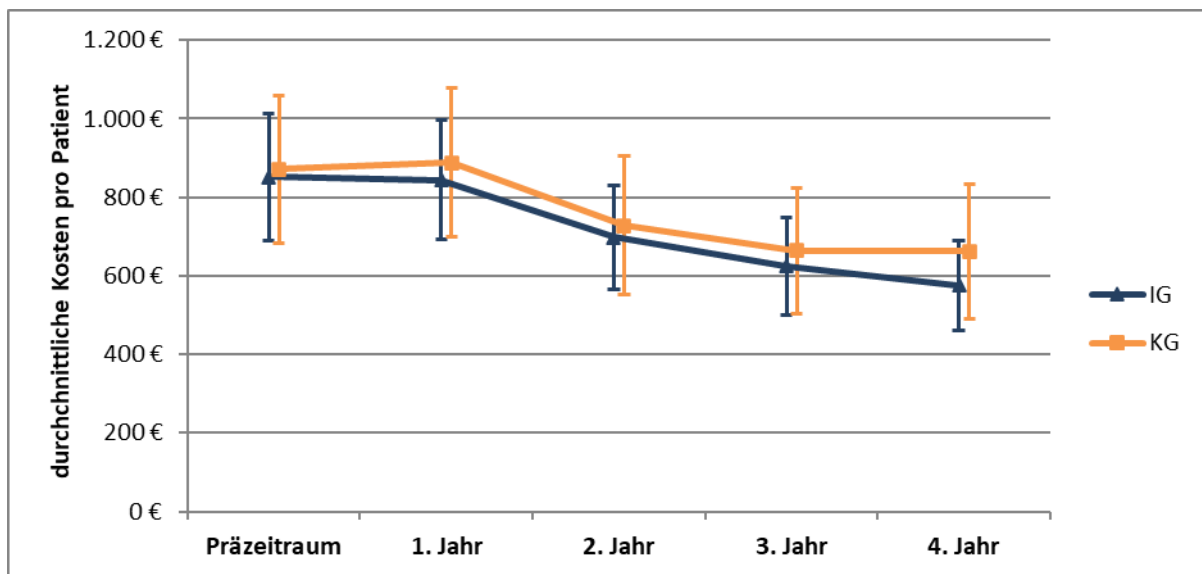


**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	267	271	246	228	222	240	239	227	217	204
durchschnittliche Kosten	851,00 €	843,94 €	697,50 €	624,57 €	576,21 €	870,79 €	888,07 €	728,32 €	663,65 €	661,63 €
Standardabweichung	1.492,58 €	1.406,46 €	1.193,78 €	1.093,57 €	986,00 €	1.707,50 €	1.726,63 €	1.590,08 €	1.424,84 €	1.477,30 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	39,32 €	74,01 €	24,13 €	16,06 €	33,36 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	286,92 €	335,08 €	291,50 €	245,87 €	238,97 €	188,85 €	241,55 €	172,92 €	168,96 €	189,03 €
75%-Perzentil	876,53 €	941,06 €	761,35 €	745,47 €	620,67 €	831,65 €	843,71 €	717,34 €	709,56 €	706,42 €
Maximum	10.664,87 €	10.469,02 €	8.605,71 €	9.430,05 €	7.431,57 €	9.032,30 €	11.982,45 €	12.349,49 €	10.957,94 €	10.286,43 €

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



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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	122,96 €	0,000	122,96 €	0,000	-124,03 €	0,235
IG (vs. KG)	45,41 €	0,192	45,41 €	0,192	52,56 €	0,116
Post (vs. Prä)	67,15 €	0,002				
IG x Post (DiD)	-9,56 €	0,756				
1. Jahr (vs. Prä)			131,08 €	0,001	220,84 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			65,70 €	0,009	159,66 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			25,37 €	0,163	120,81 €	0,003
4. Jahr (vs. Prä)			40,92 €	0,042	136,88 €	0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-43,35 €	0,371	-51,10 €	0,296
IG x Jahr 2 (DiD)			2,34 €	0,947	-8,06 €	0,816
IG x Jahr 3 (DiD)			12,42 €	0,683	3,80 €	0,899
IG x Jahr 4 (DiD)			-7,45 €	0,824	-16,68 €	0,615
Alter (30-47 J. vs. U30)					34,01 €	0,486
Alter (48-64 J. vs. U30)					9,14 €	0,846
Alter (Ü64 vs. U30)					30,27 €	0,609
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-14,75 €	0,586
F 01 (Vaskuläre Demenz)					205,15 €	0,023
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-625,22 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					266,32 €	0,009
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					66,64 €	0,536
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					27,41 €	0,763
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					652,02 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					121,49 €	0,068
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					37,36 €	0,529
F 45 (Somatoforme Störungen)					49,49 €	0,405
F 40-48 (ohne F43 und F45)					65,33 €	0,423
F 50 (Essstörungen)					-71,08 €	0,169
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					118,22 €	0,246
F 70-79 (Intelligenzstörung)					75,22 €	0,466
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					475,92 €	0,272
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-139,38 €	0,089
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					120,87 €	0,132
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					50,12 €	0,803
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					241,75 €	0,202
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					78,99 €	0,104
R <sup>2</sup>		0,003		0,006		0,129

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

**Tabelle 143: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	870,79 €	0,000	870,79 €	0,000	-475,92 €	0,005
IG (vs. KG)	-19,79 €	0,875	-19,79 €	0,875	-80,48 €	0,485
Post (vs. Prä)	-132,02 €	0,017				
IG x Post (DiD)	-28,87 €	0,689				
1. Jahr (vs. Prä)			17,27 €	0,718	1.027,05 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-142,47 €	0,028	866,47 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-207,14 €	0,003	803,44 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-209,17 €	0,007	804,05 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-24,33 €	0,710	27,17 €	0,695
IG x Jahr 2 (DiD)			-11,03 €	0,893	30,32 €	0,718
IG x Jahr 3 (DiD)			-19,29 €	0,829	20,09 €	0,821
IG x Jahr 4 (DiD)			-65,63 €	0,502	-39,55 €	0,686
Alter (30-47 J. vs. U30)					274,72 €	0,013
Alter (48-64 J. vs. U30)					413,92 €	0,000
Alter (Ü64 vs. U30)					2,65 €	0,982
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-145,55 €	0,129
F 01 (Vaskuläre Demenz)					103,80 €	0,664
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					279,56 €	0,011
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					399,52 €	0,091
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-426,15 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					935,52 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					-107,82 €	0,272
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-212,50 €	0,016
F 45 (Somatoforme Störungen)					-260,44 €	0,001
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-525,79 €	0,018
F 50 (Essstörungen)					96,59 €	0,627
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					82,25 €	0,588
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-6,59 €	0,957
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-168,43 €	0,143
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-240,04 €	0,114
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					237,68 €	0,048
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-310,75 €	0,034
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					489,56 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					702,23 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,002		0,006		0,202

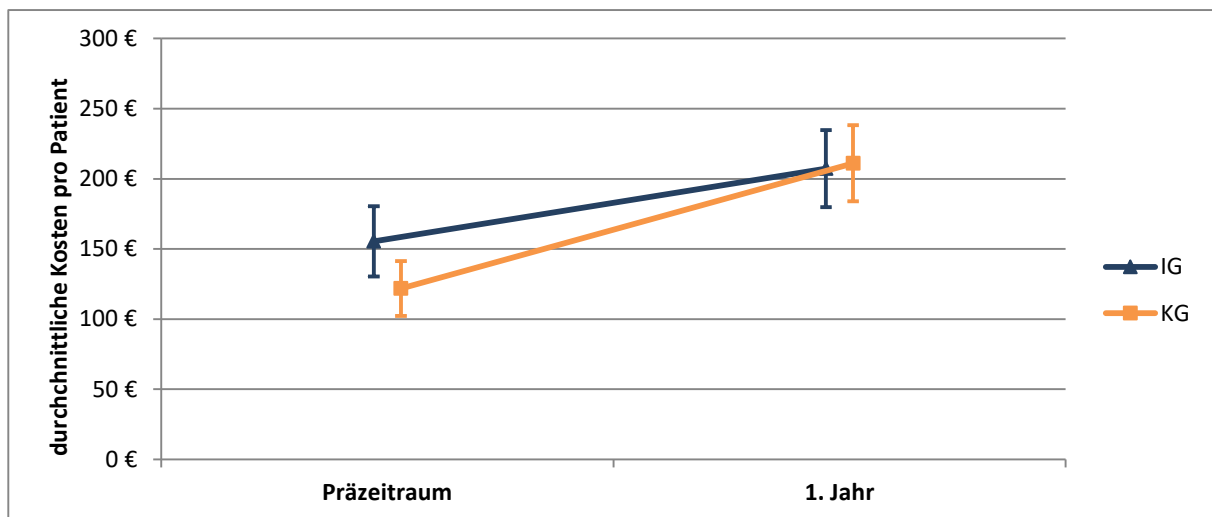
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	779	845	659	829
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>155,45 €</b>	<b>207,30 €</b>	<b>121,81 €</b>	<b>211,04 €</b>
Standardabweichung	470,35 €	516,02 €	368,48 €	510,09 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	16,66 €	48,99 €	0,00 €	42,51 €
75%-Perzentil	115,79 €	202,45 €	86,92 €	219,74 €
Maximum	6.413,43 €	9.587,54 €	7.331,09 €	11.783,97 €

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



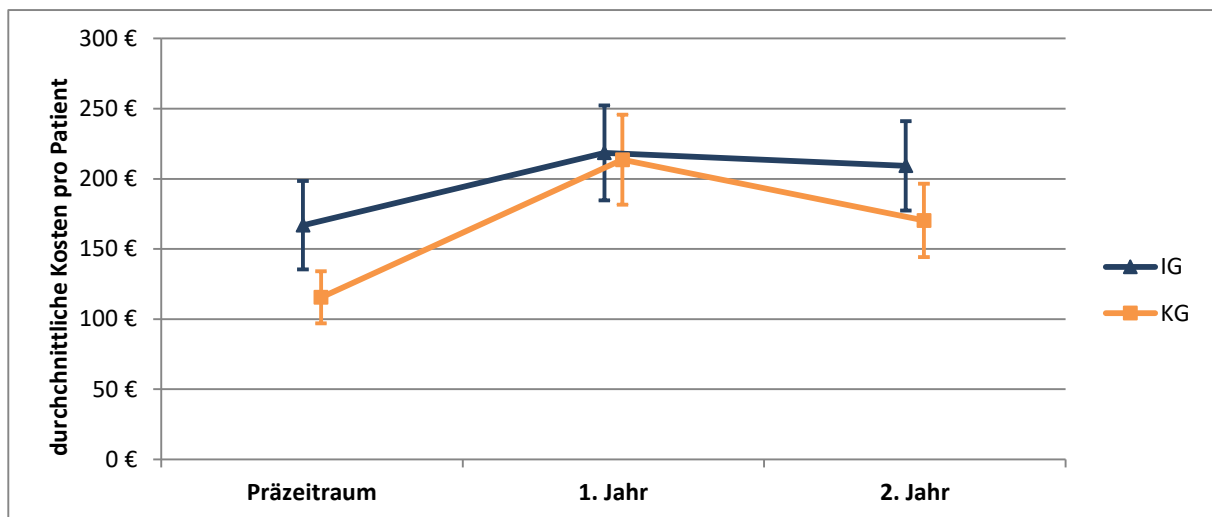


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

	IG			KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	1.003
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.039	1.003
N mit Fall	595	646	538	508	635	521	
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>166,91 €</b>	<b>218,52 €</b>	<b>209,27 €</b>	<b>115,51 €</b>	<b>213,61 €</b>	<b>170,31 €</b>	
Standardabweichung	519,17 €	556,72 €	515,77 €	305,93 €	528,18 €	421,57 €	
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	16,34 €	51,23 €	16,85 €	0,00 €	44,88 €	15,59 €	
75%-Perzentil	113,80 €	200,26 €	196,24 €	81,59 €	227,40 €	162,02 €	
Maximum	6.413,43 €	9.587,54 €	8.169,64 €	3.724,00 €	11.783,97 €	6.858,43 €	

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



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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	115,51 €	0,000	115,51 €	0,000	-143,65 €	0,002
IG (vs. KG)	51,40 €	0,006	51,40 €	0,006	48,71 €	0,004
Post (vs. Prä)	76,83 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-29,76 €	0,088				
1. Jahr (vs. Prä)			98,10 €	0,000	199,32 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			54,80 €	0,000	160,55 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-46,49 €	0,019	-51,08 €	0,009
IG x Jahr 2 (DiD)			-12,44 €	0,498	-18,14 €	0,322
Alter (30-47 J. vs. U30)					40,40 €	0,097
Alter (48-64 J. vs. U30)					75,25 €	0,003
Alter (Ü64 vs. U30)					43,66 €	0,157
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					23,97 €	0,148
F 00 (Demenz)					53,16 €	0,327
F 01 (Vaskuläre Demenz)					195,21 €	0,000
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-291,58 €	0,183
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					225,56 €	0,000
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					458,36 €	0,011
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-21,17 €	0,595
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					620,11 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					95,02 €	0,003
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					21,15 €	0,466
F 45 (Somatoforme Störungen)					5,94 €	0,840
F 40-48 (ohne F43 und F45)					40,94 €	0,266
F 50 (Essstörungen)					-35,87 €	0,169
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					179,10 €	0,028
F 70-79 (Intelligenzstörung)					331,56 €	0,017
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-37,58 €	0,872
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					17,33 €	0,729
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					54,44 €	0,139
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-79,36 €	0,382
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					174,16 €	0,066
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					105,28 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,005		0,006		0,154

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

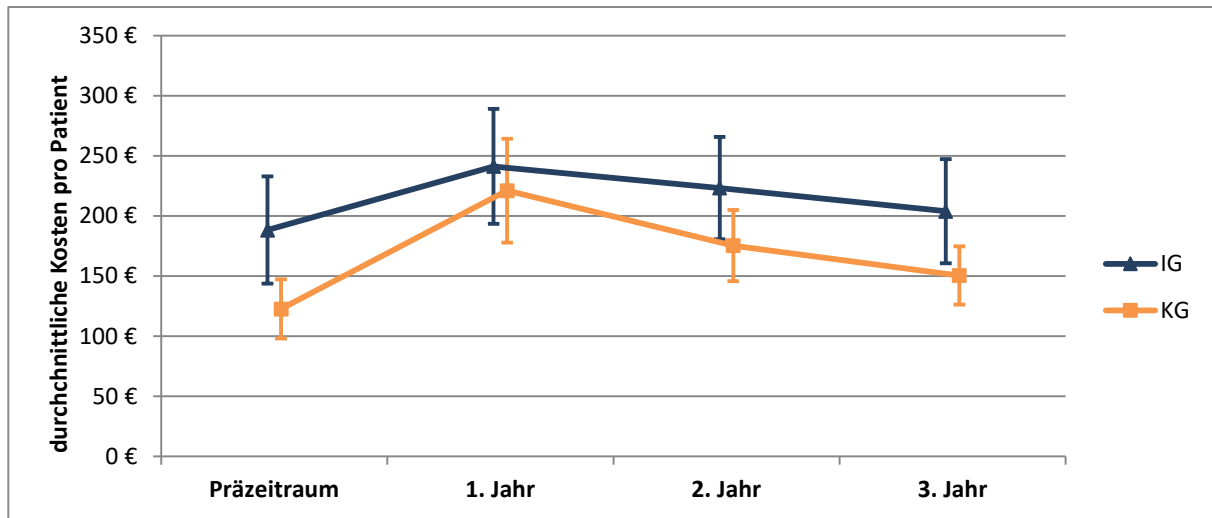
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	401	428	358	337	350	426	362	316
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>188,24 €</b>	<b>241,18 €</b>	<b>223,23 €</b>	<b>203,95 €</b>	<b>122,69 €</b>	<b>221,00 €</b>	<b>175,31 €</b>	<b>150,44 €</b>
Standardabweichung	599,62 €	642,55 €	563,45 €	565,98 €	331,32 €	580,71 €	393,22 €	316,44 €
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	17,23 €	47,36 €	15,90 €	13,31 €	11,25 €	44,74 €	18,34 €	0,00 €
75%-Perzentil	117,13 €	209,18 €	202,92 €	181,17 €	84,00 €	234,73 €	168,52 €	124,91 €
Maximum	6.413,43 €	9.587,54 €	8.169,64 €	6.987,44 €	3.724,00 €	11.783,97 €	5.630,19 €	2.223,22 €

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

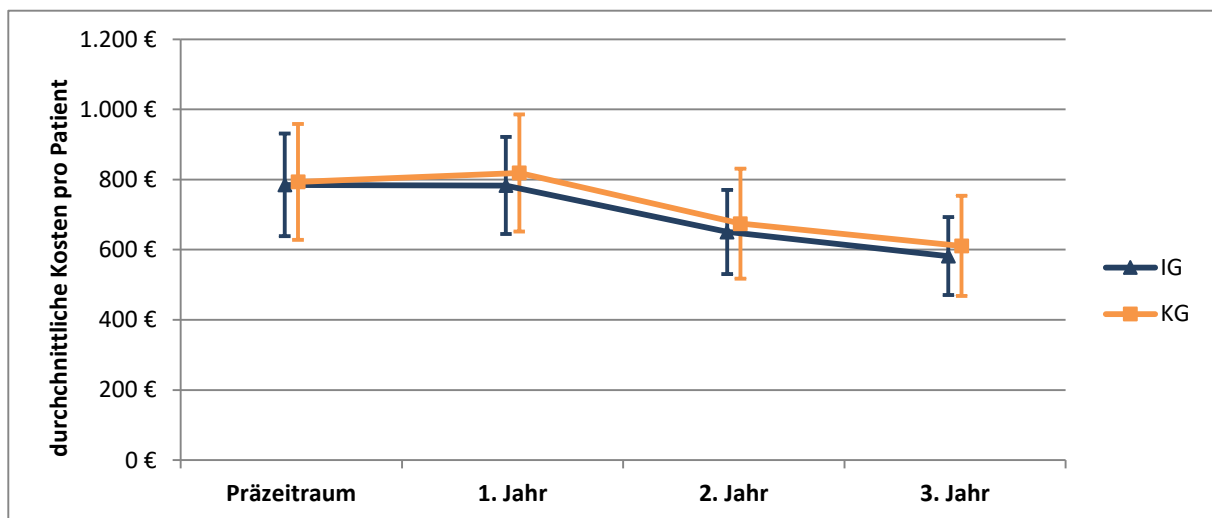


**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	297	302	271	252	268	271	254	240
durchschnittliche Kosten	784,87 €	783,20 €	650,73 €	581,58 €	793,41 €	818,93 €	674,26 €	610,93 €
Standardabweichung	1.427,18 €	1.348,58 €	1.145,13 €	1.043,76 €	1.621,88 €	1.638,74 €	1.504,75 €	1.348,36 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	31,20 €	54,38 €	19,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	241,74 €	300,73 €	255,97 €	218,95 €	160,91 €	215,79 €	145,40 €	144,92 €
75%-Perzentil	836,39 €	848,12 €	737,34 €	717,57 €	762,53 €	791,32 €	685,66 €	658,77 €
Maximum	10.664,87 €	10.469,02 €	8.605,71 €	9.430,05 €	9.032,30 €	11.982,45 €	12.349,49 €	10.957,94 €

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



## 10.9 Kosten der Heilmittelversorgung

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

### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Aufgrund der relativ geringen Inanspruchnahme im Bereich der **Psychiatrischen Heilmittelversorgung** entfällt eine Interpretation der Ergebnisse (vgl. Tabelle 149 bis Tabelle 157 und Abbildung 90 bis Abbildung 94).

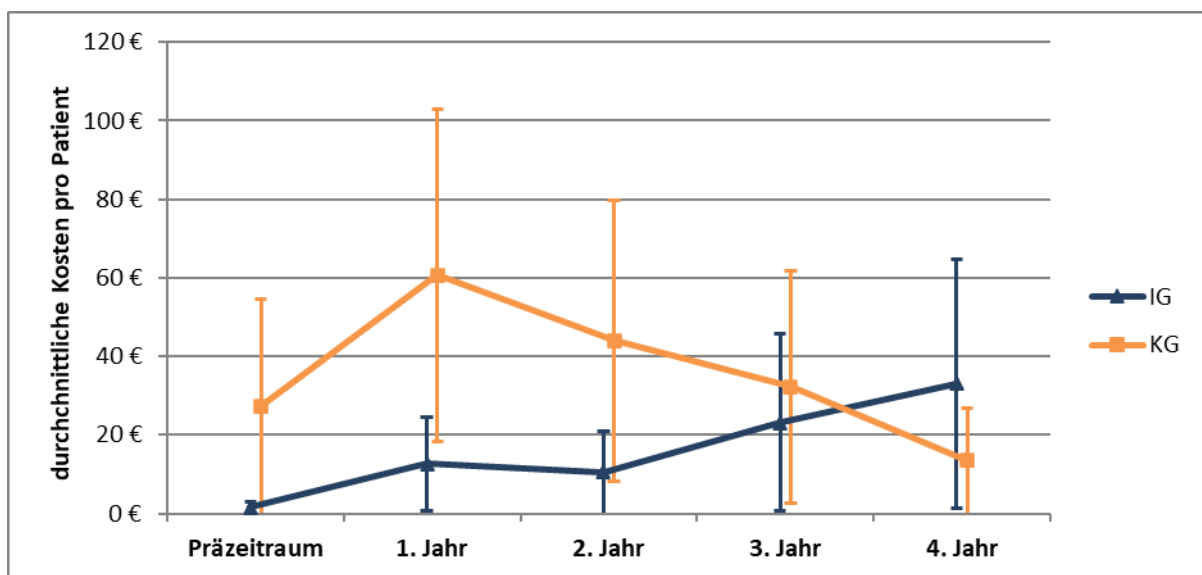
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	15	10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	1,55 €	12,65 €	10,53 €	23,16 €	33,07 €	27,32 €	60,66 €	44,06 €	32,24 €	13,45 €
Standardabweichung	21,30 €	114,03 €	133,25 €	208,16 €	286,69 €	308,69 €	405,46 €	336,78 €	271,83 €	192,51 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	351,40 €	1.499,31 €	1.914,17 €	2.453,20 €	3.478,32 €	4.139,84 €	3.902,92 €	4.099,01 €	3.142,20 €	3.298,78 €

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

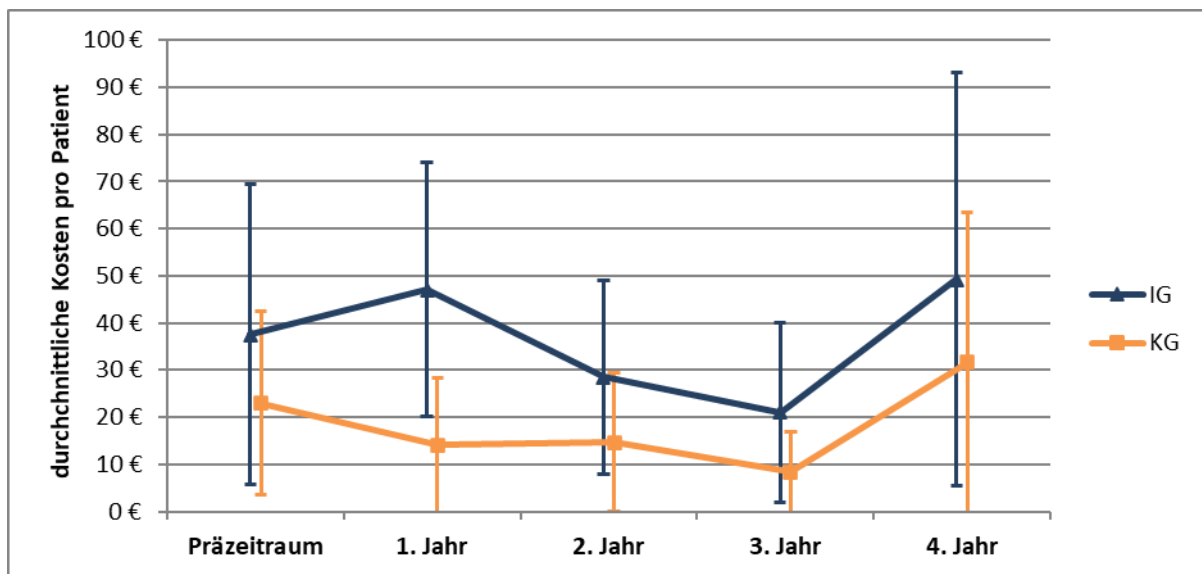


**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	<10	15	10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	37,49 €	47,09 €	28,51 €	21,05 €	49,18 €	22,98 €	14,15 €	14,66 €	8,43 €	31,67 €
Standardabweichung	293,34 €	248,66 €	185,11 €	168,35 €	378,43 €	179,02 €	140,75 €	131,85 €	99,31 €	314,47 €
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	3.443,40 €	2.138,41 €	2.162,20 €	1.794,02 €	4.513,60 €	2.490,01 €	1.846,40 €	1.871,42 €	1.590,90 €	3.645,53 €

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



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

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

**Tabelle 152: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

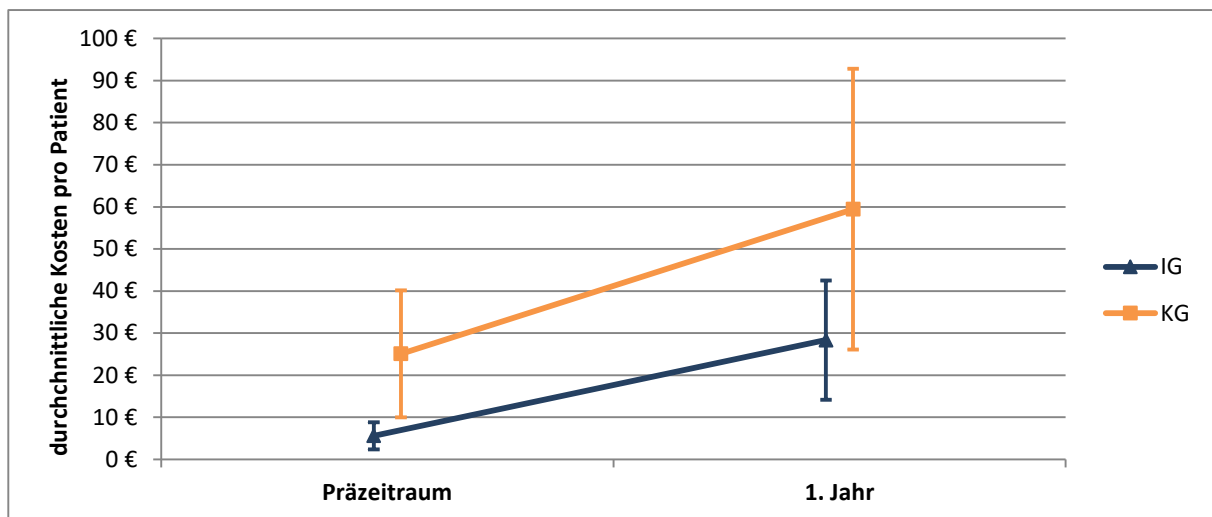


## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	17	33	21	43
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>5,59 €</b>	<b>28,33 €</b>	<b>25,07 €</b>	<b>59,45 €</b>
Standardabweichung	60,72 €	266,90 €	284,32 €	628,14 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.238,59 €	6.701,25 €	5.655,97 €	18.500,78 €

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

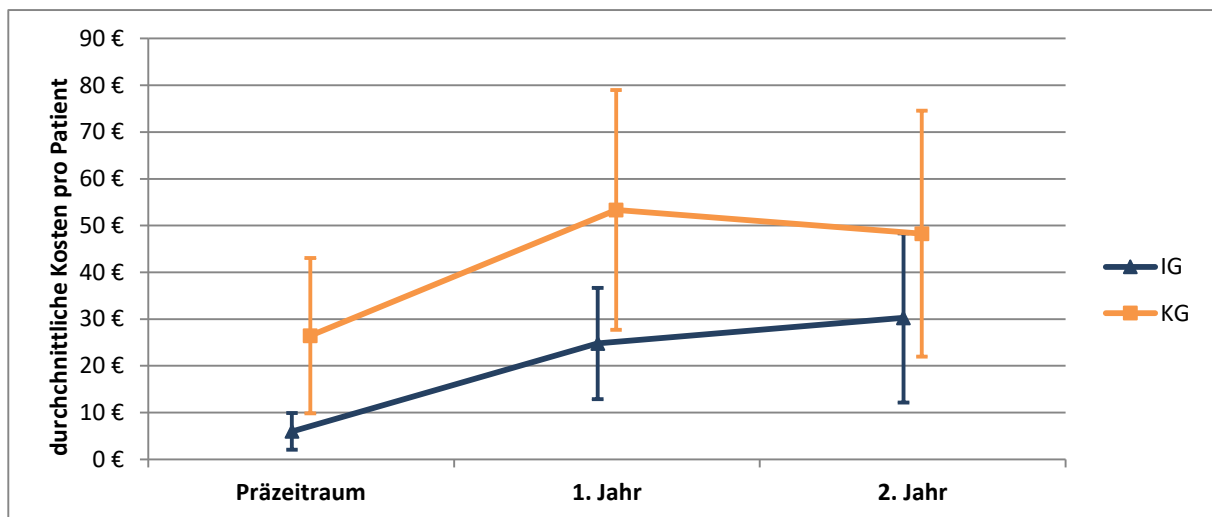


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003
N mit Fall	13	25	15	17	36	23
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>5,97 €</b>	<b>24,79 €</b>	<b>30,24 €</b>	<b>26,44 €</b>	<b>53,33 €</b>	<b>48,26 €</b>
Standardabweichung	64,83 €	195,91 €	292,08 €	273,09 €	421,84 €	424,96 €
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	1.238,59 €	2.825,69 €	4.653,98 €	5.189,96 €	7.351,20 €	7.941,94 €

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



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

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

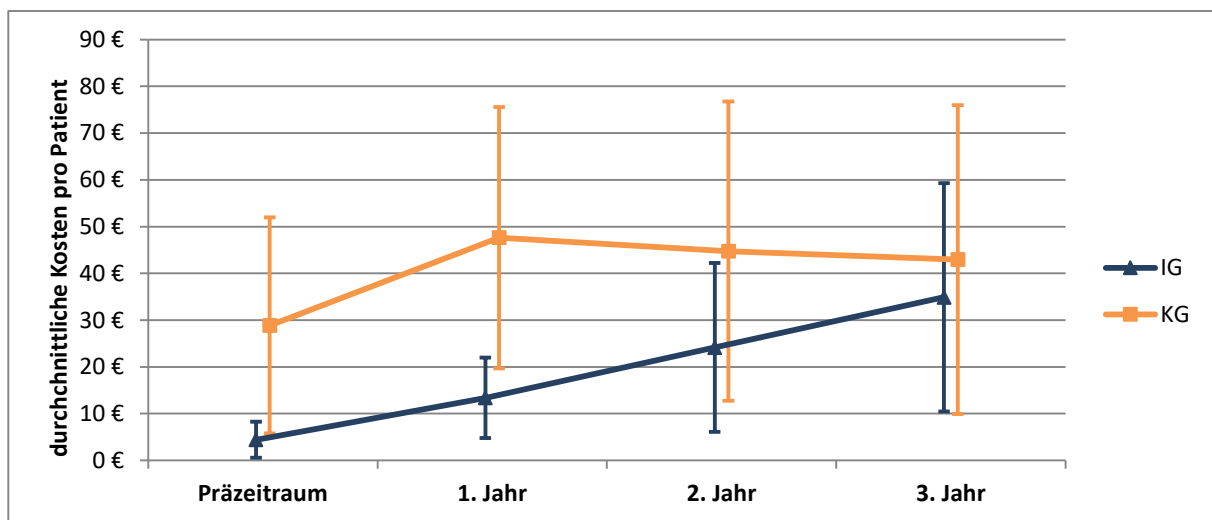
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	<10	12	<10	14	<10	24	14	14
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>4,41 €</b>	<b>13,39 €</b>	<b>24,15 €</b>	<b>34,90 €</b>	<b>28,88 €</b>	<b>47,64 €</b>	<b>44,75 €</b>	<b>42,97 €</b>
Standardabweichung	51,95 €	115,46 €	239,31 €	319,10 €	311,24 €	376,61 €	424,77 €	430,75 €
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	944,23 €	1.524,34 €	3.773,80 €	5.698,09 €	5.189,96 €	5.903,74 €	7.941,94 €	8.990,90 €

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

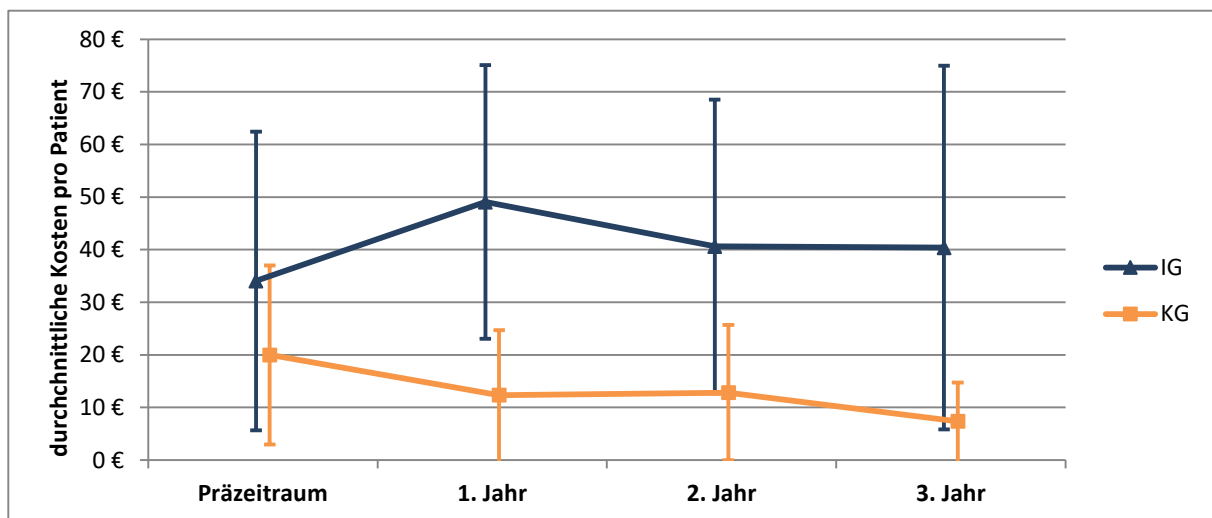


**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	10	17	12	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	34,06 €	49,08 €	40,62 €	40,38 €	20,00 €	12,35 €	12,84 €	7,38 €
Standardabweichung	276,92 €	253,82 €	266,45 €	324,78 €	167,15 €	131,54 €	123,45 €	92,92 €
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	3.443,40 €	2.138,41 €	2.846,50 €	4.068,89 €	2.490,01 €	1.846,40 €	1.871,42 €	1.590,90 €

**Abbildung 95: 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 959,63 € je Patient signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 158 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG relativ zur KG einen um 1,12 Tage nicht signifikant stärkeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Dementsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von 856,81 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen vollstationären Krankenhaustag wurden 856,81 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 761,60 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 159 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG relativ zur KG einen um 13,54 Tage signifikant stärkeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Dementsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 56,25 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden 56,25 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben. Eine Betrachtung der Effizienz für Untersuchung 2, getrennt nach den einzelnen Kohorten, wird in Abbildung 97 (im Anhang) dargestellt.

U4: Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.216,23 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 160 und Abbildung 96). Gleichzeitig wies die IG relativ zur KG einen um 4,94 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage auf. Dementsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 246,20 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 246,20 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 48,35 € je Patient nicht signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 161 und Abbildung 96). Gleichzeitig hatte die IG relativ zur KG einen um 26,25 Tage signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Dementsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 1,84 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag wurden 1,84 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

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

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

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	966,56 €		1.359	7.440,97 €		1.359	6.474,41 €	
	KG	896,19 €		1.359	6.410,97 €		1.359	5.514,78 €	
	Diff (IG - KG)	70,37 €	0,612		1.030,00 €	0,003		959,63 €	0,010
KH-Tage	IG	2,15		1.359	19,37		1.359	17,23	
	KG	2,13		1.359	18,23		1.359	16,10	
	Diff (IG - KG)	0,02	0,974		1,14	0,361		1,12	0,407
ICER (€/d)		856,81							

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

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	1.010,31 €		819	6.980,58 €		819	5.970,27 €	
	KG	818,83 €		811	6.027,50 €		811	5.208,67 €	
	Diff (IG - KG)	191,48 €	0,311		953,08 €	0,028		761,60 €	0,107
AU-Tage	IG	28,91		819	87,17		819	58,26	
	KG	20,96		811	65,68		811	44,72	
	Diff (IG - KG)	7,95	0,006		21,49	0,000		13,54	0,023
ICER (€/d)		56,25							



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

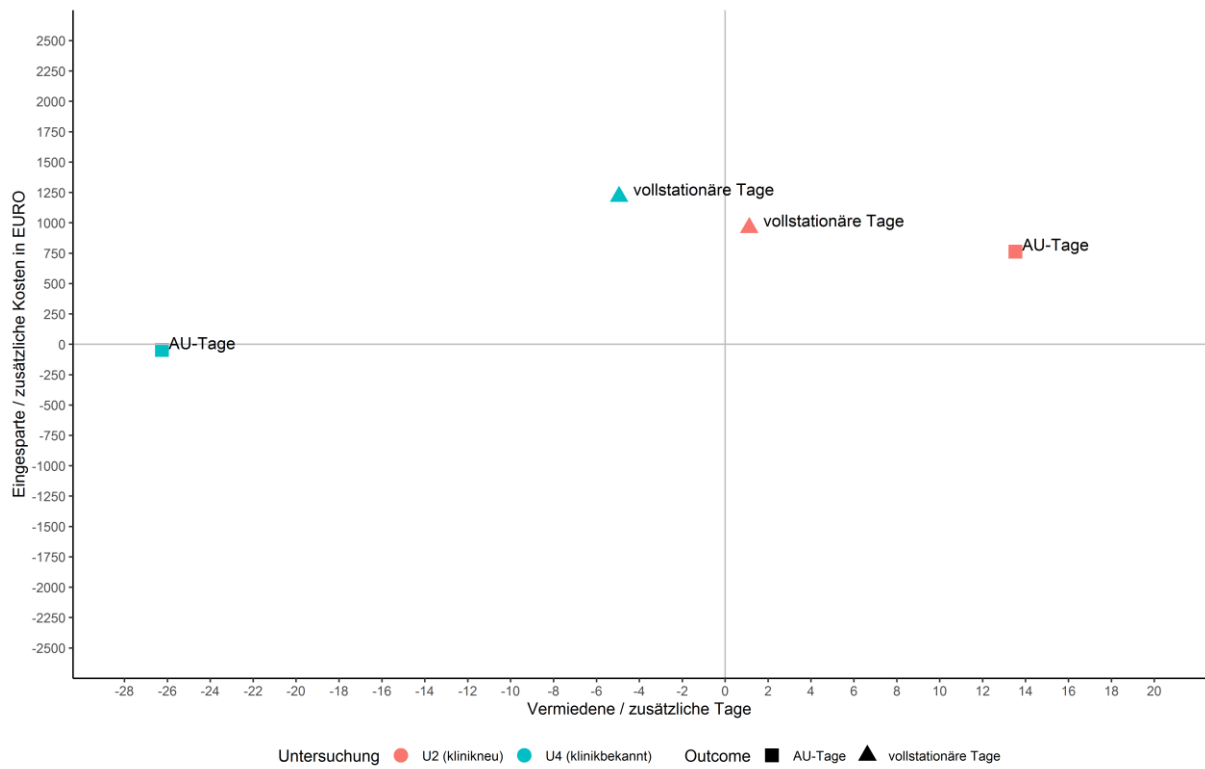
**Tabelle 160: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	6.228,11 €		377	7.705,05 €		377	1.476,93 €	
	KG	5.328,06 €		377	5.588,76 €		377	260,70 €	
	Diff (IG - KG)	900,06 €	0,197		2.116,28 €	0,002		1.216,23 €	0,213
KH-Tage	IG	13,15		377	17,08		377	3,93	
	KG	12,13		377	21,01		377	8,88	
	Diff (IG - KG)	1,01	0,687		-3,93	0,119		-4,94	0,165
ICER (€/d)		-246,20							

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

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	5.760,19 €		180	6.756,85 €		180	996,66 €	
	KG	4.475,31 €		187	5.520,33 €		187	1.045,01 €	
	Diff (IG - KG)	1.284,87 €	0,155		1.236,52 €	0,120		-48,35 €	0,968
AU-Tage	IG	35,09		180	42,60		180	7,51	
	KG	22,38		187	56,13		187	33,75	
	Diff (IG - KG)	12,71	0,062		-13,53	0,112		-26,25	0,016
ICER (€/d)		1,84							

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



## Diskussion

### 12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Klinikum Itzehoe – Zentrum für Psychosoziale Medizin 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 passen<sup>1</sup> (6) und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen<sup>2</sup>. Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten aus den fünf Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde. Lediglich der Aufnahmeort des Referenzfalls (PIA vs. Krankenhaus) war zwischen IG und KG verschieden (siehe Tabelle 3, Tabelle 5), da bereits hier Modellstrukturen wirkten.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

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.

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

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

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

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** aufgrund von Indexdiagnose war in der IG bei den linikneuen Patienten im Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG höher als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Bei den linikbekannten Patienten waren die Anteile zwischen IG und KG in allen untersuchten Kohorten (U1 & U4) vergleichbar mit stets leicht geringeren Anteilen in der IG im Vergleich zur KG.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** war bei den linikneuen Patienten im Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen in der IG höher als in der KG. Bei U1 und U3, wo inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Bei den linikbekannten Patienten waren diese Unterschiede wesentlich geringer. So wiesen lediglich im ersten Jahr Patienten einen höheren Anteil in der IG im Vergleich zur KG auf. Signifikante Unterschiede (U1) gab es dabei nicht.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer Patienten war in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall in der U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung) in allen Jahren geringer als in der KG. Statistische Signifikanz erreichten diese Unterschiede jedoch nicht. In U3 waren keine signifikanten Differenzen zwischen beiden Gruppen festzustellen. Auch im weiteren Verlauf des zweiten und dritten Jahres (U1, U2 und U3) war die kumulierte vollstationäre Behandlungsdauer in beiden Gruppen nahezu gleich hoch. Einen Modelleffekt im Sinne einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer klinikneuer Patienten ist somit in der U1 tendenziell, ansonsten eher nicht, erkennbar. In Untersuchungen zum RPB in der Modellklinik Itzehoe, welches 2003 eingeführt wurde, war eine Reduzierung vollstationärer Behandlungstage ersichtlich (7). Diese Effekte waren auch für klinikneue Patienten im Rahmen von

§64b SGB V angenommen. Zu unterscheiden ist jedoch, dass in der vorliegenden Evaluation alle Patienten, die in der IG im Beobachtungsjahr behandelt wurden in die Betrachtung der vollstationären Tage eingehen. Dies umschließt auch Patienten, die ausschließlich teilstationär oder ambulant im Krankenhaus behandelt wurden. Dieser Ansatz ist wichtig, um auch verhinderte vollstationäre Behandlungstage in IG und KG abbilden zu können. Untersucht man ausschließlich Patienten, die mindestens einen vollstationären Aufenthalt im Beobachtungsjahr hatten, zeigen sich in der IG geringere vollstationäre Behandlungstage für das Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung für klinikneue Patienten (Daten nicht dargestellt). Dieser Vergleich als Gruppenvergleich im ersten Jahr nach Referenzfall (kein DiD) war für U1, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, statistisch signifikant. In U3 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung) war dieser Effekt jedoch statistisch nicht mehr signifikant. Betrachtet man jedoch alle Patienten (ohne Unterteilung in klinikneue und –bekannte Patienten) ergab sich erneut eine geringere vollstationäre Behandlungsdauer in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht mehr signifikant (U1).

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 (8). In einer Region in Schleswig-Holstein wurde nach Einführung des RPBs die Zahl vollstationärer Behandlungsplätze innerhalb von fünf Jahren deutlich reduziert (7). Im Rahmen eines modellähnlichen integrierten Versorgungsvertrages in einer Klinik in Hessen konnten 30 % der stationären Leistungen durch stationsersetzende ambulante Akut-Teams abgelöst werden (9). 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 (10).

Bei den klinikbekannten Patienten waren in der IG leicht geringere vollstationäre Behandlungstage im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall (U1) im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall verglichen mit der KG zu verzeichnen. Diese Effekte erreichten jedoch nicht Signifikanzniveau. Der Trend ist jedoch auch in U4 im dritten Jahr erkennbar. Weiterhin ist in beiden Gruppen mit zunehmendem Zeitverlauf ein Plateau bei etwa 10 Behandlungstagen auszumachen. Eine bestimmte Anzahl an stationären Behandlungstagen lässt sich demnach bei klinikbekannten Patienten mit oft chronischen Krankheitsverläufen nicht vermeiden (Bodeneffekt). Bei den klinikbekannten Patienten im Gegensatz zu den klinikneuen Patienten oben ist zu erkennen, dass die Patienten der IG im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) bereits geringere vollstationäre Behandlungstage aufwiesen als Patienten der KG. Hier könnte der Vorläufervertrag bzw. der Regionale Psychriatriebudget als Vorläufer der Modellverträge nach § 64b SGB V als Erklärung dienen. Hier wurden vollstationäre Tage minimiert und teilstationäre Behandlungsangebote ausgebaut (7, 11). Dennoch entwickelten sich die vollstationären Behandlungstage im Modellvorhaben parallel zur Regelversorgung.

Im Gegensatz zu den vollstationären Tagen stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** linikneuer Patienten in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG. Trotz der bereits oben beschriebenen Ausweitung teilstationärer Behandlungsangebote im Vorläufervertrag, konnten im Modellvorhaben weiter teilstationäre Behandlungen ausgebaut werden. Bei den linikbekannten Patienten sank die Anzahl teilstationärer Tage sowohl in der IG als auch in der KG in gleichem Maße. Hier waren sowohl in U1 als auch in U4 keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen zu verzeichnen. Hier war jedoch die Stärkung teilstationärer Angebote von linikbekannten Patienten im Jahr vor Referenzfall nicht ersichtlich. linikbekannte Patienten der IG wiesen vergleichbare teilstationäre Tage wie die Patienten der KG auf.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** ist zu erkennen, dass bei der PIA-Inanspruchnahme statistisch signifikant weniger Kontakte in der IG im Vergleich zur KG bei linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten und zweiten Modelljahr ersichtlich waren (U1 und U3). Es lässt sich zudem in allen Untersuchungen erkennen, dass sich die IG generell durch weniger ambulante PIA-Kontakte im Vergleich zur KG auszeichnete. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich durchgehend mehr PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Präzeitraum gab es jedoch nicht, u.a. auch, weil dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestand. Strukturen schienen sich auch hier bereits vor Modellstart verändert zu haben.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer, schien durch die Modellvorhaben nur gering beeinflusst zu sein. So waren bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall (unabhängig von der Kohorte) identische Zunahmen der Inanspruchnahme von einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in beiden Gruppen ersichtlich. Bei den linikbekannten Patienten lag die IG hinsichtlich der Inanspruchnahme bei einem „Psych-Vertragsarzt“ im gesamten Beobachtungszeitraum der jeweiligen Kohorten (U1 und U4) über dem Niveau der KG. In der U1 war diese Differenz gegenüber dem Präzeitraum signifikant. Hier schien eine Einbindung mit Versorgungsstrukturen außerhalb des Krankenhauses teilweise umgesetzt worden zu sein.

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 (1, 2). Das verhandelte Budget nach §64b SGB V beschränkt sich beim Modellvorhaben in Itzehoe auf den Krankenhaussektor. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt.

Einschränkend für die Diskussion mit anderen Untersuchungen bleibt zu erwähnen, dass andere Studien bezüglich der stationären Behandlungsdauer nur Patienten untersuchten, die in die Klinik aufgenommen wurden. In der vorliegenden Evaluation gab es hinsichtlich der kumulierten vollstationären Dauern jedoch keine Einschränkung auf Patienten mit mindestens einem

vollstationären Aufenthalt. Dies führt dazu, dass auch Patienten, die über die PIA oder teilstationäre Behandlung aufgenommen wurden, in den Nenner der Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl der Tage eingehen. Dieses Vorgehen ist für eine valide Beurteilung der Behandlung der Patienten in dieser Evaluation wichtig, da auch vermiedene stationäre Tage betrachtet werden müssen. Dies kann bereits ein Modelleffekt sein. Weiterhin fokussieren sich andere Studien zumeist auf bestimmte Erkrankungsgruppen (z.B. nur F10 oder nur F20-29). Beides schränkt jedoch einen direkten Vergleich mit anderen Studien und der Literatur stark ein, da in den (meisten) anderen Studien nur Patienten gezählt wurden, die stationär behandelt wurden bzw. nur eine ausgewählte Diagnosegruppe untersucht wurde. Die Betrachtung aller Patienten führt dazu, dass die durchschnittlichen kumulierten Dauern in dieser Evaluation (meist) wesentlich geringer ausfallen im Vergleich mit anderen Studien.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass die Anzahl und Dauer vollstationärer Aufenthalte im Zuge des Modellvorhabens nicht verringert wurde. Wohl aber wurde die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte erhöht. Damit konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten (noch) nicht erreicht werden. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigen sich differenzierte Effekte.

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

*„[...] schaffen eine **erhöhte Behandlungskontinuität** bei Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG.“*

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** wurde untersucht, ob nach einem stationären Aufenthalt innerhalb von 7, 30 bzw. 90 Tagen ein ambulanter Kontakt erfolgt ist und wo dieser stattgefunden hat. Die Gruppe PIA, Arzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeuten wurde als „Kontakt zum psychiatrischen Sektor“ zusammengefasst. Hier war die Kontinuität für alle linikneuen und linikbekannten Patienten zwischen IG und KG meist vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich.

Beim Outcome **Abbrüche des Kontakts** schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wurde untersucht, wie häufig und wie lange 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 zwischen IG und KG vergleichbar.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** wurde untersucht, ob Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor innerhalb eines Jahres mehr als zweimal wechselten. Im Allgemeinen kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein

Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten. Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Durch die regionale Pflichtversorgung in der Psychiatrie, eine enge Bindung an den Psychotherapeuten (bei durchgehender Therapie) und teilweise fehlendem Fachpersonal in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verbunden mit teils langen Wartezeiten (2), 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 (12). Durch ein einheitliches Budget im Krankenhaus und der daraus resultierenden Umstrukturierung der Klinik mit u.a. der Bereitstellung sektorenübergreifender Behandlungsteams kann eine bessere kontinuierliche Betreuung der Patienten sichergestellt werden. Die kontinuierliche Betreuung innerhalb des Krankenhauses kann jedoch mit den hier verfügbaren GKV-Daten nicht abgebildet werden. Die Kontinuität der Behandlung wurde in dieser Evaluation daran gemessen, wie der Übergang vom stationären Fall zum ambulanten Setting gelang, ob stationäre oder ambulante Kontakte wahrgenommen wurden und ob Patienten das Krankenhaus bzw. den ambulanten Leistungserbringer häufig wechselten. Sowohl bei der Untersuchung der Behandlungskontinuität als auch bei dem Kontaktabbruch konnten keine Modelleffekte einer kontinuierlicheren Behandlung im Modellvorhaben nachgewiesen werden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass keine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben für das Jahr nach Referenzfall der klinikneuen und klinikbekannten Patienten gewährleistet werden konnte. Auch waren sowohl der Anteil der Patienten mit Kontaktabbruch als auch die Dauer des Kontaktabbruchs im Modellvorhaben mit der Regelversorgung vergleichbar.

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

*„[...] sorgen für eine **schnellere und nachhaltigere Gesundheitsverbesserung** von Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG und **verringern somit das Risiko für Arbeitsunfähigkeit, schnellere vollstationäre Wiederaufnahmen**, für die Entwicklung von **psychischen und somatischen Komorbiditäten**, für **Erkrankungsprogression** und für eine erhöhte **Mortalität**.“*

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** war zwischen IG und KG sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar.

Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den klinikneuen Patienten in allen Untersuchungen in der IG höher als in der KG. In der U3 war dieser Effekt signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war eine Verringerung der AU-Tage ab dem



zweiten Jahr nach Referenzfall in beiden Gruppen beobachtbar, die absolute Anzahl an AU-Tagen war dabei in beiden Gruppen in etwa gleich.

Ob Modellvorhaben nach §64b SGB V oder ähnlich konzipierte Vorhaben eine Veränderung der AU-Episoden oder AU-Tage bewirken, wurde bis jetzt wenig untersucht. In dem Projekt der integrierten Versorgung „Seelische Gesundheit Aachen“ wurde für Depression eine Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitstage festgestellt (13). In der ACCESS-Studie (ACT vs. Regelversorgung für Schizophrenie-Patienten) konnte in einer prospektiven Kohortenstudie eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, im Arbeitsleben zu sein und selbstständig zu wohnen, herausgefunden werden (14). Das Hauptaugenmerk der meisten Studien zur Beurteilung der Effektivität von (§64b SGB V-ähnlichen) Modellvorhaben lag u.a. auf der Reduktion vollstationärer Tage, Veränderung ambulanter Inanspruchnahme, Lebensqualität, Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus, Beurteilung der Patienten, Mitarbeiter und Angehörigen und weitere Outcomes.

Die Rückführung von psychisch Erkrankten in den primären Arbeitsmarkt bzw. die Vermeidung von AU ist ein wichtiges Ziel in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Obwohl ein enger Zusammenhang zwischen Bildung und psychischer Gesundheit besteht (15), sind auch nach Berücksichtigung soziodemographischer Faktoren, wie Bildung, Einkommen und beruflicher Position, hoch-signifikante Effekte von psychischen Störungen auf AU und Langzeit-AU ersichtlich (16). Arbeitsunfähigkeit ist somit bei der hier untersuchten Personengruppe besonders zu betrachten.

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 (17).

Da eine Betrachtung vollstationärer **Wiederaufnahme** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung dieser für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Sowohl der Anteil klinikneuer Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme als auch die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar.

Eine Betrachtung der stationären Wiederaufnahme ist wichtig, da bereits in den letzten Jahren ein allgemeiner Anstieg von Wiederaufnahmen in einem engen Zusammenhang mit der De-Institutionalisierung in der psychiatrischen Versorgung gesehen wurde (18). Die Gründe für die

Veränderung der stationären Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (19). Durch die Herstellung der Vergleichbarkeit von Modellklinik mit Kontrollkliniken und Patient der Modellklinik mit Patient der Kontrollkliniken (doppeltes Matching) sowie über die Beobachtung von IG und KG über die Zeit ist gewährleistet, dass Veränderungen in der Regelversorgung in dem Vergleich mit der KG berücksichtigt sind. Allgemeine Veränderungen von Fachkräftemangel in der Psychiatrie oder Pflege bis zu veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen fanden sowohl in der IG als auch in der KG statt. Über den Vergleich zwischen IG und KG und über die Zeit werden diese Einflüsse abgefangen. Genaue Gründe der Wiederaufnahme sind hier nicht näher beleuchtet. Das mögliche Fehlen komplementärer ambulanter Weiterversorgung stellt ein erhöhtes Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme dar (19). In der vorliegenden Evaluation kann das Vorhandensein krankenhauses-externer ambulanter psychiatrischer Versorgung (d.h. nicht PIA) nur indirekt durch die ambulante Inanspruchnahme eruiert werden. Da sich hier (siehe oben) kaum Unterschiede ergaben, kann davon ausgegangen werden, dass das Modellvorhaben vergleichbare ambulante Strukturen im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwies. Weitere ambulante Angebote im gemeinde-psychiatrischen Bereich oder in Bereichen außerhalb von SGB V (z.B. Rentenversicherung) können mit den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar und verlief sowohl bei klinikneuen als auch bei klinikbekannten Patienten fast ohne Veränderungen über die Zeit.

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser Score herangezogen (20, 21). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde verzichtet, da der Elixhauser Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet (22). Das Auftreten der jeweils 30 Elixhauser Kategorien wurden gezählt und als Summe bewertet. Je höher der Score war, desto höher wurde die Last aufgrund von Komorbiditäten gewertet. Kritisch zu bewerten ist, dass der Elixhauser Score ursprünglich zur Abbildung vom Mortalitätsrisiko erhoben wurde, jedoch auch mit Krankenhausverweildauer und -kosten assoziiert ist (23). In der Literatur wird er bei der Erhebung von Komorbiditäten aufgrund von GKV-Sekundärdaten jedoch relativ häufig eingesetzt (24), da es bisher kaum valide Alternativen zur Abbildung von Komorbiditäten mit administrativen Daten gibt. Der Zusammenhang von psychischer und somatischer Ko-Erkrankung ist unbestreitbar. In einigen Fällen sind somatische Leiden mit psychischen Erkrankungen assoziiert, z.B. Krebserkrankung und Angststörung (25). In anderen Fällen begünstigen psychische Erkrankungen organische Leiden, z.B. Suchterkrankung und Leberschäden (26). Wiederum gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, z.B. Sucht mit Depression und Angststörungen (27). Komorbiditäten verringern zudem häufig die Compliance der Patienten für die Behandlung, erhöhen die Kosten und Komplexität der Behandlung (27).

Weiterhin wurde in dem vorliegenden Bericht untersucht, inwieweit sich das Risiko, innerhalb eines definierten Zeitraumes zu versterben, zwischen IG und KG unterscheidet (**Mortalität**). Hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sterben durchschnittlich zehn Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung bzw. deren Mortalität ist doppelt so hoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, überwiegend durch somatische Erkrankungen (28, 29). Besonders in Kombination mit Co-Erkrankungen (siehe auch unter Komorbidität) leiden diese Menschen nicht nur unter einer erhöhten Morbidität, sondern auch unter einer erhöhten Mortalität. Dies gilt besonders für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (30). Modellvorhaben nach §64b SGB V können hier nur bedingt Einfluss nehmen. Eine nachhaltigere und patientenzentrierte Versorgung in den Modelkrankenhäusern könnte aber möglicherweise zu weniger Begleiterkrankungen und dadurch zu einer geringeren Mortalität führen. Dies könnte ggf. in Modellvorhaben mit Vorläuferverträgen (wie hier) beobachtet werden, würde aber für Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge zu weit greifen, da solche Auswirkungen Jahre benötigen, bis diese sichtbar sind. Im vorliegenden Modellvorhaben konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG festgestellt werden.

Die **Erkrankungsprogression** wurde in der vorliegenden Evaluation anhand von drei Untersuchungen analysiert. Es wurde untersucht, ob (A) leichte oder mittelgradige depressive Episoden sich zu einer schweren depressiven Episode entwickeln, ob (B) jegliche depressive Episode sich zu einer rezidivierenden depressiven Störung entwickeln oder ob (C) eine Suchterkrankung entwickelt wurde. Das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) war sowohl bei linikneuen als auch bei linikbekannten Patienten in der IG geringer als in der KG. Die Unterschiede erreichten jedoch nie Signifikanzniveau. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten aller Kohorten (bis auf klinikbekannte Patienten der U1) höher als in der KG. Dieser Unterschied war für klinikneue Patienten der U3 signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war zwischen IG und KG sowohl bei linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten vergleichbar.

Die ausgewählten Untersuchungen der Progression waren die einzigen, die mit den vorliegenden GKV-Daten, also mit einer ICD-10 Kodierung, abbildbar waren. Die Validität der Aussagen hängt an der Qualität der Kodierung im ambulanten und stationären Bereich. Die GKV-Daten werden zu Abrechnungszwecken generiert und folgen damit der Logik der Leistungsbegründung und der Honorierung (31). Hier sei jedoch genannt, dass alle erwähnten Einschränkungen sowohl auf die IG als auch auf die KG zutreffen und somit keinen Unterschied zwischen IG und KG bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass das Risiko für Arbeitsunfähigkeit nicht verringert werden konnte. Im ersten Jahr nach Referenzfall zeichnete sich die IG durch höhere AU-Dauern im Vergleich zur KG aus. Im Modellvorhaben in Itzehoe wurden die Patienten nicht schneller stationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität in der IG erhöhte sich nicht im Vergleich zur KG. Das Risiko einer rezidivierenden depressiven Störung klinikneuer Patienten war punktuell in der Modellklinik erhöht, ansonsten gab es wenig Unterschiede bezüglich der Krankheitsprogression.

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. Signifikante Unterschiede zwischen IG und KG konnten hier bei den untersuchten Parametern nicht nachgewiesen werden. Viele 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. (5) zurückgegriffen. Hier wurde anhand eines Delphi-Prozesses, geleitet von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), QIs für ausgewählte psychiatrische Erkrankungen entwickelt, die sektorenübergreifend verschiedene Versorgungsaspekte betrachten. Einzelne QIs für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenzen, Depression und Schizophrenie konnten berücksichtigt werden. Aus den insgesamt 44 QIs wurden die 13 QIs ausgewählt, die mit den vorliegenden GKV-Daten abgebildet werden konnten. Zum Beispiel mussten alle QIs, welche auf angebotene Leistungen zurückgreifen, für diese Betrachtung ausgeschlossen werden. Drei dieser ausgewählten QIs mussten nach Prüfung erster Daten ausgeschlossen werden, da die Dokumentation der PIA zu uneinheitlich war und somit eine korrekte Abbildung von Inanspruchnahme für diese QIs nicht gewährleistet werden konnte. Weiteres dazu ist im separaten Methodenband nachzulesen. Die restlichen 10 QIs wurden überprüft. Teils konnten jedoch nur geringe Fallzahlen in den Nenner eingehen, da die Diagnose häufig eine Erstdiagnose sein musste bzw. vorherige Erkrankungen ausgeschlossen wurden oder die grundlegende Fallzahl zu gering war. Dies war besonders bei der Betrachtung von QIs zu Alkoholabhängigkeit, Demenzen und Schizophrenie der Fall. Hier konnten meist aufgrund geringer Fallzahlen keine Aussagen getroffen werden. Einzelfallentscheidungen konnten dadurch abgedeckt werden, dass Patienten der Modellklinik immer mit Patienten aus Kontrollkliniken verglichen wurden.

Es ist davon auszugehen, dass Einzelfallabweichungen sowohl in der IG als auch in der KG gegeben werden und sich nicht erheblich unterscheiden sollten. Die Validität der Kodierungen konnten mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, sollten sich zwischen IG und KG jedoch nicht unterscheiden.

An einer Erarbeitung von sektoren- und diagnoseübergreifenden QIs wird derzeit im Projekt PsychCare gearbeitet (32). 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 (11, 33), eine Verbesserung der Art/Situation zur Zeit der Einweisung bzw. Entlassung (freiwillig bzw. auf ärztlichen Rat, ohne Zwang oder Flucht) (8), eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (10), eine positive Einschätzung von Patienten und einen Teil von Leistungserbringern (34), eine anhaltende Verbesserung von psychotischer Symptomatik, des klinischen Schweregrades, der Alltagsfunktion, der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit (35) in den Modellvorhaben nach §64b SGB V bzw. modellähnlichen Vorhaben. Auch wenn die benannten Studien nicht explizit auf eine leitlinien-nahe Versorgung abzielen, zeigen diese, dass Modellvorhaben nach §64b SGB V auch auf eine Reihe personenzentrierter Merkmale positive Auswirkungen haben. Auch das Datenlinkage in der oben genannten Studie PsychCare, welche Primärdaten (u.a. zu Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit) mit Sekundärdaten (analog der Evaluation EVA64) verlinkt, wird weiteren Aufschluss über personenzentrierte Aspekte liefern.

Da die Inanspruchnahme von aufsuchender Behandlung (**Home-Treatment**) über die dafür vorgesehenen OPS-Schlüssel in den vorliegenden Daten nicht valide abgebildet waren, wurde hier anhand der einheitlichen PIA-Schlüssel PIA-003 und PIA-004 (PIA-Leistung mit bzw. ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung) die aufsuchende Behandlung als Home-Treatment ab 2013 ausgewertet (36). Wie in Kapitel 9.2 Tabelle 71 und Tabelle 72 ersichtlich, wurde bei den klirikneuen Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung beim Referenzfall und im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant stärker in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Bei den klirikbekanntem Patienten wurde im Jahr vor Referenzfall die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben stärker in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Ab Start des Modellvorhabens wurde jedoch die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben weniger eingesetzt im Vergleich zur Regelversorgung. Diese Unterschiede waren alle statistisch signifikant. Eine eindeutige Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben ist somit nicht 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 (37) und wurde mit der Umsetzung von Modellvorhaben (gemäß §64b SGB V oder ähnlichen (IV-)Projekten) umgesetzt und ausgewertet (38). 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 (38).

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 (39). Weiterhin sind Unterschiede zwischen Menschen mit ländlichen vs. urbanen Wohnort bzw. guter vs. weniger guter Infrastruktur anzunehmen. Diese Outcomes konnten in das patientenindividuelle Matching nicht eingebracht werden. Die flexible Behandlung mit der Möglichkeit des Home-Treatments zur Unterstützung des Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. deren sozialen Umfeldes ist das Ziel.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz nicht nachgewiesen werden konnte. Aufgrund meist zu geringer Fallzahlen bei den meisten untersuchten Outcomes der Leitlinienadhärenz kann hier keine Aussage getroffen werden. Eine weitere kontinuierliche Stärkung der aufsuchenden Behandlung ist nicht erkennbar.

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

*„[...] stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung. Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten sind in der IG daher geringer als in der KG.“*

Hinsichtlich der **vollstationären-psychiatrischen Versorgungskosten** entwickelte sich die IG weder in U1 (kliniken/klinikbekannt) noch in U3 vom Prä- zum Postzeitraum signifikant günstiger als die KG. Für jeder dieser drei Gruppen ergab sich zum ersten Nachbeobachtungsjahr ein stärkerer Kostenanstieg für die IG im Vergleich zur KG. In jeder dieser Gruppen deutete sich ab dem zweiten Nachbeobachtungsjahr (jeweils im Vergleich zum Niveau des Präzeitraums) ein geringerer Anstieg der Kosten in der IG im Vergleich zur KG. Jedoch war die teurere Entwicklung in der IG im jeweils ersten Nachbeobachtungsjahr stark genug, um die günstigere Entwicklung in der IG ab dem zweiten Jahr zu kompensieren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der geringeren direkt stationär psychiatrischen Versorgungskosten verworfen werden kann.

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

*„[...] führen zu geringeren Kosten. Die direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG.“*

Da sich die **gesamten psychiatrischen Versorgungskosten** jeweils zu einem großen bzw. zum größten Teil aus den Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung ergaben, spiegelten sich die Kostenverläufe der vollstationären psychiatrischen Versorgung besonders in den Gesamtkosten wider. Für die linikneuen Patienten von U1 bedeutete das, dass die Gesamtkosten in der IG relativ zur KG zum ersten Nachbeobachtungsjahr stärker anstiegen und sich die IG ab dem zweiten Nachbeobachtungsjahr günstiger im Vergleich zur KG entwickelte. Im Vergleich von Prä- zu Postzeitraum entwickelte sich die IG nicht signifikant teurer als die KG. Bei den linikbekannten Patienten von U1 sanken die Kosten in der IG relativ zur KG im ersten Nachbeobachtungsjahr weniger stark. Vom zweiten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr entwickelte sich die IG wiederum relativ günstiger als die KG. Auch hier kompensierte die teurere Entwicklung die darauffolgende günstigere Entwicklung in der IG, so dass vom Prä- zum Postzeitraum keine signifikant unterschiedliche Entwicklung der Kosten erfolgte. Auch bei den linikneuen Patienten von U3 entwickelte sich die IG zum ersten Nachbeobachtungsjahr relativ teurer (im Vergleich zur KG), um sich im zweiten Jahr relativ günstiger zu entwickeln. Da für U3 der Nachbeobachtungszeitraum kürzer war als für U1, stand dem einen teuren ersten Jahr nur ein (statt drei) günstigeres Jahr gegenüber. Entsprechend entwickelte sich die IG im Vergleich zur KG vom Prä- zum Postzeitraum signifikant teurer.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der geringeren Gesamtkosten in der IG verworfen werden kann.

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

*„[...] führen zur Herstellung von **Leistungstransparenz** durch eine patientenbezogene Abrechnung.“*

Der Begriff der Leistungstransparenz wurde und wird im stationären Bereich primär mit der Einführung des PEPP-Systems als neue Vergütungssystematik ab dem Jahr 2013 diskutiert. Vor allem die nach Diagnosen, behandelnder Fachabteilung, Patientenalter sowie durchgeführter Prozeduren differenzierenden, die Erlöshöhe bestimmenden Pauschalen werden dabei als Schritt zu mehr Transparenz im Zuge der Abrechnung – vor allem gegenüber tagesgleichen Pflegesätzen – verstanden. Der Begriff der Leistungstransparenz ist aber dennoch zu unspezifisch und wird von verschiedenen Akteuren unterschiedlich definiert. Definiert man Leistungstransparenz als Einführung des PEPP-Systems als Abrechnungssystem, lässt sich festhalten, dass seit dem dritten Quartal 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.

Dies ist durch die Umsetzung der PIA-Doku-Vereinbarung ab 2018 gegeben. Die Differenzierung der PIA-Dokumentation ab 2018 ist dabei kein Modellmerkmal, sondern geht mit allgemeinen Dokumentationspflichten einher.

Zusammenfassend kann zwar für die Modellklinik von Leistungstransparenz gesprochen werden, dies ist jedoch nicht zwingend auf das Modellvorhaben selbst zurückzuführen.

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

*„[...] führen zu einer **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.**“*

Die **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** entwickelten sich sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten von U1 nicht signifikant unterschiedlich zwischen IG und KG. Bei den linikneuen Patienten von U3 ergab sich ebenfalls keine signifikant unterschiedliche Entwicklung zwischen IG und KG. Die Hypothese der Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich kann verworfen werden.

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** zeigte sich keine signifikant unterschiedliche Entwicklung zwischen IG und KG für klinikneue/klinikbekannte Patienten von U1 bzw. U3. Die Hypothese kann entsprechend verworfen werden.

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

*„[...] führen zu einer **kosten-effektiveren Verwendung** der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.“*

U2: Bei den linikneuen Patienten von U2 entwickelte sich die IG (Variante „A“) bzgl. der direkten psychiatrischen Versorgungskosten signifikant teurer als die KG, wobei gleichzeitig der Anstieg der vollstationären Behandlungstage sich nicht signifikant zwischen IG und KG unterschied. Bezogen auf



nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf nicht signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig hatte die IG relativ zur KG einen signifikant stärkeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage im Vergleich zur KG.

U4: Bei den klimbekanntem Patienten von U4 entwickelte sich die IG (Variante „A“) bzgl. der direkten psychiatrischen Versorgungskosten nicht signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig wies die IG relativ zur KG einen nicht signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage auf. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf nicht signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig hatte die IG relativ zur KG einen signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der kosten-effektiveren Verwendung der Mittel für die klimbekanntem Patienten von U2 verworfen werden kann. Für die klimbekanntem Patienten kann die Hypothese teilweise verworfen werden.

### *Fazit*

Im Zuge des Modellvorhabens nach §64b SGB V im Klinikum Itzehoe konnten vollstationäre Aufenthalte von Patienten mit psychischen Erkrankungen nicht verringert werden. Tendenzen zu einer Verringerung zeigten sich bei Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr. Andererseits zeigte sich hier ein klares Mehraufkommen im teilstationären Sektor, während die PIA weniger stark in Anspruch genommen wurde. Dies hatte mutmaßlich keine negativen Auswirkungen auf die Behandlungskontinuität und den Kontaktabbruch zum psychiatrischen Sektor. Beides konnte jedoch im Modellvorhaben auch nicht verbessert werden. Hinsichtlich der Dauer von Arbeitsunfähigkeit zeigten sich keine Effekte im Sinne einer Verringerung. Im ersten Jahr nach Referenzfall waren diese in der Modellklinik im Vergleich zu den Kontrollkliniken eher erhöht. Bei der vollstationären Wiederaufnahmezeit sowie dem Risiko zur Krankheitsprogression gab es auch keine bzw. nur wenig Unterschiede zwischen Modell- und Regelversorgung. Das Risiko einer rezidivierenden depressiven Störung klinikneuer Patienten war hier punktuell im ersten Jahr in der Modellklinik erhöht. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Insgesamt konnten in dieser Modellklinik lediglich eine hypothesenkonforme Erhöhung teilstationärer Behandlungen nachgewiesen werden. Weitere hypothesenkonforme Entwicklungen waren nicht ersichtlich. Jedoch zeigten sich hinsichtlich der sekundären Outcomes meist auch keine negativen Effekte im Sinne einer verringerten Behandlungsqualität.

Bzgl. der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten lässt sich festhalten, dass sich für die IG keine günstigere Entwicklung im Vergleich zur KG feststellen ließ. Für die klinikneuen Patienten von U2 ließ sich ebenfalls keine kosten-effektivere Verwendung der Mittel in der IG feststellen. Für die klinikbekannten Patienten von U4 ließ sich für Variante A (vollstationäre Krankenhaustage) ebenfalls keine kosten-effektivere Verwendung der Mittel feststellen, während in Variante B (AU-Tage) hypothesenkonformes Verhalten festgestellt werden konnte.

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

## 12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

### *Effektivität*

Insgesamt gingen Daten von einer großen Anzahl verschiedener Krankenkassen in die Analysen dieses Abschlussberichts ein und rechtfertigen eine *Verallgemeinerung* auf alle Patienten der untersuchten Kliniken. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein *zweistufiges Matching*-Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen*, sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2021) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der Patienten beinhaltet. Zusätzlich wurden in der Studie rein quantitative Maße betrachtet. Ein vollständigeres Bild, welches auch Aussagen über Erfahrungen und Akzeptanz der Modelle bei Versorgern und Patienten liefern kann, wird auch hier mit dem Projekt PsychCare erwartet.

Die Erfassung von AU erfolgte mit GKV-Daten auf der einen Seite konsistent und konsequent. Es werden alle gemeldeten AU-Zeiten der erwerbstätigen Bevölkerung erhoben. Auf der anderen Seite werden Schüler, Auszubildende und Rentner nur bedingt, unter der Maßgabe einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit, über AU-Meldungen der GKV erfasst. Daher können nicht alle versicherten Personen in der Berechnung der AU-Episoden bzw. AU-Tage einbezogen werden. Der Status Erwerbsfähigkeit lag den Evaluatoren leider nicht vor. Daher wurden bei der Betrachtung der AU nur die Personen mit Versichertenstatus „Mitglied“ als erwerbsfähig berücksichtigt (d.h. selbst versichert und nicht Rentner oder familienversichert). Dies kann zu einer Überschätzung der erwerbsfähigen Personen führen, da auch Patienten mit Versichertenstatus „Mitglied“ ggf. nicht erwerbsfähig sind. Weiterhin ist davon auszugehen, dass gerade bei Patienten mit psychischen Erkrankungen kurze Krankmeldungen über „andere Erkrankungen“ oder über arbeitgeberinterne „Krank-ohne-Schein“-Tage abgefangen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass beide erwähnten Einschränkungen in gleicher Weise die IG und die KG betreffen, so dass die Vergleichbarkeit zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung dennoch gegeben ist. Bei der

Deskription der AU-Episoden wurde im Abschlussbericht eine Anpassung vorgenommen. Hier werden die AU-Episoden jetzt über alle Patienten gemittelt, nicht mehr nur über Patienten mit mind. einer Episode. Das schränkt die Vergleichbarkeit der Werte zwischen den 1. und 2. Zwischenberichten und den Abschlussberichten ein.

Letztlich kann der Outcome Leidlinienadhärenz nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nicht genau quantifizierbar waren. Damit lässt sich teils nicht darstellen, welche Leistungen im Einzelnen in den PIA in Anspruch genommen wurden.

Strukturell wiesen die gelieferten Daten gewisse Besonderheiten auf. In den Fällen, in denen das Vorkommen von Ereignissen ausgewertet wurde (z.B. stationärer Aufenthalt: ja vs. nein) kam es innerhalb der Gruppen zu Konstellationen, in denen das interessierende Ereignis bei einem Großteil der untersuchten Patienten nicht vorhanden war. Dieses statistisch als *Nullinflation* (da das Nichtvorhandensein des Ereignisses bei einem Patienten mit „0“ kodiert wird) bezeichnete Phänomen musste bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden, da sonst fehlerhafte Schätzungen die Folge gewesen wären. Da dies jedoch nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist, wurde zudem die Festlegung getroffen, dass in Fällen, in denen das Auftreten des zu analysierenden Ereignisses pro Gruppe den Wert 40 nicht erreicht, auf eine inferenzstatistische Auswertung dieses Outcomes verzichtet wurde. Zudem mussten bei vielen betrachteten Outcomes strukturelle Besonderheiten, wie z.B. die Verletzung der Normalverteilungsannahme, beachtet werden.

Veränderungen in der inferenzstatistischen Analyse gegenüber dem ersten Zwischenbericht ergeben sich über eine Anpassung der Mindestfallzahlen für eine mögliche Modellierung. Hier gab es im ersten Zwischenbericht das Kriterium „mindestens 20 Fälle pro Zelle“. Das Wort Zelle bezeichnet dabei einen Zeitraum (prä oder 1. Jahr) in einer Gruppe (IG oder KG). Durch die Wahl dieses Kriteriums konnte es jedoch passieren, dass besonders bei der Gruppe der inzidenten Patienten, die durch sehr wenige Ereignisse im Präzeitraum gekennzeichnet sind, unberechtigt Analysen von vornerein ausgeschlossen wurden. Daher wurde das Mindestfallzahlkriterium angepasst auf „mindestens 40 Fälle pro Gruppe“.

Durch Vertragsänderungen bzgl. Modellbeitritt und Teilnahme an der kassenübergreifenden Evaluation und vor allem Kassenfusionen gab es bei der neuen Datenlieferung Veränderungen in der Liste der berücksichtigten Krankenkassen gegenüber dem ersten Zwischenbericht, so dass es auch zu Änderungen bei den einbezogenen Patienten gekommen ist.

Die valide Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen klinikneu und klinikbekannt hängt von der Vollständigkeit der Daten bzgl. voll-/teilstationärer Leistungen einerseits und PIA-Leistungen andererseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018 haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.

Für Demenz wurden ab der Datenlieferung September 2017 die Einschlusskriterien erweitert und zusätzliche Diagnosekombinationen aus Haupt- und Sekundär Diagnosen als Indexdiagnosen bei den meisten gesetzlichen Krankenkassen als Aufgreifkriterien der Patienten angewendet (vgl. Methodenband 4.1). Bezüglich der Liste der Kontrollkliniken kommt ebenfalls seit der Datenlieferung September 2017 eine erweiterte Liste zum Einsatz, die aber nicht mehr vollständig von allen Krankenkassen umgesetzt werden konnte. Dies geschieht erst seit der Datenlieferung in 2018. Zudem ist eine rückwirkende Anpassung und Erweiterung bereits gelieferter Daten nicht bei allen Krankenkassen möglich. Daher hat sich die Datenlage in Bezug auf den 1. Zwischenbericht bereits bei dem Einschluss geändert.

Die Vergleichbarkeit mit dem Ersten Zwischenbericht wird zusätzlich durch das angepasste Matchingverfahren leicht beeinträchtigt. Das Matching wurde dahingehend angepasst, dass für eine Mindestzahl von 95 Prozent der Patienten der IG mit Referenzfall und ausreichender Datenverfügbarkeit ein passender Patient der KG gefunden wurde. Dadurch flossen ab dem Zweiten Bericht zusätzlich Patienten ein, für die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale in der ersten Auswertung kein passender Partner gefunden werden konnte. Dabei handelt es sich vor allem um Patienten mit seltenen Formen psychiatrischer Erkrankungen, bei denen von einem erhöhten Behandlungsbedarf und Ressourcenaufwand auszugehen ist. Dass für diese Patientengruppe ein Partner gefunden werden konnte, ist durch die zusätzliche Matchingstufe mit einem Wechsel von einer exakten Diagnoseübereinstimmung zu einer Score-Ähnlichkeit erklärt. Es ist demzufolge nicht ausgeschlossen, dass für einen kleinen Teil der Patienten ein nur bedingt passender Kontrollpatient gefunden werden konnte.

### *Kosten*

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides

Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

Eine weitere Limitation kann in der Methodik der Berechnung der durchschnittlichen AU-Tage begründet liegen, die sich auf das Ergebnis der Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) auswirken kann: Zum einen wurden AU-Tage bezogen auf alle Individuen mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) berechnet, zum anderen wurden zusätzlich zu den in den Routinedaten dokumentierten AU-Episoden voll- und teilstationäre Krankenhaustage ebenfalls als AU-Episode gewertet. Durch die Berücksichtigung der voll- und teilstationären Krankenhaustage kann sich eine Verzerrung zugunsten der Interventionsgruppe ergeben, wenn durch das Modell stationäre Behandlungstage vermieden werden. Bezogen auf die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) ergibt sich eine weitere Limitation durch den Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten.

Im Rahmen der Kosteneffektivitätsanalyse mit dem Outcomeparameter *AU-Tage* ist zu berücksichtigen, dass Krankengeldzahlungen nicht erfasst werden. Unterschiede in den Gesamtkosten können sich auch durch eine unterschiedliche Zahl an AU-Tagen sowie durch unterschiedliche Höhen der Krankengeldzahlungen (bei unterschiedlichen Einkommensstrukturen) ergeben. Ob und inwieweit sich die beiden Gruppen hier unterscheiden, lässt sich nicht bestimmen.

### 12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die diesem Bericht zugrundeliegende Datenbasis von Abrechnungsdaten von rund 70 gesetzlichen Krankenkassen stellt nach dem Kenntnisstand der Autoren die bislang breiteste sekundärdatenbasierte Evaluationsgrundlage in Deutschland dar. Die damit verbundenen Herausforderungen sind detailliert in March et al. (2020) geschildert (40). 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 (41).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen. Diesem Ansatz lag die Annahme zu Grunde, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser

Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal konnte jedoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich (siehe auch Kapitel 12.2).

- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Aufgrund von Besonderheiten der psychiatrischen Versorgungsforschung bzw. der teils raschen Entwicklung von psychischen Erkrankungen ohne Notwendigkeit bzw. Möglichkeit einer erneuten Kodierung und weil in dieser Evaluation nicht eine Prävalenz- oder Inzidenzschätzung im Fokus stand wurde auf eine interne Diagnosevalidierung verzichtet (42).
- 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 (43). 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. Melchinger H. Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Hannover; 2008.
2. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. 2018.
3. 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.
4. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven; zitiert nach: GKV-Spitzenverband (2010), PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern. 2010.
5. 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.
6. Petzold T, Neumann A, Seifert M, Kuster D, Pfennig A, Weiss J, et al. [Identification of Control Hospitals for the Implementation of the Nationwide and Standardized Evaluation of Model Projects According to section sign 64b SGB V: Analysis of Data from Structured Quality Reports]. *Gesundheitswesen*. 2019;81(1):63-71.
7. 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.
8. 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.
9. Schillen T, Thiex-Kreye M. Hanauer Modell - Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. *Kerbe*. 2014(2):11-5.
10. Wullschlegler A, Berg J, Bermpohl F, Montag C. Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? *Front Psychiatry*. 2018;9:168.
11. Roick C, Heinrich S, Deister A. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. *Psychiatr Prax*. 2008;35(279):285.
12. Bramesfeld A, Amelung V. 12 Integrierte Versorgung und Kontinuität in der Versorgung psychisch kranker Menschen. In: Rössler W, Kawohl W, editors. *Soziale Psychiatrie - Das Handbuch für die psychosoziale Praxis - Band 2: Anwendung*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2013.
13. Bergmann F, Wagner C, Bröcheler A, Schneider F, Wien S. Integrierte Versorgung für 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.
14. Lambert M, Bock T, Schottle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *J Clin Psychiatry*. 2010;71(10):1313-23.
15. Hapke U, von der Lippe E, Busch M, Lange C. Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. 2012.
16. Peter R, March S, Schröder H, Du Prel J. Besteht ein Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit unabhängig von soziodemografischen Faktoren? *Gesundheitswesen*. 2015;77(4):e70-e6.

17. Gühne U, Riedel-Heller SG. Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin; 2015.
18. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249(3):136-43.
19. Huttner DM. Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten 2006.
20. Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, et al. Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *MedCare*. 2005;43(11):1130-9.
21. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RN. Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical care*. 1998;36(1):8-27.
22. Hagn S. Vergleich verschiedener Komorbiditäts\_Scores in Routinedaten der stationären Versorgung: Ludwig-Maximilians-Universität zu München  
2014.
23. Walraven Cv, Austin PC, Jennings A, Quan H, Forster AJ. A Modification of the Elixhauser Comorbidity Measure Into a Point System for Hospital Death Using Administrative Data. *Medical care*. 2009;47(6):626-33.
24. Neubauer S. Gesundheitsökonomische Analysen von Versorgungsleitlinien anhand von GKV-Routinedaten: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover; 2019.
25. Shankar A, Dracham C, Ghoshal S, Grover S. Prevalence of depression and anxiety disorder in cancer patients: An institutional experience. *Indian J Cancer*. 2016;53(3):432-4.
26. Roy DN, Goswami R. Drugs of abuse and addiction: A slippery slope toward liver injury. *Chem Biol Interact*. 2016;255:92-105.
27. Gouzoulis-Mayfrank E. Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders - Theoretical foundation and evidence based therapy. *Fortschr Neurol Psc*. 2008;76(5):263-71.
28. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Brit J Psychiat*. 2011;199(6):453-8.
29. Walker ER, Mcgee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Psychiat*. 2015;72(4):334-41.
30. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LAK, Jacobi F. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. *Deutsches Arzteblatt international*. 2019;116(23-24):405-+.
31. Schubert I, Ihle P, Köster I, Küpper-Nybelen J, Rentzsch M, Stallmann C, et al. Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten. Köln; 2014 08.10.2014.
32. 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>].
33. 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.
34. 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).

35. 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.
36. Rümmelin B. Die neue bundeseinheitliche PIA-Dokumentationsvereinbarung - Ein Schritt auf dem Weg zum PIA-Prüfauftrag. *das Krankenhaus.* 2012;8.2012:775-83.
37. 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.
38. 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.
39. Schneider U. Home Treatment - GEMEINSAM HANDELN. Berlin; 2018.
40. March S, Zimmermann L, Kubat D, Neumann A, Schmitt J, Baum F, et al. Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen - Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. *Das Gesundheitswesen.* 2020;DOI <https://doi.org/10.1055/a-1036-6364>.
41. 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.
42. Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Das Gesundheitswesen.* 2010;72:316-22.
43. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen. *Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven.* Bern: Hans Huber Verlag; 2014.

## 14. Anhang

### 14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4

Tabelle 162: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2

**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>1.359</b>	<b>1.359</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	83,6 %	85,5 %
• Zwei Diagnosen	15,0 %	13,6 %
• Drei Diagnosen	1,3 %	0,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	27	27
2. F10 & F32	16	16
3. F32 & F43	14	14

<sup>1</sup> stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Tabelle 163: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2

**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>1.136</b>	<b>1.162</b>	<b>1.359</b>	<b>1.359</b>
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,8 %	1,8 %	1,9 %	1,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,5 %	3,4 %	3,4 %	3,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,8 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)</li> <li>• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)</li> <li>• F 30-39 (Affektive Störungen)</li> <li>• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)</li> <li>• F 45 (Somatoforme Störungen)</li> <li>• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)<sup>4</sup></li> <li>• F 50 (Essstörungen)</li> <li>• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)</li> <li>• F 70-79 (Intelligenzstörung)</li> <li>• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)</li> <li>• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)</li> </ul>	28,5 %	28,2 %	30,2 %	30,1 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)</li> </ul>	7,6 %	7,8 %	8,7 %	8,2 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 30-39 (Affektive Störungen)</li> </ul>	28,5 %	28,4 %	32,7 %	32,7 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)</li> </ul>	18,5 %	18,4 %	21,6 %	21,3 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 45 (Somatoforme Störungen)</li> </ul>	1,2 %	1,5 %	2,9 %	3,0 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)<sup>4</sup></li> </ul>	6,7 %	6,6 %	8,5 %	8,6 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 50 (Essstörungen)</li> </ul>	0,5 %	0,5 %	1,2 %	1,2 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)</li> </ul>	1,3 %	1,3 %	2,0 %	1,8 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 70-79 (Intelligenzstörung)</li> </ul>	0,7 %	0,8 %	1,3 %	1,1 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)</li> </ul>	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)</li> </ul>	0,3 %	0,2 %	0,6 %	0,6 %
Alter <sup>1</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> </ul>	48,9	49,6	48,6	48,7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Median</li> </ul>	49	49	49	49
<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	(35 - 59)	(34 - 61)	(35 - 59)	(33 - 60)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen</li> </ul>	49,8 %	49,6 %	51,1 %	49,0 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Männer</li> </ul>	50,2 %	50,4 %	48,9 %	51,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationär</li> </ul>	63,5 %	57,7 %	66,1 %	58,4 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA</li> </ul>	36,5 %	42,3 %	33,9 %	41,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne Schulabschluss</li> </ul>	1,5 %	0,6 %	1,5 %	0,8 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haupt-/Volksschulabschluss</li> </ul>	8,9 %	6,6 %	8,2 %	7,1 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss</li> </ul>	10,6 %	8,8 %	10,7 %	8,7 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abitur/Fachabitur</li> </ul>	3,9 %	6,4 %	3,9 %	6,9 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss unbekannt</li> </ul>	11,2 %	11,8 %	10,2 %	11,8 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	64,0 %	65,8 %	65,6 %	64,8 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> </ul>	6,3 %	4,7 %	5,8 %	5,2 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> </ul>	19,8 %	16,7 %	19,2 %	17,4 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.</li> </ul>	0,7 %	1,0 %	0,9 %	1,0 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bachelor</li> </ul>	0,1 %	0,7 %	0,1 %	0,6 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> </ul>	1,1 %	1,4 %	1,2 %	1,5 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion</li> </ul>	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss unbekannt</li> </ul>	7,7 %	9,5 %	7,0 %	9,6 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	64,0 %	65,8 %	65,6 %	64,8 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> </ul>	10,0 %	10,0 %	10,0 %	9,6 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nein</li> </ul>	75,3 %	84,9 %	75,3 %	85,1 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	14,7 %	5,2 %	14,6 %	5,2 %

Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	24,8 %	26,3 %	25,5 %	26,6 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	15,6 %	14,8 %	16,8 %	16,0 %
• Weder A noch B	59,6 %	58,9 %	57,8 %	57,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	60,6 %	59,0 %	60,3 %	59,7 %
• Familienversicherter	6,9 %	6,4 %	6,8 %	6,4 %
• Rentner und deren Familienangehörige	29,7 %	31,2 %	30,3 %	30,1 %
• Fehlende Angabe	2,9 %	3,4 %	2,6 %	3,8 %

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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> ohne F43 und F45

**Tabelle 164: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>1.041</b>	<b>1.039</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	82,4 %	84,6 %
• Zwei Diagnosen	16,4 %	14,8 %
• Drei Diagnosen	1,2 %	0,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	21	20
2. F10 & F32	13	13
3. F32 & F43	12	12

<sup>1</sup> stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

**Tabelle 165: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>858</b>	<b>879</b>	<b>1.041</b>	<b>1.039</b>
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,7 %	1,8 %	2,0 %	1,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,6 %	3,5 %	3,6 %	3,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	1,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	29,4 %	28,4 %	30,7 %	30,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,5 %	8,0 %	8,6 %	8,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	28,3 %	27,9 %	32,8 %	32,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	17,4 %	17,5 %	20,9 %	21,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,9 %	1,3 %	2,7 %	3,1 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)<sup>4</sup></li> <li>• F 50 (Essstörungen)</li> <li>• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)</li> <li>• F 70-79 (Intelligenzstörung)</li> <li>• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)</li> <li>• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)</li> </ul>	7,0 %	7,3 %	8,6 %	9,6 %
Alter <sup>1</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	49,0 49 (35 - 59)	49,4 49 (34 - 61)	48,9 49 (36 - 59)	48,4 48 (33 - 60)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen</li> <li>• Männer</li> </ul>	49,9 % 50,1 %	51,1 % 48,9 %	51,1 % 48,9 %	50,0 % 50,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationär</li> <li>• PIA</li> </ul>	65,7 % 34,3 %	59,0 % 41,0 %	68,0 % 32,0 %	59,8 % 40,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne Schulabschluss</li> <li>• Haupt-/Volksschulabschluss</li> <li>• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss</li> <li>• Abitur/Fachabitur</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	1,4 % 8,9 % 10,0 % 4,1 % 10,5 % 65,2 %	0,7 % 7,1 % 8,5 % 5,9 % 12,1 % 65,8 %	1,4 % 8,3 % 9,7 % 4,1 % 9,5 % 67,0 %	1,0 % 7,6 % 8,4 % 6,7 % 12,1 % 64,2 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> <li>• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.</li> <li>• Bachelor</li> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> <li>• Promotion</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	6,9 % 19,1 % 0,6 % 0,0 % 1,3 % 0,1 % 6,9 % 65,2 %	5,0 % 16,5 % 0,9 % 0,7 % 1,1 % 0,1 % 9,9 % 65,8 %	6,4 % 18,3 % 0,8 % 0,0 % 1,2 % 0,1 % 6,2 % 67,0 %	5,7 % 17,2 % 0,9 % 0,6 % 1,3 % 0,1 % 10,1 % 64,2 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	10,4 % 75,9 % 13,8 %	9,6 % 85,6 % 4,9 %	10,5 % 75,7 % 13,8 %	9,0 % 85,9 % 5,0 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A: Nur Diagnostikkriterium<sup>2</sup></li> <li>• B: Diagnostikkriterium<sup>2</sup> und Dauerkriterium<sup>3</sup></li> <li>• Weder A noch B</li> </ul>	25,2 % 15,7 % 59,1 %	26,3 % 14,4 % 59,3 %	26,0 % 16,8 % 57,2 %	26,4 % 15,7 % 57,9 %
Versicherungsstatus (%)				



• Mitglied	58,9 %	58,1 %	58,5 %	59,0 %
• Familienversicherter	6,9 %	6,7 %	6,7 %	6,8 %
• Rentner und deren Familienangehörige	31,1 %	31,5 %	32,0 %	30,1 %
• Fehlende Angabe	3,1 %	3,6 %	2,8 %	4,0 %

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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> ohne F43 und F45

**Tabelle 166: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>694</b>	<b>698</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	80,1 %	82,5 %
• Zwei Diagnosen	18,6 %	16,8 %
• Drei Diagnosen	1,3 %	0,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	14	17
2. F32 & F43	11	11
3. IG: F10 & F32 / KG: F33 & F43	10	9

<sup>1</sup> 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
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>366</b>	<b>370</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	85,8 %	84,9 %
• Zwei Diagnosen	13,1 %	13,5 %
• Drei Diagnosen	1,1 %	1,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	8	7
2. F10 & F32	5	5
3. IG: F32 & F43 / KG: F41 & F43	3	3

<sup>1</sup> stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Tabelle 167: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4

## Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	556	576	694	698
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,1 %	1,2 %	1,4 %	1,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,6 %	3,6 %	3,5 %	3,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,9 %	0,9 %	0,9 %	0,9 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	31,7 %	30,6 %	32,6 %	31,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,9 %	8,7 %	9,5 %	9,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	26,1 %	25,9 %	31,4 %	31,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	18,9 %	18,1 %	23,1 %	22,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,1 %	1,4 %	2,7 %	3,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	5,9 %	6,6 %	7,6 %	9,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,5 %	0,5 %	1,3 %	1,1 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,4 %	1,4 %	2,6 %	2,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,9 %	1,2 %	1,7 %	1,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,1 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	49,5	49,4	49,4	48,4
• Median	50	50	50	48
• (Interquartilsabstand)	(37 - 60)	(35 - 60)	(37 - 59)	(33 - 59)
Geschlecht (%)				
• Frauen	50,0 %	50,5 %	51,9 %	49,9 %
• Männer	50,0 %	49,5 %	48,1 %	50,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	67,6 %	60,9 %	69,7 %	61,6 %
• PIA	32,4 %	39,1 %	30,3 %	38,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,8 %	0,7 %	1,7 %	1,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	9,4 %	7,5 %	8,6 %	7,6 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	10,4 %	9,0 %	10,1 %	8,9 %
• Abitur/Fachabitur	3,4 %	5,2 %	3,7 %	6,7 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	9,7 %	12,0 %	8,5 %	11,5 %
	65,3 %	65,6 %	67,3 %	64,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> <li>• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.</li> <li>• Bachelor</li> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> <li>• Promotion</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	6,7 %	5,2 %	6,1 %	6,0 %
	19,6 %	16,7 %	18,6 %	17,3 %
	0,5 %	0,9 %	0,9 %	0,9 %
	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,4 %
	1,1 %	0,9 %	1,2 %	1,1 %
	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
	6,7 %	10,1 %	5,9 %	9,7 %
	65,3 %	65,6 %	67,3 %	64,3 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	10,4 %	9,7 %	10,5 %	9,2 %
	77,0 %	84,5 %	76,7 %	85,4 %
	12,6 %	5,7 %	12,8 %	5,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A: Nur Diagnostikkriterium<sup>2</sup></li> <li>• B: Diagnostikkriterium<sup>2</sup> und Dauerkriterium<sup>3</sup></li> <li>• Weder A noch B</li> </ul>	24,5 %	25,7 %	25,5 %	25,9 %
	16,9 %	14,1 %	18,3 %	15,2 %
	58,6 %	60,2 %	56,2 %	58,9 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglied</li> <li>• Familienversicherter</li> <li>• Rentner und deren Familienangehörige</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	58,1 %	58,5 %	58,1 %	59,0 %
	6,5 %	6,1 %	6,5 %	6,4 %
	32,2 %	31,8 %	32,7 %	30,4 %
	3,2 %	3,6 %	2,7 %	4,2 %

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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> ohne F43 und F45

### Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

#### Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Population				
Gesamtzahl (n)	314	314	366	370

Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,0 %	1,0 %	1,1 %	0,8 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,3 %	0,6 %	0,3 %	0,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	1,0 %	1,0 %	0,8 %	1,1 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	31,2 %	31,8 %	32,5 %	32,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	31,2 %	32,5 %	29,2 %	30,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	12,4 %	13,7 %	18,0 %	17,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,7 %	5,7 %	9,0 %	9,7 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,3 %	0,6 %	1,4 %	1,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	2,2 %	2,2 %	6,6 %	5,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,8 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	4,8 %	4,8 %	5,7 %	6,2 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	9,9 %	6,1 %	8,7 %	8,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	52,2	50,0	51,5	49,6
• Median	53	50	53	50
• (Interquartilsabstand)	(45 - 60)	(40 - 59)	(44 - 60)	(39 - 59)
Geschlecht (%)				
• Frauen	43,6 %	38,2 %	44,0 %	39,7 %
• Männer	56,4 %	61,8 %	56,0 %	60,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	31,8 %	36,0 %	37,2 %	35,9 %
• PIA	68,2 %	64,0 %	62,8 %	64,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	4,8 %	1,6 %	4,6 %	1,6 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	1,3 %	4,8 %	2,2 %	4,9 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	3,2 %	3,2 %	3,6 %	3,0 %
• Abitur/Fachabitur	2,5 %	2,5 %	2,5 %	2,4 %
• Abschluss unbekannt	3,8 %	8,3 %	5,5 %	8,6 %
• Fehlende Angabe	84,4 %	79,6 %	81,7 %	79,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,1 %	3,2 %	6,0 %	3,5 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	3,5 %	8,9 %	5,7 %	8,9 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,8 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,9 %	1,0 %	1,6 %	0,8 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	3,5 %	6,7 %	4,4 %	6,5 %
	84,4 %	79,6 %	81,7 %	79,5 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	21,7 %	15,6 %	19,1 %	15,9 %
	67,2 %	79,9 %	70,5 %	79,5 %
	11,1 %	4,5 %	10,4 %	4,6 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A: Nur Diagnostikkriterium<sup>2</sup></li> <li>• B: Diagnostikkriterium<sup>2</sup> und Dauerkriterium<sup>3</sup></li> <li>• Weder A noch B</li> </ul>	23,2 %	23,2 %	26,0 %	24,6 %
	38,9 %	43,3 %	38,8 %	42,7 %
	37,9 %	33,4 %	35,2 %	32,7 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglied</li> <li>• Familienversicherter</li> <li>• Rentner und deren Familienangehörige</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	46,5 %	50,0 %	47,3 %	50,3 %
	6,1 %	3,2 %	6,0 %	3,5 %
	42,7 %	41,4 %	41,8 %	41,4 %
	4,8 %	5,4 %	4,9 %	4,9 %

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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> ohne F43 und F45

## 14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose

**Tabelle 168: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)</b>	<b>284</b>	<b>284</b>	<b>272</b>	<b>263</b>	<b>253</b>	<b>298</b>	<b>298</b>	<b>291</b>	<b>278</b>	<b>274</b>
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• <b>Gesamt</b>	1,9	15,0	4,0	3,0	3,7	1,5	18,2	3,8	5,2	5,4
• <b>Alter (Median im Referenzjahr)</b>										
Jünger (IG: < 51 Jahre; KG: < 50 Jahre)	3,7 (n=139)	12,3 (n=139)	3,9 (n=139)	3,0 (n=137)	4,0 (n=136)	1,2 (n=142)	17,1 (n=142)	4,0 (n=141)	5,4 (n=140)	6,2 (n=139)
Älter (IG: ≥ 51 Jahre; KG: ≥ 50 Jahre)	0,2 (n=145)	17,7 (n=145)	4,2 (n=133)	3,0 (n=126)	3,3 (n=117)	1,8 (n=156)	19,3 (n=156)	3,5 (n=150)	5,0 (n=138)	4,5 (n=135)
• <b>Referenzdiagnose</b>										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 (n<10)	15,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,5 (n<10)	0,0 (n<10)	24,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n=13)	8,5 (n=13)	0,0 (n=10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,3 (n=14)	16,8 (n=14)	0,0 (n=12)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	3,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,5 (n=91)	8,1 (n=91)	1,3 (n=87)	1,2 (n=83)	0,9 (n=78)	0,5 (n=94)	19,2 (n=94)	5,0 (n=92)	5,8 (n=88)	5,8 (n=88)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	19,3 (n=21)	39,9 (n=21)	24,3 (n=20)	15,3 (n=19)	18,9 (n=18)	7,0 (n=25)	43,1 (n=25)	12,1 (n=25)	26,7 (n=25)	33,9 (n=25)
F 30-39 (Affektive Störungen)	0,1 (n=79)	21,8 (n=79)	5,6 (n=78)	2,6 (n=78)	4,2 (n=77)	2,3 (n=79)	16,1 (n=79)	2,9 (n=78)	2,6 (n=78)	1,5 (n=76)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,5 (n=50)	9,7 (n=50)	0,8 (n=50)	2,5 (n=50)	2,9 (n=49)	0,9 (n=50)	5,2 (n=50)	1,7 (n=50)	1,2 (n=50)	0,0 (n=50)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	35,3 (n<10)	0,5 (n<10)	7,5 (n<10)	11,5 (n<10)	0,0 (n<10)	17,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	0,2 (n=12)	4,7 (n=12)	0,2 (n=12)	3,1 (n=12)	0,0 (n=12)	0,1 (n=16)	18,6 (n=16)	0,0 (n=16)	0,0 (n=16)	0,0 (n=16)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	16,3 (n<10)	17,7 (n<10)	2,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	51,3 (n<10)	6,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	15,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	32,5 (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)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—



**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)</b>	<b>283</b>	<b>283</b>	<b>270</b>	<b>261</b>	<b>250</b>	<b>272</b>	<b>272</b>	<b>260</b>	<b>252</b>	<b>240</b>
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• <b>Gesamt</b>	14,1	14,6	11,2	7,7	6,9	15,0	13,9	11,3	9,7	9,8
• <b>Alter (Median im Referenzjahr)</b>										
Jünger (IG: < 54 Jahre; KG: < 50 Jahre)	18,5 (n=139)	20,4 (n=139)	17,5 (n=133)	11,5 (n=129)	11,1 (n=127)	11,7 (n=126)	14,9 (n=126)	10,6 (n=125)	9,5 (n=124)	12,4 (n=119)
Älter (IG: ≥ 54 Jahre; KG: ≥ 50 Jahre)	9,9 (n=144)	8,9 (n=144)	5,2 (n=137)	4,0 (n=132)	2,5 (n=123)	17,9 (n=146)	13,1 (n=146)	11,9 (n=135)	9,9 (n=128)	7,2 (n=121)
• <b>Referenzdiagnose</b>										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,7 (n<10)	6,7 (n<10)	28,0 (n<10)	2,5 (n<10)	0,0 (n<10)	3,0 (n<10)	16,0 (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)	5,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	7,1 (n=87)	12,5 (n=87)	6,3 (n=80)	8,5 (n=77)	3,3 (n=70)	15,0 (n=85)	18,3 (n=85)	15,4 (n=80)	11,1 (n=79)	11,7 (n=74)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	26,2 (n=96)	19,6 (n=96)	20,2 (n=94)	8,8 (n=91)	12,2 (n=90)	19,6 (n=97)	16,6 (n=97)	17,2 (n=93)	15,2 (n=91)	11,5 (n=86)
F 30-39 (Affektive Störungen)	13,7 (n=35)	14,5 (n=35)	7,6 (n=34)	7,4 (n=33)	0,7 (n=32)	18,2 (n=36)	9,5 (n=36)	2,2 (n=36)	5,0 (n=35)	10,2 (n=34)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,0 (n=13)	12,8 (n=13)	15,2 (n=13)	0,3 (n=13)	0,7 (n=13)	4,6 (n=12)	5,5 (n=12)	0,0 (n=11)	0,0 (n=11)	0,1 (n=11)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	10,0 (n<10)	0,0 (n<10)	5,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	25,0 (n=12)	32,5 (n=12)	8,4 (n=12)	24,2 (n=12)	27,3 (n=12)	15,3 (n=12)	11,8 (n=12)	2,4 (n=12)	0,1 (n=12)	8,2 (n=12)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,1 (n=30)	2,2 (n=30)	0,1 (n=28)	0,3 (n=26)	1,4 (n=24)	0,0 (n=18)	0,3 (n=18)	0,0 (n=17)	0,6 (n=17)	3,1 (n=16)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

**Tabelle 169: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**
**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)</b>	<b>151</b>	<b>151</b>	<b>151</b>	<b>150</b>	<b>148</b>	<b>173</b>	<b>173</b>	<b>173</b>	<b>172</b>	<b>171</b>
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• <b>Gesamt</b>	19,4	77,5	22,0	13,8	12,6	14,6	68,9	15,4	13,0	13,8
• <b>Alter (Median im Referenzjahr)</b>										
Jünger (IG: < 45 Jahre; KG: < 44 Jahre)	18,9 (n=72)	67,8 (n=72)	18,8 (n=72)	11,2 (n=72)	8,6 (n=72)	9,3 (n=84)	67,4 (n=84)	15,4 (n=84)	12,2 (n=84)	14,5 (n=84)
Älter (IG: ≥ 45 Jahre; KG: ≥ 44 Jahre)	19,9 (n=79)	86,3 (n=79)	24,9 (n=79)	16,2 (n=78)	16,4 (n=76)	19,7 (n=89)	70,3 (n=89)	15,4 (n=89)	13,9 (n=88)	13,1 (n=87)
• <b>Referenzdiagnose</b>										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	37,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	5,4 (n=54)	27,6 (n=54)	8,7 (n=54)	19,9 (n=53)	14,7 (n=51)	9,3 (n=62)	51,5 (n=62)	13,7 (n=62)	11,9 (n=61)	11,2 (n=61)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft Stör.)	67,7 (n<10)	61,7 (n<10)	33,5 (n<10)	29,0 (n<10)	51,8 (n<10)	10,3 (n=14)	64,6 (n=14)	14,9 (n=14)	52,3 (n=14)	56,8 (n=14)
F 30-39 (Affektive Störungen)	20,9 (n=38)	136,9 (n=38)	47,3 (n=38)	2,7 (n=38)	5,6 (n=38)	24,0 (n=45)	109,4 (n=45)	22,5 (n=45)	8,4 (n=45)	8,4 (n=44)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	23,5 (n=36)	97,0 (n=36)	22,0 (n=36)	8,9 (n=36)	12,8 (n=36)	5,5 (n=34)	27,1 (n=34)	3,2 (n=34)	11,9 (n=34)	7,8 (n=34)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	40,3 (n<10)	0,7 (n<10)	0,0 (n<10)	28,0 (n<10)	32,0 (n<10)	223,5 (n<10)	64,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	54,8 (n=10)	97,8 (n=10)	5,3 (n=10)	42,0 (n=10)	4,7 (n=10)	39,1 (n=12)	89,3 (n=12)	13,7 (n=12)	0,0 (n=12)	20,7 (n=12)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	10,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	24,5 (n<10)	9,0 (n<10)	3,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	5,0 (n<10)	212,0 (n<10)	96,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	22,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

<sup>1</sup> 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
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)</b>	<b>128</b>	<b>128</b>	<b>127</b>	<b>126</b>	<b>125</b>	<b>132</b>	<b>132</b>	<b>132</b>	<b>132</b>	<b>128</b>
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• <b>Gesamt</b>	36,5	26,2	17,2	10,9	9,6	32,1	31,5	18,3	16,4	15,7
• <b>Alter (Median im Referenzjahr)</b>										
Jünger (IG: < 51 Jahre; KG: < 46 Jahre)	60,3 (n=64)	39,1 (n=64)	23,7 (n=63)	14,6 (n=63)	17,4 (n=63)	19,7 (n=66)	29,3 (n=66)	17,7 (n=66)	14,0 (n=66)	17,5 (n=65)
Älter (IG: ≥ 51 Jahre; KG: ≥ 46 Jahre)	12,7 (n=64)	13,2 (n=64)	10,8 (n=64)	7,3 (n=63)	1,7 (n=62)	44,6 (n=66)	33,7 (n=66)	18,9 (n=66)	18,8 (n=66)	13,7 (n=63)
• <b>Referenzdiagnose</b>										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,0 (n<10)	9,0 (n<10)	55,0 (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)	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	17,4 (n=37)	22,3 (n=37)	6,5 (n=37)	11,6 (n=37)	8,8 (n=36)	38,5 (n=51)	28,2 (n=51)	27,4 (n=51)	27,7 (n=51)	22,6 (n=48)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	33,8 (n=41)	21,3 (n=41)	38,9 (n=40)	16,7 (n=39)	12,6 (n=39)	22,2 (n=38)	28,9 (n=38)	8,3 (n=38)	13,2 (n=38)	13,2 (n=37)
F 30-39 (Affektive Störungen)	116,2 (n=15)	83,3 (n=15)	8,5 (n=15)	17,0 (n=15)	22,9 (n=15)	86,0 (n=14)	75,8 (n=14)	22,8 (n=14)	8,5 (n=14)	7,4 (n=14)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	52,3 (n<10)	17,8 (n<10)	20,1 (n<10)	2,2 (n<10)	1,0 (n<10)	17,5 (n<10)	39,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,1 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	78,7 (n<10)	29,7 (n<10)	9,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	6,0 (n<10)	79,5 (n<10)	176,5 (n<10)	10,5 (n<10)	0,0 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	31,7 (n<10)	24,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,3 (n<10)	6,8 (n<10)	10,0 (n<10)	11,3 (n<10)	2,1 (n<10)	4,4 (n<10)	31,1 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n=15)	0,0 (n=15)	0,0 (n=15)	0,1 (n=15)	0,0 (n=15)	0,6 (n=11)	0,9 (n=11)	1,5 (n=11)	7,1 (n=11)	9,8 (n=11)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

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

### **14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität**

Für die Analyse von möglichen Einflussfaktoren wurden nur Outcomes betrachtet, die eine ausreichende Anzahl von Fällen hinsichtlich des zu betrachtenden Ereignisses bereitstellen. Bei Outcomes mit extrem wenigen Fällen, in denen das Ereignis überhaupt aufgetreten ist, können die Modelle zu fehlerhaften Schätzungen führen und nicht mehr sinnvoll interpretiert werden. Die kritische Anzahl von Fällen pro Gruppe wurde auf mindestens 40 gesetzt.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der Präzeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (U1) oder im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statt.

**U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**
**Tabelle 170: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1)**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	2,15* 1,09...4,24	2,34*** 1,61...3,41	-3,31 -7,79...1,18	5,14*** 3,32...6,96
DID Jahr 2	0,94 0,45...1,95	3,82* 1,06...13,81	-1,90 -6,38...2,59	1,06 -0,76...2,88
DID Jahr 3	1,07 0,51...2,27	1,64 0,53...5,07	-3,58 -8,07...0,90	0,37 -1,45...2,19
DID Jahr 4	1,07 0,51...2,27	3,15* 1,13...8,75	-2,92 -7,40...1,56	0,66 -1,16...2,48
DID Jahr 1-4	—	—	-2,93 -6,59...0,74	1,81* 0,30...3,31
Gruppe	0,81 0,46...1,42	0,00 0,00...INF	1,39 -1,78...4,56	-0,42 -1,71...0,87
Jahr 1	38,92*** 24,00...63,11	24,23*** 7,39...79,50	17,57*** 14,42...20,73	4,49*** 3,21...5,77
Jahr 2	1,71* 1,04...2,81	1,00 0,20...5,04	2,00 -1,16...5,16	-0,12 -1,40...1,17
Jahr 3	1,32 0,79...2,21	1,69 0,40...7,20	2,75 -0,41...5,91	0,04 -1,24...1,32
Jahr 4	1,32 0,79...2,21	1,69 0,40...7,20	3,47* 0,32...6,63	0,25 -1,03...1,53
Indexgruppe 6 (F10)	1,53** 1,16...2,02	0,43** 0,25...0,74	-3,02** -4,98...-1,06	-1,13** -1,93...-0,34
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,66** 0,50...0,87	1,93** 1,31...2,84	-2,35* -4,14...-0,55	0,96* 0,23...1,69
Indexgruppe 9 (F43)	0,66* 0,48...0,91	0,64 0,41...1,01	-3,35** -5,32...-1,38	-0,09 -0,89...0,72
Psy A <sup>1</sup>	1,52** 1,16...1,98	2,52*** 1,71...3,71	2,88** 1,12...4,65	1,05** 0,33...1,76
Psy B <sup>2</sup>	1,61** 1,17...2,21	0,92 0,59...1,44	7,58*** 5,33...9,83	0,10 -0,82...1,01
Alter	0,92 0,73...1,16	0,73 0,51...1,04	-0,05 -1,60...1,49	-0,77* -1,40...-0,14
Geschlecht (m vs. w)	0,81 0,64...1,02	1,53* 1,08...2,18	-1,85* -3,38...-0,31	0,69* 0,06...1,31



Komorbidität <sup>3</sup>	1,05* 1,00...1,10	0,88** 0,80...0,96	-0,12 -0,45...0,21	-0,20** -0,33...-0,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,72 0,50...1,03	0,09** 0,02...0,37	-1,21 -3,73...1,30	-1,07* -2,09...-0,05
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,05 0,84...1,31	2,53*** 1,78...3,59	1,62* 0,14...3,09	1,41*** 0,81...2,01
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,12*** 0,08...0,16	0,79 0,56...1,13	-5,10*** -6,74...-3,46	-0,17 -0,83...0,50

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 171: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1)**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,94 0,56...1,56	2,41 0,95...6,11	2,13 -4,41...8,68	1,13 -0,57...2,83
DID Jahr 2	0,93 0,54...1,61	1,14 0,37...3,50	1,38 -5,16...7,93	0,12 -1,58...1,82
DID Jahr 3	0,71 0,40...1,25	1,40 0,42...4,64	-0,61 -7,16...5,93	0,03 -1,67...1,73
DID Jahr 4	0,68 0,38...1,23	0,81 0,20...3,26	-0,92 -7,47...5,62	0,20 -1,50...1,90
DID Jahr 1-4	—	—	0,50 -4,69...5,68	0,37 -0,98...1,71
Gruppe	0,83 0,57...1,20	1,02 0,56...1,85	-1,47 -6,10...3,17	0,04 -1,17...1,24
Jahr 1	1,63** 1,14...2,34	0,43* 0,21...0,90	-1,04 -5,68...3,60	-1,64** -2,85...-0,44
Jahr 2	0,51*** 0,35...0,74	0,28** 0,12...0,65	-5,67* -10,31...-1,03	-1,99** -3,19...-0,79
Jahr 3	0,41*** 0,28...0,60	0,21** 0,08...0,52	-6,13* -10,77...-1,49	-1,97** -3,18...-0,77
Jahr 4	0,32*** 0,22...0,48	0,17*** 0,06...0,46	-5,80* -10,44...-1,16	-2,03** -3,23...-0,82
Indexgruppe 6 (F10)	2,40*** 1,83...3,16	0,33*** 0,18...0,61	2,46 -0,65...5,58	-1,16** -1,97...-0,35
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,05*** 1,56...2,68	0,76 0,45...1,28	7,09*** 3,96...10,21	-0,28 -1,09...0,53
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,83 0,62...1,12	2,15** 1,37...3,37	1,96 -1,30...5,21	1,06* 0,21...1,90
Psy A <sup>1</sup>	1,60** 1,21...2,12	1,34 0,77...2,33	3,81* 0,65...6,97	0,67 -0,15...1,49
Psy B <sup>2</sup>	1,32* 1,04...1,68	0,79 0,51...1,20	4,96** 2,15...7,77	-0,67 -1,40...0,06
Alter	0,88 0,73...1,07	0,64* 0,44...0,95	-1,47 -3,73...0,80	-0,56 -1,15...0,03
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,84...1,24	1,30 0,89...1,89	-0,81 -3,02...1,41	-0,09 -0,67...0,49

Komorbidität <sup>3</sup>	1,03 0,99...1,07	0,94 0,85...1,03	0,22 -0,27...0,70	-0,06 -0,18...0,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,91 0,71...1,18	0,09** 0,02...0,39	-0,39 -3,23...2,44	-1,02** -1,75...-0,28
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	3,01*** 2,47...3,67	5,83*** 3,43...9,91	8,86*** 6,64...11,09	1,60*** 1,02...2,18
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,22*** 0,18...0,27	0,66 0,44...1,01	-8,86*** -11,38...-6,33	0,05 -0,61...0,71

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 172: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1)**

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,55* -2,79...-0,32	0,39 -0,81...1,60	0,79 -2,35...3,93
DID Jahr 2	-1,36* -2,60...-0,12	0,76 -0,45...1,97	1,32 -1,82...4,46
DID Jahr 3	-1,04 -2,27...0,20	0,68 -0,53...1,89	1,05 -2,09...4,20
DID Jahr 4	-0,95 -2,18...0,29	0,02 -1,19...1,23	2,41 -0,73...5,55
Gruppe	-0,02 -0,90...0,85	-0,19 -1,04...0,67	0,08 -2,14...2,31
Jahr 1	3,55*** 2,68...4,42	1,30** 0,45...2,15	2,96** 0,75...5,17
Jahr 2	2,35*** 1,48...3,22	0,65 -0,21...1,50	0,83 -1,38...3,04
Jahr 3	1,71*** 0,84...2,59	0,17 -0,68...1,02	0,39 -1,82...2,60
Jahr 4	1,54** 0,67...2,42	0,09 -0,76...0,94	-0,84 -3,05...1,37
Indexgruppe 6 (F10)	-1,23*** -1,77...-0,69	-1,00*** -1,53...-0,47	-2,59*** -3,96...-1,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,34 -0,16...0,84	1,08*** 0,60...1,57	0,07 -1,19...1,32
Indexgruppe 9 (F43)	-0,65* -1,20...-0,11	0,05 -0,49...0,58	-2,71*** -4,09...-1,32
Psy A <sup>1</sup>	0,32 -0,16...0,81	1,56*** 1,09...2,04	2,67*** 1,43...3,90
Psy B <sup>2</sup>	1,05** 0,43...1,67	1,55*** 0,94...2,16	0,62 -0,96...2,20
Alter	-0,19 -0,62...0,24	-0,12 -0,54...0,30	1,46** 0,38...2,55
Geschlecht (m vs. w)	-0,23 -0,66...0,19	0,19 -0,22...0,61	1,33* 0,25...2,41
Komorbidität <sup>3</sup>	-0,08 -0,17...0,01	-0,16*** -0,25...-0,08	1,36*** 1,13...1,60

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,68 -1,38...0,01	-0,74* -1,42...-0,06	17,18*** 15,42...18,94
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,31 -0,09...0,72	0,91*** 0,51...1,31	1,17* 0,13...2,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,18*** 0,73...1,63	-0,16 -0,61...0,28	-1,57** -2,72...-0,42

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 173: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1)

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,97 -3,74...1,80	1,66* 0,01...3,31	1,76 -1,83...5,35
DID Jahr 2	-1,47 -4,24...1,30	1,57 -0,08...3,21	1,58 -2,01...5,16
DID Jahr 3	-1,98 -4,75...0,79	1,06 -0,59...2,71	1,49 -2,10...5,07
DID Jahr 4	-1,91 -4,68...0,86	0,62 -1,03...2,27	3,03 -0,56...6,62
Gruppe	3,20** 1,24...5,16	0,08 -1,09...1,25	-1,87 -4,41...0,67
Jahr 1	2,38* 0,41...4,34	-0,76 -1,93...0,41	-0,90 -3,44...1,64
Jahr 2	0,65 -1,31...2,62	-0,68 -1,85...0,48	-2,71* -5,25...-0,17
Jahr 3	0,08 -1,88...2,05	-0,49 -1,66...0,68	-2,32 -4,87...0,22
Jahr 4	-0,80 -2,77...1,16	-0,56 -1,73...0,61	-4,24** -6,78...-1,70
Indexgruppe 6 (F10)	0,62 -0,70...1,94	-0,78 -1,57...0,00	0,59 -1,11...2,30
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,43*** 1,11...3,75	-0,70 -1,48...0,09	-4,07*** -5,78...-2,36
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,56 -0,82...1,94	2,02*** 1,20...2,84	-3,17** -4,96...-1,39
Psy A <sup>1</sup>	-0,37 -1,71...0,96	1,18** 0,38...1,97	2,82** 1,09...4,55
Psy B <sup>2</sup>	5,37*** 4,17...6,56	0,34 -0,37...1,05	4,59*** 3,04...6,13
Alter	-0,10 -1,06...0,87	-0,86** -1,43...-0,28	0,30 -0,95...1,55
Geschlecht (m vs. w)	0,06 -0,88...1,00	-0,03 -0,59...0,53	1,29* 0,07...2,50
Komorbidität <sup>3</sup>	-0,36*** -0,57...-0,16	-0,06 -0,18...0,06	1,40*** 1,14...1,67

Pflegestufe (nein vs. ja)	2,43*** 1,23...3,63	-0,01 -0,72...0,71	5,18*** 3,63...6,74
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	-1,29** -2,23...-0,35	0,69* 0,13...1,24	0,30 -0,92...1,52
Referenzfall (KH vs. PIA)	8,19*** 7,12...9,26	-1,47*** -2,11...-0,83	0,35 -1,04...1,73

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 174: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,76 0,50...1,17	0,79 0,54...1,17	0,83 0,56...1,22
Indexgruppe 6 (F10)	0,21*** 0,11...0,39	0,20*** 0,11...0,34	0,30*** 0,18...0,50
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,16 0,72...1,85	1,18 0,77...1,83	1,59* 1,00...2,52
Indexgruppe 9 (F43)	0,91 0,52...1,62	1,48 0,89...2,45	1,07 0,62...1,83
Psy A <sup>1</sup>	1,36 0,80...2,30	1,85** 1,17...2,92	2,02** 1,27...3,19
Psy B <sup>2</sup>	1,65 0,96...2,86	1,68 1,00...2,82	2,45** 1,38...4,36
Alter	0,71 0,46...1,12	1,03 0,68...1,55	0,86 0,57...1,31
Geschlecht (m vs. w)	0,81 0,52...1,27	1,14 0,76...1,71	1,38 0,91...2,09
Komorbidität <sup>3</sup>	0,87* 0,78...0,97	0,90* 0,82...0,98	0,87** 0,79...0,95
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,36* 0,13...0,95	0,31** 0,14...0,66	0,70 0,37...1,30
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,04 0,68...1,61	1,50* 1,01...2,22	1,87** 1,24...2,80
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,43 0,85...2,39	1,54 0,93...2,55	2,31** 1,34...4,00

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl



**Tabelle 175: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,25 0,37...4,22	0,92 0,35...2,42	1,16 0,42...3,19
Indexgruppe 6 (F10)	4,05 0,61...26,76	1,02 0,26...4,02	0,89 0,22...3,63
Indexgruppe 8 (F30-F39)	8,70* 1,42...53,19	2,13 0,56...8,12	3,15 0,75...13,27
Indexgruppe 9 (F43)	11,54* 1,28...104,47	2,47 0,44...13,77	2,04 0,36...11,69
Psy A <sup>1</sup>	3,75 0,64...22,02	3,64 1,00...13,28	3,66 0,96...13,92
Psy B <sup>2</sup>	2,05 0,41...10,27	1,99 0,59...6,69	1,74 0,44...6,88
Alter	3,30 0,81...13,41	3,08* 1,08...8,75	2,36 0,76...7,32
Geschlecht (m vs. w)	3,94 0,96...16,09	1,07 0,39...2,94	1,32 0,47...3,76
Komorbidität <sup>3</sup>	0,60* 0,40...0,89	0,64** 0,47...0,87	0,69* 0,50...0,96
Pflegestufe (nein vs. ja)	29,18* 1,58...537,55	5,87 0,51...68,36	3,69 0,29...46,42
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,58 0,45...5,56	1,73 0,67...4,48	1,52 0,55...4,18
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,92 0,23...3,67	1,55 0,51...4,74	1,85 0,56...6,16

 Signif. codes: \*\*\*<sup>1</sup> <0,001 \*\*<sup>2</sup> <0,01 \*<sup>3</sup> <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 176: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,31 0,06...1,63	0,67 0,20...2,26	0,65 0,19...2,29
Indexgruppe 6 (F10)	0,38 0,04...4,03	0,63 0,09...4,49	0,27 0,04...1,86
Indexgruppe 8 (F30-F39)	7,14 0,89...57,26	9,75** 1,96...48,45	2,44 0,46...12,95
Indexgruppe 9 (F43)	0,11 0,01...2,19	0,35 0,03...4,94	1,07 0,11...10,89
Psy A <sup>1</sup>	>100 0,00...INF	4,45 0,79...24,93	7,89* 1,43...43,53
Psy B <sup>2</sup>	1,35 0,23...8,15	3,68 0,80...16,94	2,46 0,55...10,99
Alter	2,46 0,30...20,17	0,35 0,08...1,50	0,51 0,13...2,05
Geschlecht (m vs. w)	2,42 0,52...11,34	2,09 0,55...8,03	0,76 0,19...3,10
Komorbidität <sup>3</sup>	0,43** 0,24...0,76	0,59** 0,39...0,88	0,68* 0,47...0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,64 0,09...30,83	0,94 0,08...10,73	0,36 0,03...4,16
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	9,74* 1,45...65,28	6,91** 1,70...28,10	3,79 0,90...15,95
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,74 0,33...9,27	0,85 0,21...3,39	0,37 0,08...1,79

Signif. codes: \*\*\* &lt;0,001 \*\* &lt;0,01 \* &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 177: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,66 0,23...1,90	0,62 0,22...1,80	0,74 0,22...2,49
Indexgruppe 6 (F10)	0,42 0,11...1,53	0,24* 0,06...0,94	0,19* 0,04...0,91
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,50 0,12...2,09	1,05 0,26...4,27	0,55 0,10...3,08
Indexgruppe 9 (F43)	0,51 0,08...3,41	0,55 0,09...3,50	1,76 0,14...22,15
Psy A <sup>1</sup>	1,35 0,39...4,63	3,13 0,88...11,14	3,25 0,83...12,76
Psy B <sup>2</sup>	1,42 0,40...5,03	1,20 0,35...4,14	1,96 0,48...8,08
Alter	0,56 0,20...1,60	0,69 0,24...1,97	0,65 0,21...2,06
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,36...2,94	2,07 0,70...6,15	1,75 0,52...5,90
Komorbidität <sup>3</sup>	0,91 0,68...1,21	0,73* 0,55...0,99	0,71* 0,51...0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,56 0,05...6,73	5,88 0,54...63,72	3,43 0,20...58,62
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,45 0,52...4,00	3,37* 1,20...9,46	2,99 0,91...9,85
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,64 0,75...9,30	1,40 0,39...5,02	0,61 0,13...2,80

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 178: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,14 0,73...1,77	1,48 0,94...2,34	1,29 0,76...2,19
Indexgruppe 6 (F10)	0,59 0,33...1,06	0,54* 0,30...0,97	0,28*** 0,15...0,52
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,76 0,95...3,26	3,13** 1,63...6,04	2,59* 1,22...5,50
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,40 0,70...2,80	2,30* 1,19...4,46	1,77 0,85...3,68
Psy A <sup>1</sup>	0,75 0,35...1,59	1,10 0,56...2,15	1,29 0,62...2,69
Psy B <sup>2</sup>	2,07* 1,17...3,66	1,61 0,93...2,78	1,70 0,91...3,19
Alter	1,16 0,73...1,84	0,88 0,55...1,42	0,79 0,46...1,36
Geschlecht (m vs. w)	1,30 0,81...2,09	1,23 0,76...1,98	1,00 0,58...1,72
Komorbidität <sup>3</sup>	0,96 0,86...1,07	1,06 0,96...1,18	1,02 0,90...1,15
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,69 0,36...1,30	0,88 0,45...1,72	0,82 0,37...1,82
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,98 0,59...1,62	1,09 0,66...1,81	1,35 0,77...2,36
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,40*** 2,13...5,45	3,51*** 2,08...5,90	2,74** 1,48...5,07

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 179: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,99 0,53...1,83	0,93 0,48...1,81	0,90 0,40...1,99
Indexgruppe 6 (F10)	0,24** 0,09...0,65	0,15*** 0,06...0,41	0,21** 0,07...0,64
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,78 0,30...2,02	1,18 0,42...3,28	2,11 0,62...7,17
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,39 0,12...1,20	0,23* 0,07...0,75	0,97 0,24...3,97
Psy A <sup>1</sup>	5,53* 1,39...22,08	2,05 0,66...6,37	1,81 0,54...6,06
Psy B <sup>2</sup>	1,20 0,59...2,45	2,03 0,96...4,31	2,37 0,94...5,99
Alter	2,02* 1,07...3,80	2,32* 1,14...4,72	1,34 0,57...3,14
Geschlecht (m vs. w)	1,17 0,62...2,24	0,97 0,46...2,05	0,51 0,20...1,30
Komorbidität <sup>3</sup>	1,02 0,87...1,21	1,08 0,91...1,29	1,06 0,87...1,30
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,33* 0,12...0,91	0,63 0,24...1,66	1,14 0,34...3,78
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,19 0,59...2,42	1,05 0,49...2,26	1,12 0,43...2,89
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,45** 1,27...4,72	2,96** 1,49...5,90	2,52* 1,06...5,94

 Signif. codes: \*\*\*<sup>1</sup> <0,001 \*\*<sup>2</sup> <0,01 \*<sup>3</sup> <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 180: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,67 0,36...1,24	0,87 0,45...1,68	0,58 0,22...1,55
Indexgruppe 6 (F10)	0,34* 0,14...0,85	0,17*** 0,07...0,46	0,63 0,16...2,53
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,81 0,32...2,05	0,95 0,36...2,55	3,36 0,74...15,24
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,11 0,39...3,13	0,96 0,29...3,15	2,44 0,44...13,53
Psy A <sup>1</sup>	2,59 0,85...7,86	3,12* 1,09...8,95	1,30 0,33...5,18
Psy B <sup>2</sup>	1,20 0,59...2,45	0,96 0,44...2,07	1,63 0,54...4,99
Alter	1,54 0,82...2,90	1,88 0,95...3,72	1,53 0,59...3,95
Geschlecht (m vs. w)	0,50 0,24...1,02	0,48 0,22...1,04	1,15 0,40...3,29
Komorbidität <sup>3</sup>	1,17 1,00...1,37	1,15 0,97...1,37	1,31 0,99...1,74
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,08 0,45...2,63	1,22 0,46...3,19	1,57 0,43...5,73
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,52 0,25...1,10	0,56 0,26...1,24	0,69 0,22...2,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,00** 1,48...6,08	2,52* 1,22...5,21	6,28** 2,20...17,91

 Signif. codes: \*\*\*<sup>1</sup> <0,001 \*\*<sup>2</sup> <0,01 \*<sup>3</sup> <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 181: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,97 0,47...2,00	0,88 0,41...1,90	0,70 0,25...2,02
Indexgruppe 6 (F10)	0,58 0,21...1,65	0,20** 0,07...0,61	0,11** 0,02...0,56
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,81 0,29...2,22	0,52 0,17...1,54	0,35 0,08...1,66
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,16 0,38...3,56	1,95 0,48...7,88	0,49 0,06...4,24
Psy A <sup>1</sup>	1,68 0,46...6,24	1,73 0,47...6,35	4,95 0,82...29,87
Psy B <sup>2</sup>	1,36 0,55...3,41	2,97* 1,15...7,68	1,58 0,41...6,18
Alter	1,41 0,68...2,92	1,83 0,83...4,00	2,59 0,84...8,01
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,42...2,12	0,69 0,29...1,61	0,44 0,14...1,43
Komorbidität <sup>3</sup>	0,97 0,79...1,18	1,02 0,83...1,24	0,89 0,68...1,16
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,67 0,54...5,14	1,25 0,44...3,53	2,67 0,62...11,53
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,90 0,38...2,13	0,84 0,35...2,04	0,78 0,25...2,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,13*** 2,36...11,14	2,44* 1,14...5,21	4,74** 1,66...13,53

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 182: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1)**

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

**Tabelle 183: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1)**

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.



**Tabelle 184: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1)**

[kf]

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

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 185: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1)**

[kf]

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 186: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1)**

	<b>Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden</b>	<b>Indexdiagnose, Tage AU</b>
DID Jahr 1	-0,10 -0,38...0,18	12,53 -4,50...29,56
DID Jahr 2	-0,07 -0,35...0,21	2,68 -14,35...19,71
DID Jahr 3	-0,25 -0,53...0,03	-3,61 -20,64...13,42
DID Jahr 4	-0,12 -0,40...0,16	-6,54 -23,57...10,49
DID Jahr 1-4	—	1,27 -13,26...15,79
Gruppe	0,00 -0,20...0,20	2,40 -9,69...14,47
Jahr 1	0,78*** 0,59...0,98	52,73*** 40,97...64,49
Jahr 2	-0,13 -0,33...0,06	-1,65 -13,41...10,11
Jahr 3	-0,14 -0,34...0,05	-3,94 -15,70...7,83
Jahr 4	-0,19 -0,39...0,00	-2,60 -14,36...9,16
Indexgruppe 6 (F10)	-0,04 -0,17...0,10	-13,00** -21,16...-4,85
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,20** -0,32...-0,08	3,37 -3,86...10,61
Indexgruppe 9 (F43)	-0,16* -0,28...-0,04	-7,43 -15,06...0,20
Psy A <sup>1</sup>	0,20*** 0,09...0,30	8,88** 2,37...15,38
Psy B <sup>2</sup>	0,42*** 0,27...0,57	3,09 -6,06...12,24
Alter	0,02 -0,07...0,11	7,47** 1,83...13,11
Geschlecht (m vs. w)	0,05 -0,05...0,14	4,08 -1,80...9,95

Komorbidität <sup>3</sup>	0,02 -0,01...0,04	-1,07 -2,71...0,57
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,31* -0,58...-0,03	-10,53 -27,38...6,32
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,23*** -0,33...-0,13	-7,28* -13,37...-1,18

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 187: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1)**

	<b>Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden</b>	<b>Indexdiagnose, Tage AU</b>
DID Jahr 1	0,07 -0,45...0,59	1,63 -15,97...19,23
DID Jahr 2	-0,13 -0,66...0,39	-1,73 -19,32...15,88
DID Jahr 3	-0,03 -0,55...0,49	-3,12 -20,72...14,48
DID Jahr 4	-0,16 -0,69...0,36	-3,97 -21,57...13,63
DID Jahr 1-4	—	-1,79 -15,82...12,23
Gruppe	0,09 -0,28...0,46	1,43 -11,07...13,93
Jahr 1	0,17 -0,19...0,54	-3,45 -15,71...8,81
Jahr 2	-0,18 -0,54...0,18	-20,61** -32,88...-8,36
Jahr 3	-0,39* -0,75...-0,02	-22,23*** -34,49...-9,97
Jahr 4	-0,44* -0,81...-0,08	-20,67** -32,93...-8,41
Indexgruppe 6 (F10)	0,65*** 0,41...0,90	0,28 -7,99...8,53
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,24 -0,02...0,49	-1,20 -9,68...7,28
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,02 -0,25...0,29	23,52*** 14,42...32,61
Psy A <sup>1</sup>	-0,04 -0,27...0,20	-0,07 -8,10...7,96
Psy B <sup>2</sup>	0,41*** 0,19...0,63	5,95 -1,55...13,44
Alter	-0,25** -0,44...-0,06	1,03 -5,22...7,28
Geschlecht (m vs. w)	-0,31** -0,49...-0,13	-1,94 -8,00...4,12

Komorbidität <sup>3</sup>	0,03 -0,02...0,08	-0,57 -2,26...1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,00 -0,25...0,25	-13,50** -21,92...-5,08
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,62*** -0,83...-0,41	-6,10 -13,11...0,91

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 188: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1)**

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

**Tabelle 189: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1)**

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

**Tabelle 190: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1)**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DID Jahr 1	0,05 -0,44...0,53
DID Jahr 2	0,03 -0,46...0,52
DID Jahr 3	0,27 -0,22...0,76
DID Jahr 4	0,02 -0,47...0,51
Gruppe	-0,03 -0,38...0,31
Jahr 1	0,76*** 0,41...1,10
Jahr 2	0,15 -0,19...0,50
Jahr 3	-0,01 -0,36...0,33
Jahr 4	0,07 -0,28...0,41
Indexgruppe 6 (F10)	0,51*** 0,30...0,73
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,63*** 0,43...0,82
Indexgruppe 9 (F43)	0,31** 0,09...0,52
Psy A <sup>1</sup>	0,40*** 0,20...0,59
Psy B <sup>2</sup>	0,46*** 0,21...0,70
Alter	1,13*** 0,97...1,29
Geschlecht (m vs. w)	-0,09 -0,25...0,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,20*** 1,94...2,46



Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,36*** 0,20...0,52
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,10 -0,28...0,08

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 191: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1)**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DID Jahr 1	0,02 -0,49...0,53
DID Jahr 2	0,04 -0,47...0,55
DID Jahr 3	-0,09 -0,61...0,42
DID Jahr 4	-0,06 -0,57...0,45
Gruppe	0,02 -0,35...0,38
Jahr 1	0,12 -0,25...0,48
Jahr 2	-0,14 -0,50...0,23
Jahr 3	-0,16 -0,52...0,20
Jahr 4	-0,22 -0,59...0,14
Indexgruppe 6 (F10)	1,44*** 1,20...1,68
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,01 -0,25...0,24
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,42** 0,17...0,68
Psy A <sup>1</sup>	0,62*** 0,37...0,86
Psy B <sup>2</sup>	0,55*** 0,33...0,77
Alter	0,78*** 0,61...0,96
Geschlecht (m vs. w)	0,24** 0,06...0,41
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,71*** 0,49...0,93

Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,54*** 0,37...0,71
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,22* 0,02...0,42

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 192: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1)**

	<b>Mortalität über 4 Jahre</b>
Gruppe	1,00 0,65...1,53
Psy A <sup>1</sup>	0,35** 0,18...0,67
Psy B <sup>2</sup>	1,10 0,46...2,60
Alter	5,26*** 2,57...10,77
Geschlecht (m vs. w)	0,68 0,44...1,05
Komorbidität <sup>3</sup>	1,24*** 1,15...1,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,85 0,49...1,47
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,81 0,52...1,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,60 0,34...1,05

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 193: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1)**

	<b>Mortalität über 4 Jahre</b>
Gruppe	1,01 0,67...1,52
Psy A <sup>1</sup>	0,66 0,38...1,15
Psy B <sup>2</sup>	0,84 0,47...1,50
Alter	2,66*** 1,54...4,60
Geschlecht (m vs. w)	0,56* 0,35...0,91
Komorbidität <sup>3</sup>	1,21*** 1,14...1,28
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,76 0,46...1,25
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16 0,75...1,79
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,81 0,52...1,26

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 194: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1)

	<b>Progression A</b> (leichte zu schwere Depression)	<b>Progression B</b> (Depression zu rezidivierend)	<b>Progression C</b> (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,69 0,32...1,49	1,68 0,90...3,13	1,05 0,75...1,46
Psy A <sup>1</sup>	1,07 0,43...2,69	0,89 0,45...1,77	0,58** 0,38...0,87
Psy B <sup>2</sup>	0,98 0,30...3,19	1,06 0,38...2,97	0,78 0,41...1,47
Alter	1,54 0,67...3,55	0,96 0,51...1,83	0,62* 0,43...0,90
Geschlecht (m vs. w)	1,34 0,59...3,04	1,02 0,54...1,91	0,57** 0,41...0,80
Komorbidität <sup>3</sup>	0,94 0,78...1,13	1,05 0,92...1,21	0,90* 0,81...1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,93 0,19...4,55	0,00 0,00...INF	0,39* 0,17...0,92
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,15 0,52...2,54	1,51 0,78...2,91	1,09 0,78...1,53
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,40* 0,16...0,95	0,98 0,51...1,87	0,69* 0,48...0,99

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 195: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1)**

	<b>Progression A</b> (leichte zu schwere Depression)	<b>Progression B</b> (Depression zu rezidivierend)	<b>Progression C</b> (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,41 0,14...1,14	1,04 0,34...3,12	0,97 0,58...1,61
Psy A <sup>1</sup>	0,90 0,22...3,75	1,24 0,28...5,53	2,16 0,96...4,89
Psy B <sup>2</sup>	5,97** 1,84...19,40	2,13 0,63...7,24	0,69 0,40...1,19
Alter	1,51 0,51...4,49	0,61 0,18...2,08	1,00 0,58...1,71
Geschlecht (m vs. w)	1,81 0,63...5,23	1,89 0,57...6,26	0,79 0,48...1,33
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,77...1,32	1,11 0,85...1,44	0,92 0,79...1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,00 0,00...INF	0,65 0,08...5,68	1,05 0,55...2,02
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,87 0,29...2,57	1,97 0,53...7,37	1,64 0,97...2,77
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,29* 0,10...0,90	1,12 0,36...3,49	0,63 0,35...1,13

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1)**

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (5).



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

**Tabelle 197: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2)**

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,08 -0,02...0,17	17,15 -10,45...44,74	0,05 -0,03...0,12	12,98 -13,54...39,50
Psy B <sup>2</sup>	-0,09 -0,19...0,01	-32,59* -61,65...-3,54	-0,10* -0,18...-0,01	-33,23* -61,16...-5,30
Alter	-0,04 -0,14...0,06	-2,18 -31,40...27,05	0,00 -0,09...0,08	2,50 -25,59...30,59
Geschlecht (m vs. w)	-0,10* -0,19...0,00	-28,63* -56,60...-0,65	-0,06 -0,14...0,02	-23,23 -50,12...3,67
Komorbidität <sup>3</sup>	0,05*** 0,03...0,07	12,73*** 6,27...19,19	0,03** 0,01...0,05	10,54** 4,34...16,75
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,28** 0,10...0,47	>100 *** 49,76...156,42	0,30*** 0,15...0,45	>100 *** 52,90...155,42

**Tabelle 198: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)**

	<b>Anteil Wiederaufnahme</b>	<b>Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme</b>
Gruppe	0,91 0,73...1,14	1,82 -16,91...20,55
Psy A <sup>1</sup>	1,65*** 1,26...2,17	-10,13 -32,76...12,51
Psy B <sup>2</sup>	1,13 0,81...1,57	-26,23 -53,35...0,89
Alter	0,79 0,62...1,01	8,63 -11,74...29,01
Geschlecht (m vs. w)	0,62*** 0,49...0,78	11,98 -7,38...31,34
Komorbidität <sup>3</sup>	1,05 1,00...1,10	3,18 -1,07...7,43
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,86 0,60...1,25	-20,19 -51,57...11,20
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,90 0,71...1,13	-25,71* -46,06...-5,36
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,03 0,72...1,47	28,04 -1,92...58,01

**Tabelle 199: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinische Patienten (U2)**

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	1,14 0,84...1,54	0,90 0,54...1,51	0,86 0,36...2,08	0,94 0,28...3,19	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,62** 1,17...2,23	0,68 0,39...1,18	0,46 0,17...1,22	0,26* 0,07...0,98	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,58** 1,16...2,14	2,13** 1,22...3,70	2,03 0,79...5,22	7,48* 1,61...34,87	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf	kf	1,07 1,00...1,15	1,00 0,88...1,13	1,36* 1,05...1,76	1,07 0,75...1,52	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,97 0,51...1,82	0,23 0,03...1,78	7,83 0,93...65,89	>100 0,00...INF	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,14 0,84...1,54	2,01* 1,14...3,54	1,65 0,55...4,93	8,95 0,88...90,79	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,74* 0,54...1,00	1,40 0,82...2,38	0,31* 0,11...0,85	0,39 0,03...4,77	kf

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

**Tabelle 200: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3)**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,96** 1,30...2,94	2,53*** 2,03...3,15	1,03 -1,68...3,74	6,30*** 4,75...7,85
DID Jahr 2	1,02 0,66...1,56	2,00** 1,21...3,29	-0,19 -2,90...2,52	0,65 -0,90...2,19
Gruppe	0,81 0,58...1,13	0,43 0,11...1,67	-0,25 -2,17...1,67	0,07 -1,03...1,16
Jahr 1	52,80*** 38,77...71,91	28,79*** 13,33...62,18	16,46*** 14,55...18,38	5,18*** 4,08...6,27
Jahr 2	1,75*** 1,29...2,36	3,56** 1,52...8,34	2,29* 0,37...4,21	0,70 -0,40...1,79
Indexgruppe 6 (F10)	1,98*** 1,61...2,43	0,37*** 0,27...0,52	-2,45** -3,96...-0,94	-1,78*** -2,64...-0,92
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,72** 0,59...0,88	2,56*** 2,01...3,27	1,24 -0,13...2,61	2,54*** 1,76...3,33
Indexgruppe 9 (F43)	0,77* 0,61...0,97	0,87 0,65...1,16	-1,56* -3,10...-0,01	-0,01 -0,89...0,87
Psy A <sup>1</sup>	1,55*** 1,27...1,88	1,79*** 1,41...2,28	3,34*** 1,97...4,70	1,89*** 1,11...2,67
Psy B <sup>2</sup>	1,27 1,00...1,63	1,03 0,77...1,39	5,23*** 3,46...7,00	-0,79 -1,80...0,22
Alter	0,90 0,76...1,07	0,64*** 0,51...0,80	-0,16 -1,39...1,07	-1,07** -1,77...-0,37
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,85...1,18	1,34** 1,08...1,66	-0,71 -1,88...0,46	0,80* 0,14...1,47
Komorbidität <sup>3</sup>	1,06** 1,02...1,10	0,87*** 0,82...0,92	-0,21 -0,47...0,06	-0,28*** -0,43...-0,13
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,86 0,64...1,14	0,12*** 0,05...0,27	-0,54 -2,59...1,52	-1,73** -2,90...-0,56
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,08 0,91...1,27	1,91*** 1,54...2,38	1,22* 0,07...2,37	1,91*** 1,26...2,57
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,05*** 0,04...0,06	0,98 0,78...1,22	-8,89*** -10,16...-7,63	1,17** 0,45...1,90

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)  
Hier werden die Klassen gezählt.; kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 201: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3)**

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,51*** -2,17...-0,86	0,12 -0,66...0,90	-0,17 -2,03...1,68
DID Jahr 2	-1,12** -1,78...-0,47	0,33 -0,44...1,11	-0,17 -2,02...1,69
Gruppe	0,09 -0,38...0,55	0,04 -0,51...0,59	0,16 -1,15...1,48
Jahr 1	3,52*** 3,06...3,99	1,14*** 0,59...1,69	3,11*** 1,80...4,43
Jahr 2	2,02*** 1,55...2,48	0,80** 0,25...1,35	0,87 -0,44...2,18
Indexgruppe 6 (F10)	-0,77*** -1,13...-0,40	-1,27*** -1,71...-0,84	-3,38*** -4,41...-2,34
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,51** 0,18...0,84	0,93*** 0,54...1,33	-1,20* -2,13...-0,26
Indexgruppe 9 (F43)	0,06 -0,32...0,43	-0,09 -0,54...0,35	-2,85*** -3,91...-1,79
Psy A <sup>1</sup>	0,12 -0,21...0,45	1,74*** 1,35...2,13	2,78*** 1,85...3,72
Psy B <sup>2</sup>	0,87*** 0,44...1,30	1,99*** 1,49...2,50	4,55*** 3,34...5,76
Alter	0,09 -0,21...0,39	-0,11 -0,46...0,24	1,17** 0,33...2,00
Geschlecht (m vs. w)	-0,19 -0,47...0,09	0,31 -0,02...0,65	0,22 -0,57...1,02
Komorbidität <sup>3</sup>	-0,09** -0,15...-0,03	-0,15*** -0,23...-0,08	1,60*** 1,42...1,78
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,30 -0,80...0,19	-0,90** -1,48...-0,31	8,43*** 7,03...9,84
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	-0,22 -0,50...0,06	1,17*** 0,84...1,50	1,09** 0,30...1,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,41*** 1,10...1,72	-0,44* -0,80...-0,07	-0,40 -1,26...0,47

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)  
Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 202: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,05 0,82...1,33	1,17 0,95...1,44	1,18 0,95...1,47
Indexgruppe 6 (F10)	0,37*** 0,26...0,51	0,31*** 0,24...0,41	0,31*** 0,24...0,41
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,10 0,84...1,44	1,24 0,97...1,57	1,46** 1,13...1,87
Indexgruppe 9 (F43)	0,86 0,62...1,21	0,98 0,74...1,31	0,86 0,63...1,16
Psy A <sup>1</sup>	1,59** 1,19...2,13	1,58*** 1,23...2,02	1,61*** 1,24...2,09
Psy B <sup>2</sup>	1,48* 1,08...2,04	1,51** 1,13...2,04	1,52* 1,10...2,10
Alter	0,81 0,63...1,04	0,97 0,77...1,21	1,00 0,80...1,26
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,83...1,37	1,17 0,95...1,46	1,12 0,90...1,41
Komorbidität <sup>3</sup>	0,88*** 0,83...0,93	0,89*** 0,85...0,94	0,88*** 0,84...0,93
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,62 0,38...1,02	0,54** 0,37...0,80	0,73 0,50...1,05
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,07 0,83...1,37	1,45** 1,16...1,80	1,78*** 1,42...2,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,58** 1,19...2,11	1,79*** 1,38...2,33	2,58*** 1,93...3,44

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl



**Tabelle 203: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,26 0,72...2,20	0,94 0,57...1,53	1,05 0,63...1,75
Indexgruppe 6 (F10)	0,82 0,41...1,65	0,44* 0,24...0,83	0,49* 0,25...0,94
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,82 1,00...3,33	1,09 0,63...1,89	1,53 0,86...2,73
Indexgruppe 9 (F43)	1,39 0,62...3,10	0,97 0,46...2,05	1,17 0,54...2,55
Psy A <sup>1</sup>	2,05 0,95...4,43	2,10* 1,10...4,00	1,86 0,97...3,58
Psy B <sup>2</sup>	1,93 0,96...3,87	1,70 0,92...3,14	1,61 0,82...3,16
Alter	1,03 0,56...1,89	1,15 0,68...1,96	1,08 0,62...1,89
Geschlecht (m vs. w)	1,57 0,86...2,86	1,41 0,84...2,36	1,41 0,82...2,41
Komorbidität <sup>3</sup>	0,74** 0,62...0,88	0,79** 0,69...0,91	0,81** 0,70...0,94
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,43 0,36...5,58	0,60 0,18...2,03	0,67 0,22...2,03
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,36 0,76...2,46	1,24 0,74...2,09	1,39 0,79...2,43
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95 0,50...1,82	1,28 0,74...2,21	1,64 0,90...3,00

 Signif. codes: \*\*\*<sup>1</sup> <0,001 \*\*<sup>2</sup> <0,01 \*<sup>3</sup> <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 204: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3)**

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

**Tabelle 205: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3)**

[kf]

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 206: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3)

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,05 -0,20...0,11	14,75** 3,76...25,73
DID Jahr 2	-0,10 -0,26...0,06	-1,90 -12,88...9,09
Gruppe	0,07 -0,04...0,18	4,82 -2,95...12,60
Jahr 1	0,65*** 0,54...0,76	46,10*** 38,35...53,86
Jahr 2	-0,11 -0,22...0,00	-2,37 -10,12...5,39
Indexgruppe 6 (F10)	0,13** 0,04...0,22	-4,57 -11,07...1,94
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,01 -0,09...0,07	19,42*** 13,61...25,24
Indexgruppe 9 (F43)	-0,06 -0,14...0,04	-0,66 -6,96...5,64
Psy A <sup>1</sup>	0,18*** 0,11...0,26	16,10*** 10,68...21,52
Psy B <sup>2</sup>	0,26*** 0,14...0,37	-2,82 -10,59...4,96
Alter	-0,01 -0,08...0,05	10,57*** 5,87...15,28
Geschlecht (m vs. w)	0,02 -0,05...0,09	8,36** 3,63...13,09
Komorbidität <sup>3</sup>	0,02 0,00...0,04	-1,55* -2,86...-0,24
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,33** -0,55...-0,11	-23,22** -38,76...-7,68
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,25*** -0,33...-0,18	-4,28 -9,33...0,76

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 207: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3)**

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

**Tabelle 208: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3)**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DID Jahr 1	0,03 -0,25...0,30
DID Jahr 2	-0,07 -0,35...0,20
Gruppe	0,06 -0,13...0,26
Jahr 1	0,78*** 0,58...0,97
Jahr 2	0,16 -0,04...0,35
Indexgruppe 6 (F10)	0,46*** 0,30...0,61
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,16* 0,02...0,30
Indexgruppe 9 (F43)	0,10 -0,06...0,26
Psy A <sup>1</sup>	0,48*** 0,34...0,61
Psy B <sup>2</sup>	0,59*** 0,41...0,77
Alter	1,43*** 1,31...1,55
Geschlecht (m vs. w)	0,08 -0,04...0,20
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,65*** 1,45...1,86
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,52*** 0,41...0,63
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,21** -0,34...-0,09

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 209: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3)**

	<b>Mortalität über 2 Jahre</b>
Gruppe	0,75 0,53...1,04
Psy A <sup>1</sup>	0,66 0,43...1,03
Psy B <sup>2</sup>	0,95 0,54...1,68
Alter	5,83*** 3,29...10,34
Geschlecht (m vs. w)	0,75 0,53...1,05
Komorbidität <sup>3</sup>	1,22*** 1,15...1,29
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,73 0,46...1,15
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,13 0,79...1,62
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,38*** 0,23...0,63

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 210: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3)**

	<b>Progression A</b> (leichte zu schwere Depression)	<b>Progression B</b> (Depression zu rezidivierend)	<b>Progression C</b> (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,66 0,44...1,00	1,75** 1,16...2,63	1,07 0,87...1,32
Psy A <sup>1</sup>	1,29 0,82...2,04	1,48 0,95...2,30	0,69* 0,51...0,92
Psy B <sup>2</sup>	0,88 0,47...1,62	1,11 0,62...1,99	0,84 0,57...1,25
Alter	1,35 0,85...2,13	0,72 0,46...1,11	1,06 0,85...1,32
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,64...1,50	1,28 0,85...1,94	0,67*** 0,54...0,83
Komorbidität <sup>3</sup>	1,01 0,92...1,11	1,01 0,92...1,11	0,94* 0,89...1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,89 0,39...2,02	0,30 0,07...1,29	1,37 0,83...2,25
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,29 0,84...1,98	1,02 0,68...1,53	1,12 0,90...1,40
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,61* 0,39...0,95	1,14 0,76...1,71	0,45*** 0,35...0,59

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl



**Tabelle 211: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3)**

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (5).

## **14.4 Ergebnisse Kosten**

### 14.4.1 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	336	336	315	309	289	340	345	325	312	307
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.903,05 €</b>	<b>3.458,94 €</b>	<b>3.217,14 €</b>	<b>3.315,66 €</b>	<b>3.453,66 €</b>	<b>3.743,66 €</b>	<b>3.319,01 €</b>	<b>3.078,31 €</b>	<b>2.491,26 €</b>	<b>3.928,35 €</b>
Standardabweichung	6.670,77 €	8.634,14 €	9.478,77 €	8.607,82 €	8.780,49 €	10.109,02 €	9.217,07 €	8.610,02 €	6.191,43 €	15.476,59 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	300,11 €	266,89 €	245,26 €	269,87 €	119,96 €	251,44 €	284,07 €	216,52 €	254,28 €	167,80 €
Median	705,19 €	658,55 €	627,36 €	732,28 €	522,45 €	837,56 €	770,47 €	637,37 €	645,24 €	575,37 €
75%-Perzentil	2.294,02 €	2.553,40 €	2.349,01 €	2.481,06 €	2.714,72 €	2.868,13 €	2.903,70 €	2.046,88 €	2.302,67 €	2.298,65 €
Maximum	62.015,26 €	70.804,92 €	106.663,14 €	113.810,93 €	85.356,56 €	110.370,54 €	129.532,49 €	83.366,31 €	71.318,76 €	173.601,66 €

**Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	320	320	298	289	270	318	318	299	296	276
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.502,75 €</b>	<b>2.814,40 €</b>	<b>3.402,89 €</b>	<b>3.490,90 €</b>	<b>3.716,55 €</b>	<b>2.845,79 €</b>	<b>2.586,94 €</b>	<b>3.304,23 €</b>	<b>3.537,72 €</b>	<b>3.071,21 €</b>
Standardabweichung	5.020,02 €	5.798,39 €	8.061,38 €	7.545,73 €	11.505,21 €	6.940,71 €	5.383,53 €	11.132,43 €	15.857,54 €	9.194,52 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	320,64 €	293,89 €	275,43 €	331,04 €	242,77 €	243,56 €	276,89 €	280,26 €	254,59 €	247,18 €
Median	738,03 €	822,91 €	808,58 €	931,94 €	725,91 €	632,42 €	751,47 €	701,81 €	777,61 €	689,49 €
75%-Perzentil	2.205,45 €	2.432,03 €	2.524,94 €	3.022,55 €	2.602,50 €	2.384,98 €	2.341,74 €	2.341,41 €	2.758,85 €	2.305,74 €
Maximum	40.278,06 €	47.884,07 €	79.369,56 €	59.716,52 €	167.930,54 €	75.947,57 €	54.205,76 €	155.885,56 €	252.758,19 €	103.769,08 €

**Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	108	102	72	81	76	111	90	68	71	70
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.636,83 €</b>	<b>2.194,70 €</b>	<b>1.807,78 €</b>	<b>1.691,41 €</b>	<b>1.553,38 €</b>	<b>2.237,12 €</b>	<b>1.564,93 €</b>	<b>1.353,03 €</b>	<b>962,57 €</b>	<b>2.597,04 €</b>
Standardabweichung	5.255,87 €	7.843,41 €	8.296,10 €	7.254,77 €	4.807,71 €	7.243,69 €	4.768,18 €	4.253,42 €	2.609,28 €	14.443,30 €
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	802,49 €	758,00 €	0,00 €	81,21 €	0,00 €	1.512,92 €	680,24 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	59.717,69 €	68.674,41 €	106.621,83 €	113.398,52 €	48.170,41 €	64.519,61 €	60.840,64 €	39.122,97 €	19.939,69 €	172.370,27 €

**Tabelle 215: 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	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	97	93	83	84	69	90	91	77	64	70
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.373,59 €</b>	<b>1.626,84 €</b>	<b>2.232,20 €</b>	<b>2.172,20 €</b>	<b>2.317,66 €</b>	<b>1.678,10 €</b>	<b>1.529,09 €</b>	<b>1.928,08 €</b>	<b>1.892,17 €</b>	<b>1.626,96 €</b>
Standardabweichung	3.844,52 €	4.679,51 €	7.131,14 €	6.633,40 €	10.991,23 €	5.584,79 €	4.623,47 €	10.087,87 €	13.027,36 €	6.842,17 €
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	764,27 €	1.007,75 €	820,14 €	811,83 €	0,00 €	981,33 €	909,21 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	33.237,01 €	43.390,68 €	66.535,44 €	58.457,82 €	167.909,43 €	69.453,56 €	53.336,12 €	155.678,49 €	220.265,04 €	76.222,36 €

**Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>34,08 €</b>	<b>1,72 €</b>	<b>9,11 €</b>	<b>29,95 €</b>	<b>417,53 €</b>	<b>11,26 €</b>	<b>10,20 €</b>	<b>5,75 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>7,12 €</b>
Standardabweichung	334,78 €	26,31 €	166,69 €	362,41 €	4.954,26 €	155,16 €	114,26 €	105,98 €	0,00 €	96,75 €
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	3.938,65 €	475,46 €	3.050,84 €	5.618,38 €	65.522,41 €	2.742,04 €	1.501,86 €	1.954,22 €	0,00 €	1.590,26 €

**Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>8,84 €</b>	<b>37,73 €</b>	<b>4,81 €</b>	<b>17,99 €</b>	<b>7,19 €</b>	<b>58,90 €</b>	<b>19,59 €</b>	<b>4,59 €</b>	<b>8,19 €</b>	<b>4,87 €</b>
Standardabweichung	159,39 €	463,25 €	67,85 €	183,90 €	90,39 €	946,23 €	280,44 €	80,80 €	108,57 €	52,95 €
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	2.873,48 €	7.184,27 €	1.143,85 €	2.931,43 €	1.363,85 €	16.854,16 €	4.807,66 €	1.422,60 €	1.742,26 €	786,50 €

**Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	15	12	15	22	16	33	32	26	27	28
durchschnittliche Kosten	7,10 €	11,33 €	6,06 €	23,27 €	16,13 €	52,93 €	34,13 €	57,01 €	45,26 €	48,22 €
Standardabweichung	39,88 €	111,10 €	34,65 €	108,07 €	88,88 €	389,78 €	195,21 €	508,88 €	301,77 €	391,00 €
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	350,82 €	1.879,51 €	288,32 €	1.207,40 €	978,92 €	5.020,68 €	2.999,70 €	8.969,19 €	4.740,57 €	6.164,38 €

**Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	<10	13	<10	14	19	27	23	16	24	20
durchschnittliche Kosten	9,55 €	9,66 €	6,20 €	10,90 €	17,45 €	42,23 €	15,55 €	16,89 €	36,77 €	19,92 €
Standardabweichung	79,89 €	61,18 €	49,67 €	59,52 €	99,10 €	351,23 €	73,76 €	100,22 €	323,06 €	108,95 €
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	1.019,68 €	635,01 €	603,69 €	620,35 €	1.318,21 €	5.865,66 €	578,70 €	1.128,21 €	5.388,40 €	1.290,36 €

**Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	334	334	314	307	253	337	340	323	307	273
durchschnittliche Kosten	458,07 €	445,71 €	474,38 €	476,99 €	273,00 €	477,14 €	475,84 €	477,19 €	455,98 €	260,66 €
Standardabweichung	896,27 €	472,29 €	521,96 €	525,08 €	414,37 €	449,44 €	473,31 €	480,05 €	425,62 €	303,03 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	169,50 €	154,01 €	160,78 €	154,21 €	29,06 €	150,96 €	168,36 €	127,72 €	162,55 €	38,01 €
Median	328,23 €	301,32 €	319,77 €	360,47 €	142,09 €	338,89 €	365,80 €	331,68 €	302,01 €	158,39 €
75%-Perzentil	562,22 €	557,88 €	608,29 €	651,82 €	373,72 €	668,70 €	636,03 €	687,43 €	686,77 €	371,71 €
Maximum	15.681,07 €	4.573,37 €	4.779,31 €	5.254,53 €	4.480,36 €	2.941,07 €	3.701,92 €	3.524,09 €	2.162,37 €	1.568,92 €

**Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	317	317	294	288	260	316	315	295	296	261
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>408,32 €</b>	<b>432,56 €</b>	<b>449,03 €</b>	<b>449,14 €</b>	<b>341,45 €</b>	<b>477,75 €</b>	<b>413,20 €</b>	<b>432,24 €</b>	<b>503,65 €</b>	<b>389,61 €</b>
Standardabweichung	325,42 €	389,22 €	461,86 €	409,17 €	344,01 €	1.136,50 €	428,14 €	627,68 €	1.162,36 €	948,95 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	183,90 €	166,81 €	167,81 €	186,87 €	94,87 €	165,96 €	147,43 €	162,74 €	142,22 €	95,69 €
Median	337,36 €	341,22 €	341,13 €	371,42 €	264,32 €	329,73 €	294,48 €	287,42 €	309,33 €	234,58 €
75%-Perzentil	534,34 €	559,07 €	566,29 €	605,14 €	476,53 €	507,21 €	545,15 €	518,22 €	583,36 €	451,81 €
Maximum	2.406,26 €	2.522,81 €	3.569,95 €	2.973,87 €	2.133,46 €	18.583,57 €	3.540,74 €	7.916,95 €	18.828,80 €	14.833,03 €

**Tabelle 222: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	279	288	275	274	257	296	296	282	280	280
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>696,71 €</b>	<b>713,68 €</b>	<b>824,36 €</b>	<b>927,12 €</b>	<b>901,50 €</b>	<b>845,85 €</b>	<b>1.105,68 €</b>	<b>1.048,44 €</b>	<b>882,25 €</b>	<b>853,26 €</b>
Standardabweichung	2.982,18 €	2.829,40 €	3.896,07 €	3.427,37 €	3.265,41 €	5.679,38 €	7.219,95 €	6.056,02 €	4.308,03 €	3.633,45 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	14,70 €	23,72 €	24,13 €	27,04 €	25,46 €	28,32 €	28,96 €	25,09 €	30,36 €	38,18 €
Median	86,27 €	106,55 €	112,09 €	120,29 €	110,35 €	108,13 €	108,49 €	110,60 €	115,77 €	140,83 €
75%-Perzentil	429,70 €	412,14 €	401,26 €	404,43 €	469,88 €	374,09 €	438,84 €	385,96 €	399,26 €	483,75 €
Maximum	36.171,51 €	29.800,51 €	59.035,33 €	32.697,96 €	33.995,96 €	101.923,99 €	123.393,98 €	77.569,92 €	54.788,33 €	56.037,00 €

**Tabelle 223: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	274	282	259	253	247	251	261	248	255	238
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>593,74 €</b>	<b>603,21 €</b>	<b>596,09 €</b>	<b>702,62 €</b>	<b>842,08 €</b>	<b>549,02 €</b>	<b>545,82 €</b>	<b>856,02 €</b>	<b>1.015,50 €</b>	<b>927,34 €</b>
Standardabweichung	2.099,25 €	1.893,66 €	1.621,58 €	2.007,18 €	2.730,37 €	1.912,84 €	1.680,71 €	4.098,34 €	4.770,06 €	4.521,95 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	28,08 €	34,68 €	38,80 €	43,68 €	55,63 €	13,60 €	21,73 €	27,21 €	29,20 €	22,53 €
Median	139,81 €	171,78 €	152,70 €	174,92 €	185,52 €	115,85 €	105,88 €	117,76 €	140,87 €	152,60 €
75%-Perzentil	407,53 €	458,90 €	497,72 €	604,97 €	582,00 €	367,43 €	382,36 €	395,31 €	511,49 €	495,78 €
Maximum	27.689,61 €	21.978,25 €	15.994,60 €	27.405,28 €	33.207,29 €	25.090,62 €	19.226,10 €	46.804,48 €	59.588,75 €	60.209,14 €

**Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	347	347	335	324	313	353	353	340	327	321
N mit Fall	72	76	60	68	64	92	87	91	77	71
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>70,26 €</b>	<b>91,79 €</b>	<b>95,46 €</b>	<b>166,92 €</b>	<b>292,12 €</b>	<b>119,36 €</b>	<b>128,23 €</b>	<b>136,88 €</b>	<b>145,21 €</b>	<b>162,05 €</b>
Standardabweichung	272,15 €	374,58 €	426,39 €	870,31 €	1.275,38 €	529,37 €	503,00 €	506,25 €	598,06 €	643,49 €
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 €	52,40 €	0,00 €	59,14 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.873,45 €	3.522,75 €	4.159,07 €	12.494,62 €	11.860,52 €	8.717,06 €	6.857,35 €	7.089,35 €	7.316,18 €	7.127,60 €

**Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	325	325	310	299	287	322	322	310	301	288
N mit Fall	67	73	71	67	71	44	54	37	51	53
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>108,71 €</b>	<b>104,39 €</b>	<b>114,57 €</b>	<b>138,05 €</b>	<b>190,73 €</b>	<b>39,80 €</b>	<b>63,68 €</b>	<b>66,42 €</b>	<b>81,44 €</b>	<b>102,51 €</b>
Standardabweichung	398,60 €	418,03 €	456,21 €	444,27 €	732,92 €	159,02 €	201,27 €	282,84 €	333,76 €	414,12 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.330,32 €	4.256,67 €	6.181,71 €	4.359,47 €	6.784,00 €	1.793,58 €	1.569,45 €	2.541,20 €	3.060,08 €	4.043,20 €

### 14.4.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	1.317	1.309	1.306	1.307
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.857,98 €</b>	<b>3.119,47 €</b>	<b>3.396,36 €</b>	<b>3.658,63 €</b>
Standardabweichung	6.301,74 €	8.179,93 €	8.163,77 €	12.941,07 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	270,55 €	236,86 €	235,73 €	218,37 €
Median	779,03 €	702,68 €	804,90 €	687,90 €
75%-Perzentil	2.439,43 €	2.519,48 €	2.706,67 €	2.735,65 €
Maximum	92.030,86 €	107.761,20 €	110.370,54 €	351.244,81 €

**Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	434	407	392	359
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.632,44 €</b>	<b>1.870,91 €</b>	<b>1.998,21 €</b>	<b>2.113,83 €</b>
Standardabweichung	4.981,42 €	6.810,00 €	6.350,64 €	11.038,79 €
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	935,73 €	842,74 €	938,89 €	757,19 €
Maximum	88.346,98 €	107.342,43 €	71.337,25 €	334.342,57 €

**Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	21	15	14	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>62,04 €</b>	<b>29,76 €</b>	<b>25,78 €</b>	<b>18,06 €</b>
Standardabweichung	689,10 €	473,82 €	308,12 €	413,20 €
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	13.998,14 €	13.805,06 €	6.500,00 €	14.387,57 €



**Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	53	55	111	108
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>11,96 €</b>	<b>12,88 €</b>	<b>35,75 €</b>	<b>29,58 €</b>
Standardabweichung	121,77 €	100,95 €	258,33 €	197,72 €
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	3.828,30 €	2.150,48 €	5.020,68 €	4.557,66 €

**Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	1.310	1.287	1.294	1.270
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>477,46 €</b>	<b>419,85 €</b>	<b>513,88 €</b>	<b>449,20 €</b>
Standardabweichung	603,15 €	467,76 €	552,08 €	632,14 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	165,88 €	120,16 €	150,40 €	117,04 €
Median	342,58 €	272,06 €	352,39 €	296,90 €
75%-Perzentil	645,38 €	559,98 €	718,57 €	590,59 €
Maximum	15.681,07 €	4.877,08 €	6.436,80 €	14.346,02 €

**Tabelle 231: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	1.107	1.105	1.101	1.106
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>588,65 €</b>	<b>682,37 €</b>	<b>719,58 €</b>	<b>934,41 €</b>
Standardabweichung	2.278,72 €	3.713,08 €	3.712,43 €	5.232,36 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	16,36 €	17,82 €	19,68 €	18,73 €
Median	96,67 €	102,70 €	95,45 €	103,43 €
75%-Perzentil	379,15 €	392,23 €	397,75 €	396,81 €
Maximum	36.171,51 €	86.675,37 €	101.923,99 €	123.393,98 €

**Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.359	1.359	1.359	1.359
N mit Fall	319	288	310	313
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>85,42 €</b>	<b>103,70 €</b>	<b>103,15 €</b>	<b>113,56 €</b>
Standardabweichung	300,14 €	420,63 €	415,37 €	466,41 €
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	3.658,68 €	5.901,10 €	8.717,06 €	7.745,52 €

### 14.4.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003
N mit Fall	1.007	1.007	935	999	1.006	955
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.877,93 €</b>	<b>3.211,46 €</b>	<b>3.047,68 €</b>	<b>3.330,12 €</b>	<b>3.713,18 €</b>	<b>3.182,11 €</b>
Standardabweichung	6.564,43 €	7.943,44 €	9.680,43 €	8.104,75 €	13.636,36 €	11.987,46 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	288,04 €	262,52 €	207,34 €	247,51 €	261,78 €	175,28 €
Median	794,71 €	776,82 €	610,39 €	835,88 €	766,39 €	574,42 €
75%-Perzentil	2.351,96 €	2.647,84 €	2.389,53 €	2.781,30 €	2.850,31 €	2.058,13 €
Maximum	92.030,86 €	89.969,62 €	172.427,03 €	110.370,54 €	351.244,81 €	302.767,26 €

**Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003
N mit Fall	336	323	238	309	274	206
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.633,72 €</b>	<b>1.817,86 €</b>	<b>1.724,54 €</b>	<b>1.994,54 €</b>	<b>2.161,89 €</b>	<b>1.717,96 €</b>
Standardabweichung	5.194,25 €	6.127,75 €	8.494,86 €	6.391,73 €	11.878,56 €	10.330,92 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	938,98 €	878,11 €	0,00 €	1.200,13 €	750,72 €	0,00 €
Maximum	88.346,98 €	78.651,23 €	163.291,80 €	71.337,25 €	334.342,57 €	291.544,01 €

**Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003
N mit Fall	16	13	10	12	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>58,82 €</b>	<b>37,94 €</b>	<b>58,41 €</b>	<b>30,12 €</b>	<b>19,43 €</b>	<b>16,71 €</b>
Standardabweichung	668,84 €	540,78 €	1.082,35 €	342,31 €	452,87 €	353,78 €
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	13.998,14 €	13.805,06 €	32.895,78 €	6.500,00 €	14.387,57 €	10.746,74 €

**Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003
N mit Fall	39	41	49	82	87	61
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>8,69 €</b>	<b>11,72 €</b>	<b>10,68 €</b>	<b>35,90 €</b>	<b>30,67 €</b>	<b>34,01 €</b>
Standardabweichung	61,45 €	87,46 €	66,54 €	275,53 €	205,48 €	328,29 €
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	974,28 €	1.879,51 €	929,66 €	5.020,68 €	4.557,66 €	8.969,19 €

**Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003
N mit Fall	1.002	1.004	903	988	996	925
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>480,05 €</b>	<b>472,17 €</b>	<b>392,13 €</b>	<b>495,81 €</b>	<b>501,53 €</b>	<b>393,83 €</b>
Standardabweichung	651,57 €	496,48 €	494,50 €	497,84 €	671,67 €	450,63 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	161,26 €	151,44 €	94,08 €	148,12 €	167,92 €	86,71 €
Median	336,95 €	311,10 €	261,89 €	349,96 €	361,62 €	254,43 €
75%-Perzentil	642,44 €	653,90 €	501,92 €	709,50 €	672,79 €	541,69 €
Maximum	15.681,07 €	4.877,08 €	6.190,08 €	4.865,91 €	14.346,02 €	3.848,65 €

**Tabelle 238: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003
N mit Fall	849	856	811	851	854	834
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>607,39 €</b>	<b>761,86 €</b>	<b>702,08 €</b>	<b>667,62 €</b>	<b>882,97 €</b>	<b>883,18 €</b>
Standardabweichung	2.464,81 €	4.204,68 €	3.185,06 €	3.757,86 €	4.919,28 €	4.422,40 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	16,27 €	17,99 €	18,61 €	23,51 €	21,29 €	20,82 €
Median	96,78 €	114,02 €	108,28 €	99,69 €	107,37 €	103,26 €
75%-Perzentil	361,94 €	392,82 €	398,30 €	389,58 €	415,59 €	392,81 €
Maximum	36.171,51 €	86.675,37 €	59.035,33 €	101.923,99 €	123.393,98 €	77.569,92 €

**Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	1.041	1.041	1.003	1.039	1.039	1.003
N mit Fall	252	227	214	240	244	233
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>89,25 €</b>	<b>109,92 €</b>	<b>159,84 €</b>	<b>106,13 €</b>	<b>116,70 €</b>	<b>136,42 €</b>
Standardabweichung	301,62 €	449,86 €	685,89 €	444,97 €	493,47 €	599,95 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.658,68 €	5.901,10 €	10.226,94 €	8.717,06 €	7.745,52 €	8.806,94 €

### 14.4.4 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 240: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	668	669	636	612	670	679	649	597
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.880,35 €</b>	<b>3.077,51 €</b>	<b>3.147,68 €</b>	<b>2.941,47 €</b>	<b>3.355,50 €</b>	<b>3.965,31 €</b>	<b>3.431,80 €</b>	<b>2.681,73 €</b>
Standardabweichung	6.982,18 €	7.461,98 €	8.804,25 €	7.412,86 €	8.524,50 €	15.782,19 €	13.848,51 €	7.897,42 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	282,97 €	257,62 €	260,69 €	188,65 €	227,46 €	252,98 €	211,24 €	150,39 €
Median	759,14 €	731,05 €	678,54 €	608,89 €	733,65 €	744,36 €	640,56 €	533,91 €
75%-Perzentil	2.298,83 €	2.630,18 €	2.471,87 €	2.412,07 €	2.561,22 €	3.050,33 €	2.183,94 €	2.226,23 €
Maximum	92.030,86 €	70.804,92 €	108.909,42 €	113.810,93 €	110.370,54 €	351.244,81 €	302.767,26 €	131.774,08 €

**Tabelle 241: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	361	361	338	328	364	365	343	337
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.508,22 €</b>	<b>2.952,92 €</b>	<b>3.321,32 €</b>	<b>3.363,75 €</b>	<b>3.025,10 €</b>	<b>2.914,10 €</b>	<b>3.998,59 €</b>	<b>3.679,70 €</b>
Standardabweichung	4.931,59 €	6.865,45 €	7.741,56 €	7.164,92 €	7.160,76 €	6.348,64 €	12.904,21 €	15.066,79 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	308,79 €	301,03 €	275,43 €	327,05 €	243,56 €	295,58 €	288,79 €	254,06 €
Median	726,32 €	807,02 €	808,58 €	953,17 €	632,42 €	779,54 €	737,08 €	794,64 €
75%-Perzentil	2.313,48 €	2.347,25 €	2.652,14 €	3.120,88 €	2.514,96 €	2.439,44 €	2.687,09 €	2.770,88 €
Maximum	40.278,06 €	74.255,71 €	79.369,56 €	59.716,52 €	75.947,57 €	64.448,82 €	155.885,56 €	252.758,19 €

**Tabelle 242: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	222	206	161	171	202	189	151	136
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.656,10 €</b>	<b>1.760,73 €</b>	<b>1.797,43 €</b>	<b>1.550,16 €</b>	<b>1.966,50 €</b>	<b>2.372,31 €</b>	<b>1.907,38 €</b>	<b>1.293,52 €</b>
Standardabweichung	5.685,69 €	6.127,85 €	7.794,82 €	5.892,57 €	6.435,99 €	13.944,84 €	12.145,49 €	4.571,63 €
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	884,05 €	842,34 €	0,00 €	470,20 €	881,59 €	778,76 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	88.346,98 €	68.674,41 €	108.458,54 €	113.398,52 €	64.519,61 €	334.342,57 €	291.544,01 €	65.564,05 €

**Tabelle 243: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	111	104	93	97	105	107	97	78
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.402,88 €</b>	<b>1.787,48 €</b>	<b>2.144,11 €</b>	<b>2.052,31 €</b>	<b>1.625,39 €</b>	<b>1.594,84 €</b>	<b>2.392,55 €</b>	<b>1.851,13 €</b>
Standardabweichung	3.826,03 €	5.969,78 €	6.821,55 €	6.291,64 €	5.276,54 €	4.663,11 €	11.458,13 €	12.228,72 €
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	766,53 €	990,78 €	795,97 €	852,44 €	1.257,07 €	971,66 €	757,93 €	0,00 €
Maximum	33.237,01 €	71.833,60 €	66.535,44 €	58.457,82 €	69.453,56 €	53.336,12 €	155.678,49 €	220.265,04 €

**Tabelle 244: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	12	10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>52,57 €</b>	<b>49,14 €</b>	<b>27,88 €</b>	<b>27,15 €</b>	<b>21,55 €</b>	<b>28,07 €</b>	<b>23,89 €</b>	<b>2,54 €</b>
Standardabweichung	571,41 €	641,04 €	334,88 €	338,63 €	319,94 €	552,00 €	429,94 €	47,29 €
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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	12.508,35 €	13.805,06 €	5.265,95 €	5.618,38 €	6.500,00 €	14.387,57 €	10.746,74 €	1.031,87 €

**Tabelle 245: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>7,85 €</b>	<b>33,51 €</b>	<b>4,26 €</b>	<b>15,87 €</b>	<b>58,54 €</b>	<b>21,23 €</b>	<b>12,90 €</b>	<b>23,89 €</b>
Standardabweichung	150,20 €	436,62 €	63,86 €	172,78 €	887,98 €	273,50 €	183,28 €	241,01 €
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	2.873,48 €	7.184,27 €	1.143,85 €	2.931,43 €	16.854,16 €	4.807,66 €	3.145,34 €	2.881,59 €

**Tabelle 246: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikeue 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	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	31	28	38	42	61	62	48	51
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>9,19 €</b>	<b>11,98 €</b>	<b>10,79 €</b>	<b>25,98 €</b>	<b>44,38 €</b>	<b>35,31 €</b>	<b>40,78 €</b>	<b>43,95 €</b>
Standardabweichung	58,41 €	93,78 €	64,40 €	167,19 €	325,35 €	231,89 €	370,82 €	261,73 €
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	810,35 €	1.879,51 €	929,66 €	2.401,70 €	5.020,68 €	4.557,66 €	8.969,19 €	4.740,57 €

**Tabelle 247: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	12	16	11	15	32	27	21	31
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>9,58 €</b>	<b>11,93 €</b>	<b>6,69 €</b>	<b>9,74 €</b>	<b>57,21 €</b>	<b>29,57 €</b>	<b>22,62 €</b>	<b>43,73 €</b>
Standardabweichung	76,22 €	76,56 €	48,77 €	56,03 €	449,48 €	200,98 €	125,00 €	316,53 €
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	1.019,68 €	954,27 €	603,69 €	620,35 €	5.865,66 €	3.064,98 €	1.128,21 €	5.388,40 €

**Tabelle 248: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikeue 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	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	663	666	634	565	663	671	646	560
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>465,60 €</b>	<b>460,63 €</b>	<b>471,25 €</b>	<b>348,33 €</b>	<b>472,81 €</b>	<b>470,80 €</b>	<b>467,78 €</b>	<b>343,77 €</b>
Standardabweichung	711,11 €	491,71 €	550,71 €	462,25 €	479,54 €	509,51 €	480,36 €	394,72 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	160,06 €	155,57 €	160,62 €	56,96 €	138,53 €	159,43 €	139,21 €	55,51 €
Median	331,49 €	309,93 €	318,42 €	201,82 €	327,58 €	353,57 €	319,58 €	205,70 €
75%-Perzentil	626,05 €	612,07 €	608,29 €	482,42 €	684,73 €	637,58 €	648,10 €	478,38 €
Maximum	15.681,07 €	4.877,08 €	6.190,08 €	5.254,53 €	4.865,91 €	6.916,75 €	3.848,65 €	2.162,37 €



**Tabelle 249: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	358	358	334	325	361	361	338	336
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>412,50 €</b>	<b>435,16 €</b>	<b>446,28 €</b>	<b>444,98 €</b>	<b>485,50 €</b>	<b>444,59 €</b>	<b>472,44 €</b>	<b>495,54 €</b>
Standardabweichung	330,85 €	386,22 €	451,67 €	423,43 €	1.094,41 €	479,38 €	757,33 €	1.100,52 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	180,67 €	172,09 €	163,60 €	169,99 €	163,55 €	152,91 €	166,09 €	134,58 €
Median	336,06 €	341,23 €	341,13 €	348,93 €	329,43 €	300,33 €	293,72 €	300,45 €
75%-Perzentil	541,52 €	564,69 €	558,50 €	602,48 €	511,44 €	575,17 €	545,71 €	584,67 €
Maximum	2.406,26 €	2.522,81 €	3.569,95 €	2.973,87 €	18.583,57 €	3.825,08 €	8.494,53 €	18.828,80 €

**Tabelle 250: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	558	577	552	546	563	578	562	531
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>619,33 €</b>	<b>695,53 €</b>	<b>699,67 €</b>	<b>812,01 €</b>	<b>742,91 €</b>	<b>944,73 €</b>	<b>850,91 €</b>	<b>837,80 €</b>
Standardabweichung	2.571,85 €	3.245,22 €	3.061,40 €	3.301,18 €	4.456,47 €	5.589,40 €	4.534,86 €	4.128,36 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,40 €	20,10 €	24,64 €	26,01 €	20,35 €	23,99 €	19,80 €	24,56 €
Median	92,69 €	108,64 €	109,64 €	119,05 €	96,71 €	108,28 €	97,92 €	106,94 €
75%-Perzentil	372,62 €	382,03 €	378,13 €	382,95 €	384,38 €	408,10 €	371,60 €	374,58 €
Maximum	36.171,51 €	60.710,64 €	59.035,33 €	47.475,49 €	101.923,99 €	123.393,98 €	77.569,92 €	62.540,78 €

**Tabelle 251: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	308	319	294	288	291	302	286	293
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>570,36 €</b>	<b>571,83 €</b>	<b>579,46 €</b>	<b>684,22 €</b>	<b>748,71 €</b>	<b>751,64 €</b>	<b>1.011,89 €</b>	<b>1.124,38 €</b>
Standardabweichung	1.990,20 €	1.791,98 €	1.544,17 €	1.903,95 €	2.970,62 €	2.797,64 €	4.308,48 €	4.730,76 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	27,56 €	39,26 €	31,32 €	45,09 €	13,60 €	24,05 €	26,45 €	31,77 €
Median	138,49 €	170,51 €	155,01 €	176,10 €	115,19 €	110,96 €	120,97 €	141,27 €
75%-Perzentil	410,49 €	458,34 €	556,96 €	619,92 €	367,43 €	374,91 €	433,93 €	520,58 €
Maximum	27.689,61 €	21.978,25 €	15.994,60 €	27.405,28 €	31.459,39 €	30.832,43 €	46.804,48 €	59.588,75 €

**Tabelle 252: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	694	694	675	656	698	698	677	654
N mit Fall	162	154	146	136	161	168	174	149
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>77,56 €</b>	<b>99,50 €</b>	<b>140,68 €</b>	<b>177,84 €</b>	<b>107,34 €</b>	<b>114,10 €</b>	<b>141,06 €</b>	<b>160,14 €</b>
Standardabweichung	248,11 €	406,26 €	635,59 €	862,61 €	486,69 €	446,94 €	581,80 €	731,93 €
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 €	48,93 €	0,00 €
Maximum	2.873,45 €	5.171,52 €	10.226,94 €	12.494,62 €	8.717,06 €	6.857,35 €	7.089,35 €	10.503,20 €

**Tabelle 253: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	366	366	350	339	370	369	354	344
N mit Fall	73	82	84	80	58	72	50	65
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>105,05 €</b>	<b>113,01 €</b>	<b>140,51 €</b>	<b>156,64 €</b>	<b>49,76 €</b>	<b>72,24 €</b>	<b>86,18 €</b>	<b>141,01 €</b>
Standardabweichung	384,49 €	432,99 €	652,03 €	566,14 €	212,35 €	242,01 €	358,67 €	950,57 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.330,32 €	4.256,67 €	9.073,25 €	7.011,58 €	2.817,60 €	2.853,60 €	3.952,82 €	16.434,59 €

### 14.4.5 Zusatztabellen Patientenmix

Tabelle 254: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

Behandlungssetting	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	28	403	0,000	59	333	0,000	62	422	0,000	38	403	0,000	62	431	0,000	50	346	0,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	10	347	0,241	32	304	0,000	45	344	0,000	47	267	0,000	31	283	0,000	26	257	0,000
vs+PIA	82	3.824	0,064	106	3.576	1,000	98	3.361	0,027	89	3.319	0,012	84	3.325	0,006	80	2.964	0,039
vs+HT																		
TK+PIA	33	1.149	0,010	96	1.000	0,000	135	1.183	0,000	123	1.459	0,000	116	1.618	0,000	95	1.437	0,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	171	10.850	0,478	402	9.218	0,000	421	8.607	0,000	377	8.358	0,000	361	8.203	0,000	306	7.237	0,000
TK	6	805	0,180	24	718	1,000	89	703	0,000	107	789	0,000	90	792	0,000	103	857	0,000
PIA	243	17.268	0,003	361	18.909	0,000	372	19.038	0,000	411	19.640	0,000	447	20.524	0,000	457	19.848	0,000
HT																		
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>573</b>	<b>34.646</b>	<b>0,000</b>	<b>1.080</b>	<b>34.058</b>	<b>0,000</b>	<b>1.222</b>	<b>33.658</b>	<b>0,000</b>	<b>1.192</b>	<b>34.235</b>	<b>0,000</b>	<b>1.191</b>	<b>35.176</b>	<b>0,000</b>	<b>1.117</b>	<b>32.946</b>	<b>0,000</b>

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

### 14.4.6 Zusatztabelle Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten

Abbildung 97: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (Klinikneue Patienten)

